



วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING AND PUBLIC HEALTH



มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)





ปีที่ 2 ฉบับที่ 2
เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ.2569

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ อาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจทุกท่าน เพื่อก่อให้เกิดคุณประโยชน์ในการศึกษาเรียนรู้ การดูแลสุขภาพ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาบริบทงาน และการเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากร

ขอบเขตการรับตีพิมพ์

การรับตีพิมพ์บทความภาษาไทยทั้งบทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความรายงานผู้ป่วย ตามขอบเขตทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การตรวจสอบทางวิชาการ

บทความผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่านต่อบทความที่มีความเชี่ยวชาญตามสาขานั้น ๆ แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

กำหนดการพิมพ์และเผยแพร่

การพิมพ์เผยแพร่แบบออนไลน์ 3 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

167 หมู่ 2 ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทรศัพท์ 044-815111 ต่อ 5100, 5102

URL: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP

ISSN 3088-1846 (Online)

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารไม่มีนโยบายเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ



ที่ปรึกษาวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.सानนท์ ต่านภักดี

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิโส

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ประจักษ์ เทิกขุนทด

โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม

รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์สา สาธิยมาส

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมณีกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ฐานิดา ผาติเสนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

วิทยาลัยนครราชสีมา

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิปภา ภูมิราษฎร์

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร สมบูรณ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธงชัย อามตยบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐปภัสน์ นวลศรีทอง

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร.เทคนิคการแพทย์ ณัฐปภัสน์ สันวิจิตร

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ดร.คณานิตย์ แสงหิรัญ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ธรรณิการ์ คุณแขวน

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.อิสระพงศ์ ถนัดคำ

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

นายปัญญ์จรณ์ วัชรจำรัสภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ

ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

อาจารย์รณชิต สมรรถนะกุล

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความประจำปี

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ.2569

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภารดี บุญเพิ่ม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีบตระกูล ตันตลานุกูล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง

ดร.เกสัชกร ปริญญ์ อยู่เมือง

ดร.เทคนิคการแพทย์ ณัฐปภัสร์ สันวิจิตร

ดร.กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา

ดร.ภัทร์พิชชา ครุทางคะ

ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ย

ดร.สุปิยา วีรีไฟ

ดร.ปริมประภา ก้อนแก้ว

ดร.สุริยา พองเกิด

ดร.มนไถ วงษาหล้า

ดร.กิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา

ดร.สุรัสวดี พนมแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

นักวิชาการอิสระ

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

เรียน ผู้อ่านบทความทุกท่าน

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health: AJNP) ประจำปี พ.ศ.2569 ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ.2569 ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งทางวารสารได้รับเกียรติจากนักวิจัยหลายสถาบันส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการที่สะท้อนถึงประเด็นทางสุขภาพที่หลากหลายและล้วนเป็นผลงานที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดซึ่งมีบทความตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 5 บทความ ดังต่อไปนี้

บทความวิจัย จำนวน 3 บทความ ประกอบด้วย (1) สถานการณ์การใช้หน้าจอดีจิทัลและบริบทการดูแลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบท ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย: การศึกษาเชิงพรรณนา (2) การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ และ (3) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ บทความวิชาการ จำนวน 1 บทความ ได้แก่ นวัตกรรมการดูแลแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น: บทบาทพยาบาลชุมชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และบทความรายงานผู้ป่วย จำนวน 1 บทความ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทรงอกร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

ในฐานะบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อผู้นิพนธ์บทความ กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของวารสารฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุขจะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ที่เปิดโอกาสให้กับนักวิจัยทุกท่านได้เผยแพร่องค์ความรู้สู่สังคมเพื่อความก้าวหน้าทางศาสตร์สุขภาพอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส

บรรณาธิการวารสาร



ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2569
Volume 2 No. 2 (May - Aug) 2026

Screen Use Situation and Caregiving Context Among Early Childhood Children in Urban and Rural Areas of Northeastern Thailand: A Descriptive Study

Anucha Promkanya¹, Kanjana Satirapongkul¹

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province

Abstract

Introduction: Digital screen use is common among young children, but excessive use and limited caregiver involvement may reduce opportunities for play and developmental interactions. Examining screen-use patterns in family contexts in Northeastern Thailand is therefore important.

Objectives: To examine the age at first screen exposure, screen-use duration, types and purposes of digital devices, and caregiving contexts during screen use among young children in urban and rural areas of Northeastern Thailand.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted among 400 young children, with data collected from their parents or primary caregivers using multistage sampling and a structured questionnaire. The instrument demonstrated good reliability (ICC = 0.91; Cohen's kappa = 0.82–0.88). Data were collected over six months and analyzed using descriptive statistics.

Results: The mean age at first screen exposure was 2.1 years, with 67.3% exposed before age 2. Mean daily screen use was 2.8 hours, and 62.8% used screens for more than 2 hours per day. Smartphones were the most commonly used devices (71.2%), primarily for entertainment (74.5%) and keeping children occupied while caregivers worked (51.3%). Caregiving context: Screens were mainly used to keep children occupied while caregivers worked (58.8%), followed by non-interactive supervision (51.3%). Urban areas had more non-interactive supervision (55.0%), while rural areas mainly used screens to keep children occupied (70.0%).

Conclusion: Young children in Northeastern Thailand commonly begin screen use at an early age and spend substantial time using digital screens. Solitary use and screen use as a caregiving aid are prevalent, particularly in rural areas, highlighting the need for appropriate screen-use management and greater caregiver involvement.

Implications: Parents and caregivers should be supported to manage screen use appropriately, reduce use in risky contexts, and promote covieing and interactive communication, particularly in rural and multigenerational caregiving families.

Keywords: early childhood, digital screen use, parents, Northeastern Thailand

Corresponding author: Anucha Promkanya E-mail: p.anucha@kkumail.com

Received: 10 January 2026 Revised: 5 May 2026 Accepted: 28 July 2026

สถานการณ์การใช้หน้าจอดิจิทัลและบริบทการดูแลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบท ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย: การศึกษาเชิงพรรณนา

อนุชา พรหมกันยา¹, กาญจนา สติรพงศ์กุล¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้หน้าจอดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของเด็กปฐมวัย แต่การใช้มากเกินไปและขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอาจลดโอกาสในการเล่นและปฏิสัมพันธ์ที่ส่งเสริมพัฒนาการ จึงจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การใช้หน้าจอในบริบทครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาช่วงอายุเริ่มสัมผัสหน้าจอและระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลประเภทอุปกรณ์และจุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัล และบริบทการดูแลขณะเด็กปฐมวัยใช้หน้าจอดิจิทัลในเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัย 400 คน เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรข้อมูลต่อเนื่องซึ่งมีค่า ICC เท่ากับ 0.91 และตัวแปรแบบเลือกตอบมีค่า Cohen's Kappa เท่ากับ 0.82–0.88 เก็บข้อมูลระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: พบว่า เด็กปฐมวัยเริ่มสัมผัสหน้าจอครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 2.1 ปี โดยร้อยละ 67.3 เริ่มสัมผัสหน้าจอก่อนอายุ 2 ปี มีเวลาใช้หน้าจอเฉลี่ย 2.8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 62.8 ใช้มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน อุปกรณ์ที่ใช้บ่อยที่สุดคือสมาร์ทโฟน ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือโทรทัศน์ ร้อยละ 56.3 จุดมุ่งหมายหลักการใช้หน้าจอเพื่อความบันเทิง ร้อยละ 74.5 และเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งขณะผู้ดูแลทำงาน ร้อยละ 51.3 และบริบทการดูแลส่วนใหญ่ใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งระหว่างผู้ดูแลทำงานบ้าน ร้อยละ 58.8 รองลงมาคือผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่ไม่ได้ชี้ชวนพูดคุย ร้อยละ 51.3 จำแนกตามพื้นที่พบว่าเขตเมืองมีสัดส่วนสูงสุดด้านผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่ไม่ได้ชี้ชวนพูดคุย ร้อยละ 55.0 ขณะที่ชนบทใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งระหว่างผู้ดูแลทำงานสูงสุด ร้อยละ 70.0

สรุปผล: เด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้หน้าจอดิจิทัลโดยส่วนใหญ่เริ่มใช้ตั้งแต่อายุน้อยและใช้มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่การใช้หน้าจอโดยลำพังและการใช้หน้าจอเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในสัดส่วนสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท จึงควรส่งเสริมการใช้หน้าจออย่างเหมาะสมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลกำกับการใช้หน้าจออย่างเหมาะสมตามวัย ลดการใช้หน้าจอในบริบทเสี่ยง และเพิ่มการใช้สื่อร่วมกันพร้อมการพูดคุยโต้ตอบกับเด็ก โดยเฉพาะครอบครัวในพื้นที่ชนบทและครอบครัวที่มีผู้ดูแลข้ามรุ่น

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย, การใช้หน้าจอดิจิทัล, ผู้ปกครอง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทนำ

ในปัจจุบัน หน้าจอดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเด็กปฐมวัย ทั้งสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต โทรทัศน์ และสื่อสตรีมมิ่งที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา ครอบครัวจำนวนมากใช้สื่อดิจิทัลเพื่อช่วยเหลือบุตรหลาน และเป็นสื่อการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน จนส่งผลให้การเล่น การสื่อสาร และการปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า (Face-to-face interaction) ลดลงในหลายบริบท รายงานระดับนานาชาติชี้ว่าโลกดิจิทัลกำลังปรับโครงสร้างประสบการณ์วัยเด็ก ทั้งด้านโอกาสและความเสี่ยง และความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรและทักษะดิจิทัลสามารถซ้ำเติมผลลัพธ์พัฒนาการของเด็กได้ (United Nations Children's Fund [UNICEF] Office of Strategy and Evidence-Innocenti, 2025) ขณะเดียวกัน หลักฐานเชิงประจักษ์สะท้อนตรงกันว่าเด็กปฐมวัย (โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 5 ปี) เป็นช่วงอ่อนไหวต่อพัฒนาการ โดยเฉพาะการเรียนรู้ทางสังคม ภาษา การกำกับตนเอง และการนอนหลับ ปริมาณและบริบทการใช้หน้าจอดิจิทัลในช่วงนี้ หากใช้มากเกินไปหรือทดแทนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการในระยะต่อมา (Likhitweerawong et al., 2024; Nuvoli et al., 2025)

ในระดับโลก ภาพรวมการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องเวลาหน้าจอในเด็กเล็กยังอยู่ในระดับต่ำ โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและอภิมานของ McArthur et al. (2022) พบว่า เด็กอายุ 2–5 ปีที่ทำได้ตามเกณฑ์ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน มีเพียงประมาณ 35.6% สะท้อนว่า เด็กส่วนใหญ่ใช้หน้าจอเกินคำแนะนำ เมื่อพิจารณาบริบทไทย งานวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 รายงานว่าเด็กอายุ 2–5 ปี มีเวลาใช้หน้าจอเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมง 33 นาทีต่อวัน และร้อยละ 54.3 ใช้สมาร์ตทีวีเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน (Kumruangrit et al., 2022) สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะงานวิจัยในจังหวัดขอนแก่นพบว่ามารดาร้อยละ 52.2 รายงานการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อช่วยในการเลี้ยงดูระหว่างการดูแลเด็ก ซึ่งสะท้อนการใช้หน้าจอเป็นเครื่องมือช่วยเลี้ยงดูในชีวิตประจำวัน (Luvira & Photichai, 2025) เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลระดับชาติด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่าเด็กนอกกรุงเทพฯ (รวมถึงภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) มีโอกาสรายงานปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กในระดับสูงน้อยกว่าเด็กในกรุงเทพฯ ปรากฏการณ์นี้บ่งชี้ว่าในบางครัวเรือนของภูมิภาค หน้าจอดิจิทัลอาจถูกใช้ทดแทนกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการร่วมกันระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก (Topothai et al., 2025)

หากสถานการณ์การใช้หน้าจอดิจิทัลมากเกินไปในเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ผลกระทบที่น่ากังวลคือ การแทนที่ (Displacement) ของกิจกรรมสำคัญต่อพัฒนาการ เช่น การเล่นเชิงโต้ตอบ การพูดคุยเล่นนิทาน การเล่นสมมติ และการปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นฐานของการพัฒนาภาษา การสื่อสารเชิงสังคม และการกำกับพฤติกรรมตนเอง หลักฐานในไทยพบความเชื่อมโยงระหว่างการใช้หน้าจอดิจิทัลมากเกินไปกับปัญหาพฤติกรรม โดยเสนอว่าความบกพร่องด้านทักษะทางปัญญาในการจัดการพฤติกรรม (Executive function) อาจเป็นตัวกลางที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเวลาหน้าจอที่มากเกินไปกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กปฐมวัย (Likhitweerawong et al., 2024) ในระดับนานาชาติ แนวทางหลายฉบับยังยืนยันหลักการเดียวกันว่าเด็กเล็กควรจำกัดเวลาหน้าจอ โดยเฉพาะเวลาที่เป็นการนั่งนิ่ง (Sedentary screen time) และเน้นคุณภาพเนื้อหา รวมถึงการใช้ร่วมกับผู้ใหญ่ ประเด็นสำคัญไม่ได้อยู่ที่จำนวนชั่วโมงเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงบริบทของการใช้ และกิจกรรมที่ถูกทดแทนจากการใช้หน้าจอดิจิทัลด้วย (Willumsen & Bull, 2020; Nuvoli et al., 2025) ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์เชิงพรรณนาในภาคอีสานจึงมีความจำเป็น เพื่อให้เห็นภาพจริงของรูปแบบการใช้หน้าจอดิจิทัลในชีวิตประจำวัน และเป็นฐานข้อมูลสำหรับออกแบบมาตรการและโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวไทยและวิถีชุมชนอีสานอย่างเป็นรูปธรรม

แม้งานวิจัยระหว่างการใช้สื่อดิจิทัลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยจะเพิ่มขึ้นในระดับนานาชาติ แต่หลักฐานในบริบทประเทศไทยยังคงกระจัดกระจาย โดยเฉพาะการศึกษาที่แยกแยะลักษณะการใช้หน้าจอดิจิทัลโดย

ลำพัง ซึ่งเป็นบริบทการใช้งานที่มีผลเชิงลบเด่นชัดต่อการเรียนรู้ทางสังคมและภาษา นอกจากนี้ ยังขาดการรายงานสถานการณ์ระดับภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สะท้อนพลวัตวัฒนธรรมครอบครัวขยายและครอบครัวข้ามรุ่นผู้ดูแล (Skip-generation caregiving) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้สูงในพื้นที่อีสาน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่หลากหลายในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลและผลกระทบด้านพัฒนาการ เช่น พฤติกรรมคล้ายออทิสติกหรือพฤติกรรมสังคมที่ผิดปกติ พบว่ายิ่งเวลาหน้าจอมากขึ้นก็ยิ่งมีการเชื่อมโยงกับอาการที่คล้ายโรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder, ASD) และปัญหาด้านการสื่อสารมากขึ้น (Ophir et al., 2023; Sarfraz et al., 2023) อย่างไรก็ตามผลสรุปยังไม่สอดคล้องทั้งหมด และยังมีข้อจำกัดจากธรรมชาติของการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (Ophir et al., 2023) ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือการทบทวนเอกสาร โดยยังไม่ได้นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาที่สะท้อนรูปแบบการใช้หน้าจอดิจิทัลในชีวิตประจำวันของเด็กปฐมวัยตามบริบทครอบครัวและสังคมวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ การศึกษานี้จึงมุ่งอธิบายสถานการณ์การใช้หน้าจอดิจิทัลของเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเชิงพรรณนา เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพัฒนาการที่สอดคล้องกับบริบทครอบครัวและสังคมวัฒนธรรมไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้หน้าจอดิจิทัลและบริบทการดูแลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

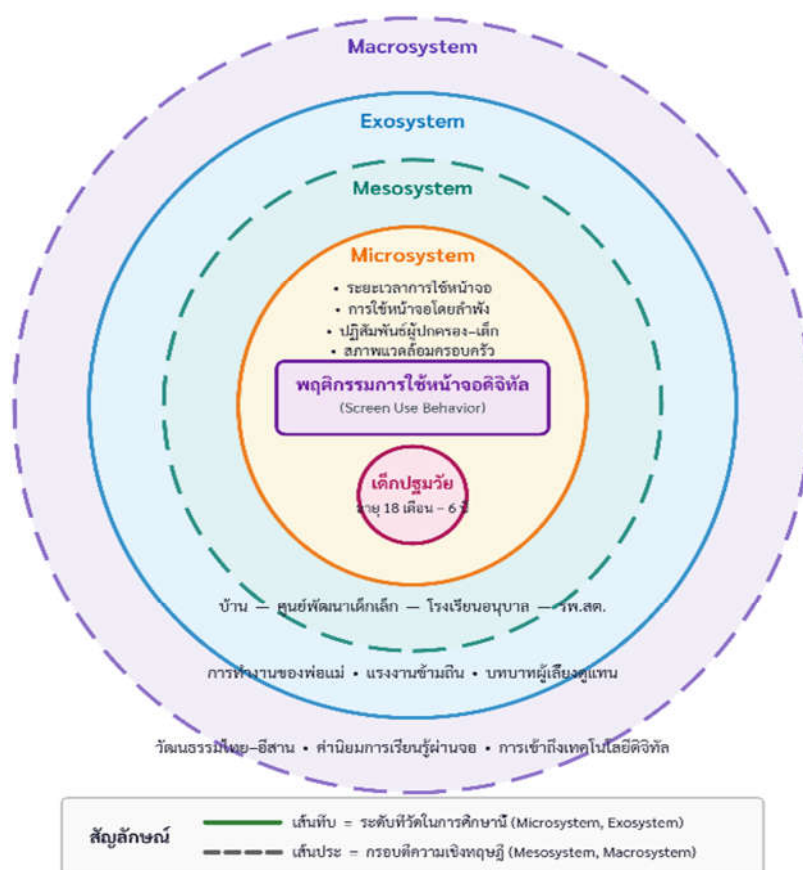
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาช่วงอายุเริ่มสัมผัสหน้าจอและระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบท ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาประเภทอุปกรณ์ที่ใช้และจุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลขณะเด็กปฐมวัยใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ใช้ Bioecological Model ของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) เป็นกรอบในการอธิบายพฤติกรรมการใช้หน้าจอดิจิทัลของเด็กปฐมวัย โดยมองว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบสิ่งแวดล้อมที่ซ้อนกันเป็นชั้นระดับ Microsystem คือสภาพแวดล้อมใกล้ตัวเด็ก ประกอบด้วย ระยะเวลาการใช้หน้าจอต่อวัน การใช้โดยลำพังหรือร่วมกับผู้ใหญ่ คุณภาพปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก และโครงสร้างครอบครัว เช่น ครอบครัวขยายหรือการฝากเลี้ยงกับผู้สูงอายุ ระดับ Mesosystem คือความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความสอดคล้องของแนวปฏิบัติในสถาบันเหล่านี้ส่งผลต่อการกำกับการใช้หน้าจอและการส่งเสริมพัฒนาการ ระดับ Exosystem คือสภาพแวดล้อมที่ส่งผลทางอ้อม เช่น ชั่วโมงการทำงานของพ่อแม่ การย้ายถิ่นไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ และการที่ปู่ย่าตายายเข้ามาเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเพิ่มโอกาสที่เด็กจะใช้หน้าจอนานขึ้น ระดับ Macrosystem คือค่านิยมวัฒนธรรมไทยและอีสาน ความเชื่อว่าการเรียนรู้ผ่านหน้าจอช่วยพัฒนาทักษะของเด็ก และการขยายตัวของเทคโนโลยีดิจิทัลในประเทศ ซึ่งหล่อหลอมให้

หน้าจอบเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการเลี้ยงดูเด็กไทย ส่วนระดับ Chronosystem (มิติเวลา) การศึกษานี้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาเดียว สำหรับการวัดตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดตัวแปรในระดับ Microsystem (ผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ การใช้ร่วมกัน) และ Exosystem บางส่วน (อาชีพผู้ดูแล ครอบครัวข้ามรุ่น) โดยตรง ส่วนระดับ Mesosystem Macrosystem และ Chronosystem ใช้เป็นกรอบเชิงทฤษฎีสำหรับการอภิปรายผล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแบบจำลอง Bioecological Model ของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้หน้าจอดิจิทัลและบริบทการดูแลในเด็กปฐมวัยเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กปฐมวัยอายุ 18 เดือนถึง 6 ปี ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และใช้อุปกรณ์ที่มีหน้าจอดิจิทัลในชีวิตประจำวัน โดยเก็บข้อมูลผ่านผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยอายุ 18 เดือนถึง 6 ปี ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และใช้อุปกรณ์ที่มีหน้าจอดิจิทัลในชีวิตประจำวัน จำนวน 400 คน ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cochran (1977) สำหรับประชากรขนาดใหญ่ที่ไม่ทราบจำนวนแน่นอน $n = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($Z = 1.96$), $p = 0.5$ และ $e = 0.05$ ได้ 385 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 4

รวมขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจขาดหายและการไม่ตอบกลับ (Non-response) ตามข้อเสนอแนะของ Israel (2009)

การคัดเลือกตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 จังหวัด จาก 20 จังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก 3 ประการ คือ 1) ความหนาแน่นประชากรครอบคลุมทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่น และจังหวัดที่มีประชากรปานกลาง 2) ความหลากหลายของลักษณะภูมิประเทศและการพัฒนาเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน รวมถึงพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน เพื่อสะท้อนพลวัตของครอบครัวอีสาน และ 3) การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่หลากหลาย ซึ่งสะท้อนความแตกต่างของบริบทการเข้าถึงสื่อดิจิทัลในระดับครัวเรือน ผลการคัดเลือก ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนม และจังหวัดชัยภูมิ

ขั้นที่ 2 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ของแต่ละจังหวัดออกเป็น 2 ชั้น ได้แก่ พื้นที่เขตเมือง (เทศบาลเมือง) และ พื้นที่เขตชนบท (องค์การบริหารส่วนตำบล) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกพื้นที่จากแต่ละชั้น ชั้นละ 1 แห่ง ซึ่งทำให้แต่ละจังหวัดมีพื้นที่ศึกษา 2 แห่ง ได้แก่ พื้นที่เขตเมือง 1 แห่ง และพื้นที่เขตชนบท 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 10 หน่วยพื้นที่

ขั้นที่ 3 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยในแต่ละหน่วยพื้นที่ โดยจัดทำบัญชีรายชื่อหน่วยงานแต่ละประเภท ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกหน่วยงานประเภทละ 1 แห่งต่อพื้นที่ รวมพื้นที่ละ 3 หน่วยงาน และรวมทั้งสิ้น 30 หน่วยงาน

