



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

VOL. 3 NO.1 JANUARY – JUNE 2025

ISSN 2985-0908 (ONLINE)



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สวรวยาวิสุทธ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัยรอง
ศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ	ห่านิรติชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา	สาธิยมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนานนท์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง
รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์	สุนทรไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์	วงศ์สุทธิธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร	แก้ววิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวรส	มีกุลศล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ	ศรีโสภา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิติกร	ภูสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุศ	ทิพย์แสนคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมิตตา	สว่างทุกข์
ดร.ลักขณา	ไชยนอก
ดร.ศิริณี	อ๋มน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์	สวัสดิโชติดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มารศรี	ศิริสวัสดิ์
ดร.ธงชัย	อามาตย์บัณฑิต

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม ลินธุศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรมน ปาพรม
นางสาวนาฏนภา อารยะศิลปธร
นางสาวสุชมาพร พิงผาสุก
นายนรากร พลหาญ
นางสาววาสนา คำสงค์
นายวุฒิทธิกรณ์ ประพัตรวงค์
นางสาวสุภาพร ปัญหาชัย

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
92 ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
48000
โทรศัพท์ 0 4251 2196 ต่อ 4101
โทรสาร 0 4251 2184
Email : bcnnjournal@gmail.com
พิมพ์ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ปีที่พิมพ์ 2568
ISSN 2985-0908 (Online)

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มีบทความวิจัยที่น่าสนใจ 7 เรื่อง ดังนี้ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ด้วยสายใยพันผูก ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ประสิทธิภาพชีวิตในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถาวรชนิดปรับปรุงและได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ดิฉันและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาใช้เวลาในการประเมินบทความเพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และนอกจากนี้ วารสารขอเชิญชวนบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาจารย์ และนักวิชาการส่งผลงานเข้าร่วมตีพิมพ์เผยแพร่กับทางวารสาร เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับบุคลากรสาธารณสุข และผู้อ่านทุกท่าน

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาล
สกลนคร1
The Effects of a Program to Promote Cervical Cancer Screening Behaviors among At-Risk Women at Sakon
Nakhon Hospital.

- ◆ การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ประเทศไทย15
An Examination of the Construct Validity of the Spiritual Distress Scale for Patients with Chronic
Non-Communicable Diseases in Thailand.

- ◆ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและ
ความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง จังหวัดมุกดาหาร.....29
The Effect of the Thai Children's Skills Development Program, Think, Think Good, Think Give with Bonds, on the
Thinking Characteristics and Emotional Intelligence of Children aged 3-5 years Ban Phon Sawang Children's
Development Center, Mukdahan Province.

- ◆ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการ
คลอดก่อนกำหนด.....41
Effect of Health Promotion Program for Pregnant Women on the Prevalence of Preterm Labor and Preterm Birth.

- ◆ ประสบการณ์ชีวิตในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุงและได้รับการใส่สายท่อ
ระบายกลับบ้าน : กรณีศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา55
Life Experience of Self – Care after Breast Cancer using Modified Radical Mastectomy Method and Caring
Radivac Drain Placement at Home: A Phenomenological Case Study.

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

- ◆ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี65
Development of Prevention and Control on leptospirosis Model of the District Health Board (DHB), Muangsamsip District, Ubon Ratchathani Province.
- ◆ การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน :กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร79
The Model of a Nursing Care in Maternal Methamphetamine Abuse: A Case Study of a Secondary Care Hospital in Sakon Nakhon Province.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร

เอมอร นาคพันธ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลองเพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร 2) ศึกษาระดับความพึงใจของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) แบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและการทดสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .76 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า

1. สตรีกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.23$ SD. = .51) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$ SD. = .35) และพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือนทุกคน

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.98$ SD. = .037)

ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้อย่างต่อเนื่องกับสตรีกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรอง, สตรีกลุ่มเสี่ยง

วันที่รับบทความ
22 มกราคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
3 มีนาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ
5 มีนาคม 2568

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: aimorn3444@gmail.com โทร. 093-5149666

The Effects of a Program to Promote Cervical Cancer Screening Behaviors among At-Risk Women at Sakon Nakhon Hospital

Aim-orn nakhaphan¹

Abstract

This research employed a quasi-experimental design using a one-group pre-test and post-test approach to assess the effects of a behavioral promotion program for cervical cancer screening. The objectives were to: (1) compare the scores on perceptions of cervical cancer and screening behaviors among at-risk women at Sakon Nakhon Hospital before and after the intervention, and (2) evaluate the satisfaction level of these women with the program. The sample consisted of 42 high-risk women aged 30–60 years. The experimental components included: a program designed to promote cervical cancer screening behaviors, (2) an assessment of awareness regarding cervical cancer and screening behaviors, and (3) an assessment of satisfaction. The content validity was established, and reliability testing using Cronbach's alpha yield coefficient of .76 and .77, respectively. Data analysis using paired t-tests revealed the following findings:

1. At-risk women demonstrated a statistically significant increase in awareness of cervical cancer and its prevention ($p < 0.001$). Before the intervention, their awareness score was at a moderate level ($\bar{X} = 2.23$, $SD = 0.51$), which increased to a high level after the intervention ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.35$). Additionally, all participants underwent cervical cancer screening within one month following the implementation of the program.

2. The participants reported a high level of satisfaction with the program ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.037$)

These findings suggest that the program is effective in promoting cervical cancer screening behaviors among at-risk women. Therefore, it is recommended that this program be implemented in other high-risk populations within the hospital's service area to enhance cervical cancer screening in alignment with the criteria set by the Ministry of Public Health.

Keywords: cervical cancer, cervical cancer screening, at-risk women

Received

22 January 2025

Revised

3 March 2025

Accepted

5 March 2025

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author e-mail; aimorn3444@gmail.com Tel. 093-5149666

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ในปี ค.ศ. 2018 ถึง ค.ศ. 2020 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 570,000 คน ถึง 700,000 คน ซึ่ง ค.ศ. 2020 มีผู้เสียชีวิต ประมาณ 341,800 คน¹ แม้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะลดลงในหลายภูมิภาคของโลกในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในละตินอเมริกา เอเชีย ยุโรป ตะวันตก และอเมริกาเหนือ แต่ทั้งอัตราและภาระของโรดยังคงสูงทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขจากระบบเฝ้าระวังโรคมะเร็งของประเทศไทย พบว่ามะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงไทย มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 คน หรือ 5,422 คนต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 คน หรือ 2,238 คนต่อปี ปัจจุบันมีการศึกษายืนยันแล้วว่า การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก³

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขเผยสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี สตรีไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย⁴ มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเศรษฐกิจ โดยสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่นจนผู้ป่วยเสียชีวิต สมาชิกครอบครัวอาจวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทั้งครอบครัวและรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก⁵ จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่

ประเทศชาติ ซึ่งหากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมจะทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นได้มากขึ้นและมีโอกาสในการรักษาให้หายได้⁶

การป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันมะเร็งปากมดลูกปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งก็คือการป้องกันไม่ให้ปากมดลูกติดเชื้อ HPV การละเว้นการมีคู่นอนหลายคนหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิด และการฉีดวัคซีน HPV เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูกซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง (precancerous) หรือระยะก่อนลุกลาม (pre-invasive) ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก (cervical cytology) หรือ Pap smear ซึ่งเป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกที่เป็นผลจากการติดเชื้อ HPV เพื่อทำการสืบค้นและรักษาไม่ให้ดำเนินโรคเป็นมะเร็งปากมดลูก การตรวจหาเชื้อ HPV สายพันธุ์ก่อมะเร็งที่ปากมดลูก (HPV DNA testing) เป็นการตรวจหาขั้นตอนแรกสุดของกระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูก การป้องกันทุติยภูมินี้เป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุมดลูกหลังจากมีการติดเชื้อ HPV แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ⁷ Abit Sarwar พบว่าการคัดกรองเบื้องต้นด้วย Pap smear ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการแสดงของโรค สามารถช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 80 การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การรักษามะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

มะเร็งปากมดลูกสามารถคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยวิธี Pap smear ในการค้นหาอาการแสดงผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก สามารถวินิจฉัย

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูกที่ผิดปกติ สาเหตุที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่พัฒนา กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกนั้นเกิดจากการติดเชื้อ HPV ปัจจุบันมีวิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการฉีดวัคซีน HPV⁸ การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี และยาเคมีบำบัด ก็ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมี โอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹

สาเหตุสำคัญต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการพบมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหลักในการป้องกันโรคและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างมาก โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30–60 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี เพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกให้เหลือ 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 50¹⁰

ใน พ.ศ.2565 จังหวัด สกลนคร มีเป้าหมายให้ สตรีอายุ 30–60 ปี ร้อยละ 80 ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก แต่พบว่ามีสตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 32.79 ไม่บรรลุตาม เป้าหมาย สำหรับเขตพื้นที่โรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่ พ.ศ.2560–2564 สตรีอายุ 30–60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 78.24 จึงไม่บรรลุเป้าหมายของจังหวัด และจากการสัมภาษณ์ สาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 คน พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกอายเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือรอรับบริการนาน ร้อยละ 80 และ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ร้อยละ 66.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณี ปิ่นนาค¹¹ พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุที่จะเปิดเผยอวัยวะส่วนลับให้ผู้ตรวจดู กลัวกระบวนการตรวจและรับไม่ได้ถ้าตนเองมีผลการตรวจที่ผิดปกติ

ขาดรายได้ มีภาระต้องดูแลคนในครอบครัวที่มีปัญหา สุขภาพ ครอบครัวไม่สนับสนุนและไม่วาง ชาติความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและเหตุผลของการตรวจ มี ภาระงานและความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ ไม่สะดวกใน การเดินทาง ไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับ รถไม่เป็น โรงพยาบาลสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้ง เชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการ ลำช้า

จากผลจากการศึกษานำไปสู่ข้อเสนอแนะ สำหรับการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งเชิงรุกเชิงรับ ได้แก่ การเลือกผู้ให้บริการเป็นผู้หญิง การอบรมและให้ ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้ให้บริการ การจัดให้ มีระบบการบริการทุกขั้นตอนแบบครบวงจรในจุด เดียวกัน และการผลิตสื่อความรู้ด้านมะเร็งปากมดลูก ให้แก่ประชาชน ภูวนรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางน้อมน้อย และชาลิณี มานะยิ่ง (2564)¹² พบว่า การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การ รับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมารับบริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ชนกพร ปิบ้านท่า (2565)¹³ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรค มีการเข้ารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

บุษบา อภัยพิม, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และสม สมัย รัตนกริฑากุล¹⁴ พบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีพฤติกรรมการคัด กรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เช่นเดียวกับ สุวิมล สอนศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิ์ทัพ สุข¹⁵ ที่พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจมาตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม
การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า
โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้
เพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเพิ่มการ
รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นจึงควรนำ
โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนี้ไปใช้
กับกลุ่มสตรีอื่นๆ ต่อไป

เพื่อลดปัญหาดังกล่าวผู้วิจัย ในฐานะบุคลากร
ทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ
สูติ-นรีเวชกรรม จึงได้นำแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้าน
สุขภาพ (Health Believe Model) ของ Strecher &
Rosenstock¹⁶ มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหานี้ โดย
นำมาออกแบบโปรแกรมที่จะช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้มี
การตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของ
มะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ทั้งนี้เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัด
กรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มมากขึ้น เป็นไปตามเกณฑ์
ตัวชี้วัด ตลอดจนลดความรุนแรงของโรคเนื่องจาก
ผู้ป่วยจะได้ค้นพบโรคในระยะต้นๆ ช่วยลดค่าใช้จ่ายใน
กระบวนการรักษาของระบบสุขภาพได้ และเพิ่ม
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับ
มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ของโรงพยาบาล
สกลนคร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม
พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาตรวจคัด
กรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ของ
โรงพยาบาลสกลนคร หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม
พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยง
โรงพยาบาลสกลนคร หลังได้รับโปรแกรมการ

ส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและ
หลังการทดลอง (One group pre – posttest design)
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง
โรงพยาบาลสกลนคร ประชากร คือ สตรีอายุ 30-60
ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสกลนคร
ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 16 ตำบล โดยใช้ข้อมูล
จากทะเบียนรายชื่อผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2567 จำนวน
22,032 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-
60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
สกลนคร ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 16 ตำบล
ได้แก่ 1. ตำบลธาตุเชิงชุม 2. ตำบลขมิ้น 3. ตำบลจิว
ดอน 4. ตำบลโนนหอม 5. ตำบลเชียงเครือ 6. ตำบล
ท่าแร่ 7. ตำบลม่วงลาย 8. ตำบลดงชน 9. ตำบลห้วย
ยาง 10. ตำบลพังขว้าง 11. ตำบลดงมะไฟ 12. ตำบล
ธาตุนาเวง 13. ตำบลเหล่าปอแดง 14. ตำบลหนอง
ลาด 15. ตำบลสาบโสม 16. ตำบลโคกก่อ ใช้ข้อมูล
จากทะเบียนรายชื่อผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2567 จำนวน
22,032 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลสกลนคร

2) ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ HPV DNA Test ในปี 2562-2566

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

4) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5) ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

3. ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มพื้นที่อย่างง่าย 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 7 คน จำนวน 42 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Two Dependent Meas ของ App N4Studies¹⁷ จากศึกษาของกานดา ศรีตระกูล และพิชญ์รักษ์ กันทวิ¹⁸ เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเท่ากับ 0.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 0.56 ตามลำดับเมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ 95 แทนค่าในสูตร ได้ค่าตัวอย่างเท่ากับ 42 คน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักประโยชน์ เสมอภาคความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสกลนคร และได้รับการรับรองโครงการวิจัย SK NH REC NO.024/2567 วันที่ 19 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ของ Strecher & Rosenstock¹⁶ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก กิจกรรมกลุ่มลดความกลัวและอายุโดยการสาธิต วิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากสตรีที่มีประสบการณ์ แจ้งตารางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และติดตามพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก หลังเข้าร่วมวิจัย 1 เดือน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการแต่งงาน ประวัติการตั้งครรภ์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประยุกต์จาก นุชบา อภัยพิม, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และสมสมัย รัตนกริธากุล¹⁴ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และไม่เคยรับรู้ กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ และมีการแปลผลในทางตรงข้ามสำหรับการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

2.34 – 3.00 หมายถึง มาก

1.68 – 2.33 หมายถึง ปานกลาง

1.00 – 1.67 หมายถึง น้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจของชนกพร ปิ๋บ้านท่า¹⁵ จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และไม่พึงพอใจ กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย

2.34 – 3.00 หมายถึง มาก

1.68 – 2.33 หมายถึง ปานกลาง

1.00 – 1.67 หมายถึง น้อย

สำหรับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวัดจากการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังเข้าโครงการภายในระยะเวลา 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งปากมดลูก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 1 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป

การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัย ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยทีมผู้วิจัยเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนได้จริง ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) ของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบโปรแกรมการทดลองทั้ง 3 ท่านดังกล่าวโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity

index: CVI) เท่ากับ 0.91 การหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันการประเมินความพึงพอใจ และติดตามพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสกลนคร

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสกลนคร ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสกลนคร

3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผล กระทบใดๆ ทั้งสิ้น

4. ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ยังไม่มารับบริการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2562–2566 พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

โรงพยาบาลสกลนคร สมัครใจเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม
ของโครงการวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้ จำนวน 42 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วม
โปรแกรม ทุกวันอังคาร จำนวน 2 ครั้ง

2.1 สร้างสัมพันธภาพด้วยการกล่าวทักทาย
แนะนำตัว กิจกรรมนันทนาการ ชักถามเกี่ยวกับ โรค
มะเร็งปากมดลูก เกริ่นนำเพื่อเข้าสู่การให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทำการประเมินการ
รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยแบบสอบถาม
ก่อนการทดลอง ใช้เวลา 10 นาที

2.2 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
ประกอบด้วย อธิบายสถานการณ์ในปัจจุบันและ
แนวโน้มในอนาคต อาการ การรักษา และการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญและประโยชน์ของ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สื่อแผ่นพับ
เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เปิดโอกาสให้มีการ
ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการรับรู้ที่
ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที

2.3 ลดความรู้สึกลังเลและอายต่อการเข้ารับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งกลุ่ม การ
เรียนรู้ออกเป็น 2 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานเครื่องมือและ
อุปกรณ์การตรวจ ให้มีสัมผัสอุปกรณ์จริง รู้จัก
อุปกรณ์แต่ละชนิดและการวิธีการใช้อุปกรณ์แต่ละ
ชนิด เรียนรู้วิธีและขั้นตอนการตรวจคัดกรอง และ 2)
ฐานสาธิตการใช้เครื่องมือ โดยสาธิตวิธีการตรวจคัด
กรองมะเร็งปากมดลูกตามขั้นตอนที่แท้จริง เพื่อสร้าง
ความมั่นใจ ลดความอายและความกลัว สถานที่จัดให้
มีม่านกัน มีการปิดประตูมิดชิด เวลาที่ใช้ในตรวจน้อย
ขั้นตอนไม่ซับซ้อน และใช้กางเกงสำหรับการตรวจ
ภายในโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีความปิดที่เป่าไว้ เมื่อเจ้าหน้าที่
ตรวจจะเปิดผ้าเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น
เริ่มสาธิตขั้นตอนการตรวจโดยใช้โมเดล จำลอง สาธิต
การใช้เครื่องมือสอดเข้าไปในช่องคลอด ขณะสอด

ค่อยๆ เอียงเครื่องมือเข้าไปให้ลึก หลังจาก นั้นจึงค่อย
ถ่างเครื่องมือเพื่อให้เห็นปากมดลูก แล้วใช้ไม้พายป้าย
ปากมดลูกเพื่อเก็บเซลล์ตัวอย่างไปส่งตรวจ และ
สาธิตวิธีการนำเครื่องมือออกจากช่องคลอดด้วย
ความนิ่มนวล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อเพิ่ม
การเรียนรู้ การรับรู้ สร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรค
ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้ เวลา 20
นาที

2.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากสตรีที่
มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก
โดยมีการแลกเปลี่ยนในประเด็นของประสบการณ์ที่
ประทับใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูก โน้มน้าวใจให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและไม่กลัวที่
จะรับการตรวจคัดกรอง จากนั้นอภิปราย แลกเปลี่ยน
ความคิดเห็นร่วมกัน กระตุ้นให้มีการทบทวนเนื้อหา
และความรู้สึกลังเลหรืออายจากก่อนเข้าโปรแกรม
สุดท้ายสรุปความสำคัญและความจำเป็นของการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 10 นาที

2.5 แจกตารางการให้บริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลสกลนคร ให้กลุ่ม
ตัวอย่างทราบ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการ
รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลอง
และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริม
พฤติกรรมตรวจคัดกรอง ใช้เวลา 10 นาที

2.6 ติดตามผลการเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างหลังการสอน 1 เดือน

3. ระยะหลังทดลอง

1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก
มดลูกก่อนและหลังการทดลอง นำคะแนนมาวิเคราะห์
เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

2) ประเมินพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัด
กรองมะเร็งปากมดลูก โดยติดตามจำนวนการเข้ารับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง
หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน จากทะเบียนการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาล
สกลนคร

3) ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมรายด้าน

การรับรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD..		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	2.23	.51	2.60	.10	4.58	.001
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโรคมะเร็งปากมดลูก	2.62	.35	2.64	.12	0.41	.679
3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	2.70	.37	2.95	.09	3.87	.001
4. การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1.68	.46	1.35	.32	3.45	.001
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.56	.49	2.93	.11	4.68	.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยรวม

การรับรู้	Mean ก่อน	SD. ก่อน	Mean	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	2.23	.51		3.65	.000*
หลังใช้โปรแกรม	2.60	.35			

*p<.001

จากตารางที่ 2 และ 3 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50- 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 59.5 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 90.4 ทุกคนผ่านการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ผ่านการคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 69

และการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคก่อนได้รับโปรแกรมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.23$ SD. = .51) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคหลังได้รับโปรแกรมในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$ SD. = .35) และเมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้

ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามลำดับ ($\bar{X} = 2.62$ SD. = .35, $\bar{X} = 2.64$ SD. = .12)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือน (n=42)

พฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาตรวจคัดกรอง	42	100
ไม่มาตรวจคัดกรอง	0	0

จากตาราง 3 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือนทุกคน หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริม

พฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n= 42)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean	SD.	แปลผล
1	ผู้ใช้โปรแกรมมีการเตรียมความพร้อม	3.00	.000	มาก
2	กิจกรรมในโปรแกรมของผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความสนใจ	3.00	.000	มาก
3	มีความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.98	.154	มาก
4	ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากโปรแกรม	3.00	.000	มาก
5	คำแนะนำของผู้ใช้โปรแกรมเป็นประโยชน์	3.00	.000	มาก
6	ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมมีความเหมาะสม	2.88	.328	มาก
7	เนื้อหาที่ผู้ใช้โปรแกรมกำหนดให้มีความน่าสนใจ	3.00	.000	มาก
8	การสอนโดยใช้โปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมมีความกระตือรือร้น	2.98	.154	มาก