ขั้นที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจากบัญชีรายชื่อ (Sampling frame) ของแต่ละหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือก 30 หน่วยงาน โดยใช้วิธีการจับสลากกระจายจำนวนตัวอย่างในแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 13 คน และโรงเรียนอนุบาล จำนวน 14 คน เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 400 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่อาศัยกับเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) เด็กใช้อุปกรณ์ที่มีหน้าจออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 3) ผู้ดูแลสามารถอ่านและตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางพัฒนาการหรือความบกพร่องทางประสาทสัมผัสที่กระทบต่อการใช้น้ำจอ 2) ผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน และ 3) ผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพผู้ดูแล รายได้ครอบครัวต่อเดือน อายุผู้ดูแล และ เพศของเด็ก ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะการใช้หน้าจอดีจิทัลของเด็กปฐมวัย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) อายุเริ่มสัมผัสหน้าจอ 2) ระยะเวลาการใช้หน้าจอดีจิทัลต่อวัน 3) เวลาการใช้หน้าจอดีจิทัลรายสัปดาห์ 4) ประเภทอุปกรณ์ที่ใช้ 5) จุดมุ่งหมายหลักในการใช้ 6) บริบทการดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล 7) บริบทการใช้หน้าจอดีจิทัลในชีวิตประจำวัน และ 8) บริบทการใช้หน้าจอดีจิทัลก่อนนอน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบที่ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (Multiple responses) และเป็นแบบเติมคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยเสนอเครื่องมือต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย สาธารณสุขชุมชน และระเบียบวิธีวิจัย เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย ใช้ดัชนี Content Validity Index (CVI) ทั้งระดับรายข้อ (Item-level CVI; I-CVI) และระดับภาพรวมของแบบสอบถาม (Scale-level CVI; S-CVI) ตามแนวทางของ Polit & Beck (2006) ผลการตรวจสอบพบว่า I-CVI รายข้อมีค่า 0.67–1.00 (ค่าเฉลี่ย 0.94) และ S-CVI เท่ากับ 0.92 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ I-CVI ≥ 0.78 และ S-CVI ≥ 0.80 (Polit & Beck, 2006) ข้อคำถามที่ได้รับข้อเสนอแนะถูกปรับปรุงให้ชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทดลองใช้ (Try-out) แบบสอบถามกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรเป้าหมาย 30 คน ซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างหลัก และเก็บข้อมูลซ้ำภายหลัง 2 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความคงที่ของเครื่องมือ (Test-retest reliability) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องมีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ 0.91 แสดงถึงความคงที่ของการวัดในระดับดีเยี่ยม (Koo & Li, 2016) ส่วนข้อคำถามแบบเลือกตอบมีค่า Cohen's Kappa อยู่ระหว่าง 0.82–0.88 แสดงถึงความสอดคล้องของการตอบในระดับมากถึงเกือบสมบูรณ์ ตามเกณฑ์ของ Landis และ Koch (1977)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภายใต้โครงการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ด้วย Explanatory Sequential Design โดยในบทความฉบับนี้ผู้วิจัยนำเสนอเฉพาะ ผลการสำรวจเชิงพรรณนาจากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของโครงการ เพื่ออธิบายสถานการณ์และรูปแบบการใช้หน้าจอดีจิทัลของเด็กปฐมวัยอายุ 18 เดือน ถึง 6 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 68-1-014 อนุมัติเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2568 และมีอายุถึงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2569 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทุกราย ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent) ด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ สำหรับการพิทักษ์สิทธิของเด็กซึ่งยังไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ปกครองแทน และเก็บข้อมูลผ่านผู้ปกครองเท่านั้น โดยไม่มีการสัมภาษณ์หรือสังเกตเด็กโดยตรง ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สืบเชื่อมโยงไปยังบุคคลได้ และนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 (หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย) ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย นครพนม และชัยภูมิ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเริ่มจากการประสานขอความร่วมมือกับผู้บริหารของสถาบันที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือ เข้าพบผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก

เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมก่อนแจกแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้ตอบต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ผู้วิจัยพร้อมให้คำอธิบายจนเข้าใจชัดเจน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 420 ฉบับ ได้รับกลับคืน 410 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 97.6 และหลังจากการคัดกรองคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นอัตราแบบสอบถามที่ใช้วิเคราะห์ได้ (Usable response rate) ร้อยละ 95.2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ดูแล และเด็กปฐมวัย ช่วงอายุเริ่มสัมผัสหน้าจอละระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัย ประเภทอุปกรณ์ที่ใช้และจุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัย และ บริบทการดูแลขณะเด็กปฐมวัยใช้หน้าจอดิจิทัลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ดูแลและเด็กปฐมวัย จำแนกตามบริบทเมือง-ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 310 คน (ร้อยละ 77.5) มีอายุเฉลี่ย 34.6 ปี (SD=7.8 ปี) โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 185 คน (ร้อยละ 46.3) ความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็นมารดาหรือบิดา จำนวน 230 คน (ร้อยละ 57.5) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. หรือต่ำกว่า จำนวน 150 คน (ร้อยละ 37.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป/แรงงาน จำนวน 140 คน (ร้อยละ 35.0) รายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท จำนวน 215 คน (ร้อยละ 53.7) ส่วนข้อมูลเด็กปฐมวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 205 คน (ร้อยละ 51.3) มีอายุเฉลี่ย 3.7 ปี (SD=1.5 ปี) โดยอยู่ในช่วง 3-4 ปี จำนวน 165 คน (ร้อยละ 41.2) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ดูแลและเด็กปฐมวัย จำแนกตามบริบทเมืองและชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (n = 400)

ตัวแปร	รวม (n=400) จำนวน (ร้อยละ)	เมือง (n=200) จำนวน (ร้อยละ)	ชนบท (n=200) จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศผู้ดูแล			
หญิง	310 (77.5)	160 (51.6)	150 (48.4)
ชาย	90 (22.5)	40 (44.4)	50 (55.6)
2. อายุผู้ดูแล			
20-29 ปี	120 (30.0)	70 (58.3)	50 (41.7)
30-39 ปี	185 (46.3)	95 (51.4)	90 (48.6)
40-49 ปี	70 (17.5)	30 (42.9)	40 (57.1)
≥ 50 ปี	25 (6.2)	5 (20.0)	20 (80.0)
	(M=34.6, SD=7.8)	(M=33.9, SD=7.5)	(M=35.5, SD=8.1)
3. ความสัมพันธ์กับเด็ก			
มารดา/บิดา	230 (57.5)	150 (65.2)	80 (34.8)
ปู่ย่า/ตายาย	110 (27.5)	30 (27.3)	80 (72.7)
ญาติ/ผู้ดูแลอื่น	60 (15.0)	20 (33.3)	40 (66.7)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	รวม (n=400)	เมือง (n=200)	ชนบท (n=200)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. ระดับการศึกษา			
ม.ปลาย/ปวช. หรือต่ำกว่า	150 (37.5)	55 (36.7)	95 (63.3)
อนุปริญญา/ปวส.	120 (30.0)	60 (50.0)	60 (50.0)
ปริญญาตรี	115 (28.7)	75 (65.2)	40 (34.8)
สูงกว่าปริญญาตรี	15 (3.7)	10 (66.7)	5 (33.3)
5. อาชีพผู้ดูแล			
เกษตรกร	95 (23.7)	10 (10.5)	85 (89.5)
รับจ้างทั่วไป/แรงงาน	140 (35.0)	65 (46.4)	75 (53.6)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	80 (20.0)	50 (62.5)	30 (37.5)
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	45 (11.3)	40 (88.9)	5 (11.1)
พนักงานเอกชน	40 (10.0)	35 (87.5)	5 (12.5)
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน			
< 10,000 บาท	120 (30.0)	25 (20.8)	95 (79.2)
10,000–20,000 บาท	215 (53.7)	120 (55.8)	95 (44.2)
> 20,000 บาท	65 (16.3)	55 (84.6)	10 (15.4)
7. เพศของเด็ก			
หญิง	195 (48.7)	95 (48.7)	100 (51.3)
ชาย	205 (51.3)	105 (51.2)	100 (48.8)
8. อายุของเด็ก			
18 เดือน–2 ปี	80 (20.0)	40 (50.0)	40 (50.0)
3–4 ปี	165 (41.2)	85 (51.5)	80 (48.5)
5–6 ปี	155 (38.8)	75 (48.4)	80 (51.6)
	(M=3.7, SD=1.5)	(M=3.6, SD=1.4)	(M=3.8, SD=1.6)

2. ช่วงอายุเริ่มสัมผัสหน้าจอและระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยเริ่มสัมผัสหน้าจอตั้งแต่อายุต่ำกว่า 2 ปี จำนวน 269 คน (ร้อยละ 67.3) ระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลต่อวัน ส่วนใหญ่ใช้หน้าจอมากกว่า 2.01-3 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 136 คน (ร้อยละ 34.0) และ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลต่อสัปดาห์ มากกว่า 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 150 คน (ร้อยละ 37.5) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงอายุเริ่มสัมผัสหน้าจอและระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=400)

ตัวแปร	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อายุเริ่มสัมผัสหน้าจอ		
ต่ำกว่า 2 ปี	-	269 (67.3)
2–3 ปี	-	86 (21.5)
4–5 ปี	-	45 (11.2)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	M (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
2. ระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลต่อวัน		
≤ 1 ชั่วโมงต่อวัน	0.8 (0.3)	58 (14.5)
1.01-2 ชั่วโมงต่อวัน	1.6 (0.4)	91 (22.7)
2.01-3 ชั่วโมงต่อวัน	2.5 (0.5)	136 (34.0)
> 3 ชั่วโมงต่อวัน	4.1 (0.9)	115 (28.8)
3. ระยะเวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลต่อสัปดาห์		
≤ 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	5.4 (1.1)	40 (10.0)
7.01-14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	11.8 (2.3)	88 (22.0)
14.01-21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	18.2 (3.4)	122 (30.5)
> 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	29.6 (6.1)	150 (37.5)

3. ประเภทอุปกรณ์ที่ใช้และจุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่า ประเภทอุปกรณ์ที่เด็กปฐมวัยใช้บ่อยที่สุดโดยรวมคือสมาร์ทโฟน จำนวน 285 คน (ร้อยละ 71.2) เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่าเด็กในเขตเมืองใช้สมาร์ทโฟนมากที่สุด จำนวน 125 คน (ร้อยละ 62.5) ขณะที่เด็กในชนบทใช้สมาร์ทโฟนมากที่สุดเช่นกัน จำนวน 160 คน (ร้อยละ 80.0) สำหรับ จุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัล พบว่าโดยรวมเด็กใช้หน้าจอเพื่อ ความบันเทิง เช่น ดูการ์ตูน คลิปสั้น และเพลงเด็ก มากที่สุด จำนวน 298 คน (ร้อยละ 74.5) เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่าเด็กในเขตเมืองมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อความบันเทิงมากที่สุด จำนวน 140 คน (ร้อยละ 70.0) ส่วนเด็กในชนบทมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อความบันเทิงเช่นเดียวกัน จำนวน 158 คน (ร้อยละ 79.0) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเภทอุปกรณ์ที่ใช้และจุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัลในเด็กปฐมวัยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (n=400)

รายการ	รวม (n=400) จำนวน (ร้อยละ)	เมือง (n=200) จำนวน (ร้อยละ)	ชนบท (n=200) จำนวน (ร้อยละ)
1. ประเภทอุปกรณ์ที่เด็กใช้บ่อยที่สุด*			
สมาร์ทโฟน	285 (71.2)	125 (62.5)	160 (80.0)
โทรทัศน์	225 (56.3)	115 (57.5)	110 (55.0)
แท็บเล็ต	155 (38.8)	95 (47.5)	60 (30.0)
คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก	40 (10.0)	30 (15.0)	10 (5.0)
สมาร์ททีวี/YouTube TV	85 (21.3)	65 (32.5)	20 (10.0)
2. จุดมุ่งหมายหลักในการใช้หน้าจอดิจิทัลของเด็ก*			
ความบันเทิง (ดูการ์ตูนและคลิปสั้น/เพลงเด็ก)	298 (74.5)	140 (70.0)	158 (79.0)
เพื่อให้เด็กอยู่นิ่งหรือลดพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งขณะผู้ดูแลทำงาน	205 (51.3)	90 (45.0)	115 (57.5)
การเรียนรู้ผ่านสื่อ เช่น นิตยสาร/ก ข ค/ภาษาอังกฤษพื้นฐาน	130 (32.5)	80 (40.0)	50 (25.0)
เล่นเกมและแอปเสริมทักษะเด็ก	115 (28.8)	75 (37.5)	40 (20.0)
วิดีโอคอลกับพ่อแม่/ญาติ	75 (18.8)	20 (10.0)	55 (27.5)
ใช้ประกอบกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแล (covieving/ชี้ชวนคุย)	50 (12.5)	35 (17.5)	15 (7.5)

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

4. บริบทการดูแลเด็กปฐมวัยขณะใช้หน้าจอดิจิทัลในเขตเมืองและชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งระหว่างผู้ดูแลทำงานบ้านหรือทำงานนอกบ้าน จำนวน 235 คน (ร้อยละ 58.8) รองลงมาคือ ผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่ไม่ได้ชี้ชวนพูดคุยขณะดู จำนวน 205 (ร้อยละ 51.3) เมื่อเปรียบเทียบตามพื้นที่ พบว่า เด็กในเขตเมือง มีสัดส่วนสูงสุดในด้านผู้ดูแลอยู่ใกล้แต่ไม่ได้ชี้ชวนพูดคุยขณะดู จำนวน 110 คน (ร้อยละ 55.0) ส่วนเด็กในชนบท พบสัดส่วนสูงสุดในด้านใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งระหว่างผู้ดูแลทำงานบ้านหรือทำงานนอกบ้าน จำนวน 140 คน (ร้อยละ 70.0) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บริบทการดูแลขณะเด็กปฐมวัยใช้หน้าจอดิจิทัลของเด็กปฐมวัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=400)

บริบทการดูแลขณะใช้หน้าจอ*	รวม (n=400)	เมือง (n=200)	ชนบท (n=200)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้หน้าจอโดยลำพัง ไม่มีผู้ใหญ่กำกับดูแล	194 (48.5)	75 (37.5)	119 (59.5)
ผู้ดูแลอยู่ใกล้ แต่ไม่ได้ชี้ชวนพูดคุยขณะดู	205 (51.3)	110 (55.0)	95 (47.5)
ดูร่วมกับผู้ดูแล (covieing)	85 (21.3)	60 (30.0)	25 (12.5)
ผู้ดูแลพูดคุยและชี้ชวนโต้ตอบขณะใช้หน้าจอ	75 (18.8)	55 (27.5)	20 (10.0)
ใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งระหว่างผู้ดูแลทำงานบ้านหรือทำงานนอกบ้าน	235 (58.8)	95 (47.5)	140 (70.0)
ใช้หน้าจอระหว่างรับประทานอาหาร	180 (45.0)	70 (35.0)	110 (55.0)
ใช้หน้าจอก่อนนอน ≤ 30 นาที	70 (17.5)	40 (20.0)	30 (15.0)
ใช้หน้าจอก่อนนอน > 30 นาที	110 (27.5)	45 (22.5)	65 (32.5)

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

อภิปรายผลการวิจัย

เวลาการใช้หน้าจอดิจิทัลของเด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกินคำแนะนำสากล ผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเวลาใช้หน้าจอเฉลี่ย 2.8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 62.8 ใช้มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเกินคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและสมาคมกุมารแพทย์สหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดให้เด็กอายุ 2-5 ปีใช้หน้าจอไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน และหลีกเลี่ยงในเด็กต่ำกว่า 2 ปี ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในช่วงเดียวกับรายงานระดับนานาชาติที่ 2-3 ชั่วโมงต่อวัน (Madigan et al., 2020; Rideout & Robb, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ McArthur et al. (2022) ที่พบว่า เด็กอายุ 2-5 ปีทั่วโลกทำได้ตามเกณฑ์ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวันเพียงประมาณร้อยละ 35.6 ประเด็นที่น่ากังวลเฉพาะบริบทของการศึกษานี้คือ ร้อยละ 67.3 ของเด็กเริ่มสัมผัสหน้าจอก่อนอายุ 2 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 30 เดือนที่มีรายงานปรากฏการณ์ Video Deficit Effect ซึ่งทำให้เด็กมีความสามารถจำกัดในการถ่ายโอนการเรียนรู้จากสื่อสองมิติไปสู่โลกจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีผู้ใหญ่ช่วยชี้แนะและอธิบายเชื่อมโยงเนื้อหา (Anderson & Subrahmanyam, 2017; Strouse et al., 2013) หลักฐานจากงานวิจัยในบริบทเอเชียชี้ให้เห็นว่าการเริ่มใช้หน้าจอเร็วและใช้เป็นเวลานานสัมพันธ์กับความล่าช้าทางการพูด การมีปัญหาด้านความสนใจ และพฤติกรรมคล้ายออทิสติก (Ophir et al., 2023; Sarfraz et al., 2023)

การใช้หน้าจอดิจิทัลโดยลำพังและความเสี่ยงต่อพัฒนาการทางภาษาและสังคม ผลการศึกษาพบว่า เด็กร้อยละ 48.5 ใช้หน้าจอโดยลำพัง โดยในชนบทพบสูงถึงร้อยละ 59.5 เทียบกับร้อยละ 37.5 ในเมือง ซึ่งเป็นบริบทการใช้ที่อาจลดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์และการเรียนรู้ร่วมกับผู้ดูแล เด็กปฐมวัยต้องอาศัยการโต้ตอบสองกับผู้ดูแลเพื่อพัฒนาทักษะภาษา ความเข้าใจเชิงสังคม และการกำกับตนเอง แม้แต่การที่ผู้ใหญ่

อยู่ใกล้แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลหรือพูดคุยเกี่ยวกับเนื้อหาที่เด็กได้รับชมก็ไม่ได้เพียงพอต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ (Reid Chassiakos et al., 2016) การรับชมสื่อร่วมกันระหว่างเด็กกับผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งรวมถึงการพูดคุย ชี้ชวน ตั้งคำถาม และเชื่อมโยงเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตจริงของเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบเชิงลบของการใช้หน้าจอดิจิทัลและสามารถเปลี่ยนประสบการณ์การรับสื่อให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ได้ (Hutton et al., 2020) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่ามีเพียงร้อยละ 21.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าดูหน้าจอร่วมกับผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 18.8 ที่ผู้ดูแลพูดคุยหรือได้ตอบกับเด็กขณะใช้หน้าจอ สะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมอย่างมีคุณภาพของผู้ดูแลในขณะที่เด็กใช้หน้าจอยังเป็นสิ่งที่พบน้อยมากในบริบทครอบครัวไทย

บทบาทของหน้าจอในฐานะเครื่องมือช่วยเลี้ยงดูและปัจจัยระดับ Exosystem ประเด็นที่น่าสนใจคือ แม้ผู้ดูแลจะรายงานว่าการใช้หน้าจอเพื่อให้เด็กอยู่นิ่งเป็นจุดมุ่งหมายของตนเพียง ร้อยละ 51.3 แต่เมื่อประเมินจากพฤติกรรมจริงในชีวิตประจำวันกลับพบว่าสูงถึงร้อยละ 58.8 ช่องว่างนี้สะท้อนความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแล (Perceived purpose) กับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง (Actual practice) ซึ่งอาจเกิดจากการใช้หน้าจอในลักษณะไม่ตั้งใจ หรือเป็นกลไกอัตโนมัติในการจัดการสถานการณ์ประจำวัน ผลการศึกษายังพบว่าร้อยละ 74.5 ของผู้ดูแลใช้หน้าจอเพื่อความบันเทิงของเด็ก และในชนบทพบพฤติกรรมการใช้เพื่อให้เด็กอยู่นิ่งสูงถึงร้อยละ 70.0 เทียบกับเมืองที่ร้อยละ 47.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในจังหวัดขอนแก่นที่รายงานมารดาร้อยละ 52.2 ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยในการเลี้ยงดู แม้ว่าสัดส่วนในการศึกษานี้จะสูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างของบริบทพื้นที่และช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (Luvira & Photichai, 2025) การใช้หน้าจอดิจิทัลในลักษณะนี้สะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยใน Exosystem ตามกรอบแนวคิดของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่เด็กไม่ได้มีส่วนร่วมโดยตรง แต่ส่งผลกระทบทางอ้อมต่อชีวิตของเด็ก ในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจัยระดับ Exosystem ที่สำคัญได้แก่ ภาระงานของพ่อแม่ที่ต้องทำงานนอกบ้านเป็นเวลานาน การเป็นแรงงานข้ามถิ่นของพ่อแม่ที่ต้องไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ และการเปลี่ยนผ่านบทบาทผู้ดูแลไปสู่ปู่ย่าตายาย ผลการศึกษพบเด็กร้อยละ 27.5 (n = 110) อยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายาย โดยในกลุ่มปู่ย่าตายายส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (80 คน, ร้อยละ 72.7 ของกลุ่มปู่ย่าตายาย) การดูแลข้ามรุ่นเช่นนี้พบร่วมกับเวลาการใช้หน้าจอที่สูงกว่าในเชิงพรรณนา

สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลักและความหมายในบริบทครอบครัวไทย ผลการศึกษพบว่าสมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์ที่เด็กใช้บ่อยที่สุด (ร้อยละ 71.2) โดยพบมากในชนบทถึงร้อยละ 80.0 เทียบกับเมืองที่ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือโทรทัศน์ (ร้อยละ 56.3) และแท็บเล็ต (ร้อยละ 38.8) ความนิยมในการใช้สมาร์ทโฟนสอดคล้องกับงานศึกษาในครอบครัวเอเชียที่ระบุว่าสมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์ที่เข้าถึงได้ง่าย มีราคาไม่แพง และถูกใช้เพื่อจัดการพฤติกรรมเด็กมากที่สุด (Muppalla et al., 2023) ในบริบทชนบทของไทย สมาร์ทโฟนมักเป็นอุปกรณ์เทคโนโลยีหลักหรือแม้แต่อุปกรณ์เดียวที่ครอบครัวมี ทำให้เด็กเข้าถึงหน้าจอผ่านอุปกรณ์นี้สูงกว่าอุปกรณ์อื่น ลักษณะของสมาร์ทโฟนที่เป็นอุปกรณ์ส่วนบุคคลและพกพาได้ ทำให้เด็กมีโอกาสใช้หน้าจอโดยลำพังมากขึ้น และยากต่อการกำกับดูแลเนื้อหา

การใช้หน้าจอดิจิทัลในบริบทที่เสี่ยงต่อพัฒนาการ ผลการศึกษายังพบการใช้หน้าจอในบริบทเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ระหว่างรับประทานอาหาร (ร้อยละ 45.0) และก่อนนอนมากกว่า 30 นาที (ร้อยละ 27.5) การใช้เวลาหน้าจอขณะรับประทานอาหารทำให้เด็กขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและการเรียนรู้ทางสังคม (Muppalla et al., 2023) และการใช้หน้าจอก่อนนอนสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง เนื่องจากแสงจากหน้าจอรบกวนการหลั่งเมลาโทนินและวงจรการนอนหลับ ดังนั้นจึงควรจำกัดเวลาหน้าจอและหลีกเลี่ยงการใช้ก่อนนอนในเด็กปฐมวัย (Reid Chassiakos et al., 2016; Willumsen & Bull, 2020)

การเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด Bioecological Model เมื่อพิจารณาผลการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Bioecological Model ของ Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006) ผลการศึกษานี้สามารถตีความผ่านระดับ Microsystem และ Exosystem ของ Bioecological Model ได้โดยตรง ในระดับ Microsystem ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวที่ปู่ตายหรือญาติเป็นผู้ดูแลหลัก พบร่วมกับการใช้หน้าจอโดยลำพังที่สูงกว่า และคุณภาพการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขณะใช้หน้าจอในระดับต่ำ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระดับนี้ ในระดับ Mesosystem การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความเชื่อมโยงระหว่างบ้าน สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพโดยตรง จึงใช้เป็นเพียงกรอบการตีความเชิงทฤษฎี และเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ในระดับ Exosystem การศึกษานี้พบว่าเด็กร้อยละ 27.5 อยู่ในการดูแลของปู่ตาย ซึ่งในกลุ่มที่พบร่วมกับเวลาการใช้หน้าจอที่สูงกว่า สะท้อนอิทธิพลของภาวะแรงงานข้ามถิ่นและภาระงานของพ่อแม่ที่ส่งผลกระทบต่อเลี้ยงดูเด็ก ส่วนระดับ Macrosystem ใช้เป็นกรอบการตีความเชิงทฤษฎีเท่านั้น โดยบริบทวัฒนธรรมไทยและอีสาน การขยายตัวของเทคโนโลยีดิจิทัล และค่านิยมเรื่องการเรียนรู้ผ่านสื่อเป็นปัจจัยระดับมหภาคที่อาจหล่อหลอมวิถีการเลี้ยงดูเด็กในยุคดิจิทัล แต่การศึกษานี้ไม่ได้วัดตัวแปรในระดับดังกล่าวโดยตรง (Bronfenbrenner & Morris, 2006)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการใช้หน้าจอดิจิทัลกับผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กได้ การศึกษาในอนาคตควรใช้รูปแบบการวิจัยระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้หน้าจอดิจิทัลและผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในระยะยาว (Ophir et al., 2023)

2. ข้อจำกัดด้านวิธีเก็บข้อมูล การศึกษาใช้วิธีรายงานด้วยตนเอง (Self-report) จากผู้ดูแล ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบตามความเหมาะสมทางสังคม (Social desirability bias) และความคลาดเคลื่อนจากการประมาณระยะเวลาการใช้หน้าจอ

3. ข้อจำกัดด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลผ่านสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจทำให้ผลที่ได้ไม่สะท้อนครอบครัวที่อยู่นอกระบบดังกล่าว (Selection bias)

4. ข้อจำกัดด้านการจัดกลุ่มเมืองหรือชนบท ซึ่งใช้เกณฑ์การปกครอง อาจไม่สะท้อนความแตกต่างเชิงบริบทและวิถีชีวิตที่แท้จริง

5. ข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์และการประยุกต์ผล การวิเคราะห์เน้นเชิงพรรณนา ไม่ได้จำแนกตามเพศและอายุของเด็ก ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีผลต่อรูปแบบการใช้หน้าจอ ผลการศึกษาจึงควรตีความในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น การประยุกต์ใช้กับภูมิภาคอื่นควรพิจารณาความแตกต่างของบริบทครอบครัวและการเข้าถึงเทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลและสาธารณสุขชุมชน พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรประเมินพฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กเป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองพัฒนาการตามปกติ พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้หน้าจอที่เหมาะสมตามช่วงวัย การใช้สื่อร่วมกันอย่างมีคุณภาพ และการหลีกเลี่ยงการใช้หน้าจอในบริบทเสี่ยง เช่น ระหว่างรับประทานอาหารและก่อนนอน โดยเฉพาะในครอบครัวที่ปู่ตายเป็นผู้ดูแลหลัก

1.2 ข้อเสนอเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรกำหนดแนวปฏิบัติร่วมระหว่างบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้หน้าจออย่างเหมาะสมในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและครอบครัวที่พ่อแม่เป็นแรงงานข้ามถิ่น

1.3 ข้อเสนอแนะต่อผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองและผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนข้อมูลและทักษะในการกำกับการใช้หน้าจอของเด็ก รวมถึงการสร้างทางเลือกของกิจกรรมที่ไม่ใช้หน้าจอ เช่น การอ่านนิทาน การเล่นที่ส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหว และการสร้างกิจวัตรประจำวันที่มีการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในครอบครัว

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาระยะยาวและเชิงสาเหตุ ควรดำเนินการวิจัยแบบ Longitudinal study เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระยะยาวของเวลาหน้าจอต่อการพัฒนาภาษา ทักษะการทำงานของส่วนบริหาร (Executive function) และพฤติกรรมทางสังคมของเด็กปฐมวัย

2.2 การส่งเสริมการใช้สื่อร่วมกันในครอบครัว โดยควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูสื่อร่วมกันระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก โดยเน้นคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ขณะรับชม ต่อพัฒนาการด้านภาษาและการเรียนรู้ทางสังคมของเด็กปฐมวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่า ขอขอบคุณผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงผู้บริหารและบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 5 จังหวัด ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. *Pediatrics*, 140(Suppl. 2), S57–S61. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). Wiley.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Hutton, J. S., Dudley, J., Horowitz-Kraus, T., DeWitt, T., & Holland, S. K. (2020). Associations between screen-based media use and brain white matter integrity in preschool-aged children. *JAMA Pediatrics*, 174(1), e193869. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3869>
- Israel, G. D. (2009). Determining Sample Size. <https://journals.flvc.org/edis/article/view/140903/145975>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>

- Kumruangrit, S., Tansuwat, R., Marat, S., Phothiwichit, L., & Phichitsiri, N. (2022). Smart devices and family roles: A study of smart device use among children aged 2–5 in Thailand's Health Region 3. *Journal of Population and Social Studies*, 30, 72–85.
<https://doi.org/10.25133/JPSSV302022.005>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Likhitweerawong, N., Boonchooduang, N., Khorana, J., Phinyo, P., Patumanond, J., & Louthrenoo, O. (2024). Executive dysfunction as a possible mediator for the association between excessive screen time and problematic behaviors in preschoolers. *PLOS ONE*, 19(4), e0298189.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298189>
- Luvira, V., & Photichai, P. (2025). Early Childhood Media Exposure and Associated Factors in Khon Kaen Province, Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 14(1), 46–51. https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_20_25
- Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R., & Christakis, D. A. (2020). Associations between screen use and child language skills: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(7), 665–675. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0327>
- McArthur, B. A., Volkova, V., Tomopoulos, S., & Madigan, S. (2022). Global prevalence of meeting screen time guidelines among children 5 years and younger: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 176(4), 373–383.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6386>
- Muppalla, S. K., Vuppalapati, S., Reddy Pulliahgaru, A., & Sreenivasulu, H. (2023). Effects of Excessive screen time on child development: An updated review and strategies for management. *Cureus*, 15(6), e40608. <https://doi.org/10.7759/cureus.40608>
- Nuvoli, V., Camanni, M., Mariani, I., Ponte, S., Black, M., & Lazzerini, M. (2025). Digital screen exposure in infants, children and adolescents: A systematic review of existing recommendations. *Public Health in Practice*, 10, 100653.
<https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100653>
- Ophir, Y., Rosenberg, H., Tikochinski, R., Dalyot, S., & Lipshits-Braziler, Y. (2023). Screen time and autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(12), e2346775. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46775>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Reid Chassiakos, Y. L., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A., Cross, C., Council on Communications and Media, Hill, D., Ameenuddin, N., Hutchinson, J., Levine, A., Boyd, R., Mendelson, R., & Swanson, W. S. (2016). Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*, 138(5), e20162593. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>

- Rideout, V., & Robb, M. B. (2020). *The Common Sense Census: Media Use by Kids Age 0 to 8 Common Sense Media*. https://www.commonsensemedia.org/sites/default/files/research/report/2020_zero_to_eight_census_final_web.pdf
- Sarfraz, S., Shlaghya, G., Narayana, S. H., Mushtaq, U., Shaman Ameen, B., Nie, C., Nechi, D., Mazhar, I. J., Yasir, M., & Arcia Franchini, A. P. (2023). Early Screen-Time Exposure and Its Association With Risk of Developing Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Cureus*, 15(7), e42292. <https://doi.org/10.7759/cureus.42292>
- Strouse, G. A., O'Doherty, K., & Troseth, G. L. (2013). Effective coviewing: Preschoolers' learning from video after a dialogic questioning intervention. *Developmental Psychology*, 49(12), 2368–2382. <https://doi.org/10.1037/a0032463>
- Topothai, T., Phisanbut, N., Topothai, C., Suphanchaimat, R., & Tangcharoensathien, V. (2025). Determinants of Parental Interaction in Early Childhood: Insights from the 2022 Multiple Indicator Cluster Survey in Thailand. *Pediatric health, Medicine and Therapeutics*, 16, 109–119. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S516635>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) Office of Strategy and Evidence – Innocenti. (2025). *Childhood in a digital world: Screen time, digital skills and mental health*. UNICEF Innocenti. <https://www.unicef.org/innocenti/reports/childhood-digital-world>
- Willumsen, J., & Bull, F. (2020). Development of WHO guidelines on physical activity, sedentary behavior, and sleep for children less than 5 years of age. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(1), 96–100. <https://doi.org/10.1123/jpah.2019-0457>

The Competency Development of Village Health Volunteers for Encouraging Health Behavior Modification among the Pre-hypertension Group, Chaiyaphum Province

Premchan Muadmueangklang¹, Kalaya Vijuntmook²

¹Public health technical officer, Professional level, Chaiyaphum Provincial Health Office, Chaiyaphum

²Public health technical officer, Professional level, Banlao Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum

Abstract

Background: Hypertension is a major public health concern, with its prevalence continuing to increase. Health behavior modification among at-risk populations is therefore important for disease prevention. Village Health Volunteers (VHVs) play a key role in community-based health promotion and should be equipped with appropriate competencies to enhance their effectiveness in promoting healthy behaviors and preventing hypertension in Chaiyaphum Province.

Objective: To develop a competency development model for village health volunteers and evaluate its outcomes in promoting behavioral modification among the pre-hypertension risk group in Chaiyaphum Province.

Methods: This action research was conducted between January and September 2025 and comprised four phases: (1) planning, involving 20 purposively selected stakeholders. Data were collected through focus group discussions using a focus group guideline and analyzed using content analysis; (2) action implementation; (3) observation and data collection; and (4) reflection. In phases 2–4, we purposively selected 64 participants. Data were collected using a demographic questionnaire, a hypertension knowledge test, a health literacy questionnaire, and a competency assessment questionnaire for Village Health Volunteers. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired-sample t-test.

Results: The findings revealed that: (1) the developed model, namely the BANLAO model, consisted of six components: (1) Build Health Literacy, (2) Action Skills for VHVs, (3) Network and Community Support, (4) Lifestyle Modification, (5) Assessment and Follow-up, and (6) Outcome Evaluation; and (2) after implementation of the model, Village Health Volunteers demonstrated significantly higher mean scores in hypertension knowledge, health literacy, and competency compared with the pre-intervention period (p -value < .001).

Conclusion: The BANLAO model effectively improved knowledge, health literacy, and competency among Village Health Volunteers in promoting health behavior modification among individuals at risk of hypertension.

Recommendations: The developed model should be applied continuously to strengthen the capacity of Village Health Volunteers through context-appropriate health promotion activities in community settings.

Key Words: Competency, Health Behavior, Hypertension, VHVs

Corresponding author: Premchan Muadmueangklang **E-mail:** panpan01393@gmail.com

Received: 14 June 2026 **Revised:** 30 August 2026 **Accepted:** 31 August 2026

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

เปรมจันทร์ หมวดเมืองกลาง¹, กัลยา วิจันทร์²

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

²นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล้า อำเภอเมืองชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพพระระดับชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงกันยายน 2568 มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน 1) ขั้นตอนการวางแผน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน 3) ขั้นตอนการสังเกตผลและเก็บข้อมูล และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ BANLAO model ประกอบด้วย (1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) (2) การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Action skills for VHVs) (3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) (5) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) และ (6) การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) และ 2) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: รูปแบบ BANLAO model สามารถพัฒนาความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมรรถนะ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: เปรมจันทร์ หมวดเมืองกลาง อีเมล: panpan01393@gmail.com

วันที่รับ: 14 มิถุนายน 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 30 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2569

บทนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการมีคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลควบคุมโรคได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (ณัฐสิทธิ์ สินโท และคณะ, 2565) และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น องค์การอนามัยโลกพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคนส่งผลให้หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ต่าง ๆ และพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สิริวดี ชูเชิด, 2565) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Village Health Volunteer, VHV) เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ตามคำขวัญ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี” (ดวงกมล กักอึ้ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์, 2567; ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) มีความสำคัญเนื่องจากนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามกลุ่มวัยโดยเน้นการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ข้อมูลข่าวสารไว้พรมแดนดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำคนไทยสู่สุขภาพดีทันต่อเหตุการณ์ตามยุคสมัย และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนและเข้าใจง่ายเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้สื่อสารให้เข้ากับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม (ดวงกมล กักอึ้ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์, 2567) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นบุคคลที่มีจิตอาสาสมัครใจเข้ามาทำงานสุขภาพเพื่อสังคมโดยได้รับการพัฒนาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของการเข้ารับการอบรมและการสร้างประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งยังได้รับการคาดหวังในบทบาทที่สำคัญคือการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งการสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขแนะนำและเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565; ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) แม้ว่า อสม. มีความรู้พื้นฐานค่อนข้างดีแต่อาจยังขาดทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ การคัดกรองโรค โดยเฉพาะความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและแนวโน้มของพฤติกรรมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (นสพ. นสพ. เอื้อ และคณะ, 2565) แต่ อสม. ก็ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาสมรรถนะนับว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคลเพราะการดำเนินงานขององค์กรจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้กับองค์กร บุคลากรจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น (สิริวดี ชูเชิด, 2565) อสม. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น ตลอดจนเฝ้าระวังโรคในชุมชน (สุจินดา นันท์, 2568) ในปี 2559 - 2564 ที่ผ่านมามีจำนวนและอัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งล้วนมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ สามารถเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้

ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนได้ดีมากยิ่งขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) มีศักยภาพในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนมีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยเฉพาะการเน้นย้ำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BP at risk) หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure, SBP) เฉลี่ย 130-139 มิลลิเมตรปรอท และหรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure, DBP) เฉลี่ย 80-89 มิลลิเมตรปรอท และมีความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่โรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตอย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร ลดการบริโภคเกลือและอาหารรสเค็ม ลดอาหารหวานและไขมัน เพิ่มกิจกรรมทางกาย ควบคุมน้ำหนัก และจัดการความเครียด สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการขาดความตระหนักในการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ไต และสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่วัยเริ่มต้นจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567)

ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรภรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์, 2567) นอกจากนี้ การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาอย่างครอบคลุม จึงควรให้ความสำคัญกับการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยเริ่มต้น โดยพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และทักษะด้านการเฝ้าระวังโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง และการรายงานข้อมูลอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถติดตามและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครอบครัว อย่างไรก็ตาม อสม. ส่วนใหญ่เป็นจิตอาสาที่มีความแตกต่างด้านอายุ ระดับการศึกษา และข้อจำกัดด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามภารกิจ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ (ไพศาล ขุนวิเศษ และมยุรี บุญทัต, 2567)

จังหวัดชัยภูมิ มีบริบทพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท มีที่พักอาศัยกระจายตัวในพื้นที่ราบสลับภูเขา และบางพื้นที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ประกอบกับวิถีการบริโภคอาหารที่นิยมอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็มและหวาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากความรู้ ทักษะ ทศนคติ และความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน (สิริวดี ชูเชิด, 2565) การส่งเสริมให้ อสม. มีสมรรถนะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้คำแนะนำ และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ตลอดจนเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ในการปฏิบัติงาน สามารถให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและสนับสนุนการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านเล่า อำเภอมะนังชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 147 คน
2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) ในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ได้แก่ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการพัฒนารูปแบบ ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยพิจารณาจากผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 4 คน
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านเล่า อำเภอมะนังชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 64 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และ ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.44 (นสพ. เอ.โฮย์ และคณะ, 2565) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 58 คน ผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 64 คน

เกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็น อสม. ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) อายุ 18 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในพื้นที่ (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ (4) ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ (5) สามารถเข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น (2) ถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา และ (3) มีความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แนวทางสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure, Open Question) โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BANLAO Model) เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ (1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) (2) การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Action skills for VHVs) (3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) (5) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) และ (6) การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เป็นองค์ประกอบสุดท้าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน

3. แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. และการได้รับการอบรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์แบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม (Bloom, 1964) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (คะแนน 8-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 6-7 คะแนน) และ ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน 0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ จำนวน 16 ข้อ โดยมีองค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ คำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก และไม่เคยทำ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลความหมายรายด้านโดยใช้คะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (16-20 คะแนน) ระดับดี (14-15 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-13 คะแนน) ระดับไม่ดี (0-11 คะแนน) และแปลความหมายภาพรวมจากคะแนนรวมทุกข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมาก (64-80 คะแนน) ระดับดี (56-63 คะแนน) ระดับพอใช้ (48-55 คะแนน) และ ระดับไม่ดี (0-47 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมและจากการศึกษาของ ฌ็องปาล คัสมาตย์ (2561) คำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และ เห็นด้วยน้อย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลระดับสมรรถนะโดยใช้คะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สมรรถนะระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.00) สมรรถนะระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และ สมรรถนะระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66)

4. แนวทางสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure, Open Question) โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการผลการดำเนินงานตามรูปแบบ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบในวงรอบถัดไป

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน และ บุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน โดยแนวทางสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1, ขั้นตอนที่ 4 และ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (BANLAO Model) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสอบถามสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมการ ศึกษาสถานการณ์สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนโดยศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมเตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมถึงทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ระยะเวลา 1 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 สรุปรูข้อมูจากการศึกษาบริบทและประเมินสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเสนอผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

2.2 ดำเนินกิจกรรมและวิธีการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้พัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2.3 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

3. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ใช้ระยะเวลา 3 เดือน เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่การพัฒนากระบวนการสร้างรูปแบบ (Model development) โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพร้อมทั้งการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริงโดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การจัดระบบการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

4. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing) ใช้ระยะเวลา 3 เดือนโดยการสังเกตและรวบรวมข้อมูลกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 โดยการนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างติดตามให้คำแนะนำตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ ใช้การสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินการ โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

5. ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน เป็นกิจกรรมประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) ในขั้นตอนที่ 3 โดยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่าง ๆ ให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในและขยายผลในชุมชนอื่นต่อไป ขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ (Replanning) เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) ในวาระต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และสร้างข้อสรุป เพื่อตรวจสอบซึ่งกันและกันมาจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) แล้วใช้วิธีพรรณนาอธิบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ 92/2567 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการวิจัยในมนุษย์ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสนใจในการร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งเอกสารข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและทำลายภายใน 2 ปี ข้อมูลที่ได้นี้จะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมไปใช้ประโยชน์ต่อไป ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีและลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ

จากการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต แม้ว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค แต่ยังคงขาดความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพขณะที่สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัว ร้านค้า และชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การขาดระบบติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเกิดรูปแบบ BANLAO Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1.1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของรูปแบบ BANLAO Model โดยมุ่งเน้นให้ อสม. สามารถพัฒนาจากระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่ความเข้าใจ นำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม และส่งต่อข้อมูลให้กับประชาชนได้ทั้งนี้กลไกสำคัญคือการแปลงข้อมูลทางวิชาการให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงเนื้อหาสุขภาพกับบริบทวิถีชีวิต กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดอบรมแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การฝึกทักษะด้านพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยสื่อภาพ ฉลากอาหารจำลอง และกิจกรรมฐานการเรียนรู้

1.2 การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Action skills for VHVs) องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะ อสม. จากบทบาทเดิมที่เป็นเพียงผู้ให้ความรู้ ไปสู่การเป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) ที่สามารถสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการพัฒนาทักษะหลัก ได้แก่ การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเชิงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ และการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การจำลองสถานการณ์ และการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.3 การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการใช้พลังของครอบครัว ร้านค้า ผู้นำชุมชน และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในพื้นที่ กลไกสำคัญคือการเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นที่บุคคล ไปสู่การสร้างควมรับผิดชอบร่วมกันของชุมชน โดยใช้วัฒนธรรมการบริโภคร่วมกันเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดเวทีชุมชน การสร้างข้อตกลงร่วมกับร้านค้าในการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมด้านอาหารในชุมชน

1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) เป็นเป้าหมายสำคัญโดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม เช่น การลดการบริโภคโซเดียม การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการควบคุมน้ำหนัก กลไกสำคัญที่ใช้ ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเสริมแรง (Reinforcement) โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดกิจกรรมสาธิตอาหารลดเค็ม และการสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

1.5 การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้แนวคิดวงจรป้อนกลับ (Feedback loop) และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การวัดความดันโลหิต และการประชุมติดตามกลุ่มเสี่ยง

1.6 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เป็นองค์ประกอบสุดท้าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยเน้นการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. ส่วนผลลัพธ์ในยาว ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต และการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่

การเปรียบเทียบรูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ในรูปแบบดั้งเดิม ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า เป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรม ในแนวทางเดิม เป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะบนลงล่าง (Top-down approach) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่าเป็นผู้วางแผน ออกแบบกิจกรรม และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. ผ่านการอบรมหรือประชุมเป็นหลัก เนื่อหาเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อสม. มีบทบาทหลักในการรับข้อมูลและนำไปถ่ายทอดต่อแก่ประชาชนในชุมชน การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นแบบครั้งคราว ขาดความต่อเนื่องและการติดตามประเมินผลเชิงลึก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบกิจกรรม ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามรูปแบบใหม่คือ BANLAO Model เป็นรูปแบบที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กลไกชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบโดยมีรายละเอียดการเปรียบเทียบรูปแบบก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ มีคุณลักษณะดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
แนวคิดการดำเนินงาน	ใช้แนวทางบนลงล่าง (Top-down) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนด	ใช้แนวทางมีส่วนร่วม (Participatory approach) เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน
การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เน้นการให้ความรู้ผ่านการอบรมแบบบรรยายเป็นหลัก	พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ การคิดวิเคราะห์ และการเข้าถึงข้อมูล

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การพัฒนาสมรรถนะ อสม.	อสม. รับความรู้และนำไปถ่ายทอด ขาดการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ	พัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ (Action skills for VHVs) เช่น การสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการกระตุ้นพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ชุมชนมีบทบาทน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการ	สร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เช่น ผู้นำชุมชน ครอบครัว และองค์กรท้องถิ่น
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	เน้นการให้คำแนะนำทั่วไป ขาดกระบวนการติดตาม	เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
การติดตามและประเมินผล	มีการติดตามไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นระบบ	มีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) ด้วยเครื่องมือที่ชัดเจน
การประเมินผลลัพธ์	เน้นผลลัพธ์เชิงกิจกรรม เช่น จำนวนครั้งการอบรม	ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) เช่น ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

2. การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อน (n=64)		หลัง (n=64)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	6.48	1.31	8.14	1.95	8.75	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	53.02	7.05	57.52	7.95	6.13	<.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.20	2.08	14.17	2.37	3.46	<.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	13.61	2.27	15.38	2.03	5.55	<.001
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.50	2.12	14.42	2.63	3.71	<.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	12.70	2.64	13.55	3.25	3.59	<.001
สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1.57	0.32	2.32	0.20	15.08	<.001

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบว่าการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต แม้ว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค แต่ยังคงขาดความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพขณะที่สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัว ร้านค้า และ

ชุมชน มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การขาดระบบติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเกิดรูปแบบ BANLAO Model ทั้งนี้เมื่อใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและทักษะในภาพรวมสูงขึ้น โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในภาพรวมเพิ่มขึ้นได้ (สุจินดา นันท์, 2568) โดยเฉพาะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานภายใต้แนวคิดทฤษฎีที่ได้นำมาประยุกต์ใช้จะทำให้สามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยภูมิ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้ 6 องค์ประกอบ คือ BANLAO Model ได้แก่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Build health literacy) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ BANLAO Model มุ่งเน้นให้ อสม. สามารถพัฒนาจากระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่ความเข้าใจนำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพและส่งต่อข้อมูลให้กับประชาชนได้ การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Action skills for VHVs) มุ่งเน้นพัฒนาสมรรถนะ อสม. ไปสู่การเป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนจากชุมชน (Network and community support) เป็นองค์ประกอบสำคัญช่วยเสริมแรงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน เน้นการใช้พลังของครอบครัว ร้านค้า ผู้นำชุมชน และสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในพื้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Lifestyle modification) เป้าหมายสำคัญมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมกลไกสำคัญที่ใช้ ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการเสริมแรง (Reinforcement) การประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (Assessment and follow-up) ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้แนวคิดวงจรป้อนกลับ (Feedback loop) และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืน เน้นประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. ส่วนผลลัพธ์ในระยะยาว ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต การลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และเกิดความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา นันท์ (2568) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ต่อแกนสุขภาพผู้สูงอายุในระบบปฐมภูมิ จังหวัดเลย พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบฯ อสม. มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสมรรถนะภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากทั้งนี้เนื่องจากเมื่อใช้รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะฯ จะทำให้ อสม. มีความชำนาญในการปฏิบัติมากขึ้นจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้และการฝึกทักษะในการปฏิบัติ และส่งผลให้ อสม. มีสมรรถนะในด้านการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นตามมา

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเล้า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ หลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมมากที่สุดคือสามารถกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง

รองลงมาคือสามารถประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานได้ สามารถให้ความรู้และคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และสามารถวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ (2568) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการดำเนินงานเปรียบเทียบความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสิรินทร์ ไทยเสน และ นงนภัทร รุ่งเนย (2567) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าหลังร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและทักษะการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศรัษฎ์ และสรปรกรณ์ ศุภการนเรศรัษฎ์ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตำบลท่าจีว อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ นสพ. นสพ. เอื้อย และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิสัยโมเดล 7 สี ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้ดำเนินการรูปแบบตามโมเดลที่ได้พัฒนาขึ้นและมีการบูรณาการพัฒนาศักยภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. การใช้กลไกชุมชน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับจึงอาจทำให้ อสม. มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจึงสามารถกระตุ้นและให้กำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ นอกจากนี้ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ อสม. มีความรู้ ทักษะการคัดกรองภาวะสุขภาพและสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เป็นต้น (เกสิรินทร์ ไทยเสน และนงนภัทร รุ่งเนย, 2567) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการพบว่ารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบดั้งเดิมดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่า เป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรมในแนวทางเดิมเป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะบนลงล่าง (Top-down approach) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเป็นผู้วางแผน ออกแบบกิจกรรม และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ อสม. ผ่านการอบรมหรือประชุมเป็นหลัก ส่วนรูปแบบใหม่ คือ BANLAO Model เป็นรูปแบบที่บูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการใช้กลไกชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความยั่งยืนในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ควรนำรูปแบบการศึกษาวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ และควรนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมสมรรถนะ อสม. ให้มีองค์ความรู้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการนำแอปพลิเคชันหรือระบบติดตามสุขภาพทางดิจิทัลเข้ามาบูรณาการร่วมกับ BANLAO Model เพื่อช่วย อสม. ในการบันทึก ประเมิน และติดตามผลลัพธ์ของกลุ่มเสี่ยงได้สะดวกและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของ อสม. รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ. <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ.pdf>
- เกสิรินทร์ ไทยเสน และนางณภัทร รุ่งเนย. (2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(3), 37-55.
- ณัชปภา คัชมาตย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. <https://hdl.handle.net/20.500.14770/8137>
- ณัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คำแก้ว, อิสรา จุมมาลี และธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 15(3), 99-113.
- ดวงกมล ก๊กอึ้ง และจรัสพงศ์ คลังกรณ์. (2567). นโยบายการพัฒนามาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) . *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(1), 440-452.
- ธัญญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์ และสรพรกรณ์ ศุภการนรเศรษฐ์. (2567). การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(6), 384-403.
- นสพม เอโอหย, วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์ และสุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีโมเดล 7 สี ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(2), 12-22.

- เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ. (2568). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(1), 141-150.
- ไพศาล ขุนวิเศษ และมยุรี บุญทด. (2567). การวิจัยและพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 16(1), 43-60.
- สิริวดี ชูเชิด. (2565). การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 12(1), 223-238.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567*. <https://thaihypertension.org/wp-content/uploads/2025/07/Guideline2024.pdf>
- สุจินดา นันท์. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสุขภาพผู้สูงอายุในระบบปฐมนุญิ จังหวัดเลย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 51-65.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. Longman.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.

Effects of a pregnancy health literacy enhancement program on self-care behaviors among women with gestational diabetes mellitus

Amornrat Phalasri¹, Rattanapenporn Siriwallop², Sirigorn Thanomtham²

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University, Chaiphum

²Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University, Chaiphum

Abstract

Background: Gestational diabetes mellitus (GDM) can adversely affect maternal and fetal health. Therefore, women with GDM need to engage in appropriate self-care behaviors. Enhancing health literacy may support positive changes in health behaviors and promote appropriate self-care.

Objective: To compare self-care behavior scores among women with GDM before and after participation in a pregnancy health literacy enhancement program.

Methods: A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was employed. The participants were 40 pregnant women diagnosed with GDM who were purposively selected. The intervention was a pregnancy health literacy enhancement program. Data were collected using a questionnaire on demographic characteristics, a pregnancy outcomes record, and a self-care behaviors questionnaire. The intervention was implemented over 7 weeks. The self-care behaviors questionnaire demonstrated a reliability coefficient of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test.

Results: The participants had significantly higher overall mean self-care behaviors scores after the intervention ($M = 91.20$, $SD = 8.00$) than before the intervention ($M = 66.85$, $SD = 9.50$), with a mean difference of 24.35 points (95% CI= 22.34 - 26.36, p -value < .001).

Conclusion: After participating in the health literacy enhancement program, women with GDM will have higher self-care behavior scores than before participating in the program.

Implication: Nurses working in antenatal care units and related healthcare settings can integrate the program into standard care for women with GDM, with continuous activities from the second through the third trimester to promote appropriate and sustained self-care behaviors.

Key Words: GDM, Health literacy, Self-care behaviors

Corresponding author: Sirigorn Thanomtham E-mail: sirigorn.tu@gmail.com

Received: 16 January 2026 Revised: 30 August 2026 Accepted: 31 August 2026

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2569

Volume 2 No. 2 (May - Aug) 2026

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

อมรรัตน์ ฝาละศรี¹, รัตนเพ็ญพร ศิริวัลลภ², สิริกร ถนอมธรรม²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงควรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์โดยรวมเฉลี่ยหลังการทดลอง ($M=91.20$, $SD=8.00$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=66.85$, $SD=9.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.35 คะแนน (95% CI=22.34–26.36)

สรุปผล: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเน้นกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ไตรมาสที่สองถึงไตรมาสที่สามเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นภาวะผิดปกติของเมตาบอลิซึม น้ำตาลที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ระบุว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงระหว่างตั้งครรภ์ (รวมทั้งเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ และเบาหวานขณะตั้งครรภ์) กระตุ้นการตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 6 การคลอดมีชีพ หรือราว 21 ล้าน การตั้งครรภ์ต่อปีทั่วโลก ซึ่งสะท้อนภาระโรคที่สำคัญต่อระบบสุขภาพและสุขภาพมารดาและทารกในระยะยาว (WHO, 2025) ความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 16-17 ของการตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุของมารดา ภาวะอ้วน และวิถีชีวิตแบบเมือง (International Diabetes Federation [IDF], 2021) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าประเทศในภูมิภาคนี้มีความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) สูงกว่าหลายภูมิภาค โดยประเทศไทยและสิงคโปร์มีอัตราสูงที่สุด โดยประเทศไทยมีความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ประมาณร้อยละ 24.7 ของการตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (Jatavan et al., 2023; Prasit & Boriboonhirunsarn, 2022)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่เพียงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโตกว่าอายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในมารดาและบุตรในอนาคตเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการสูญเสียผลิตภาพทางเศรษฐกิจของสังคมโดยรวม (Mandavi et al., 2025) ดังนั้น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและระดับประเทศที่สมควรได้รับการจัดการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดผลกระทบต่อนสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ส่งผลกระทบบ่อยอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารก ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดและการเจ็บป่วยของมารดามากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (Milani et al., 2023) นอกจากนี้ มารดาที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่สามารถควบคุมได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด รวมถึงการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตซึ่งอาจสูงถึงร้อยละ 50 ภายใน 5-10 ปี หลังคลอด ในส่วนของทารก พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะคลอดติดไหล่ การบาดเจ็บระหว่างคลอด ภาวะหายใจลำบาก และความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (NICU) สูงขึ้น (Eteläinen et al., 2025; Mandavi et al., 2025) นอกจากนี้ ทารกกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด ภาวะตัวเหลือง และปัญหาด้านการปรับตัวทางเมตาบอลิซึม รวมถึงมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) เป็นประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และพฤติกรรมดูแลตนเอง (Self-care behaviors) ในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงต่อมารดาและทารก เนื่องจากความรอบรู้ไม่ใช่เพียงความรู้ทางสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจในเรื่องสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (รพีพรรณ นาคบุบผา และคณะ, 2564) โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง หากสตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ยังมีโอกาสปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รับประทานยา และดูแลตนเองด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้ดีขึ้น (Robatsarpooshi et al., 2020; Solhi et al., 2019)

โรงพยาบาลชัยภูมิ แผนกฝากครรภ์ (Antenatal Care, ANC) จำนวนผู้รับบริการฝากครรภ์รายใหม่ และรายที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสูติกรรมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทายในการให้การดูแลและติดตามสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การประเมินข้อมูลของหน่วยบริการพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกตามมาได้ เช่น วิถีคลอดแบบผ่าตัด และทารกตัวโต เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเสริมสร้างผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

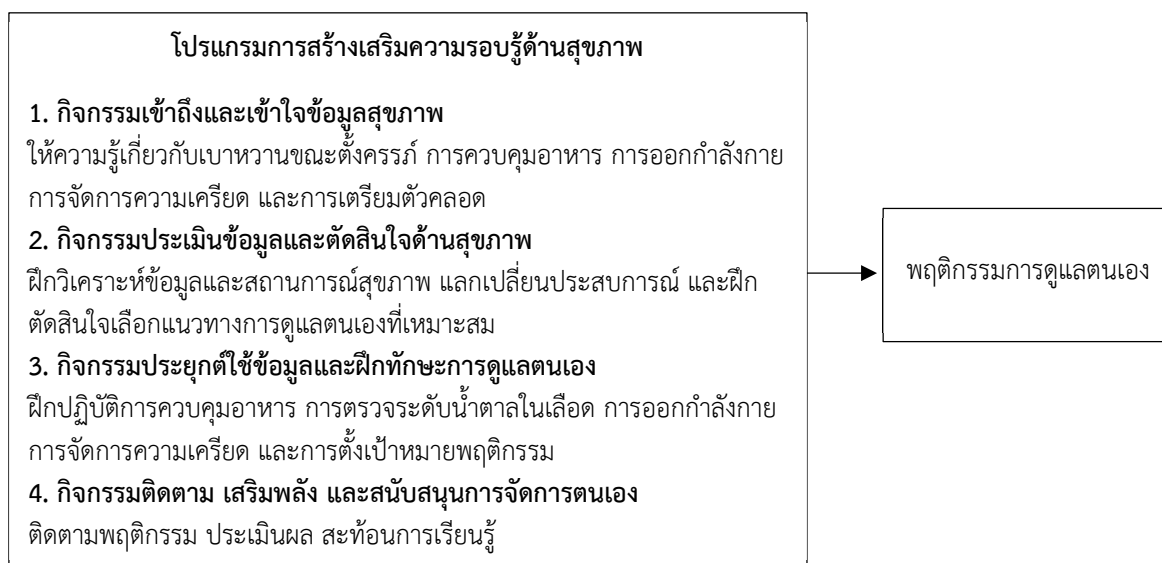
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy, HL) ของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understanding) ประเมิน (Appraise) และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) เพื่อการตัดสินใจและจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (2) กิจกรรมประเมินข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพ (3) กิจกรรมประยุกต์ใช้ข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลตนเอง และ (4) กิจกรรมติดตาม เสริมพลัง และสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว คาดว่าจะสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behaviors) ได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงตามภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design) ซึ่งดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) สื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ ได้รับการคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM)
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือภาวะทางการแพทย์ที่รุนแรงซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)

3. สื่อสารภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังต่อไปนี้

1. ขอดอนตัวก่อนสิ้นสุดโครงการ
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือภาวะทางการแพทย์ที่รุนแรงระหว่างการวิจัย ซึ่งแพทย์เห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษและไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อไปได้
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามจำนวนกิจกรรมที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired samples t-test) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.90 ขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 (Cohen, 1977) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 36 คน เพื่อรองรับการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน

การคัดเลือก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกจนได้ครบตามจำนวน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้องและปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีสื่อและอุปกรณ์ประกอบโปรแกรม ได้แก่ คู่มือและแผ่นพับความรู้ ใบงานและแบบบันทึกพฤติกรรม วิดีทัศน์สาธิตการออกกำลังกาย ชุดสาธิตอาหารตัวอย่าง อุปกรณ์ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว และแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องนาน 7 สัปดาห์ รวม 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1.1 กิจกรรมเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเตรียมตัวคลอด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาประมาณ 60 นาที และกิจกรรมประเมินข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์สุขภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

1.2 กิจกรรมประยุกต์ใช้ข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการควบคุมอาหาร การตรวจระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตั้งเป้าหมายพฤติกรรม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที

1.3 กิจกรรมติดตาม เสริมพลัง และสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การทบทวนความรู้ และติดตามพฤติกรรม ประเมินผล สะท้อนการเรียนรู้ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3-7 ระยะเวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ อายุ อายุครรภ์เมื่อเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ บุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดครั้งก่อน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านในปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก เมื่อมีปัญหาขณะตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์ และ ดัชนีมวลกายปัจจุบัน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีคลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ การรักษาของทารกแรกเกิด เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ครอบคลุม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-108 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลมารดาและทารกและการวิจัยทางพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านเนื้อหา กิจกรรม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความเหมาะสม ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.83-1.00 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยเฉลี่ย (Scale-level Content Validity Index/Average: S-CVI/Ave) มีค่าเท่ากับ 0.92 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีค่า เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือวิจัย เอกสาร และสื่อประกอบการดำเนินโปรแกรม ประสานงานกับหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอม การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการรักษาความลับและการจัดการข้อมูล เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ช่วยคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์การคัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการ

2.2 ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมมารดาตนเองขณะตั้งครรภ์ ตามที่กำหนดไว้ในการศึกษาวิจัย

2.3 ดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ รวม 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

2.3.1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ระยะเวลาประมาณ 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเตรียมตัวคลอด และกิจกรรมประเมินข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพ ระยะเวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์สุขภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.3.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมประยุกต์ใช้ข้อมูลและฝึกทักษะการดูแลตนเอง ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการควบคุมอาหาร การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตั้งเป้าหมายพฤติกรรม

2.3.3 สัปดาห์ที่ 3-7 กิจกรรมติดตาม เสริมพลัง และสนับสนุนการจัดการตนเอง ระยะเวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย การทบทวนความรู้และติดตามพฤติกรรม ประเมินผล สะท้อนการเรียนรู้

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิม พร้อมตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยติดตามและเก็บรวบรวมด้วยแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์จากเวชระเบียน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการคลอดและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และพฤติกรรมมารดาตนเองขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean, M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ค่าสูงสุด (Maximum, Max) และค่าต่ำสุด (Minimum, Min)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารดาตนเองขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired samples t-test โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > .05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE-68-1-037 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 สิ้นสุดอายุวันที่ 30 ตุลาคม 2569 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และความเสี่ยง

ที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการ การลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้การกำหนดรหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 30.2 ปี (SD=4.5) มีอายุครรภ์เมื่อเริ่มเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ย 27.3 สัปดาห์ (SD=2.5) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.2 เซนติเมตร (SD=5.8) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 63.4 กิโลกรัม (SD=8.5) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 70.9 กิโลกรัม (SD=9.1) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 25.3 กก./ม² (SD=3.2) ดัชนีมวลกายปัจจุบันเฉลี่ย 28.3 กก./ม² (SD=3.6) ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 45.0 ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 65.0 ไม่เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 85.0 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 37.5 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.0 มีรายได้ครอบครัว 5,001–10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสอยู่คู่กับสามี ร้อยละ 85.0 อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี ร้อยละ 50.0 มีสามีเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อมีปัญหาขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.0 และการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งใจมีบุตร ร้อยละ 75.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	M	SD	(Min–Max)
อายุ (ปี)	-	-	30.2	4.5	22–39
อายุครรภ์เมื่อเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์)	-	-	27.3	2.5	24–32
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	-	-	158.2	5.8	148–170
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	-	-	63.4	8.5	48–82
น้ำหนักปัจจุบัน (กิโลกรัม)	-	-	70.9	9.1	53–92
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กก./ม ²)	-	-	25.3	3.2	20.1–32.5
ดัชนีมวลกายปัจจุบัน (กก./ม ²)	-	-	28.3	3.6	22.5–35.4
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์					
ครั้งที่ 1	18	45.0	-	-	-
ครั้งที่ 2	14	35.0	-	-	-
≥ ครั้งที่ 3	8	20.0	-	-	-
บุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน					
มี	14	35.0	-	-	-
ไม่มี	26	65.0	-	-	-
เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์					
เคย	6	15.0	-	-	-
ไม่เคย	34	85.0	-	-	-
อาชีพ					
แม่บ้าน	15	37.5	-	-	-
รับจ้างทั่วไป	10	25.0	-	-	-
ค้าขาย	7	17.5	-	-	-
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	12.5	-	-	-
อื่น ๆ	3	7.5	-	-	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	M	SD	(Min-Max)
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	10	25.0	-	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	30.0	-	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	14	35.0	-	-	-
อื่น ๆ (อนุปริญญา / ปริญญาตรีขึ้นไป)	4	10.0	-	-	-
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	5	12.5	-	-	-
5,001-10,000	14	35.0	-	-	-
10,001-15,000	13	32.5	-	-	-
15,001 ขึ้นไป	8	20.0	-	-	-
สถานภาพสมรส					
สมรสอยู่กับสามี	34	85.0	-	-	-
สมรสไม่ได้อยู่กับสามี	6	15.0	-	-	-
ผู้ที่อยู่ร่วมบ้านในปัจจุบัน					
ครอบครัวตนเอง	18	45.0	-	-	-
ครอบครัวสามี	20	50.0	-	-	-
อื่น ๆ	2	5.0	-	-	-
ผู้ดูแลหลักเมื่อมีปัญหาขณะตั้งครรภ์					
สามี	26	65.0	-	-	-
บิดา-มารดา	8	20.0	-	-	-
ญาติพี่น้อง	3	7.5	-	-	-
อื่น ๆ	3	7.5	-	-	-
การตั้งครรภ์ครั้งนี้					
ตั้งใจมีบุตร	30	75.0	-	-	-
ไม่พร้อม / ไม่ได้วางแผน	10	25.0	-	-	-

2. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 38.05 สัปดาห์ (SD=1.20) อยู่ในช่วง 35-40 สัปดาห์ และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักเฉลี่ย 3,190 กรัม (SD=410) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้านวิธีการคลอด พบว่าส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 65.0 แบ่งเป็นการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ร้อยละ 35.0 การผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดา ร้อยละ 15.0 และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ร้อยละ 15.0 ขณะที่การคลอดทางช่องคลอดพบ ร้อยละ 35.0 ส่วนผลลัพธ์ด้านทารกพบว่า ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ร้อยละ 90.0 สำหรับภาวะแทรกซ้อนของมารดา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 92.5 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 7.5 โดยพบ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 5.0 และภาวะเลือดออกหลังคลอด ร้อยละ 2.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	(Min-Max)
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	-	-	38.05	1.20	35-40
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	-	-	3,190	410	2,480-4,050

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	(Min–Max)
วิธีคลอด					
คลอดปกติ (Normal delivery)	14	35.0	–	–	–
ผ่าตัดคลอดทั้งหมด (Total C/S)	26	65.0	–	–	–
Elective C/S: medical indication	14	35.0	–	–	–
Elective C/S: maternal request	6	15.0	–	–	–
Emergency C/S	6	15.0	–	–	–
การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)					
ไม่ต้องเข้ารักษา	36	90.0	–	–	–
เข้ารักษา	4	10.0	–	–	–
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา					
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	37	92.5	–	–	–
ครรภ์เป็นพิษ	2	5.0	–	–	–
เลือดออกหลังคลอด	1	2.5	–	–	–

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์โดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ 66.85 (SD=9.50) และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.20 (SD=8.00) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 24.35 (95% CI=22.34–26.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	95% CI.	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมโดยรวม	66.85	9.50	91.20	8.00	24.35	22.34–26.36	<.001
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	12.10	2.80	18.40	2.30	6.30	5.72–6.88	<.001
โภชนาการ	15.25	3.20	23.10	2.40	7.85	7.13–8.57	<.001
กิจกรรมทางกาย	10.40	2.10	15.90	1.80	5.50	4.99–6.01	<.001
การจัดการความเครียด	14.50	2.25	19.80	2.10	5.30	4.81–5.79	<.001
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	10.60	1.95	14.00	1.65	3.40	3.08–3.72	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์โดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ 66.85 (SD=9.50) และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.20 (SD=8.00) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 24.35 คะแนน (95% CI=22.34–26.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมถึงสามารถประเมินข้อมูลด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ด้วยกันส่งผลให้สามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็น การควบคุมอาหาร การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด รวมทั้งยังได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายพฤติกรรม การเสริมแรง และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น เป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy, HL) ของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understanding) ประเมิน (Appraise) และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ (Apply) เพื่อการตัดสินใจและจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรักษา สำลี และคณะ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง (2.9 ± 0.8 คะแนน) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (4.2 ± 0.8 คะแนน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญสืบ โสโสม และ คณะ (2567) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่ชี้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและการดูแลตนเองที่เหมาะสมสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018; American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้เข้ากับแนวทางการดูแลตามมาตรฐานในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยเน้นการจัดกิจกรรมในช่วงไตรมาสที่สองถึงสามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับการดูแลตามมาตรฐาน และควรทำการศึกษาตัวแปรผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์เพิ่มเติม

2.2 ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยครอบคลุมปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมและปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- บุญสืบ โสโสม, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จุฬารัตน์ หัวหาญ, บำเพ็ญ คำดี, พรทิพา ศุภราศรี และ สุเพียร โภคทิพย์. (2567). ความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 16(1), 168–185.
- รพีพรรณ นาคบุบผา, ไพลิน ถึงถิ่น, และสมจิตร นุชนารถ. (2564). บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *หัวหินเวชสาร*, 1(1), 1–15.

- ศิริณา ลำลี, พัดชา หิรัญวัฒนกุล และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2567). ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *ลำปางเวชสาร*, 45(1), 9–17.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 131(2), e49–e64.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S306–S320. <https://doi.org/10.2337/dc25-S015>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-10517-X>
- Eteläinen, S., Keikkala, E., Lingaiah, S., Viljakainen, M., Männistö, T., Pouta, A., Kaaja, R., Eriksson, J. G., Laivuori, H., Gissler, M., Kajantie, E., & Väärasmäki, M. (2025). Perinatal and neonatal outcomes in gestational diabetes: The importance of the number of abnormal values in an oral glucose tolerance test. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 104(1), 130–138. <https://doi.org/10.1111/aogs.14999>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.).
https://media.idf.org/media/uploads/sites/3/2025/02/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Jatavan, P., Luewan, S., Sirilert, S., & Tongsong, T. (2023). Trends in the Prevalence of Diabetes Mellitus in Pregnancy during the Past Two Decades in Northern Thailand. *Healthcare*, 11(9), 1315. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091315>
- Mandavi, R., Ogedegbe, S., Bashir, A., Joseph, V. M., & Sekhar, T. (2025). Quality of life of women with gestational diabetes mellitus in a tertiary care hospital, Ajman, UAE: A cross-sectional descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* 25, 1129.
<https://doi.org/10.1186/s12884-025-08154-2>
- Milani, N., Safari Ghalezou, M., Farkhani, E. M., Vakili, V., Mazloum Khorasani, Z., & Kabiri, M. (2023). Assessment of neonatal and maternal complications in pregnant women with gestational diabetes in the Iranian population. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 19(1), 59–67. <https://doi.org/10.4183/aeb.2023.59>
- Prasit, K., & Boriboonhirunsarn, D. (2022) Prevalence of Gestational Diabetes Diagnosed before 24 Weeks of Gestation. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 423-431.
<https://doi.org/10.14456/tjog.2022.49>
- Robatsarpooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpooshi, H., & Peyman, N. (2020). The relationship between health literacy level and self-care behaviors in patients with diabetes. *Patient Related Outcome Measures*, 11, 129–135.
<https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>
- Solhi, M., Abbasi, K., Ebadi Fard Azar, F., & Hosseini, A. (2019). Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(1), 2–12.
<https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.40841>

- 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. (2025). *WHO launches global guidelines on diabetes during pregnancy on World Diabetes Day*. <https://www.who.int/news/item/14-11-2025-who-launches-global-guidelines-on-diabetes-during-pregnancy-on-world-diabetes-day>

Chronic Wound Care Using Virgin Coconut Oil: The Role of Community Nurses in Primary Health Care

Suprapron Suwannaront¹, Lamoon Kamsena², Siriphimon Chantakhu³

¹Registered Nurse, Professional Level, Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital,
Chatturat District, Chaiyaphum Province

²Registered Nurse, Professional Level, Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital,
Chatturat District, Chaiyaphum Province

³Registered Nurse, Professional Level, Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital,
Chatturat District, Chaiyaphum Province

Abstract

Introduction: Chronic wound care requires holistic patient assessment, identification of factors that delay healing, appropriate wound-bed preparation, pain management, and continuous evaluation of healing progress. Virgin coconut oil (VCO) has been investigated as a potential adjunct in wound care because of its reported antimicrobial, anti-inflammatory, antioxidant, and moisturizing properties.

Objective: To present knowledge regarding the role of community nurses in assessing and caring for patients with chronic wounds using VCO in primary healthcare settings, with an emphasis on evidence-based wound assessment, care planning, wound management, and evaluation of healing outcomes.