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean	SD.	แปลผล
9	การใช้โปรแกรมทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	3.00	.000	มาก
10	การใช้โปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.00	.000	มาก
11	สถานที่ในการใช้โปรแกรมมีความเหมาะสม	2.98	.154	มาก
12	การสอนโดยใช้โปรแกรมสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.00	.000	มาก
รวม		2.98	.037	มาก

จากตาราง 4 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยง ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.98$ SD. = .037)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด

สตรีกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคก่อนได้รับโปรแกรมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.23$ SD. = .51) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับโปรแกรมในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$ SD. = .35) และพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือนทุกคน หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนกพร ปิ๋บ้านท่า¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม

พฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน ร้อยละ 93.33 และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับสุมล สอนศรี, วาริณี เจริญสวัสดิ์กุล, และชินจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกที่มีอายุ 30-60 ปี พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สตรีที่มีความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง มีจำนวนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร ที่ออกแบบตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมมีกิจกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ มีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกลายลา้ว ซึ่งนับเป็นการลดอุปสรรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยหุ่นจำลอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ เป็นการเสริมแรงจิตใจ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กล่าวคือ ลดการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ของ Strecher & Rosenstock¹⁶ นั้นประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินความรุนแรงหรือผลกระทบ

จากการเกิดโรค เช่น ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคนั้นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลเชื่อมั่นในวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคว่ามีข้อดีมากกว่าข้อเสีย ดังนั้นจึงเกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ผลที่เกิดขึ้นจากการตรวจต่างๆ ผลเสียต่อการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น

และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้เป็นข้าราชการถึงร้อยละ 28 และมีการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไปถึงร้อยละ 88 จึงเข้าใจสื่อรณรงค์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เผยแพร่ผ่านทางช่องทางต่างๆว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีเจริญพันธุ์ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลสกลนคร เป็นกิจกรรมที่ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม จึงชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงจึงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือนทุกคนหลังการได้รับโปรแกรม

2. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สตรีกลุ่มเสี่ยงค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($\bar{X} = 2.98$ SD. = .037) เนื่องจากลักษณะของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกลอาย/กลัว ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยหุ่นจำลอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ เป็นการเสริมแรงจูงใจ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมเรื่อง การเตรียมความพร้อม การสอนที่เน้นสร้างความเข้าใจ คำแนะนำแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาที่เหมาะสม สถานที่ฝึกอบรมที่เหมาะสม หุ่นจำลอง และการได้เห็นสถานที่ตรวจคัดกรองจริง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ชนกวร ปีบ้านท่า¹³ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

เอกสารอ้างอิง

1. UNFPA. Cervical Cancer Elimination in Asia-Pacific: Country Reviews & Roadmaps for Action. 2020. [Online] [cited 2023 Jun 26] Available from: <https://asiapacific.unfpa.org/en/cervical-cancer-elimination-asiapacific-country-reviews-roadmaps-action>
2. Singh, D, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. The Lancet Global Health. 2023, 11(2), e197 – e206.

อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อเสนอแนะ

1. สตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 1 เดือนทุกคนหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสกลนคร ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องกับสตรีกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข
2. การจัดกิจกรรมที่นอกเหนือการบริการในระบบตามปกติสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการประเมินความต้องการบริการ ข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้รับบริการ ตลอดจนออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับการประเมินจากผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ไม่แตกต่าง ยังต้องการคำอธิบายในเชิงวิชาการมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องการการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในประเด็นดังกล่าวเพื่อหาคำตอบให้กับปรากฏการณ์นี้

3. วีรวุฒิ อิ่มสำราญ. กรมการแพทย์ เผยหญิงไทยป่วยมะเร็งปากมดลูกปีละ 5 พัน เสียชีวิตวันละ 6 คน. 2024. [Online] Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/01/29624>.
4. Bangkok Hospital. Thai women found dead from "Cervical cancer" 8–10 cases per day. [Online] Available from: <https://www.pptvhd36.com/health/care/151>. 2022.
5. Chaiyos Thirapokavong. มะเร็งปากมดลูก. [Online] Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=943>. 2021.
6. Irene Ruangkachorn. มะเร็งปากมดลูก. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; 2018.
7. Sarwar A, et al. Novel benchmark database of digitized and calibrated cervical cells for artificial intelligence based screening of cervical cancer. Cerv Cancer. 2016; 1:105.
8. Abate SM. Trends of cervical cancer in Ethiopia. Cerv Cancer. 2015; 1:103.
9. AbdAllah, et al. Awareness and attitudes of nursing students towards prevention of cervical cancer. Cerv Cancer. 2016; 1:107.
10. วสันต์ สิ้นะสมิต, วัชร เอี่ยมวัคมี, ชนิดา เกษประดิษฐ์ และกอบกุล ไพศาลอัชพงษ์. การป้องกัน มะเร็งปากมดลูกในสภาวะทรัพยากรจำกัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2558.
11. พรณี ปิ่นนาค. เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก: กรณีศึกษา สตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563; 3(1), 118–131.
12. ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางน้อมน้อย และชาลิณี มานะยิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564; 36(1), 37–47.
13. ชนภพร ปิ๋บ้านท่า. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ สตรีอายุ 30–60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทาง สุขภาพ. 2565; 3(1), 101–114.
14. บุษบา อภัยพิม, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และสมสมัย รัตนกริชากุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 7(3), 381–401.
15. สุวิมล สอนศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร์ โพธิ์คัพพัช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล. 2564; 70(3), 11–19.
16. Strecher VJ, Rosenstock IM. Social learning theory and health belief model. Health Educ Q. 1996; 15(2):75–138.
17. Bartz AE. Basic statistical concepts. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
18. กานดา ศรีตระกูล และพิษณุรักษ์ กันทวิ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับ ทักษะการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2560; 9(1), 123–132.

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์¹ขวัญประภัสร์ จันทรบุลลวณิช²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 400 คน เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง ของประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.97 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษา พบว่า แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตรงเชิงโครงสร้าง โดยมีค่า $\chi^2 = 1483.03$, $df = 745$, $\chi^2/df = 1.99$, CFI = 0.96, TLI = 0.95, RMSEA = 0.05 และ SRMR = 0.04 แบบวัดมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองและผู้อื่น 3) การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ 4) การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติและพลังที่เหนือกว่า และ 5) การแสดงออกทางด้านร่างกาย โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.68–0.95 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ระหว่าง ร้อยละ 46.60–90.60 แบบวัดนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ความตรงเชิงโครงสร้าง, แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันที่รับบทความ

13 ธันวาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

7 เมษายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

23 เมษายน 2568

นักวิชาการ

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

moobood@yahoo.com, โทร. 081-9779975

An Examination of the Construct Validity of the Spiritual Distress Scale for Patients with Chronic Non-Communicable Diseases in Thailand

Yuttachai Chaiyasit¹

Khwanprapat Chanbunlawat²

Abstract

The purpose of this research was to examine the construct validity of the Spiritual Distress Scale for Chronic Non-Communicable Disease Patients in Thailand. The sample consisted of 400 chronic non-communicable disease patients receiving services at 8 subdistrict health promotion hospitals in Thailand. Data were collected from May to August 2023. The research instruments included 1) a personal data record form and 2) the Spiritual Distress Scale for Patients with Chronic Non-Communicable Disease, which demonstrated content validity of 0.97 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.98. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze personal data. Construct validity was examined using confirmatory factor analysis.

The results showed that the Spiritual Distress Scale for Thai Patients with Chronic Non-Communicable Disease (the SDS-Thai-NCDs) had good construct validity, with the following fit indices: $\chi^2 = 1483.03$, $df = 745$, $\chi^2/df = 1.99$, CFI = 0.96, TLI = 0.95, RMSEA = 0.05, and SRMR = 0.04. The scale consisted of five components: 1) loss of self-esteem, meaning, and purposes of life; 2) loss of relationship with oneself and others; 3) loss of hope and inner strength; 4) loss of relationship with nature and higher powers; and 5) physical expressions. The factor loadings ranged from 0.68 to 0.95, and the coefficient of determination (R^2) ranged from 46.60% to 90.60%. This scale can be used to assess spiritual distress, allowing for appropriate spiritual care for chronic non-communicable disease patients experiencing spiritual distress.

Keywords: construct validity, spiritual distress scale, spiritual distress, chronic non-communicable diseases

Received

13 December 2025

Revised

7 April 2025

Accepted

23 April 2025

¹Academician

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Corresponding author, e-mail: moobood@yahoo.com Tel. 081-9779975

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขโลกและประเทศไทย สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด แต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 41 ล้านคน เสียชีวิตร้อยละ 71 อายุระหว่าง 30-69 ปี โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน จำนวน 17.90, 9.00 และ 3.90 ล้านคนต่อปีตามลำดับ¹⁻² ส่วนในประเทศไทย พบว่า สาเหตุการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้น โดยมีผู้ป่วยจำนวน 1.47, 0.94, 0.34, 0.33 และ 0.25 ล้านคน และเสียชีวิต 8,590, 14,305, 20,876, 30,837 และ 6,728 คน ตามลำดับ³

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อมิติต่างๆ ของสุขภาพ ได้แก่ กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติจิตวิญญาณ เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคแบบซับซ้อน เรื้อรัง และไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมักประสบกับการสูญเสียความเคารพในตนเอง สูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต สิ้นหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอน สูญเสียความสัมพันธ์ที่ดี และหวาดกลัวความตาย สิ่งเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ⁴⁻⁸ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดหรือรังสีรักษา ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ถูกตีตรา เช่น HIV/AIDS และผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตมีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณร้อยละ 17.40 ถึงร้อยละ 73.10⁹⁻¹¹

ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณเกิดขึ้นเมื่อระบบคุณค่าและความเชื่อของบุคคลถูกทำลายหรือขัดแย้งกัน ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณส่งผลทำให้

ความสามารถในการจัดการกับปัญหาและโรคลดลง ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณประกอบด้วย 1) การแสดงออกทางด้านร่างกาย 2) การแสดงออกทางด้านจิตใจ 3) การสูญเสียความรักและความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และพลังที่สูงกว่า หรือพระเจ้า 4) การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง 5) การสูญเสียความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) การสูญเสียความเข้มแข็งภายในจิตใจ⁵⁻⁷

การประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความสำคัญจำเป็นสำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดบางประการ อาทิ เครื่องมือส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่ยื่นๆ เช่น ประเทศไทย ซึ่งความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา มีอิทธิพลต่อภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้เครื่องมือที่ผ่านมาประเมินยังไม่ครอบคลุมทั้งหกมิติของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ ตัวอย่างเช่น เครื่องมือวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณที่พัฒนาโดย Ku et al.¹² สำหรับประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งประเทศไต้หวัน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับตนเอง ผู้อื่น พระเจ้า และทัศนคติต่อความตาย แม้ว่าจะให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่า แต่ยังวัดไม่ครอบคลุมถึงมิติที่สำคัญ เช่น พลังภายในหรือความสัมพันธ์กับธรรมชาติ เป็นต้น เช่นเดียวกับเครื่องมือของ Monod et al.¹³ สำหรับประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ 4 มิติ ได้แก่ ความหมาย การข้ามพ้น (transcendence) คุณค่า และอัตลักษณ์ทางจิตสังคม แม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีประโยชน์ แต่ก็ยังไม่สามารถสะท้อนถึงลักษณะที่ซับซ้อน และมิติของภาวะบีบคั้น

ทางจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจประสบได้อย่างครบถ้วน

การพัฒนาแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมไทย สามารถประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้อย่างครอบคลุม จึงเป็นประโยชน์อย่างมากในการประเมินและจัดการกับภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ทั้งนี้ ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และขวัญประภัสร์ จันทรบุลวัชร ทำการพัฒนาและตรวจสอบแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย พบว่า แบบวัดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.97 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.99 ค่าถาม 43 ข้อ สามารถจัดได้ 5 องค์ประกอบ โดยมีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 3.49–8.39 อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 70.80 ได้แก่ 1) การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมายและเป้าหมายในชีวิต 2) การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองและผู้อื่น 3) การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ 4) การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติและพลังที่เหนือกว่า และ 5) การแสดงออกทางด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามแบบวัดยังขาดการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ซึ่งมีความสำคัญในการบ่งชี้ว่า แบบวัดสามารถสะท้อนถึงลักษณะทางทฤษฎีของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนหรือไม่ การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจะช่วยให้มั่นใจว่าแบบวัดมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับแนวคิดทางทฤษฎี และสามารถนำไปใช้ประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น มีภูมิลำเนาอยู่ใน 8 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ พะเยา พิษณุโลก ลพบุรี ฉะเชิงเทรา นครพนม อุบลราชธานี สงขลา และนราธิวาส จำนวน 7,279 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม สำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบคือ 5–10 เท่าของข้อคำถาม หรือประมาณ 300–400 คน¹⁴⁻¹⁵ ข้อคำถามมีจำนวน 43 ข้อ ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 215–430 คน ดังนั้น ขนาดตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 400 คน เลือกตัวอย่างใช้หลักความน่าจะเป็น โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามชั้นภูมิ (ตารางที่ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 เกณฑ์คัดเลือกเข้าการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น 2) ผู้ป่วยทั้งเพศหญิง และเพศชาย 3) อายุ 20 ปี ขึ้นไป 4) มีภูมิลำเนาอยู่ใน 8 จังหวัด ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ พะเยา พิษณุโลก ลพบุรี ฉะเชิงเทรา นครพนม อุบลราชธานี สงขลา และนราธิวาส 5) การรับรู้สติสัมปชัญญะดีและสื่อสารเข้าใจ และ 6) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ 2) ถอนตัวจากการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร และตัวอย่างจำแนกตามเขต จังหวัด อำเภอก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัด	อำเภอ	รพ.สต.	ประชากร (คน)	ตัวอย่าง (คน)
พะเยา	ปง	ออย	556	31
พิษณุโลก	วังทอง	แก่งโสภา	604	33
ลพบุรี	พัฒนานิคม	ดิสัย	613	34
ฉะเชิงเทรา	พนมสารคาม	เกาะขนุน	1,696	94
นครพนม	ธาตุพนม	นาถ่อน	601	33
อุบลราชธานี	เมือง	หนองซอน	827	46
สงขลา	ระโนด	คลองแดน	294	16
นราธิวาส	เมือง	โคกเคียน	2,088	113
รวม			7,279	400

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ออกโดยสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยยึดหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (respect) หลักผลประโยชน์ (benefit) และหลักความยุติธรรม (justice) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ผลประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บรักษาข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิส่วนบุคคล และการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เขียนตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับ

การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภูมิสำเนาโรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย

2. แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน แบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 43 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 20 และข้อที่ 23-34 2) ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง และผู้อื่น จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5-15 3) ด้านการสูญเสียความหวัง และความเข้มแข็งภายในจิตใจ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 35-43 4) ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติ และพลังที่เหนือกว่า จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16-19 และข้อที่ 21-22 และ 5) ด้านการแสดงออกทางด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-4 คะแนนอยู่ระหว่าง 43-215 คะแนน การแปลผลคะแนนต่ำ หมายถึง มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณต่ำ ส่วนคะแนนสูงหมายถึง มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลด้านระเบียบวิธีวิจัยและการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลด้านจิตวิญญาณ 1 ท่าน แบบวัดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) เท่ากับ 0.97 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรม Mplus เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลการวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ $\chi^2/df \leq 2$, CFI และ TLI > 0.90, RMSEA < 0.07 และ SRMR < 0.08¹⁶

สรุปผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 61.09 ปี (S.D. = 10.24) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.00 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,729.63 บาท/เดือน (S.D. = 4,644.50) รายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 38 ภูมิลาเนาจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 28.20 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 50 ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.43 ปี (S.D. = 5.98) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 400 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	26.80
หญิง	293	73.30
อายุ (ปี) $\bar{x}$ (S.D.)	61.09	(10.24)
ศาสนา		
พุทธ	286	71.50
คริสต์	3	0.80
อิสลาม	111	27.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	31	7.80
ประถมศึกษา	269	67.30
มัธยมต้น	44	11.00
มัธยมปลาย	34	8.50
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	8	2.00
ปริญญาตรี	12	3.00
ปริญญาโท	2	0.50
สถานภาพสมรส		
โสด	36	9.00
หม้าย	92	23.00
คู่	254	63.50
หย่า/แยก	18	4.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	112	28.00
เกษตรกร	101	25.30
รับจ้างทั่วไป	97	24.30
ค้าขาย	57	14.20
เกษียณ/บำนาญ	6	1.50
รายได้ (บาท/เดือน)		
$\bar{x}$ (S.D.)	4,729.63	(4,644.50)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 400 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	152	38.00
เพียงพอ เหลือเก็บ	45	11.30
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	99	24.80
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	104	26.00
ภูมิลำเนา (จังหวัด)		
พะเยา	31	7.80
พิษณุโลก	33	8.30
ลพบุรี	34	8.50
ฉะเชิงเทรา	94	23.50
นครพนม	33	8.30
อุบลราชธานี	46	11.50
สงขลา	16	4.00
นราธิวาส	113	28.20
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	87	21.80
โรคเบาหวาน	200	50.00
โรคหัวใจขาดเลือด	6	1.50
โรคหลอดเลือดสมอง	17	4.30
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	0.80
โรคอื่นๆ	66	16.50
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		
$\bar{x}$ (S.D.)	8.43	(5.98)

2. ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวแปรสังเกตหรือข้อคำถามแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ก่อนปรับโมเดล พบว่า $\chi^2 = 3596.62$, $df = 855$, $\chi^2/df = 4.21$, CFI = 0.84, TLI = 0.83, RMSEA

= 0.09, SRMR = 0.05 แสดงว่า โมเดลการวิจัยยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผู้วิจัยจึงทำการปรับโมเดล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า $\chi^2 = 1483.03$, $df = 745$, $\chi^2/df = 1.99$, CFI = 0.96, TLI = 0.95, RMSEA = 0.05, SRMR = 0.04 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\chi^2/df \leq 2$, CFI และ TLI > 0.90, RMSEA < 0.07, SRMR < 0.08 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 250 คน และข้อคำถามมากกว่า 30 ข้อ)¹⁶

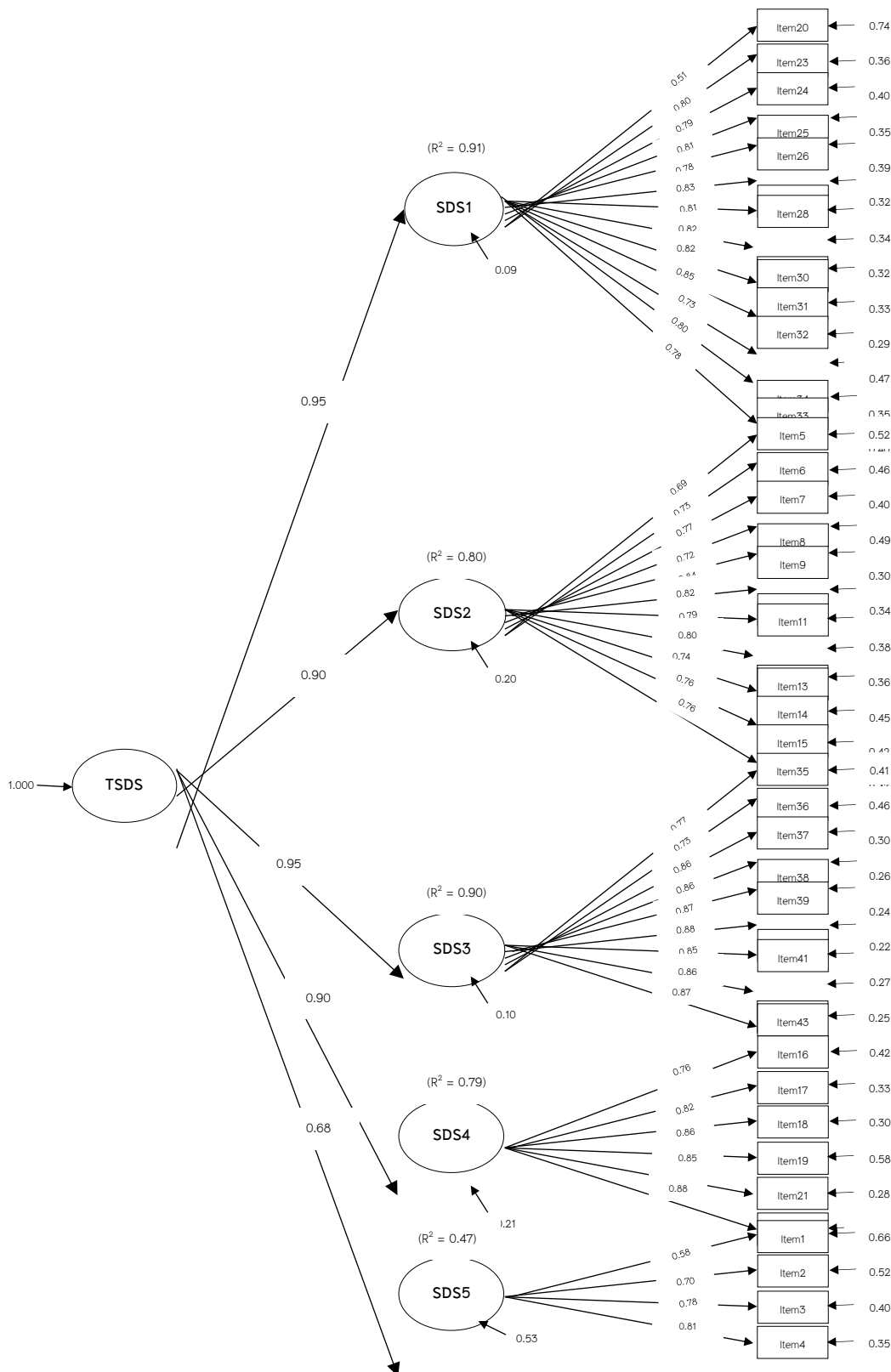
แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย 5 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.68–0.95 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 46.60–90.60 โดยองค์ประกอบที่ 1 การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 90.60 ซึ่งมีความมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต ข้อคำถาม 13 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.51–0.85 และค่าความเชื่อมั่น 0.26–0.72 องค์ประกอบที่ 2 การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง และผู้อื่น ข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.69–0.84 และค่าความเชื่อมั่น 0.48–0.70 องค์ประกอบที่ 3 การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ ข้อคำถาม 9 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.73–0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.54–0.78 องค์ประกอบที่ 4 การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติ และพลังที่เหนือกว่า ข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.65–0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.42–0.78 และองค์ประกอบที่ 5 การแสดงออกทางด้านร่างกาย ข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.58–0.81 และค่าความเชื่อมั่น 0.34–0.65 ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 1