Key contents: Community nurses play an important role in the systematic assessment and management of chronic wounds. Wound assessment should include wound size, exudate, wound-bed characteristics, wound edges and surrounding skin, pain, and signs of infection. VCO may be considered as an adjunct to wound care in selected patients because preliminary evidence suggests potential benefits related to moisture maintenance, inflammation, antimicrobial activity, and tissue repair. However, the available clinical evidence remains limited and varies according to wound type and treatment context.

Conclusion: Nurses play an important role in incorporating virgin coconut oil as an adjunctive option to promote wound healing in patients with chronic wounds.

Implications: Community nurses should develop competencies in systematic wound assessment and evidence-based wound management. Further well-designed clinical studies are needed to establish the effectiveness, safety, and cost-effectiveness of VCO in different types of chronic wounds.

Key Words: Chronic wounds, Role of Nurse, Virgin coconut oil

Corresponding author: Suprapron Suwannaront **E-mail:** nang.supaporn2515hos@gmail.com

Received: 6 May 2026 **Revised:** 20 July 2026 **Accepted:** 24 August 2026

การดูแลแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น: บทบาทของพยาบาลชุมชน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์¹, ละมุน คำเสนา², สิริพิมล ชาญตะคุ³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวิสุโข อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ควรเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และควรกำจัดการดูแลหรือปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้า และให้การพยาบาลโดยการเตรียมพื้นผิวของแผล การบรรเทาความเจ็บปวด การพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่นเพื่อป้องกันและรักษาผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น โดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนการพยาบาลและติดตามการหายของแผลในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สาระสำคัญ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการประเมินและติดตามการหายของแผลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการประเมินขนาดพื้นที่แผล สิ่งขับหลั่ง ลักษณะพื้นแผล การติดของผ้าปิดแผล และการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ เพื่อสนับสนุนการดูแลแผลที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปผล: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยใช้เป็นทางเลือกในการส่งเสริมการหายของบาดแผลเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นเป็นทางเลือกในการดูแลแผลเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลแผลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลในระยะยาว

คำสำคัญ: แผลเรื้อรัง, บทบาทพยาบาล, น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์ อีเมล: nang.supaporn2515hos@gmail.com

วันที่รับ: 6 พฤษภาคม 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 20 กรกฎาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2569

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2569

Volume 2 No. 2 (May - Aug) 2026

บทนำ

แผลเรื้อรัง (Chronic wound) หมายถึง บาดแผลที่ไม่สามารถดำเนินไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ โดยแผลมักคงอยู่ในระยะการอักเสบเป็นเวลานาน ไม่สามารถสร้างเนื้อเยื่อใหม่ได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้แผลไม่หายภายใน 4–8 สัปดาห์ ขณะที่แผลทั่วไปมักหายภายใน 1–2 สัปดาห์ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565) แผลเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความพิการ และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในระดับครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2560) ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด และโรคเมเร็ง มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรังสูง ทั้งนี้มีรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 20.0 ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10.8 ผู้ป่วยโรคเมเร็ง ร้อยละ 5.7 และผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าระดับรุนแรงร้อยละ 2.4 (นิภาสุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การดูแลแผลเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการประเมินบาดแผลอย่างเป็นระบบ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเลือกใช้วัสดุปิดแผลหรือสารที่เหมาะสมต่อกระบวนการหายของแผล ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหายของแผล ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ โรคร่วม การไหลเวียนโลหิต และการติดเชื้อ แม้ว่า น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Normal saline) จะเป็นสารมาตรฐานสำหรับทำความสะอาดแผล แต่การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือยังมีข้อจำกัดสำคัญ คือ เมื่อผ้าก๊อชแห้งจะยึดติดกับพื้นแผล ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีเลือดออก และอาจทำลายเนื้อเยื่อที่กำลังสร้างใหม่ส่งผลให้การหายของแผลล่าช้า (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565) นอกจากนี้ การใช้สารฆ่าเชื้อบางชนิดอย่างไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxicity) และรบกวนกระบวนการสมานแผลได้

จากข้อจำกัดดังกล่าว แนวคิดการเลือกใช้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมการหายของแผลจึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (Virgin coconut oil, VCO) ซึ่งมีกรดไขมันสายกลาง (Medium-chain triglycerides) โดยเฉพาะกรดลอริก (Lauric acid) ที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ด้านการอักเสบ เพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง และช่วยรักษาสภาพแวดล้อมของแผลให้เหมาะสมต่อการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ คุณสมบัติดังกล่าวช่วยลดการสูญเสียน้ำจากพื้นแผล ลดการเสียดสีระหว่างผ้าก๊อชกับเนื้อเยื่อ และลดการติดของผ้าปิดแผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงขณะทำแผล สามารถเปิดแผลได้ง่ายขึ้น และเพิ่มความสะดวกสบายระหว่างการรักษา

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยสนับสนุนประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นต่อการดูแลแผลเรื้อรังมากขึ้น โดยการศึกษาของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) พบว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการทำแผลช่วยให้แผลมีแนวโน้มหายเร็วขึ้น ลดการติดของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผล ขณะที่การศึกษาของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) รายงานว่าการประยุกต์ใช้ใบตองร่วมกับน้ำมันมะพร้าวสามารถลดปัญหาผ้าก๊อชติดแผล ช่วยให้เปิดแผลได้สะดวก ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) ช่วยลดการอักเสบ ส่งเสริมการสร้างคอลลาเจน และเร่งกระบวนการสมานแผล โดยมีศักยภาพในการส่งเสริมการหายของแผลผ่านหลายกลไก ได้แก่ การต้านการอักเสบ การต้านเชื้อแบคทีเรีย การต้านอนุมูลอิสระ และการกระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่ ส่งผลให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อ แกรนูเลชันและการปิดแผลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Ibrahim et al., 2017) นอกจากนี้ การทบทวนอย่างเป็นระบบยังสรุปว่าน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) มีประสิทธิภาพในการเร่งการหายของแผลหลายชนิด ทั้งแผลผ่าตัด แผลเบาหวาน และแผลไฟไหม้ พร้อมทั้งช่วยลดการอักเสบและส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Arman et al., 2025) อีกทั้งยังมีการสรุปจากงานปริทัศน์ว่าคุณสมบัติด้านการต้านเชื้อจุลชีพและการคงความชุ่มชื้นของน้ำมัน

มะพร้าวสกัดเย็น (VCO) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการสมานแผลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง (Napavichayanun & Aramwit, 2017)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นต่อการสมานแผล แต่การนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานบริการพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีรายงานค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการสังเคราะห์บทบาของพยาบาลในการประเมินลักษณะแผล การติดตามความก้าวหน้าของการหายของแผล การเลือกใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นให้เหมาะสมกับสภาพแผล ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นองค์ความรู้ที่ควรได้รับการรวบรวมและถ่ายทอดเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติทางการพยาบาล

พยาบาลชุมชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยและบาดแผล การวางแผนการดูแล การเลือกวิธีทำแผลที่เหมาะสม การติดตามประเมินการหายของแผล และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นซึ่งเป็นทรัพยากรที่หาได้ง่าย ราคาประหยัด และมีหลักฐานสนับสนุนด้านประสิทธิผล จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ลดการติดของผ้าก๊อช ลดความเจ็บปวด ลดภาระค่าใช้จ่าย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลแผลเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่การประเมินบาดแผล การเลือกใช้แนวทางการดูแลที่เหมาะสม การติดตามผลการหายของแผล และการประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งอธิบายบทบาทของพยาบาลในการประเมินบาดแผล การวางแผนการพยาบาล การเลือกใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการติดตามประเมินผลการหายของแผล เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แผลเรื้อรัง

แผลเรื้อรัง (Chronic wound) หมายถึง บาดแผลที่ไม่สามารถดำเนินไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ เนื่องจากความบกพร่องของกลไกการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ส่งผลให้แผลคงอยู่ในระยะการอักเสบเป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน และเกิดความล่าช้าในการเข้าสู่ระยะการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือระยะงอกขยาย ทั้งยังพบลักษณะของขอบแผลที่ไม่เคลื่อนตัวและการเจริญของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การดูแลแผลเรื้อรังเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบและความรู้เฉพาะทาง โดยจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งการรักษาที่ปลายเหตุและการแก้ไขสาเหตุของการเกิดแผลร่วมกัน นอกเหนือจากการทำความสะอาดแผลและการทำแผลอย่างถูกวิธี รวมถึงการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมแล้ว ปัจจุบันยังมีการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและลดภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาจึงควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาเฉพาะรายของผู้ป่วยแต่ละราย (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การรักษาพยาบาลแผลเรื้อรัง

มีแนวทางปฏิบัติ (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และนิธิยา รัตนานนท์, 2563) ดังต่อไปนี้

1. การรักษาความสะอาดของแผล อาจจะต้องทำความสะอาดแผลเป็นประจำทุกวันและควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำหรือโดนสิ่งสกปรก เพราะจะทำให้แผลอักเสบติดเชื้อทำให้เกิดอันตรายตามมาได้
2. สังเกตความผิดปกติของแผล เช่น ถ้าแผลนั้นมีอาการปวด บวม สีผิวเปลี่ยนแปลง มีหนอง
3. ตรวจร่างกายเป็นประจำ เพื่อจะได้ทราบว่าเรามีโรคประจำตัวอะไรหรือไม่ เช่น หากเป็นโรคเบาหวาน ก็ควรระวังการเกิดแผล ซึ่งหากเป็นแผลแล้วจะมีโอกาสเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายได้ยากมากกว่า
4. หากเป็นแผลแล้ว ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว เพราะหากมัวรักษาเอง หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ แผลนั้นอาจเกิดการติดเชื้อแล้วลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งหากรักษาไม่ทันก็มีโอกาสเสียชีวิตได้
5. ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คนที่มีแผลเรื้อรังควรรับประทานโปรตีนเป็นพิเศษ เพราะเป็นสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการสร้างเนื้อเยื่อ และลดโอกาสการติดเชื้ออีกด้วย
6. ไม่ควรปล่อยให้ตัวเองเครียด เพราะความเครียดจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของแผล ทำให้การสร้างเนื้อเยื่อไม่ดีและทำให้เป็นแผลเรื้อรังนั่นเอง
7. งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ยังทำให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปสู่เซลล์หรือเนื้อเยื่อที่แผลลดน้อยลง ทำให้เลือดแข็งจนไหลเวียนไม่ดี และทำให้แผลได้รับสารอาหารไปหล่อเลี้ยงน้อยลง จนเป็นสาเหตุให้แผลหายช้ากว่าปกติ

น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

น้ำมันมะพร้าว (Coconut oil) คือ น้ำมันที่ได้จากการสกัดแยกน้ำมันจากเนื้อผลของต้นมะพร้าว (*Cocos nucifera* L.) ซึ่งเป็นพืชในตระกูลปาล์ม (Arecaceae หรือ Palmae) น้ำมันมะพร้าวมีปริมาณน้ำมันร้อยละ 63-68 เป็นน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัว น้ำมันมะพร้าวมีกรดไขมันอิ่มตัวที่มีจุดหลอมเหลวต่ำ จึงเปลี่ยนสถานะเป็นไขเมื่อสัมผัสกับอากาศเย็น น้ำมันมะพร้าวจะเป็นของเหลวเมื่ออุณหภูมิมากกว่า 25 องศาเซลเซียส (นุชรี จันทรเอี่ยม และคณะ, 2562)

ชนิดของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. Pure coconut oil การนำเนื้อมะพร้าวที่อบแห้งมาคั้นด้วยเครื่องมือ จะได้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นบริสุทธิ์ ไม่มีการกลั่น ไม่มีการเติมสารเคมี เหมาะสำหรับการรับประทานและทางการแพทย์
2. Refined coconut oil จากการกลั่น มีการเติมสารเคมี และฟอกสี และการแต่งกลิ่น และไม่มีโปรตีน
3. Virgin coconut oil จากการคั้นกะทิและนำไปสกัดซึ่งอาจจะสกัดร้อน สกัดเย็นหรือใช้สารเคมี ในการแยกน้ำมันมะพร้าวออกมา จะอุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ Medium-chain fatty acids และมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค

ส่วนประกอบที่สำคัญของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ร้อยละ 92.0 ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย อะตอมของคาร์บอน 8-14 ตัว ที่สำคัญ ได้แก่ Lauric acid ร้อยละ 51.0 Myristic acid ร้อยละ 18.5 และ Caprylic acid ร้อยละ 9.5
2. ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturated fatty acids) ร้อยละ 6.0 ได้แก่ Oleic acid
3. ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturated fatty acids) ร้อยละ 1.6 ได้แก่ Linoleic acid
4. วิตามินอี (Vitamin E) การสกัดได้โดยไม่ผ่านกระบวนการ RBD (การทำให้บริสุทธิ์ หรือ Refining การฟอกสี หรือ Bleaching และการกำจัดกลิ่นหรือ Deodorization) ทำให้มีความแตกต่างจากน้ำมันทั่วไป

ประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. มีความเข้มข้นต่ำที่สุดที่ กรดลอริก (Lauric) สาร Monolaurin และกรด Lactic สามารถทำลายเชื้อ Staphylococcus aureus (Minimum bactericidal concentrations, MBC) ของกรด Lauric สาร Monolaurin และกรด Lactic มีค่าเท่ากับ 3.2 mg/ml, 0.1 mg/ml และร้อยละ 0.4 (v/v) ตามลำดับ (มุสดี ตั้งวัชรินทร์, 2561)
 2. มีกรดลอริก (Lauric acid) เมื่อบริโภคเข้าไปในร่างกายจะเปลี่ยนเป็นโมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ที่มีชื่อว่า โมโนลอรีน (Monolaurin) ซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกับที่อยู่ในน้ำมันมะพร้าว ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกในระยะ 6 เดือนแรก ที่ร่างกายยังไม่สร้างระบบภูมิคุ้มกันโรค และเป็นสารปฏิชีวนะที่ทำลายเชื้อโรค สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) เชื้อรา (Mold) ยีสต์ (Yeast) โปรโตซัว และไวรัส (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และ นิธิยา รัตนพานนท์, 2563)
 3. สามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่วัยทารกซึ่งกรดลอริกจะเปลี่ยนเป็นโมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ที่มีชื่อว่า โมโนลอรีน (Monolaurin) ซึ่งเป็นสารตัวเดียวกับที่อยู่ในนมแม่ (Colostrum) ของนมน้ำนมแม่ ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ก่อนที่ร่างกายจะสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคได้
 4. สามารถใช้เตรียมคลอดนวดฝีเย็บเพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกขาดของฝีเย็บและลดระยะเวลาในการคลอดทารกได้ต่อผลลัพธ์ของฝีเย็บและเวลาในระยะที่สองของการคลอด (อุบลรัตน์ ระวังโค และสมภัทร ศรีไชย, 2558)
 5. การสกัดโดยไม่เปลี่ยนแปลงสารพิษเคมีที่มีคุณค่าและคุณสมบัติทางเคมีกายภาพ มีประโยชน์ต่อสุขภาพทางเคมีกายภาพที่คงไว้จากไตรกลีเซอไรด์และกรดไขมันสายโซ่ขนาดกลาง นำมาใช้ในโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่ตีและปลอดภัยสำหรับยาทา เพราะมีสารต้านอนุมูลอิสระต้านการอักเสบต้านเชื้อแบคทีเรียการรักษาบาดแผลและคุณสมบัติในการให้ความชุ่มชื้น (Chew, 2019)
- โดยสรุป น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโต และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ยีสต์ โปรโตซัวและไวรัสได้ สามารถช่วยทำลายเชื้อโรคในช่องปากและลำคอ รักษาบาดแผลเรื้อรังจากโรคเบาหวาน การสร้าง Re-Epithelialization สังเคราะห์คอลลาเจน เพิ่ม Wound closure rate และปริมาณโปรตีนเป็นแพลตฟอร์มที่มีแนวโน้มในการรักษาแผลเรื้อรัง และแผลไฟไหม้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) มีการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลแผลเรื้อรัง และงานวิจัยของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) การใช้ใบตองตากแห้งเจาะรูขุบน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นปิดแผลเพื่อป้องกันก๊อชติดแผลพบว่า ผลของการใช้ก๊อชขุบน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นกับการดูแลแผลเรื้อรังในเรื่องระยะเวลาการหายของแผล ลักษณะการหายของแผล ก๊อชติดแผล จากการประเมินติดตามการหายของแผลเรื้อรังตามองค์ประกอบการประเมิน ได้แก่ ขนาดพื้นที่แผล สิ่งขับหลั่ง พื้นที่ผิว และการประเมินผลของบาดแผลมีประสิทธิภาพดี และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการทำแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

บทบาทของพยาบาลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

1. การประเมินแผล แบบองค์รวมประกอบด้วย การประเมินติดตามการหายของแผลเรื้อรังได้แก่ ขนาดพื้นที่แผล (Surface area) สิ่งขับหลั่ง (Exudates) พื้นที่ผิว (Wound bed) โดยบาดแผลมีลักษณะพื้นแผลสีชมพู/แดงเป็นมันวาว (Granulation) เนื้อตายสีเหลือง/ขาวเป็นสายๆ หรือเป็นเมือก (Slough) และผิวหนังสีชมพู (Epithelialization) ความลึกของแผล และการประเมินผลของบาดแผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินบาดแผลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทำแผลเรื้อรังโดยใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น มีขั้นตอนดังนี้ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)
 - 2.1 เปิดแผล ชั้นนอกออก
 - 2.2 ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง
 - 2.3 เปิดชุดทำแผล โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ จัดอุปกรณ์ในชุดทำแผลให้เป็นระเบียบและเท Normal saline ล้างแผลใส่หลุมภาสด้านหนึ่ง และน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นใส่หลุมภาสดีกด้านหนึ่ง
 - 2.4 สวมถุงมือสะอาด ใช้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) คีบผ้าปิดแผลชั้นในออกทิ้งในที่รองรับขยะ ถ้าก๊อชปิดแผลติดกับแผล ใช้สำลีสูด Normal saline วางบนผ้าที่ติดกับแผลแล้วดึงผ้าปิดแผลออก
 - 2.5 ประเมินสภาพแผลโดยการสังเกตตำแหน่งขนาด ลักษณะของแผล ตลอดจนสี และกลิ่นของสิ่งขับหลั่งที่ระบายออกมา
 - 2.6 ทำแผลโดยใช้หลัก Aseptic Technique ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบสำลีสูด Normal saline บิดหมาด ๆ เช็ดรอบ ๆ แผลจากด้านในวนออกมาด้านนอก แล้วคีบสำลีสูด Normal saline บิดหมาด ๆ เช็ดแผลจากบนลงล่างจนสะอาด
 - 2.7 ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบก๊อชชุบน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นบิดหมาด ใส่เข้าไปในแผลให้พอดีกับปากแผลไม่ให้แน่นมาก
 - 2.8 ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบก๊อชแห้งเพื่อปิดแผลชั้นนอก แล้วปิดพลาสติกเกอร์
3. แบบประเมินผลการหายของแผล ใช้แบบประเมินที่พัฒนาจาก The Pressure ulcer scale for healing (PUSH tool) ที่พัฒนาโดย National pressure ulcer advisory panel เพื่อใช้ในการประเมินการหายของแผลของ นุชรี จันทร์เอี่ยม และคณะ (2562) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบประเมินและติดตามการหายของแผล ประกอบด้วย
 - 3.1 ขนาดพื้นที่แผล (Surface area) กว้าง x ยาว (cm²)
 - 3.2 การติดแผลของก๊อช คือ 0 = ไม่ติด และ 1 = ติด
 - 3.3 สิ่งขับหลั่ง (Exudates) แบ่งออกเป็น 0 = ไม่มี, 1 = เปียกชื้น: เปิด Gauze แผ่นแรกออกแล้วมองเห็นว่ามี Exudates ชิม, 2 = ชื้นแฉะ: มองเห็น exudates ชิมถึงชั้นนอกสุด, 3 = เปียกแฉะ: ชิมเปียกเสื้อผ้า
 - 3.4 พื้นผิวแผล (Wound bed) แบ่งออกเป็น 0 = แผลปิด เป็นเนื้อเยื่อสีชมพูทั้งหมด, 1 = ผิวหนังสีชมพู (Epithelialization), 2 = พื้นแผลสีชมพูหรือแดงเป็นมันวาว (Granulation) และ 3 = เนื้อตายสีเหลือง/ขาวเป็นสาย ๆ หรือเป็นเมือก (Slough)
 - 3.5 การประเมินผลแผล ประเมินเป็น ดีขึ้น คงเดิม แย่ลง
 - 3.6 ระยะเวลาการหายของแผล ประเมินเป็น สัปดาห์
4. การประเมินบาดแผลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น การประเมินแผลเพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของแผล ควรจะปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term care) และทุก ๆ 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute care) ในการประเมินแผลนั้น จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษา มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแผล ที่ใช้อย่างแพร่หลายทางคลินิกและในงานวิจัย คือ Sussman wound healing tool (SWHT), The pressure ulcer scale for healing (PUSH) และ Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT) เครื่องมือทั้ง 3 ประกอบด้วย การประเมินลักษณะของแผล ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงการหายของแผล วิธีการประเมิน การให้คะแนนของแต่ละเครื่องมือจะแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จุฬาร ประสงค์, 2559)

4.1 Sussman wound healing tool (SWHT) เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลและติดตามการหายของแผลกดทับของ Sussman และ Bates-Jensen แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1.1 ส่วนที่ 1 แบบประเมินผลการหายของแผล มีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินผลการหายของแผล

ลักษณะที่บ่งชี้ว่า การหายของแผลไม่ดี	พบ (0 คะแนน)	ไม่พบ (1 คะแนน)	ลักษณะที่บ่งชี้ว่า การหายของแผลดี	พบ (1 คะแนน)	ไม่พบ (0 คะแนน)
1) เลือดออก (Hemorrhage)			6) การติดแน่นของขอบแผล (Adherence at the wound edge)		
2) เปื่อยยุ่ย (Maceration)			7) มีเนื้อเยื่อ granulation		
3) มีช่องโพรงใต้ผิวหนัง (Tunneling/ Undermining)			8) มีการหดตัวของแผล (Contraction) ประเมินได้ จากขนาดแผลลดลง		
4) มีรอยแดง (Erythema)			9) มีการหดตัวอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (Sustained Contraction) ประเมินได้ จากขอบแผลชัดเจนขึ้นรูปร่าง ของแผลเปลี่ยนแปลง		
5) มีเนื้อตาย (Necrosis)			10) มีเยื่อ Epithelium		

4.1.2 ส่วนที่ 2 ขนาด ตำแหน่ง และระยะการหายของแผล มีรายละเอียดดังนี้

1) ประเมินความลึก และช่องหรือโพรงในแผล ซึ่งทั้ง 2 ลักษณะเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกว่าการหายของแผลไม่ดี โดยวัดความลึกของแผล 5 ตำแหน่ง ความลึกของแผล (วัดจุดที่ลึกที่สุด) และความลึกตำแหน่งที่ 12, 3, 6, 9 นาฬิกา แผลเป็นคะแนนดังนี้ ถ้าแผลลึกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 เซนติเมตร คะแนนเท่ากับ 0 และถ้าแผลลึกมากกว่า 0.2 เซนติเมตร คะแนนเท่ากับ 1

2) ประเมินช่องหรือโพรง 4 ตำแหน่ง ตามเข็มนาฬิกา 12, 3, 6, 9 นาฬิกา โดยประเมินว่า พบ หรือไม่พบ และนำมาแปลเป็นคะแนน ถ้าพบช่องหรือโพรง คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าไม่พบช่องหรือโพรง คะแนนเท่ากับ 0 เพิ่มเติมลักษณะของแผล

3) ตำแหน่งของแผลโดยใช้ตัวอักษร เช่น C=Coccyx, F=Foot และระบุข้างซ้าย (L) หรือขวา (R) ไว้ด้วย

4) ประเมินระยะการหายของแผลว่าอยู่ในระยะใด ระยะของการอักเสบ (Inflammatory phase) ระยะการงอกขยาย (Proliferative phase) หรือระยะซ่อมแซม (Remodeling phase) โดยตำแหน่งและระยะการหายของแผล ไม่ต้องแปลเป็นคะแนน นำคะแนนมารวมกันโดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน คือคะแนนรวมของการหายของแผลดี (Total good) และ คะแนนรวมของการหายของแผลไม่ดี (Total not good)