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังปรับโมเดล

ตัวแปรสังเกตได้	ค่าสถิติ				
	β	S.E.	Z	p	R ²
การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต					
20. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เกิดจากกรรม โชคชะตาของฉัน	0.51	0.04	13.10	0.000	0.26
23. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันตำหนิ ตีเถียนตนเอง และรู้สึกผิด	0.80	0.02	40.58	0.000	0.64
24. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง	0.78	0.02	36.18	0.000	0.61
25. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเองไป	0.81	0.02	43.15	0.000	0.65
26. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น	0.78	0.02	36.51	0.000	0.61
27. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	0.83	0.02	47.32	0.000	0.69
28. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง	0.81	0.02	43.72	0.000	0.66
29. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์	0.82	0.02	46.10	0.000	0.68
30. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี	0.82	0.02	45.46	0.000	0.68
31. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนไป	0.85	0.02	53.85	0.000	0.72
32. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันเกิดคำถามเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายของชีวิต	0.73	0.03	28.97	0.000	0.53
33. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความหมายและเป้าหมายของชีวิตไป	0.80	0.02	41.85	0.000	0.65
34. ฉันเกิดคำถามเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	0.78	0.02	35.74	0.000	0.60
การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง และผู้อื่น					
5. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกกลัว	0.69	0.03	25.06	0.000	0.48
6. ฉันรู้สึกโกรธตนเองที่เจ็บป่วย	0.73	0.03	29.89	0.000	0.54
7. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกอยากร้องไห้	0.77	0.02	35.63	0.000	0.60
8. ฉันรู้สึกโคกเคี้ยว เสียใจ กับการเจ็บป่วยของตน	0.72	0.03	27.50	0.000	0.51
9. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว	0.84	0.02	48.88	0.000	0.70
10. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง	0.82	0.02	44.43	0.000	0.67
11. ฉันรู้สึกไม่ได้รับการส่งเสริม ช่วยเหลือ อุปการะจากผู้อื่น	0.79	0.02	38.06	0.000	0.62
12. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง	0.80	0.02	41.09	0.000	0.64
13. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว	0.74	0.03	29.91	0.000	0.55
14. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกว่าสูญเสียความรักไป	0.76	0.02	32.74	0.000	0.58
15. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสับสนในความสัมพันธ์กับคนอื่น	0.76	0.02	32.93	0.000	0.57
การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ					
35. ฉันไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยและสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้	0.77	0.02	34.76	0.000	0.59
36. ฉันรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความตาย และชีวิตหลังความตาย	0.73	0.02	30.72	0.000	0.54

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังปรับโมเดล (ต่อ)

ตัวแปรสังเกตได้	ค่าสถิติ				
	β	S.E.	Z	p	R ²
37. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกว่างเปล่า ไร้จุดหมาย	0.86	0.01	61.54	0.000	0.74
38. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกขาดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์	0.86	0.01	60.67	0.000	0.74
39. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกหมดหวัง ลึกลับ	0.87	0.01	65.09	0.000	0.76
40. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกทุกข์ทรมานใจ	0.88	0.01	71.20	0.000	0.78
41. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกจิตใจไม่สงบ	0.85	0.02	56.62	0.000	0.73
42. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความกล้าหาญไป	0.86	0.01	62.03	0.000	0.75
43. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความแข็งแกร่งภายในจิตใจ	0.87	0.01	63.91	0.000	0.75
การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติ และพลังที่เหนือกว่า					
16. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจาก สิ่งศักดิ์สิทธิ์/พลังที่เหนือกว่า/พระศาสดา	0.76	0.02	33.69	0.000	0.58
17. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกโกรธสิ่งศักดิ์สิทธิ์/ พลังที่เหนือกว่า/พระศาสดา	0.82	0.02	42.44	0.000	0.67
18. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกเหมือนถูกกลืนหายไปจาก สิ่งศักดิ์สิทธิ์/พลังที่เหนือกว่า/พระศาสดา	0.86	0.02	53.21	0.000	0.73
19. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันสนใจธรรมชาติและสิ่งรอบตัว ลดลง	0.65	0.03	21.11	0.000	0.42
21. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียความเชื่อศรัทธา/ พลังที่เหนือกว่า/พระศาสดา	0.85	0.02	50.28	0.000	0.72
22. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกสูญเสียการปฏิบัติทาง จิตวิญญาณ และศาสนา	0.88	0.01	65.15	0.000	0.78
การแสดงออกทางด้านร่างกาย					
1. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท	0.58	0.04	15.57	0.000	0.34
2. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันมีอาการเหนื่อยล้าทางร่างกาย	0.70	0.03	22.58	0.000	0.48
3. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	0.78	0.03	28.67	0.000	0.60
4. ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ	0.81	0.03	32.46	0.000	0.65
การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมายและเป้าหมายในชีวิต	0.95	0.01	96.13	0.000	0.91
การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองและผู้อื่น	0.90	0.01	63.60	0.000	0.80
การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ	0.95	0.01	98.66	0.000	0.90
การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับธรรมชาติและพลังที่ เหนือกว่า	0.90	0.015	59.43	0.000	0.79
การแสดงออกทางด้านร่างกาย	0.68	0.03	20.49	0.000	0.47



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย

อภิปรายผลการวิจัย

แบบวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ทั้ง 5

องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.68-0.95 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์อยู่ระหว่าง ร้อยละ 46.60-90.60 ค่าน้ำหนัก

องค์ประกอบบ่งชี้ความสำคัญหรืออิทธิพลขององค์ประกอบนั้นที่ส่งผลต่อการภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์บ่งชี้ความสามารถในการพยากรณ์ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบของควรมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ควรมีค่า 0.70¹⁶ แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบมีความตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยได้ในระดับสูง ยกเว้นองค์ประกอบที่ 5 การแสดงออกทางด้านร่างกายที่มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เพียงร้อยละ 46.60

องค์ประกอบที่ 1 การสูญเสียความภาคภูมิใจ ความหมาย และเป้าหมายในชีวิต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 90.60 คำถาม 13 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.51–0.85 และค่าความเชื่อมั่น 0.26–0.72 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความเชื่อมั่นสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตน สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และสูญเสียภาพลักษณ์ สามารถอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคแบบซับซ้อน และเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดังเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตน และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการรบกวนทางกายที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ เช่น น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง ผิวหนังแห้งและคล้ำ การมองเห็นลดลง การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การสูญเสียความเป็นตัวตน การสูญเสียความเชื่อมั่น และการสูญเสียภาพลักษณ์เป็นคุณลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{5-6, 8}

องค์ประกอบที่ 2 การสูญเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง และผู้อื่น มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 80.10 คำถาม 11 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.69–0.84

และค่าความเชื่อมั่น 0.48–0.70 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความเชื่อมั่นสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ความเจ็บป่วยทำให้มีปฏิสัมพันธ์ลดลง และ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง สามารถอธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว และมีปฏิสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมปกติ อาจทำให้ไม่สามารถออกไปพบปะสังคมและสูญเสียการเชื่อมโยงกับผู้อื่น นอกจากนี้ การไม่เข้าใจหรือการขาดการสนับสนุนจากคนรอบข้างอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดความใส่ใจจากสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว มีปฏิสัมพันธ์ลดลง และรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งเป็นคุณลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{5-6, 8}

องค์ประกอบที่ 3 การสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 89.60 คำถาม 9 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.73–0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.54–0.78 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความเชื่อมั่นสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง และความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกสูญเสียความแข็งแกร่งภายในจิตใจ สามารถอธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้หมดหวังจากการต่อสู้กับอาการของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต อาจทำให้รู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง จากการเผชิญกับความเจ็บปวดที่ยืดเยื้อหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคได้ การสูญเสียความแข็งแกร่งภายในจิตใจเกิดจากความรู้สึกอ่อนแอ และไม่สามารถรับมือกับความท้าทายของโรคได้ ทำให้บุคคลรู้สึกเหมือนสูญเสียพลังในการต่อสู้กับชีวิต และความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ ความทุกข์ทรมานใจ ความหมดหวัง สิ้นหวัง และการสูญเสียความแข็งแกร่งภายในจิตใจ

เป็นคุณลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{5-6, 8}

องค์ประกอบที่ 4 การสูญเสียความสัมพันธ์ที่กับธรรมชาติ และพลังที่เหนือกว่า จิตใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 79.10 ข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.65–0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.42–0.78 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความเชื่อมั่นสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกสูญเสียการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และศาสนา ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกเหมือนถูกลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์/พลังที่เหนือกว่า/พระศาสนา และความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกสูญเสียความเชื่อศรัทธา/พลังที่เหนือกว่า/พระศาสนา สามารถอธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยสามารถทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและศาสนาได้ เพราะเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วย บุคคลอาจรู้สึกว่าพลังภายในตัวเองไม่เพียงพอในการรับมือกับความเจ็บป่วย ทำให้ห่างเหินจากกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์หรือการทำสมาธิ ซึ่งเคยช่วยให้รู้สึกสงบและเชื่อมโยงกับพลังที่สูงกว่า นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยยังอาจทำให้รู้สึกเหมือนถูกลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระศาสนา โดยอาจเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการกระทำไม่ดีในอดีต หรือการละเลยต่อคำสอนทางศาสนา ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นและศรัทธาในพลังที่เหนือกว่าหรือพระศาสนา การสูญเสียการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ และศาสนา ความรู้สึกเหมือนถูกลงโทษ และสูญเสียความเชื่อศรัทธาพลังที่เหนือกว่าหรือพระศาสนา เป็นคุณลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{5-6, 8}

องค์ประกอบที่ 5 การแสดงออกทางด้านร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด 0.68 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ร้อยละ 46.60 ข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.58–0.81 และค่าความเชื่อมั่น 0.34–0.65 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความเชื่อมั่นสูงสุด 3 ลำดับแรก

ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ภาระงาน ภาระค่าใช้จ่าย ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ความเจ็บป่วยทำให้เหนื่อยล้าทางร่างกาย สามารถอธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกไม่สบายใจและภาระงาน ภาระงานจากความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง และทำให้เหนื่อยล้าทางร่างกายจากการที่ร่างกายต้องใช้พลังงานในการต่อสู้กับโรค และการไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ความไม่สบายใจภาระงาน ภาระงาน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า เป็นคุณลักษณะสำคัญของภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ^{5-6, 8}

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสุขภาพผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำแบบวัดนี้ไปใช้ในประเมินหรือคัดกรองภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา (psychometric property test) ของแบบวัดนี้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อประเมินความสามารถในการใช้งานของแบบวัดในบริบทที่แตกต่างกัน รวมถึงการประเมินผลของการใช้แบบวัดนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณในระดับที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง ในประเทศไทย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลไปยังประชากรในวงกว้าง แบบวัดนี้ใช้ในศึกษาที่สะท้อนถึงความเชื่อ วัฒนธรรม และการรับรู้ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณเฉพาะเจาะจงในประเทศไทย ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ในบริบททางวัฒนธรรมหรือการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันจากประเทศไทย นอกจากนี้การคัดเลือก

ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง อาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษาค้างนี้

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และ

นวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ประสานงานวิจัยทั้ง 8 แห่ง รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยทุกคนที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [28 July 2024]. Available from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/Noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2020. [28 July 2024]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
3. Division of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health, Thailand. Number and rates of NCDs in 2016 – 2018 [28 July 2024]. Available from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>.
4. Promkeawngam S, Namwong A. The spiritual well-being of community-dwelling Thai older people with chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017; 35(3): 204–13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/101824/78846>
5. Chaiyasit Y, Piboonrungraj P. Nursing cares for patients with spiritual distress. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020.
6. Chaiyasit Y, Chanbunlawat K, Thong-orn R, Kaewkerd O. A conceptual analysis of spiritual distress. *JTNMC*. 2021; 36(2): 5–17. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/244710>
7. Chaiyasit Y, Wongarsa P, Chanbunlawat K, Thong-orn R, Kaewkerd O. Spiritual distress assessment for end-of-life- patients. *Journal of Nursing and Health Sciences, Nakhon Phanom University*. 2023; 1(1): 48–55. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/bcnjournal/article/view/1423/927>
8. Chaiyasit Y, Chanbunlawat K. Spiritual distress among Thai patients with chronic non-communicable diseases. *Malays J Med Health Sci*. 2024; 20(5): 30–5. https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202409301557174_MJMHS_1276.pdf
9. Pinho CM, Gomes ET, Trajano MFC, Cavalcanti ATAE, Andrade MS, Valença MP. Impaired religiosity and spiritual distress in people living with HIV/AIDS. *Rev Gaucha Enferm*. 2017; 38(2): e67712. doi: 10.1590/1983–1447.2017.02.67712
10. Velosa T, Caldeira S, Capelas, ML. Depression and spiritual distress in adult palliative patients: A cross-sectional study. *Religious*. 2017; 8: 156. <https://doi.org/10.3390/rel8080156>
11. Martins H, Caldeira S. Spiritual distress in cancer patients: a synthesis of qualitative studies. *Religions*. 2018; 9: 285. <https://doi.org/10.3390/rel9100285>
12. Ku YL, Kuo SM, Yao CY. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16: 134–38. doi:10.12968/ijpn.2010.16.3.47325

13. Monod SM, Rochat E, Bula CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool:
An instrument to assess spiritual distress in hospitalized elderly persons. BMC Geriatr. 2010; 10: 88.
doi:10.1186/1471-2318-10-88
14. Thato R. Nursing research: Concepts to application. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
15. Tiansawad S. Instrument development for nursing research. Chiang Mai: Siampimnana; 2019.
16. Hair JF, Black WC, Barbin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Hampshire, United Kingdom:
Cengage Learning EMEA, 2019.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง จังหวัดมุกดาหาร

เกตุร ประทุมวัน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ Creation, Positive Response to Society : CPR) จากแนวคิดการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็ก บ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีจุดมุ่งหมายการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์ทักษะการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี 2) พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์ และ 3) ประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจากผู้ปกครองของเด็กที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก บ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 12 คน จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองของเด็ก ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีเด็กที่อยู่ในความดูแลเป็นเพศหญิง ผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 20-30 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีความผูกพันกับเด็กคือเป็นแม่ ทั้งนี้เด็กมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) และคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็ก, เด็กปฐมวัย, คุณลักษณะด้านการคิด, ความฉลาดทางอารมณ์

วันที่รับบทความ
5 พฤศจิกายน 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
18 มีนาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ
9 เมษายน 2568

โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nooyeg@gmail.com
โทร. 081-5449351

The Effect of the Thai Children's Skills Development Program, Think, Think Good, Think Give with Bonds, on the Thinking Characteristics and Emotional Intelligence of Children aged 3–5 years Ban Phon Sawang Children's Development Center, Mukdahan Province

Keyoon Prathumwan¹

Abstract

This research aimed to study the effect of the Thai children's skill development program (Creation, Positive Response to Society: CPR) based on the concept of enhancing emotional bonding. It is a necessary skill for parents and guardians at the Ban Phon Sawang Child Development Center, Don Tan Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province. Quasi Experimental Research. The research aims to have 3 phases as follows: 1) Study the situation of thinking skills and emotional intelligence of children aged 3–5 years, 2) Develop a Thai children's skill development program, Think, Think Good, Think Give with Bonds Creation, Positive Response to Society: CPR on the characteristics of thinking and emotional intelligence, and 3) Evaluate the Thai children's skill development program on the characteristics of thinking and emotional intelligence that have been developed. The researcher collected data using a questionnaire from 12 parents of children aged 3–5 years who are being cared for and studying at the Ban Phon Sawang Child Development Center, Don Tan Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province. The results of the research found that all parents of children aged 3–5 years were female. Most of the children in their care are female, the parents are between 20–30 years old, have completed secondary education, and are attached to the children by being the mother. In addition, children aged 3–5 years have higher emotional intelligence scores, child characteristics in thinking scores, and emotional attachment scores. After receiving the Thai children's skills enhancement program Creation, Positive on thinking characteristics and emotional intelligence were significantly higher at a statistical level of 0.01.