4.2 The pressure ulcer scale for healing (PUSH Tool) PUSH tool เป็นเครื่องมือ ที่รวดเร็วและแม่นยำที่ใช้ในการวัดสถานะของบาดแผลกดทับเมื่อเวลาผ่านไป เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบ โดย National pressure ulcer advisory panel (NPUAP) และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องหลายครั้ง NPUAP แนะนำให้ใช้เครื่องมือเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยหรือสถานะบาดแผลเปลี่ยนไป เครื่องมือ PUSH วัดค่าพารามิเตอร์สามตัวที่ถือว่าบ่งบอกถึงการรักษามากที่สุด ดังนี้

4.2.1 ขนาดบาดแผล (ความยาวสูงสุด x ความกว้างสูงสุด = พื้นที่ผิวบาดแผล)

4.2.2 ปริมาณสารหล่อ (ประมาณว่าเบาปานกลางหรือหนักหลังจากกำจัดน้ำสัดออก)

4.2.3 ประเภทของเนื้อเยื่อ (ปิดหรือโผล่ขึ้นมาใหม่ เนื้อเยื่อเยื่อผิว เนื้อเยื่อแกรนูล สลัฟ และเนื้อเยื่อที่เป็นเนื้อร้ายหรือเอสซาร์)

4.3 The Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT) เป็นเครื่องมือประเมินบาดแผลซึ่งปรับปรุงจาก Pressure Sore Status Tool (PSST) ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1990 และได้รับการปรับปรุงในปี ค.ศ. 2001 โดย Barbara Bates-Jensen และเปลี่ยนชื่อเป็น Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT) เพื่อให้สามารถใช้ประเมินบาดแผลได้หลากหลายสาเหตุมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยรายการประเมิน 15 รายการ โดยมี 13 รายการที่นำมาคำนวณคะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 13 - 65 คะแนน และคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความเสี่ยงของสภาพแผลที่มากขึ้น (Agency for Clinical Innovation, 2017) ดังนี้

4.3.1 ขนาด (Size) ใช้ไม้บรรทัดวัดด้านที่ยาวที่สุดและกว้างที่สุดของพื้นผิวแผลเป็นเซนติเมตรแล้วนำมาคำนวณขนาดของแผล (ความยาว x ความกว้าง หน่วยเป็นตารางเซนติเมตร)

4.3.2 ความลึก (Depth) เลือกความลึกความหนาที่เหมาะสมที่สุดกับแผล ดังนี้ ผิวหนังยังคงสภาพสมบูรณ์ แต่มีรอยแดงที่กดแล้วไม่จาง (Non-blanchable erythema) การสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial-thickness skin loss) การสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากถูกบดบังด้วยเนื้อตาย (Obscured by necrosis) และ การสูญเสียผิวหนังทั้งหมดรวมกับการทำลายเนื้อเยื่ออย่างกว้างขวาง (Full-thickness skin loss with extensive destruction)

4.3.3 ขอบแผล (Edges) ประเมินลักษณะดังนี้ ขอบแผลไม่ชัดเจน กระจาย (Indistinct, diffuse) ขอบแผลติดแนบกับพื้นแผล (Attached) ขอบแผลไม่ติดกับพื้นแผล (Not attached) ขอบแผลม้วนเข้าและหนาตัว (Rolled under, thickened) ภาวะผิวหนังหนาตัวจากเคราตินมากเกินไป (Hyperkeratosis) และมีพังผืดหรือเนื้อเยื่อแผลเป็น (Fibrotic, scarred)

4.3.4 โพรงใต้ผิวหนัง (Undermining) ประเมินโดยสอดไม้พินสำลีเข้าไปใต้ขอบแผลและดันไปจนถึงตำแหน่งที่ลึกที่สุดโดยไม่ใช้แรงมากเกินไป จากนั้นยกปลายไม้พินสำลีขึ้นเพื่อระบุตำแหน่งบนผิวหนังทำเครื่องหมายด้วยปากกา และวัดระยะจากจุดที่ทำเครื่องหมายบนผิวหนังถึงขอบแผล ดำเนินการประเมินโดยรอบแผล แล้วใช้แผ่นวัดขนาดมาตรฐานแบบโปร่งใสที่มีวงกลมซ้อนกันและแบ่งเป็น 4 ส่วนเท่า ๆ กัน เพื่อประเมินสัดส่วนของขอบแผลที่มีโพรงใต้ขอบแผล

4.3.5 ลักษณะเนื้อเยื่อที่ตาย (Necrotic tissue type) ให้เลือก ประเภทของเนื้อเยื่อที่พบเด่นที่สุดในแผล โดยพิจารณาจาก สี (Color) ลักษณะความเหนียว/ความนุ่ม (Consistency) และการยึดติดกับเนื้อเยื่อ (Adherence) ตามแนวทางดังนี้ เนื้อเยื่อที่ไม่สามารถมีชีวิตได้ สีขาว/เทา (White/gray non-viable tissue) คราบเนื้อตายสีเหลืองที่ไม่ยึดติด (Non-adherent, yellow slough) คราบเนื้อตายสีเหลืองที่ยึดติดหลวม ๆ (Loosely adherent, yellow slough) สะเก็ดเนื้อตายสีดำ ลักษณะนุ่มและยึดติด (Adherent, soft, black eschar) และ สะเก็ดเนื้อตายสีดำ แข็งและยึดติดแน่น (Firmly adherent, hard/black eschar)

4.3.6 ปริมาณเนื้อตาย (Necrotic tissue amount) ประเมิน ร้อยละของพื้นแผล (wound bed) ที่ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย (Necrotic tissue) ได้แก่ ไม่พบเนื้อตายที่มองเห็นได้ (None visible) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลน้อยกว่า ร้อยละ 25 (<25% of wound bed covered) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลร้อยละ 25-50 (25% to 50% of wound bed covered) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลมากกว่า ร้อยละ 50 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 75 (>50% and <75% of wound bed covered) และ พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลร้อยละ 75 ขึ้นไป (75% to 100% of wound bed covered)

4.3.7 ชนิดของสิ่งขับหลั่ง (Exudate Type) ประเมินชนิดและลักษณะของ Wound Exudate ที่ออกจากแผล จำแนกตามลักษณะ เช่น ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สิ่งขับหลั่งมีลักษณะเป็นเลือด (Bloody) สิ่งขับหลั่งที่มีทั้งน้ำเหลืองและเลือดปนกัน ลักษณะบางใสเป็นน้ำ และมีสีแดงอ่อนหรือสีชมพู (Serosanguineous) สิ่งขับหลั่งมีลักษณะคล้ายน้ำเหลืองใส (Serous) และ สิ่งขับหลั่งมีสีแทนหรือสีเหลือง และอาจมีกลิ่นหรือไม่มีกลิ่นก็ได้ ลักษณะข้นหรือเหลวทึบแสง (Purulent)

4.3.8 ปริมาณสิ่งขับหลั่ง (Exudate amount) ประเมินปริมาณสิ่งขับหลั่งที่ออกจากแผล โดยใช้แผ่นวัดแบบโปร่งใส (Transparent metric measuring guide) ที่มีวงกลมซ้อนกันและแบ่งเป็น 4 ส่วนเท่าๆ กัน เพื่อประเมินร้อยละของ ผ้าปิดแผล (dressing) ที่มีสิ่งขับหลั่งปนเปื้อน โดยแบ่งระดับได้แก่ เนื้อเยื่อบริเวณแผลแห้ง ไม่มีสิ่งขับหลั่ง (Dry) เนื้อเยื่อบริเวณแผลชื้น แต่ไม่มีสิ่งขับหลั่งที่สามารถวัดปริมาณได้ (Moist) เนื้อเยื่อบริเวณแผลเปียก มีความชื้นกระจายทั่วพื้นแผล และสิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล ไม่เกินร้อยละ 25 (Wet) เนื้อเยื่อบริเวณแผลเปียกชุ่ม อาจกระจายสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ และสิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล ร้อยละ 26 ถึง 75 (Saturated) และ เนื้อเยื่อบริเวณแผลมีของเหลวปกคลุมหรือแช่อยู่ มีสิ่งขับหลั่งไหลออกอย่างชัดเจน อาจกระจายสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ และ สิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล มากกว่า ร้อยละ 75 (Bathed in fluid)

4.3.9 สีของผิวหนังรอบแผล (Skin color surrounding wound) ได้แก่ สีชมพูหรือสีผิวปกติ ตามลักษณะสีผิวของเชื้อชาติ (Pink or normal for ethnic group) สีแดงสด และ/หรือสีแดงจางลงเมื่อกดสัมผัส (Bright red and/or blanches to touch) สีขาวหรือสีเทาซีด หรือมีสีผิวจางกว่าปกติ (White or grey pallor or hypopigmented) สีแดงคล้ำหรือสีม่วง และ/หรือสีไม่จางลงเมื่อกด (Dark red or purple &/or non-blanchable) และ สีดำหรือมีสีผิวเข้มกว่าปกติ (Black or hyperpigmented)

4.3.10 การบวมของเนื้อเยื่อรอบแผล (Peripheral tissue edema) ได้แก่ ไม่พบ (No swelling) บวมกดไม่บุ๋ม ในพื้นที่น้อยกว่า 4 เซนติเมตร (Non-pitting edema < 4 cm) บวมกดไม่บุ๋ม ในพื้นที่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป (Non-pitting edema ≥ 4 cm) บวมกดบุ๋ม ในพื้นที่น้อยกว่า 4 เซนติเมตร (Pitting edema < 4 cm) และ บวมกดบุ๋ม ในพื้นที่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป (Pitting edema ≥ 4 cm)

4.3.11 การแข็งตัวของเนื้อเยื่อรอบแผล (Peripheral tissue induration) ได้แก่ ไม่พบ (Non present) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผลน้อยกว่า 2 เซนติเมตร (Induration < 2 cm) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผล 2 - 4 เซนติเมตร และครอบคลุมพื้นที่รอบแผล น้อยกว่าร้อยละ 50 (Induration 2-4 cm, <50%) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผล 2 - 4 เซนติเมตร และครอบคลุมพื้นที่รอบแผล มากกว่าร้อยละ 50 (Induration 2-4 cm, >50%) และ เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผลมากกว่า 4 เซนติเมตร บริเวณตำแหน่งใด ๆ รอบแผล (Induration 4 cm)

4.3.12 เนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (Granulation tissue) ได้แก่ ผิวหนังสมบูรณ์ หรือเป็นแผลที่มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Skin intact or partial thickness wound) เนื้อเยื่อสีแดงสด มีลักษณะคล้ายเนื้อสด เต็มเต็มพื้นแผล ร้อยละ 75-100 และ/หรือมีเนื้อเยื่อเจริญเกิน (tissue overgrowth) (Bright, beefy red; 75-100%) เนื้อเยื่อสีแดงสด เต็มเต็มพื้นแผลมากกว่า ร้อยละ 25 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 75 (Bright, beefy red; <75% and >25%) เนื้อเยื่อสีชมพู และ/หรือสีแดงหม่นหรือแดงคล้ำ เต็มเต็มพื้นแผลน้อยกว่า ร้อยละ 25 (Pink/dull/dusky red; <25%) และ ไม่พบเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (No granulation tissue)

4.3.13 การสร้างเยื่อบุผิวใหม่ (Epithelization) ได้แก่ แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิว ร้อยละ 100 และพื้นผิวแผลสมบูรณ์ (100% wound covered, surface intact) แผลถูกปกคลุม ร้อยละ 75 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 100 และ/หรือมีเนื้อเยื่อบุผิว (epithelial tissue) เจริญเข้าสู่พื้นแผลมากกว่า 0.5 เซนติเมตร

(75–<100%) แผลถูกปกคลุม ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 75 และ/หรือมีเนื้อเยื่อบุผิวเจริญเข้าสู่พื้นแผล น้อยกว่า 0.5 เซนติเมตร (50–<75%) แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิว ร้อยละ 25 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50 (25–<50%) และ แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิวน้อยกว่า ร้อยละ 25 (<25%)

สรุปผล

การประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) มีศักยภาพในการส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรัง โดยช่วยรักษาความชุ่มชื้นของพื้นแผล ลดการอักเสบ ด้านเชื้อจุลชีพ และกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ส่งผลให้แผลหายเร็วขึ้น ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผล (Ibrahim et al., 2017; Arman et al., 2025) หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยสนับสนุนผลดังกล่าวโดย นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) รายงานว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการทำแผลช่วยให้ลักษณะแผลดีขึ้น ลดปริมาณสิ่งขับหลั่ง ส่งเสริมการเกิดเนื้อเยื่อแกรนูเลชันและเยื่อบุผิวใหม่ ไม่พบปัญหาผ้าก๊อชติดแผล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) ที่พบว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวร่วมกับวัสดุธรรมชาติช่วยลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช ลดความเจ็บปวด และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำแผล พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยดำเนินการประเมินบาดแผลอย่างเป็นระบบ เลือกวิธีทำแผลและวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม ติดตามการหายของแผล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการสมานแผล ลดความเจ็บปวด ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลชุมชนควรประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ควบคู่กับการประเมินบาดแผลและการเลือกวิธีทำแผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย
2. พยาบาลชุมชนควรติดตามและประเมินผลการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือประเมินแผลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการหายของแผลและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
3. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและบุคลากรด้านการดูแลแผลเรื้อรัง รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่มีคุณภาพ
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาการประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

เอกสารอ้างอิง

- จุฬาพร ประสงค์. (2559). *เครื่องมือการประเมินการหายของแผล*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรี จันทรเอี่ยม, ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิธร พิชัยพงศ์ และแสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุข ล้านนา*, 15(1), 1–13.

- นิภา สุทธิพันธ์, รัตนา จุฬารักษ์, ณพัชร บทมรัตน์ชยะกูร และภาณุ สุทธิพันธ์. (2565). การใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 431–440.
- ผุสดี ตั้งวัชรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ กรด lauric สาร monolaurin และกรด lactic ต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *Staphylococcus aureus* ในเนื้อสุกร. ฝ่ายทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อพัฒนาสถาบัน. https://elibrary.tsri.or.th/fullP/MRG5280065/MRG5280065_abstract.pdf
- ไพฑูรย์ เพชรแก้ว. (2559). ใบตองน้ำมันมะพร้าว ลดปัญหาผ้าก๊อชติดแผล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 840–845.
- พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และนิธิยา รัตนานนท์. (2563). *Coconut oil (น้ำมันมะพร้าว)*. Food Network Solution. <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/1180/coconut-oil>
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2560). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเรื้อรังแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ: รายงานผลงานเพื่อการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2560*. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- อุบลรัตน์ ระวีโค และโสภณ ศรไชย. (2558). การนวดฝึบด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ต่อผลลัพธ์ของฝึบและเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดในมารดาคลอดปกติครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 25–39.
- Agency for Clinical Innovation. (2017). *Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT)*. NSW Government. https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/388243/22.-Bates-Jensen-wound-assessment-tool-BWAT.pdf
- Arman, E., Almahdy, A., Dafriani, P., & Almasdy, D. (2025). Virgin coconut oil accelerates wound healing: A systematic review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(1), 759–766. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i1.4545>
- Chew, Y. L. (2019). The beneficial properties of virgin coconut oil in management of atopic dermatitis. *Pharmacognosy Reviews*, 13(25), 24–27. https://doi.org/10.4103/phrev.phrev_29_18
- Ibrahim, A. H., Li, H., Al-Rawi, S. S., Majid, A. S. A., Al-Habib, O. A. M., Xia, X., Abdul Majid, A. M. S. A., & Ji, D. (2017). Angiogenic and wound healing potency of fermented virgin coconut oil: In vitro and in vivo studies. *American Journal of Translational Research*, 9(11), 4936–4944.
- Napavichayanun, S., & Aramwit, P. (2017). Effect of animal products and extracts on wound healing promotion in topical applications: A review. *Journal of Biomaterials Science, Polymer Edition*, 28(8), 703–729. <https://doi.org/10.1080/09205063.2017.1301772>

Nursing care for patient with head and chest injuries accompanied by pneumothorax

Chuleerat Noimanee¹

¹Registered Nurse, Professional Level, Banpho Hospital, Chachoengsao Province

Abstract

Introduction: Concomitant severe traumatic brain injury and thoracic trauma with pneumothorax is a life-threatening crisis. Brain dysfunction combined with restricted lung expansion leads to severe hypoxia and multi-organ failure, requiring urgent intervention.

Objective: To study safe, professional nursing care for a patient with combined head and chest injuries and pneumothorax, minimizing complications from pre-hospital care to tertiary center transfer.

Method: A case-study design of one patient was utilized. The nursing process integrated Holistic Care and Orem's Self-Care Deficit Theory, implementing a Wholly Compensatory Nursing System based on NANDA taxonomy to manage total self-care deficit.

Case Report: A 58-year-old Thai male was found unconscious after a motorcycle accident. The ALS team provided continuous care during transit. Upon ER arrival, the patient was comatose with a GCS of 4 (E1V2M1), exhibiting stridor and decreased breath sounds.

Conclusion: Five primary nursing problems were identified: 1) life-threatening risk, 2) impaired gas exchange, 3) risk for increased intracranial pressure, 4) risk of transfer complications, and 5) family anxiety. Hypoxia was promptly managed through endotracheal intubation. The patient received continuous nursing care until vital signs stabilized and was subsequently transferred safely to Phutthasothon Hospital for definitive and advanced care.

Implications: A Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) should be developed for patients with multiple trauma by integrating systematic emergency assessment, holistic care, and Orem's wholly compensatory nursing system, with an emphasis on the early identification and continuous monitoring of life-threatening conditions associated with chest trauma.

Key Words: Nursing care, Pneumothorax, Thoracic injury, Traumatic brain Injury

Corresponding author: Chuleerat Noimanee E-mail: tooktaza50@gmail.com

Received: 19 February 2026 Revised: 27 June 2026 Accepted: 24 August 2026

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

ชุลีรัตน์ น้อยมณี¹

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบ้านโพธิ์, จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

บทนำ: การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากสมองสูญเสียหน้าที่ร่วมกับปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ร่างกายจึงขาดออกซิเจนและอวัยวะล้มเหลว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทร่วงกร่วมกับมีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ปลอดภัย ไร้ภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงลึกจากกรณีศึกษา 1 ราย โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม เพื่อวิเคราะห์ภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบ NANDA

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์ หมดสติ ณ จุดเกิดเหตุ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงออกมารับและดูแลต่อเนื่องบนรถพยาบาล เมื่อถึงห้องฉุกเฉินผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ระดับความรู้สึกตัวต่ำมาก GCS 4 คะแนน (E1V2M1) มีเสียงหายใจลำบาก และเสียงหายใจของปอดเบา

สรุปผล: พบปัญหาสำคัญ 5 ข้อ คือ 1) เสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิต 2) พร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3) เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ และ 5)ญาติมีความวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนทันทีโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการดูแลสัญญาณชีพคงที่ และส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธรเพื่อรับการรักษาขั้นสูงได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยบูรณาการการประเมินภาวะฉุกเฉิน การดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบการทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม เน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บทร่วง

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด, การบาดเจ็บที่ทร่วง, การบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชุลีรัตน์ น้อยมณี อีเมล: tooktaza50@gmail.com

วันที่รับ: 19 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 27 มิถุนายน 2569 วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2569

บทนำ

ประเทศไทย การบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกเป็นสาเหตุหลักของการทุพพลภาพและเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกประเภท โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งมักเกิดในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงถึง จำนวน 14,122, 14,177 และ 12,530 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2569) และเฉพาะช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2568 มีอุบัติเหตุบนทางหลวง มีคนบาดเจ็บ จำนวน 1,260 ราย และคนเสียชีวิต จำนวน 137 ราย (กรมทางหลวง สำนักอำนวยความปลอดภัย, 2568) อุบัติเหตุที่มีแรงกระแทกสูงเหล่านี้ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองและเส้นประสาทสมองได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง นำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพในกะโหลกศีรษะและการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้ มักพบร่วมกับการบาดเจ็บของอวัยวะสำคัญในระบบอื่น โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ทรวงอก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องมาจากภาวะลิ่มเลือดเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท (Bouzat et al., 2017)

การบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบร่วมกันระหว่างสมองและทรวงอก จัดเป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่มีความเสี่ยงสูง โดยการบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุอาจเกิดได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การบาดเจ็บเฉพาะที่จนถึงการบาดเจ็บของสมองแบบกระจายและภาวะสมองบวม ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระดับความรู้สึกตัวและการทำงานของระบบประสาทลดลง (Galgano et al., 2017) เมื่อเกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ทรวงอกชนิดที่ไม่มีแผลทะลุ จากแรงอัดกระแทกหรือกระดูกซี่โครงหักทิ่มแทงเนื้อปอด จะส่งผลให้เกิดภาวะลมหรือเลือดรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด แรงดันจากลมหรือเลือดที่สะสมจะขัดขวางการขยายตัวของปอดอย่างรุนแรง ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง นำไปสู่ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด และเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ รวมถึงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนกลับสู่หัวใจลดลง เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ช็อก และนำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจนเสียชีวิตหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเร่งด่วน (American college of surgeons committee on trauma [ACS COT], 2018; Bouzat et al., 2017)

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตนี้จำเป็นต้องอาศัยการเข้าถึงระบบทางด่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงจากอุบัติเหตุ (Trauma Fast Track) ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การกู้ชีพขั้นต้น ณ จุดเกิดเหตุ การจัดการทางเดินหายใจ การห้ามเลือด และการดูแลระบบอวัยวะสำคัญ (ไชยพร ยุกเซ็น และคณะ, 2561) พยาบาลจึงต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาขั้นสูงหรือส่งต่อเข้าห้องผ่าตัดได้ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และป้องกันความทุพพลภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไสว นรสาร, 2563)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงลึกจากกรณีศึกษา 1 ราย (Single case study) มีกระบวนการเริ่มต้นจากการคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีความโดดเด่นและมีความเฉพาะตัว (Unique case) เมื่อเลือกเป้าหมายได้แล้ว ผู้ศึกษาจึงกำหนดหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้ขอบเขตของการศึกษากว้างจนเกินไปจนหลุดประเด็นสำคัญ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาว่า จะต้องเป็นกรณีศึกษาที่เจ็บป่วยด้วย

อุบัติเหตุดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนหลายระบบที่ต้องใช้การดูแลขั้นสูง ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care deficit theory) โดยใช้แนวคิดและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการพยาบาลได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและขอความยินยอมจากญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ตามความเหมาะสม พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตลอดกระบวนการดูแล

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกพร้อมกับมีภาวะลมร้าวในช่องเยื่อหุ้มปอด

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตรรวม 2 คน ชาย 1 คน หญิง 1 คน น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 11.47 นาฬิกา วันที่จำหน่ายออกจากกการดูแล วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 13.25 นาฬิกา รวมวันที่รับไว้ดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที แหล่งที่มาของข้อมูลคือจากญาติผู้ป่วย และจากเวชระเบียนผู้ป่วยโปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

2. อาการสำคัญ

หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่ทราบคู่กรณี คาดว่าชนเสาไฟฟ้า หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว หน่วยงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ออกเหตุรับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

4. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

4.1 สภาพทั่วไปของร่างกายแรกรับ (ประเมินเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2568)

ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน รูปร่างผอม ผิวสีดําแดง สวมเสื้อยืดคอกลมสีน้ำตาล เสื้อแจ็คเก็ตแขนยาวสีน้ำเงิน กางเกงขายาวสีดํา ไม่รู้สีกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) เท่ากับ 4 คะแนน E1V2M1 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด Room air 95 เปอร์เซ็นต์

4.2 การตรวจร่างกาย

ศีรษะ: ผมสั้นสีดำ ศีรษะข้างซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล

ใบหน้า: มีรูปร่างเหลี่ยม โหนกแก้มสูง แก้มตอบ มีเลือดออกจากปาก มีแผลถลอกเหนือริมฝีปากบน 1x1 เซนติเมตร และแผลถลอกริมฝีปากล่าง 1x1 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ: ผิวสีดําแดง แผลถลอกฟกช้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5 เซนติเมตร บาดแผลฉีกขาดบริเวณต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร เล็บมือเล็บเท้าสั้น สะอาด

ตา: ไม่ลืมตา ตาซ้ายบวม รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า

หู: รูปร่างใบหูทั้ง 2 ข้างปกติ มีเลือดออกจากหูข้างซ้าย

คอ: ลำคอตั้งตรง สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ใส่เฝือกพยุงคอ