Keywords: Children's Skills Development Program, Early Childhood, Thinking Characteristics, Motional Intelligence

Received

5 November 2024

Revised

18 March 2025

Accepted

9 April 2025

¹Dontal Hospital, Mukdahan Province, Corresponding author e-mail: nooyeg@hotmail.com Tel. 081-5449351

บทนำ

ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก เป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น ออดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง

การพัฒนาในเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ให้ผลของการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดต่อการสร้างรากฐานของชีวิตในทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยมนุษย์การลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดคือการลงทุนในเด็กปฐมวัยซึ่งก่อให้เกิดผลตอบแทนจากการลงทุนถึงร้อยละ 7-10 ต่อปี โดยการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กนั้นยิ่งเริ่มเร็วยิ่งเป็นผลดีเนื่องจากในช่วง 5 ปีแรกของชีวิตเป็นช่วงที่สมองเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วที่สุดกว่า ช่วงวัยอื่น เด็กที่มีพัฒนาการดีจะมีความพร้อมต่อการเรียนรู้และปรับตัวสู่โลกกว้างเมื่อเข้าสู่โรงเรียน จะสามารถเรียนหนังสือได้อย่างมีประสิทธิภาพมีแนวโน้มที่จะรู้จักคิดวิเคราะห์มีความจำดีสามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองและเข้าสังคมกับผู้อื่นได้ดี เปรียบเสมือนการสร้างฐานแรกของปิระมิดที่มีฐานแน่นมั่นคงแข็งแรงสามารถรองรับชีวิตทั้งหมดที่เหลือได้ โดยสิ่งเหล่านี้เกิดจากการเลี้ยงดูและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ปกครอง¹

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน พบปัญหาเด็กและเยาวชนทวีความรุนแรงขึ้นในทุกมิติ ทั้งปัญหาการใช้สารเสพติด เหล้า บุหรี่ ติดการพนัน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ติดโซเชียล ติดเกม เป็นต้น ข้อมูลระบุว่าพบเด็กและเยาวชนเล่นพนันมากถึง 3.6 ล้านคน มีนักดื่มหน้าใหม่ 250,000 คนต่อปี เด็กไทยอายุต่ำ

กว่า 15-24 ปี ติดบุหรี่กว่า 1.5 ล้านคน รวมถึงมีเด็ก และเยาวชนไทยเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุเฉลี่ยปีละ 2,510 ราย² จากสถานการณ์ดังกล่าว ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) จึงยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์/ แรกเกิด/ปฐมวัย/วัยเรียน เน้นให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก และพัฒนาการที่สมวัยทั้งในด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม มีการส่งเสริม ให้เด็กมีความรู้สอดรับกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ทั้งทักษะการเรียนรู้ในเชิงคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ในเชิงสร้างสรรค์ และต่อยอดไปสู่การสร้างนวัตกรรมความรู้ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่ละช่วงวัย และเน้นการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัยทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา อารมณ์และสังคม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุกรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญกับนโยบายนี้ และตระหนักเป็นอย่างยิ่งว่าการที่เด็กจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาเท่านั้น หากยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างมาก จึงได้มีการดำเนินการค้นหาวิธีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการค้นคว้าแนวทางส่งเสริมคุณภาพ และศักยภาพของเด็กไทยอย่างต่อเนื่องได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กไทยให้มีคุณลักษณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับแผนฯ ฉบับที่ 13 ได้แก่ การ “คิดเป็น คิดดี คิดให้: C-Creation, P. Positive, R-Response to Society” หรือใช้คำย่อเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำว่า “CPR” มุ่งเน้นการพัฒนาเด็กไทยให้มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาดตนเอง พร้อมรับความเปลี่ยนแปลง แม้จะพบกับความล้มเหลวก็สามารถเรียนรู้ เพื่อก้าวต่อไป เปิดใจรับสิ่งใหม่ ๆ มีความสุข สนุกกับชีวิต มีแนวทางใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหา

สร้างสรรค์ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และแบ่งปันให้ผู้อื่นในสังคม³

คุณลักษณะด้านการคิด หรือเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการคิด การใช้เหตุผล และการแก้ปัญหาของบุคคล มีผลต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว ระดับคุณลักษณะด้านการคิดของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยแวดล้อม การพัฒนาคุณลักษณะด้านการคิดมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการเลี้ยงดู รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพและจิตสังคม นอกจากนี้ ยังพบว่า การส่งเสริมการอ่านและกิจกรรมการเรียนรู้ที่บ้านมีผลทางบวกต่อพัฒนาการทางการอ่านและการรู้หนังสือ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทางปัญญา เพราะฉะนั้นการศึกษาและการพัฒนาระดับคุณลักษณะด้านการคิด จึงมีความ จำเป็นต่อการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศ⁴ สำหรับในส่วนของคุณฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย จึงเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เด็กได้รับในสภาพแวดล้อมที่ทำให้รู้สึกเป็นสุข โกรธ กลัว สนุกสนาน อิจฉา ฯลฯ ซึ่งลักษณะอารมณ์ดังกล่าว เป็นอารมณ์ที่เป็นไปในทางบวกและทางลบ การเกิดอารมณ์ใดบ่อยครั้ง จะทำให้เป็นลักษณะอารมณ์ประจำตน ถ้าเด็กเกิดอารมณ์เครียดบ่อยครั้งจะกลายเป็นแรงกดดันทางอารมณ์ทำให้เด็กรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ บางคนแสดงออกด้วยวาจาคำพูด แต่เด็กบางคนไม่แสดงออกและเก็บกดไว้ภายในกลายเป็นความกังวลสาเหตุของความเครียดอาจมีได้หลายอย่าง เช่น สภาพครอบครัวแตกแยกไม่มั่นคง เครียดจากการถูกทำทารุณกรรมทำร้าย และความทะเยอทะยานคาดหวังของพ่อแม่ เป็นต้น⁵ สอดคล้องกับกนกวรรณ ซื่อจริง⁶ ที่ได้กล่าวถึงความฉลาดทางอารมณ์ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์จำเป็นต้องรับ

การปลูกฝังและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กควบคู่กับการพัฒนาความฉลาดทางเชาว์ปัญญาเนื่องจากความฉลาดทางอารมณ์เป็นทักษะที่เกิดขึ้นได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้จากวิธีการเลี้ยงดู การมีแบบอย่างหรือการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเล็กในช่วงอายุ 2-5 ปี เพราะความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กจะพัฒนาได้อย่างมากในช่วงวัยนี้ และคุณสมบัติหลายประการ อาทิเช่น การควบคุมอารมณ์ตนเอง การมีวินัย ความเชื่ออาทร เห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะเกิดขึ้นได้จากการสร้างรากฐานในวัยนี้โดยครูสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์ด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม

สำหรับจังหวัดมุกดาหาร เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากสถิติข้อมูลในปี 2565 ที่ผ่านมามีพบว่า ระดับคุณลักษณะด้านการคิดของเด็กปฐมวัย มีค่า IQ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.26 จุด โดยมีค่าเฉลี่ยที่คาดหวังของระดับประเทศอยู่ที่ 100 จุด⁷ ซึ่งเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ จะได้รับการอบรมเลี้ยงดูโดยผู้ปกครองที่เป็น ปู่ ย่า ตา และยายมากกว่าพ่อแม่ตัวเอง มีการเลี้ยงดูที่เด็กอยู่กับสื่อออนไลน์ โทรศัพท์มือถือเป็นส่วนใหญ่ โดยเมื่อเด็กได้อยู่กับสื่อเหล่านี้แล้วเด็กจะอยู่นิ่งไม่ดิ้น และผู้ปกครอง จะได้มีเวลาในการทำงานของตัวเอง โดยที่สื่อนี้ถึงผลกระทบอื่นๆ ที่ตามมาว่า ถ้าเด็กๆ เติบโตขึ้นมาจะเป็นผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์ไม่มั่นคงและความสามารถในการกำกับดูแลตนเองก็ทำได้ยาก ไม่จะปรับตัวเองเข้ากับผู้อื่นได้ เด็กอยู่กับสื่อเทคโนโลยีเหล่านี้มากๆ หรือเรียกอีกอย่างว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” (แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย, 2561-2573) จากการประเมินพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ของโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในช่วงปี 2565 เป็นต้นมา พบว่าพัฒนาการทางด้านอารมณ์-จิตใจ ของเด็กในช่วงวัย 3-5 ปี มีพัฒนาการต่ำลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะมาตรฐานที่ 3 มีสุขภาพจิตดีและมีความสุข ตัวบ่งชี้

ที่ 3.1 แสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมที่เด็กมีคะแนนค่อนข้างต่ำ จากการศึกษาของครูผู้สอนทั้งนี้เนื่องจาก พบว่า บริบทของประชาชนในพื้นที่เด็กส่วนใหญ่จะได้รับการเลี้ยงดูจากผู้สูงอายุทำให้เด็กถูกเลี้ยงแบบตามใจ เลี้ยงแบบให้เด็กอยู่กับโทรทัศน์มือถือ ไอแพด มากกว่าการเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้เด็กเอาแต่ใจตนเอง งอแงร้องไห้เมื่อถูกขัดใจ ยึดตนเองเป็นสำคัญ ตลอดจนมีพฤติกรรมที่รุนแรง บ่อยครั้งมีอาการตัวเกร็งเมื่อโกรธหรือไม่พอใจผู้อื่น ทำลายข้าวของเมื่อถูกคนรอบข้างขัดใจ มีอารมณ์ที่หงุดหงิดโมโหง่ายเวลาที่ไม่ได้ของสิ่งนั้นจากเพื่อน ๆ ขว้างปาสิ่งของทุกครั้งที่ไม่โดนใจ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เริ่มรุนแรงมากขึ้นและจากการคัดกรองพัฒนาการเด็กในพื้นที่พบพัฒนาการสมวัยต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 86^๖ ทั้งนี้ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโนนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีเด็กที่อยู่ในความดูแลเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.33 ผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.33 และมีความผูกพันกับเด็กคือเป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 66.67

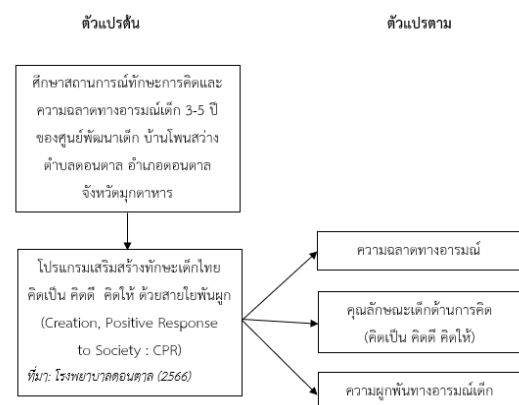
จากข้อมูลความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ด้วยรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมที่กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารความรู้สึกและเรื่องราว ต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน กิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและระหว่างพ่อแม่ กิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่กับลูกผ่านการเล่น และกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพ่อแม่/ผู้ปกครอง

หรือผู้เลี้ยงดูเด็กวัย 3-5 ปี ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (Attachment) ผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกิน การสัมผัส การเล่น และการเล่า กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ เชิงบวกให้เกิดขึ้นในระบบครอบครัว โดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลสามารถนำประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรม ไปเสริมสร้างพัฒนาบุตรหลาน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ดีมีศักยภาพและวุฒิภาวะทางอารมณ์ ที่เหมาะสมและเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโนนสว่าง จังหวัดมุกดาหาร

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

- รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

● กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ทักษะการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็ก บ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ผู้วิจัยทำการศึกษาสถานการณ์ทักษะการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็ก บ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในช่วงปี 2565 จากสถิติของโรงพยาบาล เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society: CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี

ประชากร ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของโรงพยาบาลดอนตาล จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 4 คน รวมจำนวน 5 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ระยะที่ 3 ประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใย พันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ที่พัฒนาขึ้น

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 12 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

2. และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบคำถามไม่ครบถ้วนหรือไม่ตอบแบบสอบถาม

2. กลุ่มที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 5 ท่าน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลในหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอนตาล ที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยการพยาบาล 1 เดือนขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลเวชกรรมในหน่วยการพยาบาลกุมารเวช โรงพยาบาลดอนตาล ที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยการพยาบาลกุมารเวช 1 เดือนขึ้นไป

2. และยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบคำถามไม่ครบถ้วน หรือไม่ตอบแบบสอบถาม

พื้นที่วิจัย หน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ตามหนังสือโครงการวิจัยเลขที่ 12.0033.2566 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี

เป็นแผนการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ที่พัฒนาขึ้น ที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจาก โปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ของสถาบันราชานุกูล (2559) ซึ่งประกอบไปด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่

1. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 1 ธงประจำครอบครัว
2. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 2 ทักทาย
3. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 3 ร้องเพลง
4. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 4 สื่อสารด้วยภาพวาด

5. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 5 ความรู้สึกของฉัน

6. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 6 พ่อแม่คุยกัน การเล่นเกม (แบ่งกลุ่มเด็กและพ่อแม่ ทำกิจกรรมพร้อมกัน)

6.1 แผนการจัดกิจกรรมพ่อแม่คุยกัน (สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กวัย 3-5 ปี)

ครั้งที่ 1) แผนกิจกรรม ใจถึงใจ สายใยผูกพัน

ครั้งที่ 2) แผนกิจกรรม กินอิ่มท้อง อบอุ่นใจ

ครั้งที่ 3) แผนกิจกรรม กอดหอมให้ สัมผัสรัก

ครั้งที่ 4) แผนกิจกรรม เล่นเสริมสายใยรัก

ครั้งที่ 5) แผนกิจกรรม พุ่มผักเล่า เคล้านิทาน ครั้งที่ 6) แผนกิจกรรม ร้อยดวงใจ สายใยครอบครัว (สรุปการเรียนรู้)

6.2 แผนการจัดกิจกรรมการเล่นของเด็ก

- 1) แผนกิจกรรม นี้อะไรตัวฉัน
- 2) แผนกิจกรรม แจกันหรรษา
- 3) แผนกิจกรรม บอลหลากสี
- 4) แผนกิจกรรม นิทานทำมือ
- 5) แผนกิจกรรม ข้อมูลของเรา
- 6) แผนกิจกรรม การทำงานเป็นทีม (Walk Rally)

7. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 7 เล่นกับลูก

8. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 8 นาฬิกาทอง

9. แผนการจัดกิจกรรม ที่ 9 ประกาศข่าว

2. แบบสอบถาม (Questionnaire)

มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) โดยใช้แบบสอบถามในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่

ทำการศึกษาแผนการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออก 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศของผู้ปกครอง เพศของเด็กที่อยู่ในความดูแล อายุ ระดับการศึกษา ความผูกพันกับเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open ended question) และปลายปิด (Close ended question) รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกว่า ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง เป็นประจำ ถ้าตอบไม่เป็นเลย ให้ 1 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน เป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 และ 15 ส่วนในข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบไม่เป็นเลย ให้ 4 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน เป็นประจำให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ของเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบอัตร้อยละ 10 คะแนน มีคะแนนเต็ม 90 คะแนน โดยแบ่งระดับคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ของเด็กอายุ 3-5 ปี

ส่วนที่ 4 ความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง รวมจำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีข้อคำถามให้เลือกว่า ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ

คุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทยคิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี และแบบสอบถาม โดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่างจุดประสงค์ เนื้อหา และการจัดกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีค่าตั้งแต่ 0.50-1.00 ถือว่ามีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ก่อนและหลังที่มาเข้าโปรแกรม ณ ศูนย์เด็กบ้านโพนสว่าง โรงพยาบาลดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ t-test (Paired-samples test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีเด็กในการดูแลศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านโพนสว่าง ตำบล ดอนตาล อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีเด็กที่อยู่ในความดูแลเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.33 ผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.33 และมีความผูกพันกับเด็กคือเป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 66.67

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กราย 3-5 ปี

n = 12

ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กราย 3-5 ปี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 48.65 คะแนน MIN = 42 คะแนน MAX = 57 คะแนน) มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าปกติ	- 9 3	- 75.00 25.00
คะแนนหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 57.49 คะแนน MIN = 50 คะแนน MAX = 58 คะแนน) มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าปกติ	- 3 9	- 25.00 75.00

ผู้ปกครองของเด็กราย 3-5 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ส่วนใหญ่เด็กราย 3-5 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ย 48.65 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 42 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 57 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ส่วนใหญ่เด็กราย 3-5 ปี มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์เฉลี่ย 57.49 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 50 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 58 คะแนน ทำให้พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR)

ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ของเด็กราย 3-5 ปี

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กราย 3-5 ปี ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ของผู้ปกครอง

n = 12

ระดับคะแนน	$\bar{X}$	SD	Min	Max	t	Sig
ก่อนการได้รับโปรแกรม	48.65	0.95	42	57	25.488	0.000*
หลังการได้รับโปรแกรม	57.49	1.59	50	58		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผู้ปกครองของเด็กราย 3-5 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ส่วนใหญ่เด็กราย 3-5 ปี มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีคะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) เฉลี่ย 56.43 คะแนน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 40 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 75 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี เด็กอายุ 3-5 ปี มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) สูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีคะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) เฉลี่ย 78.34 คะแนน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 52 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 85 คะแนน ทำให้พบว่าคะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการ

คิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ของผู้ปกครอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 4 ความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ของเด็กอายุ 3-5 ปี

n = 12

ระดับคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ของเด็กอายุ 3-5 ปี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 56.43 คะแนน MIN = 40 คะแนน MAX = 75 คะแนน)		
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ต่ำกว่าเกณฑ์	-	-
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ปกติ	9	75.00
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) สูงกว่าปกติ	3	25.00
คะแนนหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 78.34 คะแนน MIN = 52 คะแนน MAX = 85 คะแนน)		
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ต่ำกว่าเกณฑ์	-	-
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) ปกติ	3	25.00
มีคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) สูงกว่าปกติ	9	75.00

เด็กอายุ 3-5 ปี ทั้งหมดมีความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง ไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปีกับผู้ปกครอง เฉลี่ย 64.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 120 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 60 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 90 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี เด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่เด็กอายุ 3-5 ปี มีความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมี

คะแนนความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง เฉลี่ย 108.72 คะแนน (คะแนนเต็ม 120 คะแนน) มีคะแนนต่ำสุด 85 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 115 คะแนน ทำให้พบว่าคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กอายุ 3-5 ปี กับผู้ปกครอง หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 5 การประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี

จากผลการวิจัยพบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) และคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี สูงขึ้นกว่าก่อน การได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี จึงทำให้ผลการวิจัยการประเมินโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันธุ์ (Creation, Positive

Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี ครั้งนี้มีความเหมาะสมใช้กับบริบทพื้นที่และสามารถทำให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ คุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) และความผูกพันทางอารมณ์กับผู้ปกครอง อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี นี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายกันต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนคุณลักษณะเด็กด้านการคิด (คิดเป็น คิดดี คิดให้) และคะแนนความผูกพันทางอารมณ์ หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี สูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยพันผูก (Creation, Positive Response to Society : CPR) ต่อคุณลักษณะด้านการคิดและความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชีรพล เชื้อสุข และคณะ² ได้ทำการศึกษารื่อง : การพัฒนาคู่มือเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน: CPR (C:

Creation P: Positive R: Response to Society) จากผลการศึกษาพบว่า การจัดทำคู่มือจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกับพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อพัฒนาพ่อแม่ ผู้ปกครองให้มีความรู้ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเข้าร่วมกิจกรรม แล้วนำประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรม ไปดูแลพัฒนาบุตรหลาน เพื่อให้เด็กมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ดี มีพัฒนาการตามวัย เป็นเด็ก คิดเป็น คิดดี คิดให้ และเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริมาภรณ์ ดานา⁹) ได้ทำการศึกษารื่อง รูปแบบการดำเนินงานเด็กปฐมวัยคิดเป็น คิดดี คิดให้ Creation Positive Response to Society (CPR) ด้วยสายใยผูกพันโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านพังคี อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ที่พบว่า คุณลักษณะการคิดหลังการดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ควรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้ผู้ปกครองนำวิธีการในการพัฒนาความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัยไปพัฒนาเด็กในความดูแล เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลักษณ์ ะวีญชาญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2562; 6: 70–82.
2. ชีรพล เชื้อสุข และคณะ. การพัฒนาคู่มือเด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน: CPR (C: Creation P: Positive R: Response to Society). งานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายกลุ่มปฐมวัย กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเขตสุขภาพ CQI ปี 2564; 2564. 1–6.
3. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. นโยบายในการพัฒนางานสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพฯ; 2563.
4. มหาวิทยาลัยมหิดล. คุณลักษณะด้านการคิด หรือเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient: IQ). กรุงเทพฯ; 2561.
5. วัฒนา ปุญญฤทธิ์. การศึกษาสถานภาพงานวิจัยด้านการศึกษาปฐมวัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร: กรุงเทพฯ; 2557.
6. กนกวรรณ ชื้อจริง. ผลของการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในชั้นเรียนคละอายุ โรงเรียนบ้านทุ่งแจ่ง จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; เพชรบุรี: 2553.
7. ศาลากลางจังหวัดมุกดาหาร. ระดับคุณลักษณะด้านการคิดของเด็กปฐมวัย. มุกดาหาร: 2565.
8. โรงพยาบาลดอนตาล. รายงานประจำปี 2565. โรงพยาบาลดอนตาล; มุกดาหาร: 2566.
9. ปรมารณ ดานา. รูปแบบการดำเนินงานเด็กปฐมวัยคิดเป็น คิดดี คิดให้ Creation Positive Response to Society (CPR) ด้วยสายใยผูกพันโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านพังคี่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; กรุงเทพฯ: 2565.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิด ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด

ศุภฉาภรณ์ มะหุวรรณ¹โยธกา ภาคี²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ระหว่าง 24 – 36 สัปดาห์ ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแคว และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์สามารถลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ, สตรีตั้งครรภ์, เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด

วันที่รับบทความ

16 มีนาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

13 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

21 พฤษภาคม 2568

โรงพยาบาลนครพนม

¹โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: yothagaphakee@gmail.com โทร.081-7994943

Effect of Health Promotion Program for Pregnant Women on the Prevalence of Preterm Labor and Preterm Birth.

Supathaporn Mahuwan¹

Yothaga Phakee²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to effect of health promotion program for pregnant women on the prevalence of preterm labor and preterm birth. The samples consisted of 64 pregnant women at 24 to 36 weeks receiving antenatal care at Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province and were equally divided into the experimental group (n = 32) and the control group (n = 32). The research instruments included the health promotion program for pregnant women, personal data record form, knowledge assessment of pregnant women and delivery record form. The implementation and data collection were conducted from October, 2024 to March, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and independent t-test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant lower rate of preterm Labor than those of the control group ($p < .05$). The experimental group had statistically significant lower rate of preterm birth than those of the control group ($p < .05$) and the experimental group had statistically significant higher mean scores of knowledges than those of the control group ($p < .001$). The study findings highlight the health promotion program for pregnant women can reduce on the prevalence of preterm labor and prevalence of preterm birth.

Keywords: Health Promotion Program, Pregnant women, Preterm Labor, Preterm Birth

Received

16 March 2025

Revised

13 May 2025

Accepted

21 May 2025

¹Nakhon Phanom Hospital

²Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author e-mail; yothagaphakee@gmail.com Tel. 081-799494

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญทางสูติศาสตร์ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นสาเหตุของการตายของทารกแรกเกิดที่พบบ่อยในทุกๆ ปีทั่วโลก มีการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ประมาณ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ในจำนวนนี้ทารกเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคน¹ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญถึงร้อยละ 70 ของอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด และยังเป็นสาเหตุของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์อีกด้วย ทั้งนี้พบสตรีตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 12 ของการตั้งครรภ์² และในโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2564-2566 พบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 20.88, 18.47 และ 20.85 ตามลำดับ และการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.56, 11.81 และ 13.47 ตามลำดับ³

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) หมายถึง มีอาการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ได้แก่ การบางลงและ/หรือการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น หรืออาจแสดงอาการเริ่มต้นด้วยการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับปากมดลูกเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร โดยอาจมีมูกเลือดหรือน้ำคร่ำรั่วร่วมด้วย ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (ในกรณีที่ไม่สามารถระบุอายุครรภ์ได้แน่ชัด ให้พิจารณาน้ำหนักทารกตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน⁴ การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การสูบบุหรี่ ขาดสารอาหาร ซีด น้ำหนักตัวน้อย การติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ การทำงานหนัก ความเครียดสูง เป็นต้น⁵

จากข้อมูลข้างต้นภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารก ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome: RDS) ภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage: IVH) ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร (necrotizing enterocolitis: NEC)⁶ และเกิดภาวะชัก (convulsion) ระบบประสาทที่ผิดปกติ (cerebral palsy) หรือพัฒนาการช้า เป็นต้น⁷ โดยอายุครรภ์ที่ทารกคลอดยิ่งน้อยยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องรับภาระปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิด และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากภาวะทุพพลภาพอีกด้วย ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะทุพพลภาพ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงและใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน และประเทศต้องใช้งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท⁸

จากข้อมูลข้างต้นการคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ส่งผลกระทบต่อสตรี ทารก และครอบครัว รวมถึงงบประมาณในการดูแลรักษาในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเพื่อใช้ในการดูแลทารกกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก ดังนั้น ในฐานะของพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง

ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค⁹ เมื่อสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยได้รับความรู้เป็นสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง สตรีตั้งครรภ์ได้นำความรู้มาปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ระดับประชากรตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้

วัตถุประสงค์

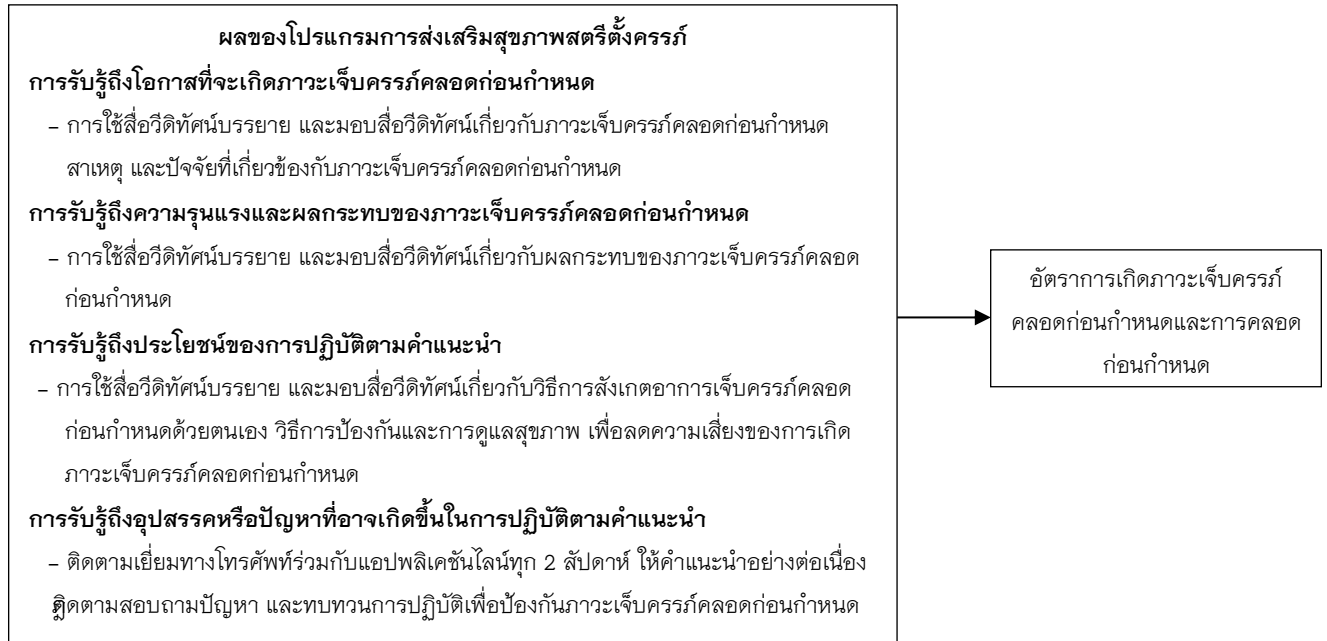
1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค⁹ เมื่อสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยได้รับความรู้เป็นสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้ว่าความรู้ที่ได้รับมีประโยชน์ต่อตนเอง จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวม ถึง การ กระตุ้น ให้ สตรี ตั้ง ครรภ์ รับ รู้ ถึง ความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์ อายุครรภ์อยู่ในช่วง 24 – 36 สัปดาห์ มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือน มีนาคม 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน (smartphone) และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ (Line application) ในการสื่อสารได้ 2) สามารถติดต่อได้ตลอดการวิจัย 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด น้ำเดิน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมและอายุรกรรมในระหว่างการศึกษา 2) สตรีตั้งครรภ์

ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย 3) สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติไม่ครบตามแผนการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการดูแลตามมาตรฐานเดิมของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม ข้อมูล 3 เดือนย้อนหลัง โดยสัดส่วนของอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ 0.57 เมื่อใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์คาดว่า จะลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดลง เป็น 0.20 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ two side test โดยใช้โปรแกรม Stata version 12 เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่าง 2 กลุ่ม (compare two proportions) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งหมด 64 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ (matching) ตามอายุ อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติคลอดก่อนกำหนด ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์ และคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก

ที่สุด โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการผ่านกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านการบรรยาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมอบคู่มือ “การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็นสื่อวีดิทัศน์บรรยายที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม โดยมอบให้เป็นคิวอาร์โค้ดผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2. กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์บรรยายที่ผู้วิจัยมอบให้ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง ปฏิบัติตามวิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งมีการกำหนดแนวคำถามในการติดตาม ได้แก่ ติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การซักถามถึงปัญหา ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับเกี่ยวกับการ

ป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยให้ข้อมูลและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทางสูติกรรม ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์ 3) แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ แบบบันทึกนี้เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที ซึ่งมีการกำหนดแนวคำถามในการติดตาม ได้แก่ ติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การซักถามถึงปัญหา ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับเกี่ยวกับการป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) แบบประเมินความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นถูก-ผิด คะแนนรวมเป็น 10 คะแนน 5) แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ ที่นอนโรงพยาบาลด้วยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอายุครรภ์ที่มาคลอด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC = 1.0 จากนั้นนำไป

ทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม (หนังสือ เลขที่ 44/2567 วันที่ 11 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์โดยตรง คัดกรองคุณสมบัติ แนะนำตัว และสอบถามความสมัครใจในเบื้องต้นก่อนเข้าโครงการวิจัย

ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการในแผนกฝากครรภ์ตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมและสะดวกในการดำเนินการ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสจากพยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกฝากครรภ์ตามปกติ

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเมื่อมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยติดตามทางโทรศัพท์และจากเวชระเบียน รวมทั้งให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามความรู้ หากมารดาไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนคลอด

ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการในแผนกฝากครรภ์ตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมและสะดวกในการดำเนินการ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสจากพยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกฝากครรภ์ตามปกติ

3. กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านการบรรยาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ บรรยาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมอบคู่มือ “การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็นสื่อวีดิทัศน์บรรยายที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับที่ใช้ในการประกอบกิจกรรม โดยมอบให้เป็นคิวอาร์โค้ดผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

4. กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์บรรยายที่ผู้วิจัยมอบให้

เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง ปฏิบัติตามวิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

5. กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที ซึ่งมีการกำหนดแนวคำถามในการติดตาม ได้แก่ ติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การซักถามถึงปัญหา ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับเกี่ยวกับการป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยให้ข้อมูลและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามความสะดวกก่อนการโทรศัพท์ไปพูดคุย และบันทึกผลการติดตามลงในแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ทุกครั้ง

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเมื่อมารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยติดตามทางโทรศัพท์และจากเวชระเบียน รวมทั้งให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามความรู้ หากมารดาไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t -test

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.25 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.19 ปี ($SD = 4.88$) มีสถานภาพคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.75 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.37 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.12 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 53.12 โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 13,843.75 บาท ($SD = 9,165.54$) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50–24.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 81.25 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.47 กก./ม.² ($SD = 2.68$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 59.37 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.63 กิโลกรัม ($SD = 3.83$)

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.38 โดยมีอายุเฉลี่ย 26.78 ปี ($SD = 5.84$) มีสถานภาพคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.63 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 59.37 โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 13,406.25 บาท ($SD = 7,120.44$) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50–24.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 71.88 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.57 กก./ม.² ($SD = 4.00$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 65.62 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.28 กิโลกรัม ($SD = 3.85$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ (n = 64)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 32)		(n = 32)		
อายุ (ปี)					
Mean ± SD	25.19± 4.88		26.78± 5.84		0.241 ^a
Min-Max	17-36		17-38		
<20 ปี	4	12.50	3	9.37	0.922 ^b
20 – 35 ปี	26	81.25	27	84.38	
>35 ปี	2	6.25	2	6.25	
สถานภาพ					
คู่	30	93.75	29	90.63	0.641 ^b
หม้าย/แยก	2	6.25	3	9.37	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	1	3.13	3	9.37	0.624 ^b
มัธยมศึกษา	19	59.37	16	50.00	
สูงกว่ามัธยม	12	37.50	13	40.63	
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรรม	9	28.13	7	21.87	0.798 ^b
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ลูกจ้าง	4	12.50	6	18.75	
รับราชการ/พนักงาน	2	6.25	1	3.13	
แม่บ้าน	17	53.12	18	56.25	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)					
Mean ± SD	13,843.75±9,165.54		13,406.25±7,120.44		0.832 ^a
Min-Max	5,000-50,000		4,000-40,000		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	15	46.88	13	40.63	0.614 ^b
มากกว่า 10,000	17	53.12	19	59.37	
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์					
Mean ± SD	13.63±3.83		13.28±3.85		0.721 ^a
Min-Max	7-21		8-21		
น้อยกว่า 15 kg	19	59.37	21	65.62	0.606 ^b
15 kg ขึ้นไป	13	40.63	11	34.38	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 32)		(n = 32)		
ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์					
Mean ± SD	21.47 ± 2.68		22.57 ± 4.00		0.901 ^a
Min–Max	16.04–28.77		16.02–33.20		
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	3	9.38	4	12.50	0.661 ^b
18.50 – 24.99 kg/m ²	26	81.25	23	71.88	
25.00 – 29.99 kg/m ²	3	9.37	5	15.62	

หมายเหตุ. ^a independent t-test, ^b chi-square test.

ข้อมูลทางสถิติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 53.12 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 87.50 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28⁺ – 32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 30.18 สัปดาห์ (SD = 2.56) และส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.38

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ

การแท้ง คิดเป็นร้อยละ 78.13 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 93.75 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28⁺ – 32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.88 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 30.78 สัปดาห์ (SD = 2.99) และส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 68.75 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสถิติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสถิติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ (n = 64)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	
จำนวนการตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	15	46.88	12	37.50	0.448 ^b
ครรภ์หลัง	17	53.12	20	62.50	
ประวัติการแท้ง					
เคยแท้ง	4	12.50	7	21.87	0.320 ^b
ไม่เคยแท้ง	28	87.50	25	78.13	
มีประวัติคลอดก่อนกำหนด					
มี	4	12.50	2	6.25	0.391 ^b
ไม่มี	28	87.50	30	93.75	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
Mean ± SD	30.18±2.56		30.78±2.99		0.998 ^a
Min-Max	26-34		24-34		
24 – 28 สัปดาห์	9	28.13	7	21.87	0.666 ^b
28 ⁺¹ – 32 สัปดาห์	16	50.00	15	46.88	
32 ⁺¹ – 36 สัปดาห์	7	21.87	10	31.25	
การฝากครรภ์					
คุณภาพ	27	84.38	22	68.75	0.140 ^b
ไม่คุณภาพ	5	15.62	10	31.25	

หมายเหตุ. ^a independent t-test, ^b chi-square test.

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะคลอดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 64)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	จำนวน (n = 32)	ร้อยละ	
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2	6.25	9	28.13	0.020*
ไม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	30	93.75	23	71.87	
คลอดก่อนกำหนด	1	3.13	8	25.00	0.012*
ไม่คลอดก่อนกำหนด	31	96.87	24	75.00	

หมายเหตุ. *chi-square test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนความรู้ (ก่อน)	4.75	0.62	4.69	0.69	0.63 (-0.27, 0.39)	0.71*
คะแนนความรู้ (หลัง)	8.56	1.19	6.88	1.16	1.69 (1.10, 2.27)	0.00*

หมายเหตุ. * independent t-test

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁹ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ขั้นตอน โดยการให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค เมื่อสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยได้รับความรู้เป็นสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สาเหตุ ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง วิธีการป้องกันและการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงถึงผลกระทบของภาวะคลอดก่อนกำหนด การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้ว่าความรู้ที่ได้รับมีประโยชน์ต่อตนเอง จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ สตรีตั้งครรภ์มีการดูแล

ตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ทุก 2 สัปดาห์ โดยมีการติดตาม ได้แก่ ติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การซักถามถึงปัญหา ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับเกี่ยวกับการป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยให้ข้อมูลและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ติดตามสอบถามปัญหาและทบทวนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ได้นำความรู้มาปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงอาจส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดลดลง เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ได้รับการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น พยาบาลมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมารดาและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สตรีตั้งครรภ์ทราบวิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ระดับประคองการตั้งครรภ์จนมีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น และสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24⁺ – 36⁺ สัปดาห์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁰ และใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹¹

ผลการเปรียบเทียบความรู้หลังการทดลองของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่า เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง และการดูแลตนเองป้องกันอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกิดขึ้น สตรีตั้งครรภ์จะสามารถป้องกันและดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24⁺⁶ – 36⁺⁶ สัปดาห์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁰ นอกจากนี้การที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เป็นคู่มือ “การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็นสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถเรียนรู้หรือทบทวนซ้ำในหัวข้อที่ต้องการได้ในทุกที่และทุกเวลา ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น¹² ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง พบว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรี

ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹³ นอกจากนี้จากข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จจึงสามารถประคับประคองการตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดได้สำเร็จ เนื่องจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด⁵ อาจมีสาเหตุและปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ลักษณะการทำงาน เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้จากข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.13 มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ ควรคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากโปรแกรมมีการกำกับและติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และมีการส่งเสริมความรู้เป็นสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวกและสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เช่น สตรีตั้งครรภ์แฝด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักร่ำมาก สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน เป็นต้น

ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการอบรมพยาบาลผดุงครรภ์ และการสอนนักศึกษาพยาบาล ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ไปใช้ในการค้นหาสาเหตุ และการให้การพยาบาลแก่สตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เหมาะสม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ประคับประคองการ

ตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถ
ตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้
สละเวลาในการตรวจสอบและพิจารณาคุณภาพ

เนื้อหาของงานวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
งานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่ม
การพยาบาล พยาบาลแผนกฝากครรภ์ที่อนุญาตให้
เข้าเก็บข้อมูลการวิจัย และขอขอบพระคุณ
ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ ที่ให้คำชี้แนะในการ
วิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Preterm birth [Internet]. Preterm Birth. World Health Organization; 2020. [cited 2025 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. 2016;128(4):e155–64.
3. งานห้องคลอด, สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ปี 2564–2566. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2567.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด; 2024. [cited 2025 Apr 5]. Available from: https://www.rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf
5. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, ชีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564. หน้า 244–259.
6. อุษา คงคา. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล: การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรวีรัช. 2565; 2(1):50–65.
7. Johnson, Samantha, and Neil Marlow. "Early and long-term outcome of infants born extremely preterm." Archives of disease in childhood. 2017;102(1):97–102.
8. ชุณใจ กอขนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์; 2562. หน้า 8–15.
9. Becker, M. H. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2: 324–508. doi: 10.1177/109019817400200407.
10. สุนันท์ กิจเกตุ. การศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 24⁺6 – 36⁺6 สัปดาห์. กาญจนบุรีเวชสาร. 2564; 11(31): 26–39.
11. สุภัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 22(4): 58–71.
12. นงศ์ราญ วิเศษกุล. การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์. เชียงใหม่: โชตนพรัตน์; 2562.
13. อมราวดี แสงมณี และทัศนีย์ หนูนารถ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2568; 5(1): e271889 1–17.

ประสบการณ์ชีวิตในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิด ปรับปรุงและได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน : กรณีศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กาญจนา เกียรติกันนท¹

นภาพรพัชร มั่งถึก²

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดปรับปรุงและได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งอาจเผชิญผลกระทบในหลายมิติทั้งด้านร่างกายและจิตใจและยังมียาวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยหลังกลับบ้านค่อนข้างจำกัด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุง และได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ กรณีศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดแบบถอนรากชนิดปรับปรุงและได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบอลล์หิมะ (Snowball sampling) จำนวน 10 คน

ผลการวิจัย: ผลการวิจัย พบประเด็นที่น่าสนใจ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ด้านความเครียดและวิตกกังวล 2) การจัดการดูแลตนเอง 3) การได้รับข้อมูล 4) ประสบการณ์การปรับตัวเข้าสู่ยุคปกติวิถีใหม่

สรุปผล: ประเด็นเรื่องการจัดการดูแลตนเอง ภาวะที่ต้องเผชิญ คือ เรื่องสายท่อระบายและการทำแผล ปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลที่บ้าน การได้รับข้อมูลก่อนกลับบ้านส่งผลต่อชีวิตเพื่อทำให้สามารถผ่านช่วงเวลายุคปกติวิถีใหม่ไปได้

ข้อเสนอแนะ: ประสบการณ์นี้ได้เพิ่มเติมองค์ความรู้ในเรื่องการวางแผนการดูแลตั้งแต่รับใหม่จนถึงการจำหน่ายให้เหมาะสมกับสถานะการสาธารณสุขของไทยเพื่อให้เกิดความสอดคล้องของการเข้าสู่ยุคปกติวิถีใหม่

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, การผ่าตัดแบบถอนรากชนิดปรับปรุง, ประสบการณ์ชีวิต

วันที่รับบทความ

8 เมษายน 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

17 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

23 มิถุนายน 2568

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

nopbhornphetchara.ma@ssru.ac.th, โทร. 092-8946192

Life Experience of Self – Care after Breast Cancer using Modified Radical Mastectomy Method and Caring Radivac Drain Placement at Home: A Phenomenological Case Study

Kanchana kiatkanon¹

Nopbhornphetchara Maungtoug²

Abstract

Introduction: Breast cancer patients who undergo modified radical mastectomy and are discharged with surgical drains are required to continue self-care at home. During this period, they may experience multidimensional impacts, both physically and psychologically. However, existing research exploring patients' lived experiences after returning home remains limited.

Research Objective: To explore the lived experiences of patients who have undergone a modified radical mastectomy and were discharged with a drainage tube.

Research Methodology: A qualitative research study using a phenomenological case study approach was conducted through in-depth interviews with breast cancer patients who underwent modified radical mastectomy and were discharged with surgical drains. The study employed a snowball sampling method, selecting a total of 10 participants.

Results: The study identified four key themes: 1) experiences of stress and anxiety, 2) self-care management, 3) access to information, and 4) adaptation to the new normal.

Conclusion: Self-care management challenges primarily involved managing surgical drains and wound care. Financial factors also influenced home care. Receiving adequate information before discharge played a crucial role in helping patients navigate the transition to the new normal.

Implications: This study contributes to knowledge on planning patient care from hospital admission to discharge, aligning with Thailand's healthcare context to ensure a smoother transition to the new normal.

Keywords: Breast cancer patients, modified radical mastectomy, life experiences.

Received
8 April 2025

Revised
17 June 2025

Accepted
23 June 2025

¹Faculty of Nursing, Suan dusit University.