จมูก: ปีกจมูกกว้าง ขนาดเหมาะสมกับใบหน้า แผลถลอกที่ดั้งจมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิดปกติ

ปาก: ริมฝีปากสมมาตรกัน สีน้ำตาล มีเลือดออกจากปาก ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก

แขน ขา: มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่สะโพกซ้ายขนาด 3x5 เซนติเมตร ไม่มีการผิดปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจลำบาก (Stridor) เสียงหายใจเบา (Decrease breath sound) หน้าอกซ้ายมีแผลฉีกขาดขนาด 5x5 เซนติเมตร หายใจ 28 ครั้งต่อนาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย > 2 วินาที ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่เคลื่อนไหวแขน ขา กระดูก ไม่พบการหักผิดปกติ

ระบบประสาท: การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) E1V2M1

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ใส่สายสวนคาปัสสาวะ มีปัสสาวะสีเหลืองออก 20 ซีซี

4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.3.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) (8 เมษายน 2568)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Hb	14.6	กรัมเปอร์เซ็นต์	M 14 - 18, F 12 - 16	ปกติ
HCT	41	เปอร์เซ็นต์	M 40 - 54, F 36 - 47	ปกติ
RBC	4.83	10 ⁶ ลูกบาศก์มิลลิเมตร	3 - 6	ปกติ
MCV	84.7	เฟมโตลิตร	80 - 95	ปกติ
WBC Count	12,327	เซลล์ต่อไมโครลิตร	4,000 - 10,000	สูงกว่าปกติ
Platelet Count	373,000	เซลล์ต่อไมโครลิตร	140,000- 400,000	ปกติ
Diff. Neutrophils	67	เปอร์เซ็นต์	55 - 75	ปกติ
Diff. Lymphocytes	25	เปอร์เซ็นต์	20 - 35	ปกติ
Diff. Monocytes	5	เปอร์เซ็นต์	2 - 7	ปกติ
Diff. Eosinophils	3	เปอร์เซ็นต์	1 - 3	ปกติ
Diff. Basophils	0	เปอร์เซ็นต์	0 - 1	ปกติ

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์ผลตรวจ ค่า WBC พบว่า สูงกว่าปกติเกิดจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับการบาดเจ็บบริเวณศีรษะและทรวงอก จึงอาจทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียดและการอักเสบเฉียบพลัน ส่งผลให้ WBC สูงกว่าปกติ

4.3.2 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการตรวจการทำงานของไต (8 เมษายน พ.ศ. 2568)

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose) และการตรวจการทำงานของไต

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Blood glucose	152	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	70 - 110	สูงกว่าปกติ
BUN	11	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	7 - 23	ปกติ
eGFR	94.25	มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร	>90 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิว กาย 1.73 ตารางเมตร	ปกติ
Creatinine	0.89	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	0.5 - 1.4	ปกติ

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์ผลตรวจ พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และค่าการทำงานของไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.3.3 การตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2568

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ในเลือด

การตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วย	ค่าปกติ	แปลผล
Na	137.8	มิลลิโมลต่อลิตร	135 - 145	ปกติ
K	4.21	มิลลิโมลต่อลิตร	3.5 - 5	ปกติ
Cl ⁻	101	มิลลิโมลต่อลิตร	98 - 110	ปกติ
CO ₂	24	มิลลิโมลต่อลิตร	21 - 31	ปกติ

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์ผลตรวจ พบว่าค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.4 การตรวจเอกซเรย์ วันที่ 8 เมษายน 2568

4.4.1 Film Chest พบว่า Fracture left ribs at 2nd- 5th with left pneumothorax

4.4.2 Ultrasound abdomen Focused assessment with sonography in trauma (FAST) พบว่า Negative เวลา 11.52 นาฬิกา

4.5 การวินิจฉัยโรค

บาดเจ็บที่ศีรษะและทรวงอกพร้อมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

(Head and chest injuries accompanied by pneumothorax)

4.6 สรุปอาการและอาการแสดงรวมถึงการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจาก

ความดูแล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี วันที่ 8 เมษายน 2568 เวลา 11.30 นาฬิกา โรงพยาบาลออกรับ EMS ภูภัยแจ้ง 1669 ผู้ป่วยซึ่งจักรยานยนต์ล้ม ไม่ทราบคู่กรณี คาดว่าชนเสาไฟฟ้า หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลประเมินอาการแรกพบ (Primary survey) ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สีกตัว หายใจครืดคราด หายใจเสียงเบา มีเลือดออกจากปากและหูข้างซ้าย แผลถลอกที่ตักงมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิดรูป แผลถลอกเหนือริมฝีปากบน 1x1 เซนติเมตร และแผลถลอกริมฝีปากล่าง 1x1 เซนติเมตร ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก ศีรษะข้างซ้ายบวมขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล มีแผลถลอกฟกซ้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5 เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกซ้ำที่สะโพกซ้ายขนาด 3x5 เซนติเมตร การประเมินทางระบบประสาท Glasgow coma scale (GCS) E1V2M1 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/94 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัว Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกไหปลาร้า ขณะเคลื่อนย้ายขึ้นรถมีเลือดออกปากและงมูก Suction clear airway ใส่ poral ของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 95% สวมเสื้อคอแบบแข็ง (Hard collar) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย Airway hold Ambu bag ปิดแผลห้ามเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และห่มผ้าให้ความอบอุ่นร่างกาย นำส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

เวลา 11.47 นาฬิกา แรกพบที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว E1V2M1 Pupil 3 มิลลิเมตร สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยหายใจเสียงครืดคราด ร่วมกับเสียงหายใจเบาที่ทรวงอกด้านซ้าย คลำพบ Subcutaneous emphysema วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93% ดูแลช่วยหายใจด้วย Ambu bag ตรวจประเมินอาการซ้ำตามระบบ (Secondary survey) ส่ง X-ray Chest, Skull series, C-spine, Pelvis, Humerus

เวลา 12.05 นาฬิกา แพทย์ตรวจเย็บ Ultrasound FAST negative ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) No 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร และประเมินผล X-ray พบกระดูกซี่โครงหัก Fracture left ribs 2nd - 5th with left pneumothorax ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายทรวงอกข้างซ้าย ลึก 8 เซนติเมตร ต่อลงขวดได้ลมผุด แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนคาปัสสาวะ (Retain foley 's catheter) ได้ปัสสาวะสีเหลืองใสคาสาย สวมเฝือกคอแบบแข็ง (Hard collar) ยึดตรึงผู้ป่วยด้วย Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกให้หนึ่งขณะเคลื่อนย้าย เอกซเรย์ซ้ำ แพทย์ดู Film พบท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

เวลา 12.20 นาฬิกา ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 %

เวลา 12.35 นาฬิกา เย็บแผลที่ต้นแขนซ้าย 7 เข็ม เพื่อหยุดเลือด (Stop bleed) รายงานแพทย์ ใส่สายทางปาก (OG) ระบายลมได้ ประสานศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร เตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ตรวจสอบบาดแผล ประเมินสัญญาณชีพ การประเมินทางระบบประสาท ดูแลท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ดูแลท่อหลอดลมคอและดูดเสมหะตามความเหมาะสม ประสานงานกับทีมพยาบาลแม่ข่าย โดยส่งเวรให้รับทราบถึงอาการปัจจุบันเพื่อ เตรียมรับผู้ป่วย แจ้งให้ญาติทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

เวลา 12.50 นาฬิกา วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/77 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซนต์การประเมินทางระบบประสาท (Glasgow coma scale) = E2VTM3

เวลา 13.05 นาฬิกา วัดสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 100% การประเมินทางระบบประสาท = E2VTM3 เวลา 13.25 นาฬิกาส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพุทธโสธร รวมระยะเวลาที่อยู่ใน ความดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการบาดเจ็บที่ทรวงอกและมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. สัญญาณชีพ พบว่า อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายวัดได้ 93 เปอร์เซนต์ ผู้ป่วยหายใจหอบ ปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหายใจ และหายใจไม่สะดวก คลำพบ Subcutaneous emphysema

2. Film Chest X-ray พบ Fracture Left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

3. Glasgow coma scale (GCS) E1V2M1 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 16 - 20 ครั้งต่อนาที

2. รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มเติม

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หรืออาการหายใจสั้น (Shortness of breath)

4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
5. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หอบเหนื่อย อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หอบเหนื่อย อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ และฟังเสียงลมผ่านปอดเพื่อประเมินความผิดปกติ ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับมากกว่าเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

2. เตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest Drain, ICD) โดยประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ ตรวจสอบระบบท่อระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิด ไม่หักพับหรืออุดตัน และจัดวางขวดระบายให้อยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอก สังเกตการแฉ่งของระดับน้ำในระบบระบาย การมีลมรั่ว และติดตามปริมาณ สี และลักษณะของสิ่งระบายออก พร้อมบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง หากพบลมรั่วต่อเนื่องผิดปกติ ปริมาณเลือดหรือสิ่งระบายออกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ค่าระดับออกซิเจนในเลือดลดลง หรือมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ให้รายงานแพทย์ทันที

3. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) พร้อมติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนในเลือด และลักษณะการหายใจอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งและความมั่นคงของท่อ ประเมินเสียงหายใจทั้งสองข้าง และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและการช่วยหายใจอย่างเหมาะสม

4. ดูแลเสมหะ สังเกต จำนวน ลักษณะ และจัดทำผู้ป่วยศีรษะสูง โดยป้องกันการเกิด C-spine injury เนื่องจากผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ (Trauma) พร้อมให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยการบีบ Ambu bag

5. ส่งตรวจและติดตามผล X-ray

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และท่อระบายทรวงอก พบว่ามีลมผุดในขวดจากท่อระบายทรวงอก ความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอและลึกเพียงพอ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการ Cyanosis ผิวหนัง หรือริมฝีปากมีสีเขียวคล้ำ

2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากมีการบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว
2. มีเลือดออกในช่องปากและหูข้างซ้าย ศีรษะด้านซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร
3. หน้าอกข้างซ้ายมีรอยฟกช้ำขนาด 5x5 เซนติเมตร Film Chest พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax
4. สัญญาณชีพ พบว่า ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที หายใจหอบลึก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาคือการคุกคามชีวิตอย่างทันท่วงที

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินครบตามเกณฑ์ ATLS ได้รับการแก้ไขให้พ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต
2. สัญญาณชีพระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60–130/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ ≤ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ Room air และ Capillary refill <2 วินาที
3. GCS ≥ 13 คะแนน หรือลดลงจากเดิมไม่เกิน 2 คะแนน
4. Urine output มากกว่า 30 ml/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Airway maintenance การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และใส่ semirigid collar เพื่อป้องกัน C-spine เนื่องจากอาจมีกระดูกต้นคอบาดเจ็บได้
2. ประเมิน Breathing and ventilation ประเมินการหายใจของผู้ป่วย โดยตรวจสอบการหายใจทั้งอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ความลึก ความแรง เสียงการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกทั้ง 2 ข้าง มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ ถ้ามีให้เตรียมใส่ท่อระบายทรวงอก
3. ประเมิน Circulation with hemorrhagic control ประเมินสัญญาณชีพ การไหลเวียน สีผิว ถ้าพบเบาเร็ว ความดันโลหิตตัวบนต่ำ อุณหภูมิผิวหนังต่ำ Capillary refill time มากกว่า 2 วินาที โดยประเมินร่วมกับอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อวินิจฉัยภาวะช็อค ถ้าพบให้การรักษาดูแลด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที ในรายผู้บาดเจ็บรุนแรงประเมินว่าผู้ป่วยมีบาดแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะหรือไม่
4. ประเมิน Disability and CNS emergencies เป็นการประเมินความผิดปกติของระบบประสาท การตรวจ Focused neurological exam ได้แก่ Glasgow coma score ค่าคะแนนทางระบบประสาท ขนาดของรูม่านตา และกำลังแขนขาทั้งสองข้าง
5. ประเมิน Exposure and environmental control เป็นการประเมินการบาดเจ็บทั้งร่างกาย รวมทั้งบาดแผลที่ศีรษะ ปฏิบัติการเพื่อตรวจประเมินทั้งร่างกาย โดยถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออกทั้งหมด ตรวจทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง โดยพลิกตัวแบบท่อนซุง (Log roll) ขณะเดียวกันต้องระวังป้องกันไม่ให้เกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ
6. การเตรียมช่วยแพทย์ในการทำหัตถการและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ช่วยเตรียมผู้ป่วยให้แพทย์ FAST ส่งผู้ป่วย X-ray ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพและการเฝ้าระวังทางระบบประสาท เพื่อการตัดสินใจช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และทันเวลาที่โดยวัดสัญญาณชีพและ GCS ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ถ้าคงที่ทุก 1 ชั่วโมง พร้อมรายงานแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ตามแผนการรักษา

ประเมินผล

การประเมินแรกเริ่ม Primary survey พบว่าผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว หายใจครืดคราด ร่วมกับเสียงหายใจเบาที่ทรวงอกด้านซ้าย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 93 เปอร์เซ็นต์ มีเลือดออกจากปากและหูซ้าย ภายในช่องปากไม่มีฟันหัก แผลถลอกที่ตักจมูก 2x2 เซนติเมตร ไม่มีผิวดูเปื้อนศีรษะข้างซ้ายบวมโนขนาด 2x2 เซนติเมตร แต่ไม่พบบาดแผล มีแผลถลอกฟกซ้ำที่หน้าอกซ้ายขนาด 5x5

เซนติเมตร มีแผลฉีกขาดที่ต้นแขนซ้ายขนาด 5x1 เซนติเมตร มีแผลถลอกฟกช้ำที่สะโพกซ้ายขนาด 3x5 เซนติเมตร การประเมินทางระบบประสาท = 4 คะแนน (E1V2M1) รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร การตอบสนองต่อแสงช้า ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/94 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที สวมเสื้อคอแบบแข็ง (Hard collar) นอนบน Spinal board โดยยึดตรึงกระดูกไหปลาร้า มีเลือดออกปากและจมูก Suction clear airway ใส่ Poral airway hold Ambu bag ให้ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่ Nasogastric tube มี Content เป็นน้ำลายปนเลือดเล็กน้อย และ Foley's catheter ปัสสาวะออกประมาณ 200 ml. สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน แพทย์ตรวจ FAST ผล Negative film chest พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

3. เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ศีรษะข้างซ้ายบวมขนาด 2X2 เซนติเมตร
2. ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว มีเลือดออกในช่องปาก และหูข้างซ้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. Glasgow coma ไม่ลดลงจากคะแนนเดิม ไม่ชักเกร็ง
2. Motor power ระดับ 5 ทั้งหมด หรือไม่แย่ง
3. ไม่มีอาเจียน หรืออาเจียนพุ่ง
4. Pupil หรือ Motor response ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
5. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมออัตรา 16-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนโดยใส่ Philadelphia collar จัดให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงหลีกเลี่ยงการงอของศีรษะ หรือมีการกดทับบริเวณลำคอ เนื่องจากจะทำให้หลอดเลือดดำ Jugular ตีบแคบ เป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ห้ามจัดท่านอนศีรษะต่ำกว่าปลายเท้าให้ผู้ป่วย เพราะจะทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นและจัดให้นอนเข่าราบเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง ทำให้มีผลต่อการไหลกลับของเลือดดำ ร่วมกับการใช้ Spinal board และ Head immobilizer เพื่อ Protection C-spine ป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ต่อ Ambu bag O2 10 มิลลิลิตรต่อนาที ปีบ Ambu bag 12 ครั้งต่อนาที ดูดสารคัดหลั่งและเลือดในท่อช่วยหายใจ และช่องปากให้โล่ง ดูแลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่เลื่อนหลุด หัก พับ งอ และ monitoring ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อรักษาระดับ Blood pressure ให้อยู่ในระดับปกติ

4. สังเกตอาการชักเกร็ง และตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และบันทึกอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ต่อมาทุก 30 นาที จนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย

5. ดูแลงดน้ำและอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก และเตรียมความพร้อมของร่างกาย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที

6. บันทึกปริมาณสารน้ำและของเหลวที่ได้รับ และขับออกจากร่างกาย เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

ประเมินผล

การประเมินทางระบบประสาท GCS E2VTM3 รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร ช้างซ้ายการตอบสนองต่อแสงช้า สัญญาณชีพ พบค่าความดันโลหิต 117/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการอาเจียน และไม่มีอาการชักหรือเกร็งของแขนขา

4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ เนื่องจากบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องปากและหูข้างซ้าย ศีรษะด้านซ้ายบวมขนาด 2x2 เซนติเมตร
2. ไม่รู้สึกตัว E2VTM3
3. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนผ่านทาง Ambu bag
4. Film Chest X-ray พบ Fracture left ribs at 2nd – 5th with left pneumothorax

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
2. ท่อระบายทรวงอก ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ญาติมีความเข้าใจถึงความเสี่ยงระหว่างนำส่ง ได้แก่ ภาวะสมองได้รับการกระทบกระเทือน กระดูกซี่โครงหักหลายซี่ และมีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ในรถพยาบาลให้พร้อมต่อการส่งต่อ และเตรียมพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาลแม่ข่าย
3. ดูแลท่อหลอดลมคอ สายให้สารน้ำ สายทางปาก (OG) สายสวนปัสสาวะ สายท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest Drain, ICD) วางในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ
4. ดูแลจัดวางขวดเก็บสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอก เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของสารเหลว ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อได้
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย โดยมีทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาต่อไป ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว GCS=E2VTM3 ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย 100 เปอร์เซ็นต์ ท่อระบายทรวงอก ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม อาการผู้ป่วยคงที่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เวลา 13.25 น.

5. ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยและขาดความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล จากการสอบถามพบว่ากลัวจะรักษาแล้วไม่หาย ไม่เป็นปกติเหมือนเดิม หรือพิการ วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลแก่ญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ
2. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลแผนการรักษาจากแพทย์
2. ดูแลให้ข้อมูล คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง
3. ดูแลให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้ามาดูแล เพื่อคลายความกังวล
4. ดูแลอธิบายแผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นการให้สารน้ำ ส่วนประกอบของเลือด อธิบายแก่ญาติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและส่งต่อ

ประเมินผล

ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ และญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลหลังจากได้รับทราบอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาปัจจุบัน และการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

สรุปผล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ณ จุดเกิดเหตุหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (GCS=E1V2M1) รูม่านตาขยาย 3 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงช้า มีเลือดออกทางปากและหูซ้าย ศีรษะซ้าย โน หายใจลำบาก สัญญาณชีพแรกรับ ชีพจร 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที และ SpO2 95 เปอร์เซ็นต์ ทีมกู้ชีพทำการยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ (Hard collar) และลำตัว (Spinal board) เปิดทางเดินหายใจและช่วยหายใจด้วย Ambu bag เมื่อส่งต่อถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ รวมระยะเวลาดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Stridor) เสียงหายใจข้างซ้ายเบาลง คลำพบภาวะมีลมในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบกระดูกซี่โครงซ้ายซี่ที่ 2-5 หัก ร่วมกับภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย (Left pneumothorax) ผลตรวจ FAST เป็นลบ การรักษาพยาบาลวิกฤตที่ได้รับประกอบด้วย การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube No. 7.5) การใส่ท่อระบายทรวงอกข้างซ้าย (ICD) การให้สารน้ำ 0.9% NSS และการเย็บแผลห้ามเลือดที่ต้นแขนซ้าย หลังได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/81 มิลลิเมตรปรอท SpO2 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น GCS (E3VTM3) และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพุทธโสธรอย่างปลอดภัย

อภิปรายผล

จากการศึกษาและให้การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) ที่มีภาวะบาดเจ็บรุนแรงทางสมองร่วมกับภาวะลมรัวในช่องเยื่อหุ้มปอดเฉียบพลัน พบว่าการประเมินสภาพที่รวดเร็วและการตัดสินใจช่วยเหลือเพื่อกู้คืนสัญญาณชีพอย่างทันท่วงทีตามแนวทางช่องทางด่วนอุบัติเหตุ (Trauma fast track) มีความสำคัญต่อการป้องกันการทรุดลงของผู้ป่วยและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต การดำเนินการอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว แม่นยำ และอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถค้นหาและจัดการภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที สำหรับกรณีศึกษารายนี้ การมีภาวะบาดเจ็บสมองรุนแรงร่วมกับภาวะลมรัวในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนโลหิตควบคู่กับการประเมินระดับความรู้สึกตัว และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมอุปกรณ์และช่วยเหลือแพทย์ในการระบายลมและเตรียมใส่ท่อระบายทรวงอก ตลอดจนให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (โสพรรณ โปะทะยะ และพรจิรา จันทรโรจนกิจ, 2564)

ในส่วนพยาธิสภาพทางสมอง ผู้ป่วยรายนี้มีระดับความรู้สึกตัวลดลงอย่างวิกฤต (GCS=E1V2M1) รุนแรงตาขยายและตอบสนองช้า ร่วมกับมีเลือดออกทางหู ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะบาดเจ็บรุนแรงทางสมองและการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (Increased Intracranial Pressure, IICP) การจัดการทางการพยาบาลที่เน้นการป้องกันภาวะบาดเจ็บทางสมองระยะที่สอง (Secondary brain injury) ด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอผ่านการใส่ท่อช่วยหายใจทันที จึงช่วยลดภาวะสมองขาดออกซิเจนและป้องกันเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) ที่ย้ำว่าการรักษาความมั่นคงของระบบทางเดินหายใจและความดันโลหิตในระยะแรกเริ่ม เป็นปัจจัยกำหนดผลลัพธ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

นอกจากนี้ พยาธิสภาพที่ทรวงอกซึ่งพบกระดูกซี่โครงซ้ายหักหลายซี่ร่วมกับภาวะลมรัวในช่องเยื่อหุ้มปอด (Left pneumothorax) ส่งผลโดยตรงให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (Hypoxemia) และเพิ่มแรงดันในช่องอกขัดขวางการขยายตัวของปอดและการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจ การที่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวินิจฉัยจากการฟังเสียงปอดที่ลดลงและภาวะลมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) นำไปสู่การใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดแรงดันในช่องอกและกู้คืนประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ทันที การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการประเมินและจัดการภาวะคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็วตามลำดับความสำคัญ โดยเฉพาะการประเมินทางเดินหายใจและการหายใจ รวมทั้งการแก้ไขภาวะที่ส่งผลต่อการหายใจและการไหลเวียนโลหิตโดยไม่ล่าช้า (ACS COT, 2018; โสพรรณ โปะทะยะ และพรจิรา จันทรโรจนกิจ, 2564) ภายหลังได้รับการระบายลมและการดูแลระบบหายใจ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่มากขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนเพิ่มขึ้นเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ และระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นก่อนทำการส่งต่ออย่างปลอดภัยภายในเวลาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) ร่วมกับการดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดของโอเร็ม มาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines, CNPG) ในห้องฉุกเฉิน โดยเน้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บทรวงอกอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการตรวจหาภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) และการฟังเสียงหายใจที่ผิดปกติ เพื่อให้พยาบาลสามารถค้นพบความผิดปกติได้ตั้งแต่วินาทีแรก

รายงานอาการและประสาทร่วมแพทย์ในการทำหัตถการช่วยชีวิตขั้นวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงเตรียมและให้การช่วยเหลือในการทำหัตถการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการใส่ท่อระบายทรวงอก (ICD) ได้อย่างทัน่วงที