²College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Corresponding author e-mail: opbhornphetchara.ma@ssru.ac.th
Tel. 092-8946192

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดในสตรีไทย¹⁻² กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งการขับเคลื่อน “นโยบายมะเร็งครบวงจร” โดยจัดตั้งทีม Cancer Warrior เพื่อดูแลผู้ป่วยทุกระดับ³ การรักษา มะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ค้นพบใหม่และเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่เริ่มจะส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวได้ วิธีการผ่าตัดที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน คือ Modified Radical Mastectomy (MRM)⁴ ซึ่งภายหลังการผ่าตัดจะใส่สายท่อน้ำพลาสติกเล็ก ๆ 1 – 2 เส้น เพื่อระบายของเหลวในแผลผ่าตัด กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลมักจะสิ้นสุดภายใน 5 – 7 วัน หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน และนัดกลับมาเปิดแผลและตรวจดูความเรียบร้อย การผ่าตัดและกลับไปดูแลตนเองและนัดกลับมาพบแพทย์อีกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดนี้⁵ ถือเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายของ Sustainable Development Goals เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (Good Health and Well- Being) ซึ่งในประเทศไทยวิธีการรักษาเช่นนี้อาจจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดเต้านมจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมของโรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขต่อไปเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของ Sustainable Development Goals และให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง ส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์เกี่ยวกับการครองเตียงของผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและการวางแผนการรักษาเพื่อส่งเสริม

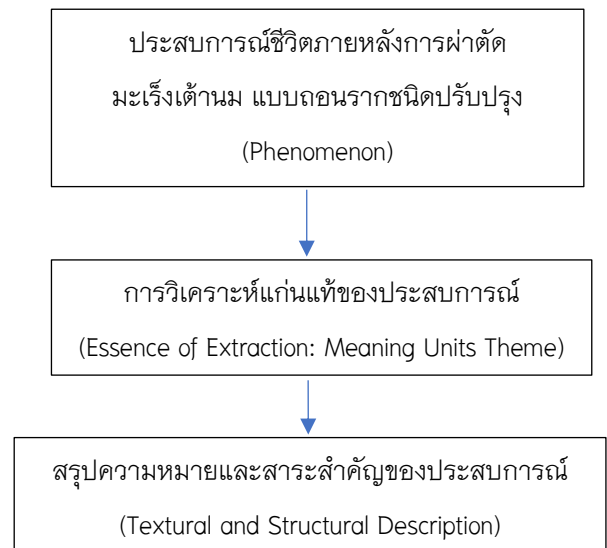
ภาวะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแนวใหม่ประเทศไทยอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุง และได้รับการใส่สายท่อน้ำกลับบ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวทางของทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม⁶ (Phenomenology) ซึ่งมุ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลผ่านมุมมองของผู้ที่ประสบเหตุการณ์นั้นโดยตรง โดยเน้นการทำความเข้าใจ “ความหมาย” ที่ผู้ป่วยให้ต่อประสบการณ์การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจครอบคลุมมิติของการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความรู้สึกต่อสายท่อน้ำระบาย ความเครียดและความวิตกกังวล วิธีการดูแลตนเอง บทบาทของครอบครัวและข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ การใช้กรอบแนวคิดนี้จะช่วยเปิดเผยความเข้าใจอันลึกซึ้งเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย และสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเหมาะสมในบริบทสุขภาพของไทย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ⁷⁻⁸ (Qualitative Research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) ของ Husserl ที่เน้นการเข้าใจแก่นแท้ของประสบการณ์ (lived experience) ของบุคคล เช่น การศึกษาทัศนคติ ความเข้าใจและการดำเนินชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและได้รับการผ่าตัดแบบถาวรชนิดปรับปรุง (Modified Radical Mastectomy (MRM)) และได้รับการใส่สายท่อน้ำนมกลับบ้าน ไม่จำกัดอายุ ยินดีให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับชีวิตภายหลังการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดแบบถาวรชนิดปรับปรุง และได้รับการใส่สายท่อน้ำนมกลับบ้าน จำนวน 10 คน คัดเลือกด้วยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบอลล์หิมะ (Snowball sampling)

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Note) เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้รหัสของผู้ให้ข้อมูลแทนชื่อจริง เพื่อลงบันทึกก่อนนำมาวิเคราะห์

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะของที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิด (open – ended) แนวคำถามได้มาจากการทบทวนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้เป็นคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity) แบบสัมภาษณ์นี้ได้ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลชำนาญการหน่วยเคมีบำบัดและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แนวคำถามได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนได้ความชัดเจนของข้อความ เข้าใจในความหมายของเนื้อหา ความสั้นไหวและต่อเนื่องของข้อความคำถาม ตลอดจนสำนวนภาษาแล้วนำมาใช้ในการสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการประชาสัมพันธ์ตามสื่อออนไลน์ส่วนตัว เพื่อนและญาติ เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยมีการชี้แจงอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามการวิจัยที่เตรียมไว้ในแนวประเด็นหลักก่อนและพิจารณาประเด็นย่อยที่สอดคล้องและให้ความกระจ่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกมากพอสำหรับประเด็นนั้นๆ ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2567 – 0100 ในวันที่ 15 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเดือน พฤศจิกายน 2567-มกราคม 2568 โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างสัมภาษณ์ และยืนยันว่าผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับจะถูกวิเคราะห์และรายงานในภาพรวมโดยใช้รหัส ID

(Identification) ไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลจะดำเนินไปจนกว่าจะถึงจุดที่ข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) คือเมื่อไม่มีประเด็นหรือข้อมูลใหม่เกิดขึ้นอีก โดยยังคงเคารพสิทธิ์และความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการของ Colaizzi's ที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบรายบุคคล และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ตามระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาสะท้อนประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 10 คน อายุระหว่าง 45 – 62 ปี มีผู้ป่วย 3 รายที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดปรับปรุงได้รับการใส่สายท่อระบายกลับบ้าน มีระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 2 – 5 วัน ได้เป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ในด้านความเครียดและวิตกกังวล 2) ประสบการณ์การจัดการดูแลตนเอง : ภาวะที่ต้องเผชิญ 3) ประสบการณ์การได้รับข้อมูล 4) ประสบการณ์การปรับตัวเข้าสู่ยุคปกติวิถีใหม่

1. ประสบการณ์ในด้านความเครียดและวิตกกังวล แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านพร้อมสายท่อระบาย ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการของภาวะตกใจและความเครียด นับพลันต่อมาจึงเกิดการยอมรับสถานการณ์และพยายามหาทางรับมือหรือหาข้อมูลเพิ่มเติม เช่นผู้ป่วยกล่าว

ว่ารู้เรื่องว่าเป็นมะเร็ง หัวใจไม่รู้อยู่ไหน เป็นห่วงลูกมาก ไม่รู้ว่าตัวเองจะอยู่ได้นานแค่ไหน อยากอยู่กับลูกนานๆ มันบอกไม่ถูก เครียดมาก (ID5)

อายุเยอะแล้ว ไม่คิดอะไรมาก พอแล้ว ตายก็ตาย ขออย่างเดียวอย่าทรมาน อย่าเจ็บ อย่าปวด ก็ทำใจยอมรับว่าเป็น หมอให้ทำอะไรก็ทำ หมอเลือกทางที่ดีที่สุดให้แล้ว (ID3)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การดูแลว่ามีอิทธิพลสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

2. ประสบการณ์การจัดการดูแลตนเอง

ประเด็นนี้ เป็นเรื่องของการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและได้รับการอนุญาตให้ไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือ การดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ประสบการณ์ในการจัดการดูแลตนเองของการศึกษานี้ พบว่า ภาวะที่ต้องเผชิญของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันในเรื่องความไม่พร้อมและทุกข์ใจอย่างมากในการดูแลสายท่อระบาย โดยจะพบปัญหาอุปสรรค คือ การเดินทางไปทำแผล ซึ่งส่งผลกระทบหากไปทำแผลที่โรงพยาบาลของรัฐ จะประสบปัญหาเรื่องการรอคิว และหากต้องการความสะดวกปัญหาที่พบ คือเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งการเดินทางและการทำแผล นอกจากนี้ยังมีเรื่องของความสบายตัวไปในการใช้ชีวิตขณะที่มีสายท่อระบาย การหลุดของสาย ดังคำกล่าวนี้

ตอนหลังผ่าหมอบอกให้กลับบ้านพร้อมสาย รู้สึกไม่สบายใจเลย คิดว่าทำไม่ได้ เป็นเบาหวานด้วย ดูแลลำบาก คิดเสมอว่าตัวเองจะมีชีวิตอยู่นานเท่าใด (ID5)

ไม่ว่าตื่นนอนหรือเข้านอนอันไหนจะลุ่มใจกว่ากัน ดูนัยยากลำบากไปหมด ตอนเช้าตื่นมาสิ่งแรกที่ต้องดูคือ สายยังอยู่ไหม มีเลือดไหลไหม สายเลื่อนออกมาไหม มีเลือดในกระปุกท่อระบายจำนวนเท่าไร

ต้องวัดทุกวัน เวลานอนก็ต้องพะวงว่าจะนอนทับสายไหม ถ้าหลุดเลื่อนตอนกลางคืนตื่นมาก ๆ จะทำอย่างไร (ID1)

อยากอยู่โรงพยาบาลจนเอาสายออก สะดวกกว่า ให้พยาบาลทำให้ไม่ต้องเดินทาง ไม่มีค่าใช้จ่ายมาก ไม่ต้องลำบาก ต้องหาคนพาไปด้วย บางที่ต้องไปเองกว่าจะไปถึงโรงพยาบาล มันไม่มีความสุขเลย แต่ก็ต้องผ่านไปให้ได้ อดทน (ID5)

ไปทำแผลก็ลำบากเหมือนกันโรงพยาบาลที่ไปทำต้องรอนานมาก ใช้เวลาเกือบครึ่งวัน ต้องไปใช้ที่คลินิกบ้างแต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ลูกสาวมาช่วยพาไปบ้างไปเองบ้าง แต่ลำบาก มีค่ารถอีก (ID3)

3. ประสพการณ์การได้รับข้อมูล ประเด็นนี้จากการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การได้รับข้อมูลก่อนการรักษา 2) การได้รับข้อมูลหลังผ่าตัด 3) การได้รับข้อมูลก่อนกลับบ้าน

การได้รับข้อมูลก่อนการรักษา ประสพการณ์ในส่วนนี้ การได้รับข้อมูลที่ดี จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความหวังที่จะหายและเลือกแนวทางที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด ดังคำกล่าวนี้

หมอบอกอยากให้ผ่าแล้วอาจจะต้องให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ขออีกทีเวลาที่ผ่าและรอผลขึ้นเมื่ออีกครั้ง นอนโรงพยาบาลไม่นานแล้วกลับบ้านไปก่อน ไปทำแผลที่โรงพยาบาลหรือคลินิกที่ไหนก็ได้ ถ้าไม่ผ่าก็รักษาแบบให้เคมีบำบัดและประคับประคองไป (ID1)

การได้รับข้อมูลหลังผ่าตัด ประสพการณ์ในส่วนนี้คือการรับรู้การผ่าตัด : สับสน กังวล ทำใจ : ยอมทำตาม ประสพการณ์ในส่วนนี้ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ต้องให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เป็นกระบวนการสำคัญที่สุด ดังคำกล่าวนี้

พยาบาลไม่เคยให้ข้อมูลอะไรเลย บอกว่ารอหมอมานบอก ตอนกลับบ้านก็บอกเฉพาะเรื่องกินยาต่อที่

บ้าน ไปทำแผลที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ถ้ามีอะไรมากขึ้นก็มาหาหมอ (ID2)

สำหรับตัวเองไม่ได้ข้อมูลอะไรมาจากที่โรงพยาบาล พอถามหมอ หมอก็บอกว่าเดี๋ยวพยาบาลจะมาแนะนำอีกทีตอนให้กลับบ้าน พอพยาบาลมาก็ไม่ได้บอกอะไรมา แค่ไม่ให้โดนน้ำ อายากของหนัก ให้มาตามนัด แค่นั้น ดีที่ตัวเองเป็นครู หาข้อมูลเพิ่มเติมเอาเองจากอินเทอร์เน็ต ข้อมูลก็เหมือนกับที่พยาบาลพูด แต่บางที่เราอยากได้มากกว่านั้นหรือมีคำถามมากกว่านั้น ไม่กล้าถามพยาบาลดูเหมือนจะไม่ว่าง (ID10)

4. ประสพการณ์การปรับตัวเข้าสู่ยุคปกติวิธีใหม่

การดูแลผู้ป่วยในสมัยก่อนมักจะทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อทำการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว เช่น ตัดไหม นำสายท่อระบายออก ไม่ต้องให้มีเหตุการณ์ใดกลับไปดูแลต่อที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในเรื่องอัตราการครองเตียงนั้นถือเป็นประเด็นสำคัญ ประกอบกับการรักษาในปัจจุบันมีความก้าวหน้า ทันสมัยอย่างมาก จึงทำให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ ในมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นนี้ คือ 1) เข้าใจ 2) ระบบใหม่ที่ต้องยอมรับ: ไม่สะดวก 3) ทางออกที่ดี 4) ภาระค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้าสู่ยุคปกติวิธีใหม่เสี่ยงสะท้อนของผู้ป่วยเพื่อหาทางออกที่ดี คือการมีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง สะดวกและรวดเร็ว เช่น มีศูนย์ทำแผล โดยนัดให้มาทำแผลที่โรงพยาบาล ในรายที่จะมาทำแผลที่โรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัด ให้มีช่วงเวลารอไม่นาน มีระบบการติดตาม เช่น ทางไลน์ การเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสอบถามข้อมูล เพื่อลดอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น ดังคำกล่าวนี้

ถ้าเป็นไปได้อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม เพราะอยู่ต่างจังหวัด อยากให้มีคนในอนามัยมาติดตาม มาทำแผลให้ที่บ้าน โดยเฉพาะคนแก่ เดินทางลำบาก (ID3)

หมอนน่าจะมีความสูงที่ดี น่าจะมีไลน์ให้ติดต่อดูตาม เช่น ไลน์บอกว่าวันนี้มีเลือดออกเท่าใด แขนบวมไหม มีอะไรให้ช่วยเหลือ เพราะตัวเองมีเลือดออกมาก แขนบวมใส่เสื้อไม่ได้ (ID7)

นั่งรถแท็กซี่ไปทำแผลทุกวัน หลายร้อยบาทเลย มีค่าทำแผลอีก ของบ้านเยอะหน่อยเพราะหมอให้คาสาวยไว้ 20 วันเลย (ID5)

มีประกันสังคมแต่ต้องเดินทางไปไกล เอาสะดวกทำแผลบ้าน แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการทำแผลทุกวัน ต้องเดินทางไปอีก ก็ต้องยอมรับจริงๆ อยากรอยู่โรงพยาบาลมากกว่า (ID8)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 2 แนวทางหลัก คือการรักษาในโรงพยาบาลและบทบาทของการสาธารณสุขของประเทศไทย กล่าวคือ การรักษาในโรงพยาบาล จะมีบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยความรู้สึกที่บังเกิดขึ้นในระยะแรกคือ ความเครียดและวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม⁹⁻¹⁰ เมื่อทราบว่าเป็นเนื้อร้ายจะเกิดความวิตกกังวล เครียดและจะปรึกษาคครอบครัว สมาชิก มีวิธีการผ่อนคลายเช่น การทำสมาธิ การเข้าวัดและสวดมนต์ เป็นต้น ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเป็นสิ่งสำคัญส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความเชื่อมั่นกับการหายของโรค

บทบาทของพยาบาลมีส่วนสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อน หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน การวางแผนจำหน่ายที่ดีสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีในขณะที่อยู่บ้าน ตลอดจนการนำแนวคิดการ

ประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลได้ถูกต้องครอบคลุมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹¹⁻¹³ การให้โปรแกรมการบริหารแขนและไหล่ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี และยังป้องกันการจำกัดการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของการสาธารณสุขของประเทศไทย จำเป็นต้องปรับให้เข้ากับยุคปศุภคิตวิธีใหม่ ซึ่งนอกจากจะปรับเข้าสู่การแพทย์สมัยใหม่ ครอบคลุมทั่วถึงแล้วยังจำเป็นต้องมีขบวนการในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้านจนกว่าจะหาย เช่นมีระบบติดตาม การประเมิน การเยี่ยมบ้านที่ดี โดยการเข้าถึงการใช้เทคโนโลยีซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมติดตามเยี่ยมทางโมบายแอปพลิเคชันต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมติดตามเยี่ยมทางโมบายแอปพลิเคชันต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามภายหลังการผ่าตัดส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยหลักสำคัญคือ เศรษฐฐานะภายในครัวเรือน การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดทำให้เกิดค่าใช้จ่ายอย่างมาก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างจังหวัด การเดินทางมารับการรักษาตลอดจนค่าที่พัก ค่าอาหาร การมารักษาตามนัดเป็นระยะ มีผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่พบว่ามีหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วย ในการรักษาแต่ละครั้งจะต้องมีการเดินทางเข้ามาในเขตเมืองและจะต้องมีผู้ติดตามมาด้วย จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงระบบสาธารณสุขของไทยที่ยังไม่ครอบคลุมไปยังต่างจังหวัดทั้งในเรื่องของแพทย์เฉพาะทางที่จะให้การรักษ การผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ นอกจากนี้ยังพบเรื่องระยะเวลารอคอยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยตั้งแต่การรอคิวตรวจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จะต้องมีระยะเวลาในการรอคิวทำและการนัดมาฟังผล และเมื่อต้องได้รับการรักษาจริง มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามารับการรักษในโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ต้องมาเข้าคิวใหม่ซึ่งในบางรายต้องมาตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำอีกครั้ง ทำให้การรักษายาวนานออกไป การรอเตียงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และภายหลังการรักษาสิ่งที่ตามมาคือการนัดตรวจเป็นระยะ การทำแผลทุกวัน และการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ในประเด็นนี้ ปัจจัยหลักยังคงเป็นเรื่องของเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการทำแผล ปัญหาที่พบคือเรื่องของมารอดิวซึ่งหากมีการปรับการดำเนินการของระบบสาธารณสุขไทยให้ดีขึ้นมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่รองรับการดูแลภายหลังการผ่าตัดในส่วนนี้จะทำให้เกิดความสะดวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นตัวแปรสำคัญ หากได้รับการวางแผนที่ดีจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี ในขณะที่อยู่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁶ ซึ่งมีการฝึกให้ญาติหรือผู้ดูแลได้เข้าใจ ฝึกทำหัตถการต่างๆที่จำเป็น เช่นการทำแผล จะลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ในด้านสาธารณสุขการจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีศูนย์บริการ

สาธารณสุขในชุมชนที่ให้บริการทำแผลได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเวลาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. จากการศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากผู้ป่วยทั่วประเทศไทย ซึ่งทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เฉพาะเจาะจงในแต่ละภาคของประเทศไทยจึงควรมีการศึกษาระบุเฉพาะภาค เพื่อให้ทราบข้อมูลของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาให้มีการบริการที่ครอบคลุม เป็นประโยชน์ต่อประชาชนให้มากที่สุด

2. ผลการศึกษาจากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดที่เหมาะสม เช่น การพัฒนาระบบการรับใหม่และการจำหน่ายที่ครอบคลุม เหมาะสม ภายหลังการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและสอดคล้องกับเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. ควรมีการผลักดันให้มีนโยบายที่สนับสนุนให้มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญประจำอยู่ในโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย รวมถึงมีระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม

2. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้าน โดยเฉพาะการติดตาม การดูแลตนเอง เพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างดี เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3. โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เหมาะสมภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดระยะเวลาในการรอคิวและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เช่น มีหน่วยทำแผลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอนาน

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2019 [Internet]. Available from:
<https://www.hfocus.org/content/2024/02/29679>
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Fight Cancer:
Cancer in Thailand Vol. X, 2016–2018 [Internet]. Available from: <http://www.nci.go.th>
3. United Nations. Sustainable Development Goals (SDGs) [Internet]. Available from:
<https://thailand.un.org/th/sdgs>
4. Department of Head, Neck, and Breast Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Essential
information and guidance for breast cancer patients. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj
Hospital; 2011.
5. Wongchanlongsin S. Knowledge about breast cancer and self-care during treatment. Bangkok:
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Nursing Division; 2019.
6. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and
Research. London: Sage; 2009.
7. Phothisita C. The science and art of qualitative research. Bangkok: Amarin Printing and Publishing;
2021.
8. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches.
4th ed. Los Angeles: Sage; 2018.
9. Lertruampattana S. The effect of informational and emotional support on the anxiety level in
patients before Cesarean Section [Master's thesis]. Chonburi: Faculty of Medicine, Burapha
University; 2005.
10. Khamkhom S. Experiences in coping with breast cancer among patients. Thai Red Cross Nurs J.
2017;12(1):23–33.
11. Thakanha N, Mankong S, Siraphong-ngam Y. Effects of arm and shoulder exercise program on
mobility and postoperative complications in breast cancer patients undergoing surgery [thesis].
Bangkok: Graduate School, Mahidol University; 2009.
12. Phuwachinphong A. Nursing care for breast cancer patients undergoing surgery: a case study. J
Environ Health Community Health. 2023;8(3):45–52.

13. Chawangpanich U, Chaiyavong N, Ounboonrueng J. Effects of discharge planning program on self-care behaviors and quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy. J Nurs Burapha Univ. 2008;16(3).
14. Srimongkol S, Phusinam S. Effectiveness of a follow program for using mobile applications on pain in terminally ill cancer patients receiving palliative care in Radiotherapy and Chemotherapy Center Khon Kaen Hospital. J Nurs Health Sci Acad. 2023;3(2):30–43.
15. Srivirojmanee N, Cheawchanwattana A. Out-of-pocket expenses of colorectal cancer patients: a case study at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Presented at: Graduate Research Conference 2014.
16. Mamm J, et al. Effect of wound care skills model to promote wound healing in patients with pressure ulcers. J Sci Technol. 2013;21(Spec No.7):609 – 619.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

เสถียร ปวงสุข¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการในพื้นที่อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 270 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบเดิมขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้างการดำเนินงานที่เหมาะสม 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. 3) กระบวนการทำงานเชิงรุกและเชิงรับแบบมีส่วนร่วม 4) การจัดการข้อมูลระดับวิทยา และ 5) ระบบติดตามและประเมินผล โดยผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วม ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส, การควบคุมโรค, พชอ., อสม., การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วันที่รับบทความ

21 มีนาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

7 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

23 มิถุนายน 2568

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: oyinoyee2@gmail.com, โทร.081-7907985

Development of Prevention and Control on leptospirosis Model of the District Health Board (DHB), Muangsamsip District, Ubon Ratchathani Province.

Sathian PuangSuk¹

Abstract

This action research aimed to: 1) study the current situation of leptospirosis prevention and control; 2) develop a prevention and control model appropriate to the local context; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in Muang Samsip District, Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of 21 members of the District Health Board (DHB) selected by purposive sampling and 270 village health volunteers (VHVs) selected by simple random sampling. Data collection tools included questionnaires, focus group guidelines, and behavioral observation checklists. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that the previous model lacked integration and community participation. The developed model consisted of five key components: 1) a structure suited to the local context; 2) capacity building for VHVs; 3) proactive and participatory implementation processes; 4) epidemiological data management; and 5) a monitoring and evaluation system. Post-intervention assessments showed statistically significant improvements in participation and satisfaction levels among DHB members, as well as knowledge, preventive behaviors, and satisfaction among VHVs ($p = 0.001$).

Keywords: Leptospirosis, Disease Control, The District Health Board, Village Health Volunteers, Action Research

Received
21 March 2025

Revised
7 May 2025

Accepted
23 June 2025

¹District Public Health Office Laosueakok, Ubon Ratchathani Province, B.P.H, Corresponding author e-mail: oyinoyee2@gmail.com
Tel. 081-7907985

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) อยู่ในกลุ่มโรคอุบัติที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นในฤดูเพาะปลูกจากการสัมผัสเชื้อในดินหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ การควบคุมโรคที่ดีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน การระบวมักรุนแรงในช่วงฤดูฝนหรือฤดูเพาะปลูก ประชาชนที่เป็นเกษตรกรจะมีโอกาสสัมผัสกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากปัสสาวะสัตว์ที่เป็นพาหะ เช่น หนู โค กระบือ ผลกระทบจากการป่วยอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถขับเคลื่อนประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างยั่งยืนตอบสนองต่อการระบาดอย่างทันท่วงเวลา¹ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ปี พ.ศ. 2563 พบว่าทั่วประเทศมีรายงานจำนวน 2,168 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.26 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 29 ราย หรืออัตราตาย 0.04 ต่อแสนประชากร² จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ระนอง (23.97 ต่อแสนประชากร) พังงา (20.13) ศรีสะเกษ (17.58) ยะลา (16.16) และยโสธร (15.22) ตามลำดับ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคที่มีอัตราป่วยตาย (CFR) สูงเป็นอันดับ 2 รองจากเมลิออยโดสิส ปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วยสูงถึง 15.1 ต่อแสนประชากร ถึงแม้แนวโน้มการตายจะลดลงต่อเนื่อง แต่อัตราป่วยยังอยู่ที่ 2.32 ต่อแสนประชากรในปี 2564³ ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วย 248 ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.81% ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคติดต่ออื่นในพื้นที่ในพื้นที่ใกล้เคียง

อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุบลราชธานีมีแนวโน้มการระบาดต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วย 62 ราย (71.15 ต่อแสนประชากร), ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 44 ราย (52.01 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ. 2566 พบ 48

ราย (56.84 ต่อแสนประชากร) มีผู้เสียชีวิต 3 รายจาก 3 ตำบล จะเห็นได้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญในพื้นที่⁴ อำเภอวังสามหมอแบ่งเขตการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2547 เป็น 14 ตำบล 158 หมู่บ้าน มี 1 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลวังสามหมอ องค์การบริหารส่วนตำบล 14 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 23 แห่ง รูปแบบดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ผ่านการนำมาตรการต่างๆ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ การให้สุขศึกษาการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดความรู้แก่เครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อถ่ายทอดความรู้ การรณรงค์กำจัดหนู การดำเนินการกองทุนรองเท้าบูท เป็นต้น แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการป้องกัน ควบคุมและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะมีปรากฏรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี การแก้ปัญหาในชุมชนได้ด้นนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการปัญหา ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคได้ดี สามารถเพิ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁵ การมีส่วนร่วมช่วยสร้างความตระหนัก ส่งเสริมให้เกิดความรู้แก่บุคคล ลดความเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเชิงรุก⁶ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังช่วยให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังโรค ระบุพื้นที่เสี่ยงสูงและแจ้งข้อมูลการแทรกแซงได้ตรงเป้าหมาย⁷ การเฝ้าระวังตามชุมชนยังช่วยให้คนในท้องถิ่นตรวจจับและรายงานกรณีต่างๆ ได้ ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าแทรกแซงและรักษาได้ในระยะเริ่มต้น⁸ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในโครงการจะช่วยเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมการดำเนิน สนับสนุนการป้องกันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพที่ดีขึ้น¹¹ แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยส่งเสริมการขับเคลื่อนการจัดการการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนให้เข้มแข็งและนำไปสู่การลดอุบัติการณ์โรคและผลกระทบได้และยั่งยืนในอนาคต หน่วยงานหลักที่มีบทบาทจัดการปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสในปัจจุบันมีเพียงหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นเนื่องจากมีหน้าที่โดยตรง มีกำลังคนและงบประมาณ แต่เป็นไปภายใต้ข้อจำกัดไม่เพียงพอและขาดประสิทธิผลในการดำเนินการ ดังนั้นนโยบายกระจายอำนาจจะเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้มีคณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอเป็นศูนย์กลางในการประสานงานขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอและจัดตั้งเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพในระดับอำเภอ¹² ดังนั้นรัฐบาลจึงออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับอำเภอในทุกมิติ¹³ กำหนดให้นายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน 21 คน จากกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนหน่วยงานของรัฐในระดับอำเภอไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอไม่เกิน 6 คนและตัวแทนภาคประชาชนในระดับอำเภอ ไม่เกิน 7 คน รวม 21 คน มีบทบาทหน้าที่กำหนดเป้าหมายวางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้เหมาะสมกับแต่ละอำเภอ ให้มีการบูรณาการแผนงาน งบประมาณและกำลังคนร่วมกัน มีการอำนวยความสะดวก ติดตามกำกับและประเมินผลการพัฒนา¹⁴ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนการจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชนและ

ภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการแก้ปัญหาต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนอย่างไรก็ตามที่ผ่านมาอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสผ่านระบบและกลไกหลากหลายช่องทางซึ่งไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 มีคณะกรรมการจากหน่วยงานภาครัฐได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชนและภาคประชาชนนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดีในหลายมิติ อย่างไรก็ตามประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสยังไม่มี การดำเนินการต่างๆ ที่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในพื้นที่ทุกๆ ปี ที่ผ่านมาพบว่ามีการดำเนินกิจกรรมบ้างเป็นบางส่วน ขาดความครอบคลุมและไม่เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ไม่มีรูปแบบการวางแผนจัดการเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่เป็นรูปธรรมและเพียงพอที่จะควบคุมการแพร่ระบาดและลดผลกระทบจากโรคได้⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนผ่านรูปแบบการพัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ซึ่งรูปแบบที่ได้จะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนให้ยั่งยืนแล้ว ยังจะเป็นแนวทางในการขยายผลในพื้นที่อื่น รวมทั้งการจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนในประเด็นอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงรอบต่อเนื่อง (cyclical) โดยการสะท้อนผลแต่ละรอบไปสู่การวางแผนและปรับปรุงกระบวนการใหม่ที่มีประสิทธิภาพขึ้นและต่อเนื่อง^{13,14} ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 รวม 6 เดือน ผ่านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่

พื้นที่ทำการศึกษ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 21 คน เลือกมาทั้งหมด โดยอยู่ในเกณฑ์ได้แก่ เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสามสีอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย เกณฑ์การยุติ (Termination criteria) มีดังนี้ 1) เข้าร่วมงานวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกระบวนการวิจัย 2) เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อไปได้ 3) สมัครใจถอนตัวขณะวิจัย

2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มีเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 4 โชน ของสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอวังสามสีและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี

2) ปฏิบัติหน้าที่ อสม.ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติ ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกระบวนการวิจัยทั้งหมด 2) เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อไปจนเสร็จสิ้นโครงการหรือเป็นไปตามเกณฑ์ข้อที่ 1 3) ขาดถอนตัวระหว่างการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร¹⁵ ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 [P(1-P)]}{[e^2(N-1)] + \frac{Z_{\alpha/2}^2}{2} P(1-P)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง (หน่วย: คน)

N = จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอวังสามสี จำนวน 1,705 คน

$Z_{\alpha/2}$ = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่เหมาะสมของประชาชน เท่ากับ 0.72.¹⁶

e = ความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณที่แตกต่างไปจากค่าจริง กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% หรือมีค่าเท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวเท่ากับ 260.42 คน เพื่อชดเชยการสูญเสียจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวน 270 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากตามสัดส่วน (Proportion to size) ของ อสม.ในแต่ละโชน รวม 4 โชน⁴ โดยการเลือกอย่างง่าย 1 ตำบล ต่อ 1 โชน จากนั้นคำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างต่อประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์แล้วสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ ดังนี้

โซนที่ 1 สุ่มได้ตำบลเหล่าบก จำนวน 61 คน โซนที่ 2 สุ่มได้ตำบลนาเลียง จำนวน 58 คน โซนที่ 3 สุ่มได้ตำบลหนองหนองฮาง จำนวน 91 คน และโซนที่ 4 สุ่มได้ตำบลหนองช้างใหญ่ จำนวน 60 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้นจำนวน 270 คน โดยเกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและและยังคงปฏิบัติหน้าที่ 2) อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย อย่างน้อย 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย 2) ไม่สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์ยกเลิกคือ 1) ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง และ 2) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการศึกษา

เครื่องมือในการศึกษา

1. เครื่องมือศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ 1.แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมในระบบและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนตามแนวทางพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี¹⁷ และแนวทางของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹⁸ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม 5 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ และ 2. แบบสอบถามผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

เศรษฐกิจและสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคจำนวน 15 ข้อ มีระดับคะแนนภาพรวม 5-75 คะแนน โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 15-25 คะแนน แปรผลว่าความรู้อยู่ในระดับต่ำ 26-50 คะแนน ระดับปานกลางและ 51-75 คะแนน มีความรู้ระดับสูง ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในปฏิบัติการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 20-33.3 คะแนน แปรผลว่าปฏิบัติในระดับต่ำ 33.4-66.6 คะแนน ระดับปานกลางและ 66.7-100.0 คะแนน ปฏิบัติระดับสูงและส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคฯ จำนวน 15 ข้อ โดยแปรผลเป็น 3 ระดับได้แก่ คะแนน 15-25 คะแนน แปรผลว่าพึงพอใจระดับต่ำ คะแนน 26-50 คะแนน ระดับปานกลางและ 51-75 คะแนน มีความพึงพอใจระดับสูง

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. แนวทางการสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2. แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยการวิเคราะห์ดัชนีความตรง (Item - Objective Congruence Index : IOC) โดยหาค่าความถี่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมีค่าดัชนีความตรง 0.63 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมีค่าดัชนีความตรง 0.58 และความพึงพอใจมีดัชนีความตรง 0.73 ภาพรวม 3 หมวดมีค่าดัชนีความตรง 0.63 คุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีซึ่งมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา¹⁹ จากนั้น

ได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด เพื่อประเมินและปรับปรุง ความชัดเจนข้อคำถาม ความเข้าใจภาษา การเรียงลำดับและเวลาที่เหมาะสม แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง ส่วนเครื่องมือวัดความรู้ นำมาวิเคราะห์ความยาก (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของเครื่องมือวัดความรู้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของกลุ่ม อสม. โดยวิธีวิเคราะห์ KR-20²⁰ ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ค่าที่เหมาะสมจะมีค่าตั้งแต่ 0.80 ถือว่าเชื่อถือได้²⁰

3.4.7 การหาความเที่ยงเครื่องมือวัดปัจจัยด้านจิตวิทยาได้แก่ การมีส่วนร่วมและแบบวัดความพึงพอใจ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธีของ Cronbach¹² ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha 's Coefficient) จากแบบวัดทั้งฉบับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้²²

3.4.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1. แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2.แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินดัชนีความตรงเครื่องมือ (IOC.) โดยใช้เกณฑ์ 5 ประเด็น²³ ในการประเมินได้แก่ 1) ความสอดคล้องทางทฤษฎี 2) ความเกี่ยวข้องด้านความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัยเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ เชิง

ประโยชน์ใช้สอย 3) สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลจากกระบวนการรวบรวมข้อมูลเชื่อถือได้ 4) ผลลัพธ์น่าเชื่อถือไว้วางใจ สามารถตรวจสอบแบบสามเส้าได้ 5) สามารถพิจารณาทางจริยธรรมในกระบวนการรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจน โดยแนวทางการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าดัชนีความตรง (IOC.) 0.65 และ แนวทางการสังเกตเชิงพฤติกรรมของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าดัชนีความตรง (IOC.) 0.60 เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด²⁴

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart²⁵ ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ขั้นตอนมีดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) ดำเนินการเดือนตุลาคม 2567 ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบทชุมชน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคฯ 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและ 4)จัดทำแผนการดำเนินงาน 2) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ดำเนินการ ตุลาคม-ธันวาคม 2567 ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) จัดกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การออกแบบกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานตามมติที่ประชุม 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการ มกราคม 2568 ประกอบด้วย 1) บันทึกติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม 2) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มและการสังเกตและประเมินความพึงพอใจ และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรม และขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2568 4) การสรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ชุมชน เดือนมีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และ 2) เชิงคุณภาพวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย SSJ.UB2567-150 รับรองวันที่ 2 ตุลาคม 2567

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า การดำเนินการในระดับอำเภอยังอยู่ในระดับน้อย ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการในระดับพื้นที่ ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานให้ชัดเจน การรายงานสถานการณ์โรค การสื่อสารความเสี่ยง การคืนข้อมูลสู่ชุมชน รวมถึงการดำเนินการเชิงรุก อีกทั้งยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในระดับชุมชน ส่งผลให้แรงงานภาคเกษตรขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบจากกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 21 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.1 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 42.8 (ค่าเฉลี่ย 49.9 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9, ค่าต่ำสุด 27.0 ปี, ค่าสูงสุด 60.0 ปี) ทุกคน(ร้อยละ 100.0) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคและในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนกลุ่มอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.6 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.3 (ค่าเฉลี่ย 51.2 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.8, ค่าต่ำสุด 23.0 ปี, ค่าสูงสุด 80.0 ปี) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 40.7 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 85.9 บุคคลในครัวเรือนที่รับผิดชอบเคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 58.9 และเคยป่วยด้วยตนเอง ร้อยละ 15.5 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ร้อยละ 80.7 และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคในรอบ 1 ปี ร้อยละ 90.0

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการ พชอ.

ผลการวิจัยขั้นที่ 1: การวางแผน (Planning) การประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกันกำหนดแผนงานและแผนปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในการปฏิบัติและประสานงาน

ขั้นที่ 2: การลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การจัดกลุ่มเครือข่ายคณะทำงานในแต่ละตำบล โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนกลางขับเคลื่อนกิจกรรม 3) การออกแบบกระบวนการทำงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยยึดหลักวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน 4) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน โดยโครงสร้างของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ การจัดทำข้อมูลแผนที่ความเสี่ยงของประชาชน การจัดทำระบบรายงานทางระบาดวิทยาพฤติกรรมเสี่ยง

และส่งข้อมูลสู่เครือข่าย จัดทำแผนที่ความเสี่ยงและกระจายสู่เครือข่าย เพิ่มความเข้มข้นการทำงานในพื้นที่เสี่ยงผ่านการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงต่อประชาชนผ่านช่องทางในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว และสื่อสารออนไลน์ และให้ความรู้การสังเกตอาการผู้ป่วยและแนวปฏิบัติ และแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำส่งเข้าระบบตรวจคัดกรองและรักษาให้ทันเวลา มีการพัฒนาระบบข้อมูลระบบดาตาในชุมชนโดยใช้ Google Form ในการจัดทำฐานข้อมูลผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและเมื่อพบผู้แสดงอาการ จะแจ้ง อสม.ประสานงานส่งต่อระบบบริการทันเวลา (2) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะการสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนและการเฝ้าระวังโรคเมื่อมีผู้ปรากฏอาการเสี่ยงและส่งต่อสู่ระบบบริการเพื่อคัดกรอง ตรวจยืนยันและรักษาทันเวลา (3) การดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเชิงรับคือการกำหนดแนวปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยเพื่อส่งต่ออย่างรวดเร็วผ่านเครือข่ายระบบบริการ และเชิงรุกคือการสอดส่องกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง รายงานความเสี่ยงผ่าน อสม. และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

ขั้นที่ 3: การสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยมีการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของคณะกรรมการ พชอ. อาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินการพัฒนาและการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสที่กำหนดในชุมชน พบว่า มีความจำเป็นต้องเพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 5 คือ “การติดตามและประเมินผล” ซึ่งเดิมเป็นระบบประเมินผลอย่างไม่เป็นทางการ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบและคณะกรรมการประเมินผลและติดตามการทำงาน มีการติดตามการดำเนินงาน สังเคราะห์ผลสะท้อนและให้พื้นที่ปรับการทำงาน สามารถปรับได้ทันเวลา มีการสังเกตและส่งผู้ป่วยที่แสดงอาการเข้าสู่ระบบรักษาได้อย่างรวดเร็ว

ขั้นที่ 4: การสะท้อนผล (Reflection) ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. และเครือข่ายในชุมชน เพื่อสรุปบทเรียนการดำเนินงานรวบรวมข้อเสนอแนะ คัดเลือกข้อมูลชุมชนอย่างเป็นระบบช่วยเสริมสร้างพลังให้แก่เครือข่าย และก่อให้เกิดความร่วมมือที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น

ผลการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ.เป็นช่องทางขับเคลื่อนการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผน ร่วมทำและรวมประเมินผลทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเรียนรู้จัดการปัญหาาร่วมกันจึงเกิดผลสำคัญต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ที่มีต่อกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพิ่มขึ้น ดังผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.2 รองลงมา ได้แก่ ระดับมากและน้อย ร้อยละ 14.3 และ 9.5 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.7 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับน้อยร้อยละ 14.3 โดยหลังการพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบเฉลี่ย 9.8 คะแนน 2) ความพึงพอใจในการทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสเพิ่มขึ้น ดังผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสของกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ มีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 รองลงมา ได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 14.3 หลังระดับมาก ร้อยละ 71.4 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ

28.6 โดยภายหลังการพัฒนาารูปแบบมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบเท่ากับ

2. ผลลัพธ์ที่มีต่อกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังที่มีการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานพบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนถูกต้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และด้านความพึงพอใจ พบว่า มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) 3.3 ผลลัพธ์ที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

3.ผลต่อการลดอัตราการป่วยตายจากโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 48 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 56.84 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 3 ราย โดยระหว่างดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงฤดูทำนา มีฝนตกชุก จึงได้ใช้รูปแบบในการดำเนินการตั้งแต่ โดยใช้เครือข่าย พชอ. และอาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่และเฝ้าระวังผู้มีอาการและนำส่งผู้มีอาการที่สงสัยว่าป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ขณะที่หลังการพัฒนาในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 48 ราย เท่าเดิม แต่ไม่พบผู้เสียชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ แม้ยังไม่ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยการดำเนินงานดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

โดยสรุป รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีประสิทธิภาพนี้ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)การมีแผนซึ่งเป็นแนวทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ 2) ฐานข้อมูลระบาดวิทยาร่วมกัน 3) การดำเนินงานเชิงรุกและเชิงรับร่วมกัน 4) การสร้าง