เอกสารอ้างอิง

- กรมทางหลวง สำนักอำนวยความปลอดภัย. (2568). *สรุปผลการดำเนินงาน ด้านอำนวยความปลอดภัย ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2568*. https://bhs.doh.go.th/files/Carnival/Songkran/report_songkran2568.pdf
- ไชยพร ยุกเซ็น, ธาวิณี ไตรณรงค์สกุล และยุวเรศมคษฐ์ สิทธิชาญปัญญา. (2561). *Emergency care the pocket guide book* (พิมพ์ครั้งที่ 6). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury)*. พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2569). *การเปรียบเทียบสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในประเทศไทย*. <https://www.thairsc.com/data-compare>
- ไสว นรสาร. (2563). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1 = Trauma nursing 1st revision, volume 1*. โครงการตำรา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสพรรณ โพทะยะ และ พรจิรา จันทร์โรจน์กิจ. (2564). การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้นและการจัดการทางพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 53–62.
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS) student course manual* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Bouzat, P., Raux, M., David, J. S., Tazarourte, K., Galinski, M., Desmettre, T., Garrigue, D., Ducros, L., Michelet, P., Freysz, M., Savary, D., Rayeh-Pelardy, F., Laplace, C., Duponq, R., Monnin Bares, V., D'Journo, X. B., Boddaert, G., Boutonnet, M., Pierre, S., ... Vardon, F. (2017). Chest trauma: First 48 hours management. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36(2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.01.003>
- Galgano, M., Toshkezi, G., Qiu, X., Russell, T., Chin, L., & Zhao, L. R. (2017). Traumatic brain injury: Current treatment strategies and future endeavors. *Cell Transplantation*, 26(7), 1118–1130. <https://doi.org/10.1177/0963689717714102>



คำแนะนำในการเตรียมบทความต้นฉบับ

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health) จะดำเนินการเผยแพร่บทความองค์ความรู้ บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความรายงานผู้ป่วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่องภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาไทยด้วย โดยจะเผยแพร่บทความในขอบข่ายสาขาวินิจฉัยต่อไปนี สาขาศาสตร์พยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาศาสตร์การสาธารณสุข และสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โดยวารสารจะจัดพิมพ์ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม ถึง เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม ถึง สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน ถึง ธันวาคม) ผลงานที่ส่งมาจะต้องไม่เคยเสนอหรือกำลังเสนอตีพิมพ์ในวารสารเล่มใดมาก่อน

1. การส่งต้นฉบับบทความ

ผู้เขียนส่งต้นฉบับที่พิมพ์ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารจำนวน 1 ชุด ในรูปแบบไฟล์ MS-Word และ PDF ส่งบทความในระบบ ThaiJo ถึง รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส บรรณาธิการวารสาร โทร.061-5199426 หรือติดต่อได้ที่ ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ บรรณาธิการผู้ช่วย โทร.061-9799659 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 167 หมู่ 2 ถนนชัยภูมิ-ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000 โดยสามารถติดต่อได้ที่อีเมล ajnp@cpru.ac.th โทร 044-815111 ต่อ 5100 บทความที่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะได้รับการพิจารณาดำเนินการทันที

2. รูปแบบบทความและการพิมพ์เนื้อหา

ขนาดของต้นฉบับ การพิมพ์ข้อความหน้าเดียวจัดพิมพ์เป็น 1 คอลัมน์ บนกระดาษขนาด A4 โดย ตั้งค่าระยะห่างระหว่างขอบกระดาษด้านบน 2.54 เซนติเมตรและด้านล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 2.54 เซนติเมตร ด้านขวา 2.54 เซนติเมตร การพิมพ์เว้นวรรคข้อความ พิมพ์เว้นวรรคตัวเลข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เว้นวรรค 1 ตัวอักษร ความยาวไม่เกิน 14 หน้ากระดาษ การจัดรูปแบบหน้ากระดาษ ให้ตัวหนังสือให้ชิดขอบทั้งสองด้านในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า การเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียวให้ใช้เว้นวรรคหรือเท่ากับการกด space 1 เคาะ

3. รูปแบบอักษรและการจัดวางตำแหน่ง

ใช้รูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ทั้งฉบับในการจัดพิมพ์บทความต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ขนาดอักษร 16 และหากพิมพ์ในตารางและในกรอบรูปภาพใช้ขนาดอักษร 14

4. บทความวิจัย (Original article)

4.1 ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ภาษาอังกฤษชื่อบทความ และในเนื้อหาให้ใช้อักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวแรกนอกนั้นให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด นอกจากคำเฉพาะ โดยพิมพ์ชื่อบทความภาษาไทยขึ้นก่อนอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 18 (ตัวหนา)

4.2 ชื่อผู้เขียนไทยและอังกฤษ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ให้ระบุเฉพาะชื่อและนามสกุลโดยไม่ต้องมีคำนำหน้าขนาดอักษร 14 หนา ชื่อภาษาอังกฤษให้ใช้ขนาดอักษร 14 หนาตำแหน่งกึ่งกลาง ได้ชื่อเรื่องโดยเว้น 1 บรรทัด ให้กำกับหมายเลขยกกำลังไว้ต่อท้ายด้วย สำหรับชื่อของหน่วยงานและจังหวัดให้พิมพ์บรรทัดต่อไป และใช้ตัวอักษรขนาด 14 โดยพิมพ์ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดให้ตรงกับตัวเลขยกกำลังที่กำกับไว้ในหน้าเดียวกัน พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) และระบุ E-mail ของผู้ประพันธ์บรรณกิจ ขนาดอักษร 14 ไว้ได้คำสำคัญหรือ Key word



4.3 บทคัดย่อภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ เขียนสรุปเนื้อหาของบทความวิจัยทั้งหมดให้เข้าใจเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปผล และข้อเสนอแนะ โดยความยาวไม่เกิน 350 คำ พิมพ์หัวข้อเป็นตัวหนาขนาดตัวอักษร 16 หนา จัดตำแหน่งกึ่งกลางหน้ากระดาษโดยให้บทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) แปลบทคัดย่อภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกันและทำการจัดหน้าและรูปแบบการพิมพ์เช่นเดียวกัน

4.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ (ไม่ใช่วลี หรือ ประโยค) ให้ใช้เครื่องหมาย (,) คั่นระหว่างคำสำคัญเป็นการระบุคำสำคัญหลักในเนื้อเรื่องงานวิจัย ต้องเป็นคำศัพท์ที่สามารถใช้ในการสืบค้นหรืออ้างอิงได้

4.5 บทนำ บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวิจัย และควรเขียนให้เห็นถึง Gap of knowledge ในสิ่งที่ยังไม่ได้ศึกษาหรือสิ่งที่กำลังต่อยอดพัฒนาเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่

4.6 วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อความที่ชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับเป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการศึกษาวิจัยโดยระบุถึงสิ่งที่นักวิจัยตั้งใจจะศึกษาหรือบรรลุสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้เรียนรู้หรือค้นพบผ่านการวิจัย

4.7 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการคาดเดาคำตอบการวิจัยไว้ล่วงหน้า ควรระบุให้มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้

4.8 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยควรเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ) และตัวแปรตาม ที่ใช้ศึกษาโดยมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพเชื่อมโยงเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

4.9 ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายรายละเอียดดังนี้

1) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2) **เครื่องมือวิจัย** เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3) **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ควรระบุด้วยว่านำเครื่องมือวิจัยของใครมาใช้หรือว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาจากของใครซึ่งอ้างอิงที่มาให้ชัดเจนควรระบุทั้งความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

4) **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งใด หมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

5) **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ควรระบุช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างอย่างไร เก็บข้อมูลอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาตอบคำถาม และวิธีขอรับแบบสอบถามคืน เขียนเป็นขั้นตอนตามลำดับ

6) **การวิเคราะห์ข้อมูล** ควรระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินั้น ๆ

4.10 ผลการวิจัย บอกผลที่ได้จากการวิจัยอย่างชัดเจน สมบูรณ์ และมีรายละเอียดครบถ้วนอาจแสดงด้วยตารางกราฟ แผนภาพประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตาราง ควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา ขนาด 14 โดยให้หัวตารางขนาด 14 หนา ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปภาพที่ชัดเจนและมีคำบรรยายบนรูปโดยเว้นบรรทัด 1 บรรทัด ใช้คำว่า “ตารางที่ 1.....(ตัวบาง)..... หรือ ภาพที่ 1.....(ตัวบาง)..... ให้พิมพ์ขนาด 16 หนา พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย



ของกระดาษ ส่วนข้อความของชื่อตารางให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรบาง ถ้าข้อความยาวต้องต่อบรรทัดที่สองให้พิมพ์ย่อหน้าเข้ามาให้ตรงกับคำแรกของชื่อตารางหากตารางมีความยาวมากจำเป็นต้องขึ้นหน้าใหม่ให้พิมพ์ว่า **ตารางที่ 1 (ต่อ)** ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย

4.11 อภิปรายผล อภิปรายผลตามสรุปผลการวิจัยที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่และมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลงานของผู้อื่นอย่างไร ควรอ้างทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิมรวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์

4.12 ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในการศึกษาอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงตามวัตถุประสงค์ และได้การรับรองการใช้ประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป กล่าวถึงการเสนอแนะให้ผู้อ่านที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันให้ทราบว่า ควรจะทำการวิจัยในประเด็นปัญหาอะไรอะไรบ้าง ควรศึกษาตัวแปรอะไรอีกบ้าง รวมทั้งการเปลี่ยนระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่ จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

4.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ระบุสั้น ๆ ว่าได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถเขียนได้ โดยให้อยู่เบื้องหลังเนื้อหาหลักของบทความ และก่อนบรรณานุกรม เช่น ขอขอบคุณสาขาวิชาประกาศนียบัตรบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่เอื้อเฟื้อเอกสาร ข้อมูลและสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำโครงการวิจัยนี้

4.14 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)

5. บทความทางวิชาการ (Academic article)

5.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง สังกัดผู้แต่ง และอีเมลสำหรับติดต่อผู้แต่ง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เขียนตามรูปแบบบทความวิจัย

5.2 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ผู้เขียนสรุปเนื้อหาสาระสำคัญของบทความทั้งหมดให้ผู้อ่านเข้าใจสาระของบทความในภาพรวมเพียงหน้าเดียวซึ่งเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์ สาระสำคัญ สรุป และข้อเสนอแนะ

5.3 บทนำ เป็นความเป็นมาของปัญหาเป็นการเขียนสาระความสำคัญและจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อหาของบทความหลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาประกอบไปด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่าการเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ

5.4 วัตถุประสงค์ เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนว่าต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ

5.5 เนื้อเรื่อง แสดงการเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่ผู้เขียนได้วางโครงเรื่องไว้ โดยหัวข้ออาจแตกต่างกันในบทความวิชาการแต่ละเรื่อง โดยผู้เขียนจะเขียนทั้งข้อเท็จจริง ข้อมูล ข้อค้นพบต่าง ๆ และแทรกความคิดเห็นของผู้เขียนตลอดจนทรรศนะในด้านต่าง ๆ



5.6 บทสรุป เป็นการสรุปสาระของรายละเอียดในเนื้อหาหรือเสนอเป็นข้อสังเกต ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหา การสรุปจะเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นหลักทำให้ผู้อ่านเห็นภาพของส่วนเนื้อหาได้

5.7 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ เป็นการสื่อสารบอกวิธีการให้ผู้อ่านนำบทความวิชาการไปปรับใช้ในเรื่องหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

5.8 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)

6. บทความรายงานผู้ป่วย (Case report)

6.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง สังกัดผู้แต่ง และอีเมลสำหรับติดต่อผู้แต่ง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เขียนตามรูปแบบบทความวิจัย

6.2 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ผู้เขียนสรุปเนื้อหาสาระสำคัญของบทความทั้งหมดให้ผู้อ่านเข้าใจสาระของบทความในภาพรวมเพียงหน้าเดียวซึ่งเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา รายงานการศึกษาผู้ป่วย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

6.3 บทนำ เป็นความเป็นมาของปัญหาเป็นการเขียนสาระความสำคัญและจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อหาของบทความหลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาประกอบไปด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่าการเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ

6.4 วัตถุประสงค์ เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนที่ต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ

6.5 วิธีการศึกษา การเขียนวิธีการศึกษารายกรณีควรระบุแบบการศึกษา เช่น การศึกษาเชิงพรรณนาแบบรายกรณี การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ แหล่งข้อมูลที่ใช้ เช่น เวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นใคร จำนวนผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เครื่องมือการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักวิชาชีพ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

6.6 รายงานการศึกษาผู้ป่วย เนื้อหาควรมีความสอดคล้อง เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุผล แสดงข้อมูลด้านการซักประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษา และกระบวนการพยาบาลตามหลักการ

6.7 สรุปผล สรุปได้ประเด็นสำคัญตามรายงานการศึกษาผู้ป่วยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

6.8 การอภิปรายผล เขียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นว่าเพราะอะไรทำไมผลลัพธ์ถึงเป็นเช่นนั้นและเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีได้อย่างมีเหตุผล

6.9 ข้อเสนอแนะ เขียนอธิบายเสนอแนะในประเด็นที่บุคคล/หน่วยงานนำไปใช้ได้จริง

6.10 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)



หลักการเขียนเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเขียน อ้างอิงในเนื้อหา ตามรูปแบบ APA 7th Edition

หลักการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation) ตามแบบ APA 7th Edition มี การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (Narrative citation) และการอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

1.1 การอ้างอิงแบบผู้แต่ง (Narrative citation)

เป็นการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหา ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: Smith (2020) found that...
- ผู้แต่ง 2 คน: Johnson and Smith (2022) demonstrated that...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: Williams et al. (2021) concluded that...

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: สุชาติ ชูช่วย (2565) พบว่า...
- ผู้แต่ง 2 คน: วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ (2564) แสดงให้เห็นว่า...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ (2563) สรุปว่า...

1.2 การอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

เป็นการระบุทั้งชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ในวงเล็บ ท้ายข้อความที่อ้างถึง

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (Smith, 2020).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (Johnson & Smith, 2022).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (สุชาติ ชูช่วย, 2565).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563).

1.3 การอ้างอิงงานหลายชิ้นในวงเล็บเดียวกัน

เรียงลำดับตามอักษรของชื่อผู้แต่ง คั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Several studies have shown similar results (Johnson, 2020; Smith, 2022; Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

การศึกษาหลายชิ้นแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน (สุชาติ ชูช่วย, 2565; วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564; สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563)



1.4 การอ้างอิงข้อความโดยตรง (Direct Quotes)

ระบุเลขหน้าโดยใช้ "p." สำหรับหน้าเดียว และ "pp." สำหรับหลายหน้า ในภาษาไทย ใช้ "น."

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

According to Smith (2020), "the results were inconsistent" (p. 45).

"The results were inconsistent" (Smith, 2020, p. 45).

ตัวอย่างภาษาไทย:

ตามทีสุชาติ (2565) กล่าวว่า "ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (น. 45)

"ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (สุชาติ, 2565, น. 45)

1.5 การอ้างอิงงานที่ไม่ระบุปีที่พิมพ์

ใช้ "n.d." สำหรับภาษาอังกฤษ และ "ม.ป.ป." สำหรับภาษาไทย

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson (n.d.) argues that...

The study showed significant results (Johnson, n.d.).

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย (ม.ป.ป.) ได้แย้งว่า...

การศึกษาแสดงผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ (วิชัย, ม.ป.ป.)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการอ้างอิงในเนื้อหา

1. ความสม่ำเสมอ: ใช้รูปแบบการอ้างอิงอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งเอกสาร
2. ผู้แต่งเป็นองค์กร: ระบุชื่อเต็มในการอ้างอิงครั้งแรก ตามด้วยตัวย่อในวงเล็บ หลังจากนั้นใช้ตัวย่อได้
 - o ครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2023)
 - o ครั้งต่อไป: WHO (2023)
3. ผู้แต่งมีชื่อซ้ำกัน: เพิ่มตัวอักษรย่อชื่อต้นเพื่อแยกความแตกต่าง
 - o Smith, J. (2022) และ Smith, R. (2022)

2. การเขียน เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเรียงลำดับ: เรียงตามลำดับอักษรของชื่อผู้แต่ง
2. รูปแบบชื่อผู้แต่ง:
 - 2.1 ภาษาอังกฤษ: นามสกุล, อักษรย่อชื่อต้น.
 - 2.2 ภาษาไทย: ชื่อ นามสกุล.
3. การเว้นวรรค: ใช้การเว้นหนึ่งวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอน
4. การจัดรูปแบบ: ย่อหน้าแรกชิดขอบซ้าย และย่อหน้าถัดไปให้เยื้องเข้ามา 0.5 นิ้ว (hanging indent)
5. ชื่อหนังสือและวารสาร: เขียนด้วยตัวเอียง (italics)

2.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสาร

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. DOI หรือ URL (ถ้ามี)



ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Smith, J. A., & Jones, B. B. (2023). *The impact of climate change on coral reefs*. *Marine Biology*, 45(2), 112-128. <https://doi.org/10.1234/mb.2023.45.2.112>

ตัวอย่างภาษาไทย:

สมศักดิ์ สุขใจ. (2565). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาไทย. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 35(2), 78-95.

2.2 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson, M. R. (2022). *Principles of cognitive psychology* (5th ed.). Academic Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2564). *หลักการพัฒนาลัทธิสัจธรรมและการสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.3 การอ้างอิงจากฐานข้อมูลออนไลน์

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. ชื่อฐานข้อมูล. URL หรือ DOI

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Wilson, K. L., & Kurtz, R. M. (2020). Effects of meditation on stress levels in college students. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 235-249. PsycINFO.

<https://doi.org/10.1177/1359105320912345>

ตัวอย่างภาษาไทย:

พิมพ์ชนก ศรีสุริยะมาตย์. (2563). การวิเคราะห์องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงานของครูไทย. *วารสารจิตวิทยา*, 25(1), 45-62. ฐานข้อมูล ThaiJO. <https://www.tci-thaijo.org/index.php/psycho/article/view/12345>

2.4 การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ จากเว็บไซต์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่เผยแพร่ หรือ ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่อง. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, January 15). *COVID-19 vaccines*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html>

ตัวอย่างภาษาไทย:

กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 มกราคม). *แนวทางการดูแลสุขภาพในช่วงฤดูหนาว*.

<https://www.moph.go.th/health/winter-care-2023>



2.5 การอ้างอิงจากบทความในหนังสือพิมพ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์, หน้า.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Thompson, A. (2022, June 12). *New education policy faces criticism*. The New York Times, p. A4.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ชนพล สุทธิวงศ์. (2565, 17 สิงหาคม). *แนวโน้มเศรษฐกิจไทยปี 2566*. ไทยรัฐ, น. 7.

2.6 การอ้างอิงจากบท/ตอนในหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้เขียนบท. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. เลขหน้า). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Adams, P. J. (2021). Cognitive development in early childhood. In R. J. Brown (Ed.), *Child development: A comprehensive guide* (pp. 125-148). Oxford University Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

สุชาดา จิรนนทนาก. (2564). การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์. ใน วิทยา คชเสนี (บ.ก.), *เทคนิคการสอนในศตวรรษที่ 21* (น. 78-96). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อวิทยานิพนธ์ [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล/แหล่งที่มา.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Martinez, R. J. (2020). *The influence of social media on adolescent self-esteem* [Doctoral dissertation, University of Michigan]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ธนวัฒน์ สุขสมบูรณ์. (2563). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2563/TU_2563_xxxx_xxxx_xxxx.pdf

2.8 การเขียนอ้างอิงจากการประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปี, วัน เดือน). ชื่อบทความ. ใน ชื่อการประชุม (หน้า xx-xx). หน่วยงานที่จัดประชุม. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson, A. (2020, December 15). Digital mental health promotion in the new normal. In *Proceedings of the 5th International Conference on Mental Health* (pp. 45-52). World Mental Health Association. <https://wmhconference.org/proceedings2020>

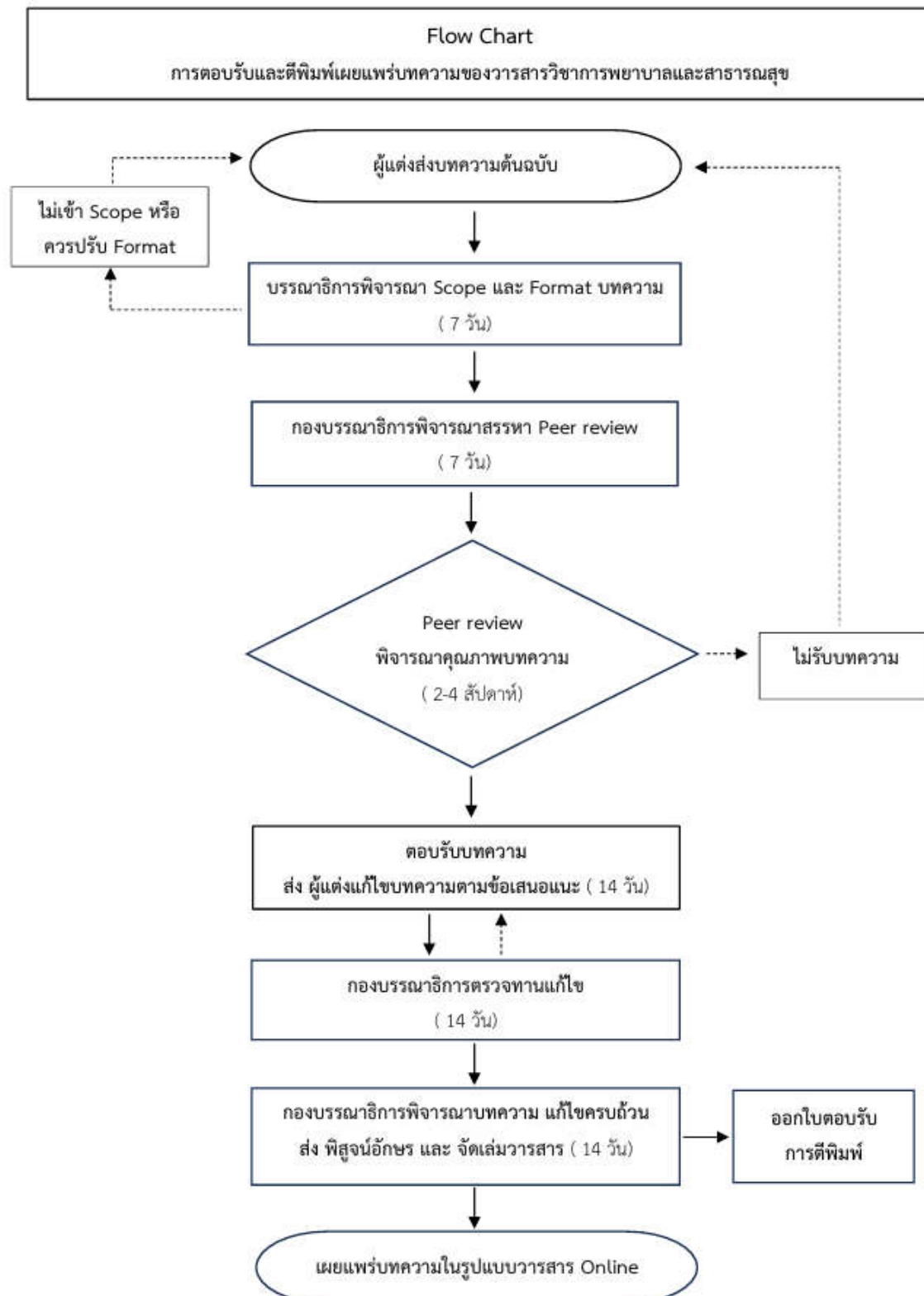


ตัวอย่างภาษาไทย:

อนันต์ พัฒนกุล. (2564, 15 ธันวาคม). การส่งเสริมสุขภาพจิตในยุคดิจิทัล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติสุขภาพจิต ครั้งที่ 5* (หน้า 45–52). กรมสุขภาพจิต. <https://mhconference.go.th/proceedings2021>

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. DOI และ URL: หากมี DOI ให้ใช้ DOI แทน URL โดยเขียนในรูปแบบ <https://doi.org/xxxxxx> (ไม่เขียน "Retrieved from" หรือ "สืบค้นจาก")
2. วันที่สืบค้น: ใส่วันที่สืบค้นเฉพาะกรณีที่ข้อมูลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เว็บไซต์ที่มีการอัปเดตบ่อย
3. ผู้แต่งหลายคน:
 - o ผู้แต่ง 1-20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนโดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใช้เครื่องหมาย & (ภาษาอังกฤษ) หรือ และ (ภาษาไทย) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
 - o ผู้แต่งมากกว่า 20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่ง 19 คนแรก ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค, จุดไข่ปลาสามจุด (...) และชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
4. ไม่ระบุผู้แต่ง: ให้ใช้ชื่อเรื่องแทนชื่อผู้แต่ง
5. ไม่ระบุปีที่พิมพ์: ใช้ (n.d.) สำหรับภาษาอังกฤษ หรือ (ม.ป.ป.) สำหรับภาษาไทย





วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING AND PUBLIC HEALTH



มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