เครือข่ายการติดตามและประเมินผล 5) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผ่านการสะท้อนและสรุปบทเรียนร่วมกัน ส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีขึ้นเพื่อพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา ถึงแม้จะมีผู้ป่วยจำนวนเท่าเดิมแต่สามารถอัตราการเสียชีวิตลดลงได้และมีแนวโน้มการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่และได้รับการจัดการรวดเร็วขึ้นสามารถลดอัตราการตายได้ในอนาคต สะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอผ่านกลไก พชอ. ช่วยให้ชุมชนสามารถคัดกรองและส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกุล วรณภา²⁶ ที่ชี้ว่าการรับรู้โรคแต่เนิ่น ๆ และเข้าถึงบริการการแพทย์ทันเวลาช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Rahim และคณะ²⁷ ที่พบว่า การนำระบบเฝ้าระวังแบบเชิงรุกมาใช้ในพื้นที่เกษตรกรรมในอินโดนีเซียสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้ ทั้งนี้การวิจัยนี้ส่งเสริมให้กลไก พชอ. มีความโดดเด่นในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพกับประชาชนทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก(WHO)²⁸ ที่เน้นจัดการโรคเชิงรุก

ตั้งแต่ระดับชุมชนผ่านการเสริมสร้างอำนาจและการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้ การวิจัยนี้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบผ่านการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ ร่วมกำหนดเป้าหมายเสี่ยงสูง เช่น เกษตรกร ผู้เลี้ยงสัตว์ ผู้ทำงานในพื้นที่น้ำขัง จากนั้นจัดกิจกรรมรณรงค์ การแจกอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การให้คำแนะนำดูแลตนเอง ส่วนคณะทำงานมีการจัดทำคู่มือดำเนินงานและประสานงานร่วมกันที่ชัดเจนสอดคล้องกับ Schneider และคณะ²⁹ ที่ใช้ระบบแผนที่ GIS วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงในบราซิลและออกแบบแผนการปฏิบัติที่ตรงเป้าหมาย และ De Guzman และคณะ³⁰ ที่เน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรและแรงงานที่เกี่ยวข้องกับน้ำ ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยของกองโรคติดต่อ³¹ พบว่าการแจก PPE และการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่เพาะปลูกช่วยลดอุบัติการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสสูงถึง 25% ยิ่งกว่านั้นการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค การติดตามประเมินผลทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้องกับแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³² ที่ส่งเสริมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในประเด็นโรคติดเชื้อเขตร้อนช่วยเพิ่มทักษะการวิเคราะห์และวางแผนการควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น การบูรณาการระบบข้อมูลและนโยบายของหน่วยงานส่งเสริมให้เกิดการประสานการทำงานได้ดีขึ้นในเครือข่ายทำให้มีการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด One Health มุ่งเน้นการจัดการโรคระหว่างคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อมเป็นองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เสี่ยงสูง เช่น พื้นที่ที่มีการเพาะปลูกในพื้นที่ลุ่ม พื้นที่น้ำท่วมขัง หรือพื้นที่ที่มีการเลี้ยงสัตว์แบบเปิด การบูรณาการจะสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงและเกิดความต่อเนื่องเชิงนโยบาย งบประมาณ และการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งไม่เพียงต่อความสามารถลดผลกระทบ

จากโรคเลปโตสไปโรซิสในระยะสั้นเท่านั้นแต่การมีส่วนร่วมลักษณะนี้จะส่งผลต่อการเกิดความยั่งยืนในพื้นที่และสามารถเป็นต้นแบบการจัดการโรคติดต่ออื่นๆ ได้ในอนาคต

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบรรลุผลลัพธ์ตามจุดประสงค์เนื่องจากใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคีเครือข่ายมาร่วมปฏิบัติการร่วมกันและได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การพัฒนาแผนงานและกิจกรรมแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข 3) กระบวนการปฏิบัติครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม 4) การพัฒนาข้อมูลระดับชาติวิทยา และ 5) การติดตามและประเมินผล ซึ่งสะท้อนการปฏิบัติแบบแนวคิดแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน กลไก พชอ. เป็นศูนย์กลางการประสานอำนาจการและบูรณาการในรูปแบบเครือข่ายในชุมชนสอดคล้องกับ พรพรณ เกษมสุข³³ ที่พบว่าการบูรณาการหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนภายใต้โครงสร้างเดียวกันช่วยสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพมีทิศทางที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูง ยิ่งกว่านั้นการใช้ข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่มีอยู่ในแผนงานเพื่อสื่อสารข้อมูล สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผนงาน กิจกรรมได้ทันท่วงที สนับสนุนการตัดสินใจภายใต้การมีข้อมูลรองรับและสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจมากขึ้น สอดคล้องกับ Thavorn charoensap และคณะ³⁴ ที่พบว่าการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับอำเภอส่งผลคณะทำงานจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นถึง 40% การใช้ข้อมูลร่วมส่งผลให้หน่วยงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเข้าใจและสนับสนุนงบประมาณและนโยบายที่เป็นรูปธรรม ส่วนกาพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรมและส่งเสริม

ความสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขวิเคราะห์ความเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสามารถสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนได้ สนับสนุนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้ดีขึ้น และการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³² ที่ชี้ว่าโครงการอบรม อสม. เรื่องโรคติดต่อเฉียบพลันส่งผลให้ อสม. ร้อยละ 84 สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ถูกต้องช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมผ่านหอกระจายข่าว กิจกรรมในโรงเรียนและสื่อท้องถิ่น เป็นกลยุทธ์สำคัญสำหรับการเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เช่น เกษตรกรและผู้ที่ต้องสัมผัสกับแหล่งน้ำ นอกจากนี้ Yusuf และคณะ³⁵ ในประเทศมาเลเซียที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพเชิงสร้างสรรค์ในระดับชุมชนช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 67 ภายใน 6 เดือน ยิ่งไปกว่านั้น รูปแบบการดำเนินงานผ่าน พชอ. ทำให้เกิดการวางแผนร่วมระหว่างหน่วยงาน ร่วมจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่ใกล้เคียงได้ สอดคล้องกับ Kim และคณะ³⁶ ที่ศึกษาในเกาหลีใต้พบว่า ความยั่งยืนของแผนสุขภาพระดับพื้นที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานเครือข่าย มีระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทักษะการจัดการ ภาวะผู้นำ การประสานงาน การติดตามกำกับและประเมินผล พัฒนาการใช้ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศที่ทันสมัยเพื่อเฝ้าระวังวิเคราะห์ และสะท้อนข้อมูลเชิงระบาดวิทยา เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิผลและนำไปปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจะสามารถสร้างความยั่งยืนในระยะยาวมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า และวิมวิการ์ คัคคีชัยนันท์. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและการทำประชาสังคัมในชุมชน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรขับเคลื่อนการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลและถอดบทเรียนอย่างสม่ำเสมอ
2. ด้านการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคของประชาชนยังมีการปฏิบัติบางด้านอยู่ในระดับต่ำ ควรศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมและนำมาใช้ในการดำเนินการเพิ่มเติมให้ได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
3. ควรพัฒนาศักยภาพ ประสบการณ์ ภาวะผู้นำ ทักษะการบริหารและการทำงานเป็นทีมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่พื้นที่อื่นๆ จะนำไปปรับใช้ในการดำเนินการ
4. สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามและประเมินผลองค์ประกอบของรูปแบบอย่างต่อเนื่องทุก 1-6 เดือน และศึกษาผลลัพธ์ในระดับพฤติกรรมของประชาชน เพื่อใช้ในการปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดจากระยะเวลาดำเนินการเพียง 6 เดือน ควรมีการขยายวงรอบการดำเนินงานในระยะยาวเพื่อความสมบูรณ์และสามารถต่อยอดเป็นต้นแบบในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอม่วงสามสิบ, ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครทุกท่านจนการวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

2. กองระบาวชิรยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคโรคเลปโตสไปโรซิส. นนทบุรี: กองระบาวชิรยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์โรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ. เอกสารประกอบการประเมินคัดเลือก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดีเด่นระดับประเทศ ประจำปี 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ; 2567.
5. Cohn E (Editor). Principles of community engagement. 3rd ed. Washinton: US center for disease control and prevention; 2024.
6. Strand K, Marullo S, Cutforth N, Stoecker R, Donohue P. Principles of Best Practice for Community-Based Research. Mich J Community Serv Learn. 2003;Spring:5–15.
7. Wampler B. Participation, Representation, and Social Justice: Using Participatory Governance to Transform Representative Democracy. Policy. 2012;44(4):1–13.
8. วริสา จิโรจน์วัฒน์, มานิตย์ ดีเยี่ยม, ชะเอม มหากัณฑ์. ผลสำเร็จของระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพโดยชุมชน. วารสารควบคุมโรค. 2560;43(22):172–82.
9. Hassan M, Bejo S, Nordin N, Hayati R, et al. Community's Knowledge, Attitude and Practice toward Leptospirosis and its Prevention and Control: A Systematic Review. Maced J Med Sci. 2023;(11(E)):136–144.
10. WHO. Health organization. Health for all series no. 1: Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
11. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [Internet]. 2561 [cited 2024 Oct 21]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th> › 2561 › 1.PDF
12. กระทรวงมหาดไทย. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ [Internet]. 2561 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <http://www.ppb.moi.go.th> › midev01 › upload
13. Nguyen TTH, Vu TH, Nguyen TH. Applying action research in community health intervention: A practical framework for local engagement. Health Soc Care Community. 2021;29(6):e240.
14. Zhang Y, Zhang D. A reflective practice model based on participatory action research for improving primary healthcare service. Int J Env Res Public Health. 2020;17(9):e3018.
15. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies: a practical guide. J Res Med Sci. 2023;28:e18.
16. Thongyen K, Kaewpan W, Yamabhai I. Factors associated with leptospirosis preventive behaviors among farmers in Phayao province, Thailand. Int J Env Res Public Health. e2763;(18):5.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ ปีงบประมาณ 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
18. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). รายงานผลการขับเคลื่อนกลไก พชอ. เพื่อการป้องกันโรคติดต่อในชุมชน: กรณีศึกษาโรคเลปโตสไปโรซิส. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.

19. Thongkhamcharoen R, Kaewpan W. Validity and reliability of health behavior questionnaires: a practical guideline for nurse researchers. *Nurs J Burapha Univ.* 2022;30(2):13–22.
20. Panyasri R, Chantarasombat C. Reliability analysis of dichotomous tests using KR–20 and its interpretation. *J Edu Meas Mahasarakham Univ.* 2021;27(1):89–101.
21. Cronbach, L. J. *Essentials of psychological testing*. 5th ed. NY: Harper & Row; 1990.
22. Taber KS. The use of Cronbach’s alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Edu.* 2020;50(3):137–1379.
23. Neto R, de Souza DF, Dias GF, Celestino MS, Gurgel AM,, et al. A multi-criterion model for evaluating the quality of qualitative research. *Int J Sci Manag Tour.* 2023;9(6):3884–911.
24. Srisaeng P, Yaemjamuang N. Development of qualitative interview tools with content validity in community-based nursing research. *Thai J Nurs Counc.* 2022;37(2):45–56.
25. Kesornbua S, Pinitsoontorn S. Participatory action research: building learning communities in Thai health promotion contexts. *J Public Hlth Nurse.* 2021;35(2):112–22.
26. ศิริกุล วรณภา. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2565;51(1):1–10.
27. Rahim F, Suryani S, Dwidjo S. Impact of active case surveillance on leptospirosis mortality in agricultural areas of Indonesia. *J Trop Med.* 2021;26(3):122–30.
28. World Health Organization. *Community Engagemen: A Health Systems Perspective*. Geneva: WHO; 2023.
29. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, et al. Leptospirosis risk mapping using GIS in Brazil: A pilot for intervention targeting. *Int J Env Health Re.* 2021;31(2):144–57.
30. De Guzman JM, Santos LA, Ruiz LA. Behavior change intervention to prevent leptospirosis in rural agricultural workers in the Philippines. *Asian Pac J Trop Dis.* 2020;10(6):389–96.
31. กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานโครงการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เกษตรกรรม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
32. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการอบรมเชิงปฏิบัติการอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านโรคติดต่อเขตร้อน. นนทบุรี: สปสช.; 2566.
33. พรพรรณ เกษมสุข. การบูรณาการภาคีเครือข่ายเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ. *วารสารสุขภาพชุมชน.* 2566;18(3):59–72.
34. Thavorncharoensap M, Yothasamut J, Teerawattananon Y. District-level health data centers improve priority setting in Thailand: Evidence from pilot projects. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):e144.
35. Yusuf M, Karim N, Halim A. Community-based risk communication and behavior change for leptospirosis in rural Malaysia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2021;52(4):512–20.
36. Kim Y, Park H, Lee M. Participatory health planning and resource allocation: Lessons from decentralized public health in Kore. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(6):785–92.

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร

สุทิศา ทองพันธ์¹

ธีรรัตน์ พลราช²

ศรณรงค์ ศุภรัตน์²

ภัชรี วิชานา²

สุปานิ โคตรวิชา³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ผู้ร่วมวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง 1) พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด 15 คน ทีมสหวิชาชีพ 6 คน 2) หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 5 คน การเก็บข้อมูลใช้วิธีเชิงคุณภาพ ได้แก่ สทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ แบบวัดความรู้พยาบาลเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567- เมษายน 2568

ผลการศึกษา พบว่า

1.สถานการณ์มารดาและทารกเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การฝากครรภ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพ แนวทางดูแลไม่ชัดเจน และบุคลากรขาดสมรรถนะ

2.การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลดำเนินการ 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะเตรียมการ: พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและแนวทางการดูแล 2)ระยะปฏิบัติการ 6-process (1) Screening amphetamine (2) ประเมิน Early Warning Sign (3) Care plan รายบุคคล (4) ฝากครรภ์/บำบัดยาเสพติด (5) วางแผนจำหน่าย (6) ติดตามนัด 3)ระยะประเมินผล: พยาบาลพึงพอใจต่อการจัดบริการในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.18) หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจต่อการรับบริการในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.77) รูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับใช้ในบริบทใกล้เคียงได้

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์, สารเมทแอมเฟตามีน

วันที่รับบทความ

16 พฤษภาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

24 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

26 มิถุนายน 2568

โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: suthisa-gf@hotmail.com

โทร.089-8620426

²โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเพียงใหม่ จังหวัดสกลนคร

The Model of a Nursing Care in Maternal Methamphetamine Abuse: A Case Study of a Secondary Care Hospital in Sakon Nakhon Province

Suthisa Thongpan¹

Theerarat phonrachom²

Sornnarong Sukornranan²

Patcharee Wichana²

Supanee Khotwicha³

Abstract

This action research aimed to develop a nursing care model for pregnancy using methamphetamine. Participants were purposively selected including 15 nurses from antenatal, delivery, and postpartum departments, 6 multidisciplinary team members, and 5 pregnancy using methamphetamine. Qualitative data collection methods included focus group discussions, in-depth interviews, and observations. Quantitative data included knowledge assessment questionnaires for nurses regarding care of pregnancy using methamphetamine and satisfaction evaluation forms for both nurses and pregnancy using methamphetamine. Qualitative data were analyzed through content analysis, while quantitative data were analyzed using means and percentages. The study was conducted from November 2024 to April 2025.

The findings revealed that maternal and neonatal deaths occurred due to heart failure from methamphetamine use. Contributing factors included inadequate quality antenatal care, unclear care guidelines, and insufficient staff competency. The nursing care model development consisted of three phases: preparation phase involving staff competency development and care guideline establishment; implementation phase featuring a 6-process care approach including amphetamine screening, early warning sign assessment, individualized care planning, combined antenatal care with substance abuse treatment, discharge planning, and follow-up appointments; and evaluation phase showing high nurse satisfaction with the care model (mean score 4.18) and high patient satisfaction (mean score 3.77). The developed nursing care model can be adapted for implementation in similar contexts.

Keywords: Nursing care model, Pregnancy, Methamphetamine

Received
16 May 2568

Revised
24 June 2568

Accepted
26 June 2568

¹Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province, Corresponding author e-mail: suthisa-gf@hotmail.com, Tel. 089-8620426

²Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province

³Na Phiang Sub-District Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province

บทนำ

การใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย พบว่า การใช้สารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ยาบ้าหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน รองลงมาคือ บุหรี่และเฮโรอีนตามลำดับ¹ ซึ่งยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์² ส่งผลต่อการเพิ่มภาวะครรภ์เป็นพิษรกลอกตัวก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เกิดภาวะรกเสื่อมและเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้สูง³ สาเหตุเกิดจากฤทธิ์ของยาเอง นอกจากนี้แล้วยาในกลุ่มแอมเฟตามีนยังสามารถผ่านนมแม่ได้⁴

สารเมทแอมเฟตามีนเป็นอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นการหลั่งโดปามีนและยับยั้งการเก็บกลับทำให้ ผู้เสพมีอาการไม่อยู่นิ่ง ลดความอยากอาหาร รู้สึกอ่อนคลาและสมาธิลดลง การเสพเมทแอมเฟตามีนทำได้หลายวิธีทั้งสูบควัน กิน และฉีด โดยออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งของ catecholamine จาก sympathetic nerve terminal โดยเฉพาะ dopamine ใน mesolimbic mesocortical และ nigrostriatal pathway ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ intra-synaptic monoamine ส่งผลให้เกิดการกระตุ้น central และ peripheral B- และ B-adrenergic postsynaptic receptor เพิ่มขึ้น อาการที่พบหลังจากเสพสารเมทแอมเฟตามีนปริมาณสูง ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว แขนขาออก มีอาการทางเดินอาหาร ผ่านตาขยาย เหงื่อออกมาก อุณหภูมิของร่างกายสูง รีเฟล็กซ์ไว เครียด กระสับกระส่าย สับสน และอาการทางจิต⁵

มีการศึกษาผลกระทบจากการเสพสารกลุ่มแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิดในไทยและต่างประเทศพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารกส่วนใหญ่ ได้แก่ ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์และศีรษะเล็ก

นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการถอนยาในทารกแรกเกิดได้ (drug withdrawal syndrome) โดยมีความสัมพันธ์กับค่าครึ่งชีวิตของสารเสพติดที่ได้รับ ซึ่งค่าครึ่งชีวิตของสารแอมเฟตามีนประมาณ 48–60 ชั่วโมง โดยอาการถอนยาจะส่งผลต่อระบบต่างๆ ในร่างกายทารก ได้แก่ 1) อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ร้องเสียงแหลม หวាប់อ้อย แขนขาสั่นหรือสั่นทั้งตัว ร้องกวนไม่นอน บางรายอาจมีอาการชักได้รวมถึงอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ไข้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว 2) อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียน กินนมได้น้อย ถ่ายปอ้อย 3) อาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเร็ว หรือ หยุดหายใจ³⁻⁴ ดังนั้น การใช้สารเสพติดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ส่งผลผลกระทบต่อตัวแม่และเด็กทารกในครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาของอดิศักดิ์ ไชยเชตการณ์⁴ พบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่ใช้เมทแอมเฟตามีนนานมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นตาม

จากสถิติการบริการของโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีพบหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลมีประวัติการใช้สารเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2564–2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 5, 9 และ 13 รายคิดเป็นร้อยละ 2.90, 6.72 และ 10.24 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 จากรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบหญิงตั้งครรภ์และทารกเสียชีวิต⁶ ผลการทบทวน (Root cause analysis) คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะหัวใจล้มเหลวและเต้นผิดจังหวะ ส่งผลให้เกิดภาวะช็อคและเสียชีวิต โดยมีสาเหตุหลักจากการใช้สารเสพติดทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์

จากบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ เปิดบริการ 40 เตียง มีแผนกที่เกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด ที่ผ่านมามีงานอนามัยแม่และเด็กได้พยายามแก้ไขปัญหาที่มา

อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถลดขนาดปัญหานี้ลงได้ เมื่อวิเคราะห์ระบบการบริการยังพบว่า การคัดกรองค้นหากลุ่มใช้สารเสพติดเมแทมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้ากว่าเกณฑ์อายุครรภ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจากปัญหาครอบครัวที่ซับซ้อน เศรษฐฐานะยากจน เป็นกลุ่มเปราะบาง สังคมตีตรา การจัดการบริการฝากครรภ์ยังรวมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปไม่ได้แยกเป็นสัดส่วน สำหรับห้องคลอดให้บริการคลอดตามแนวมาตรฐานการดูแล ยังไม่มีการวางแผนการคลอดกลุ่มที่มีอาการทางจิตเวชฉุกเฉิน ส่วนแผนกหลังคลอดยังให้บริการดูแลตามแนวทางปกติ มีเพียงการงดให้นมบุตรเท่านั้น อีกทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีนและทารกหลังคลอดที่ไม่ตรงกัน สรุปได้ว่าปัญหาที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีนที่สำคัญ คือ การคัดกรองค้นหากลุ่มใช้สารเมแทมเฟตามีนแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลกลุ่มที่ไม่ชัดเจน และสมรรถนะของบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน

จากการศึกษาวิจัยของศุภลสิทธิ์ สุชี⁷ ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาคีรัฐ จังหวัดเพชรบูรณ์โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบสถานการณ์ของปัญหา คือ ยังไม่มีมาตรการการตรวจคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุม ปัญหาการเดินทาง การไม่มารับบริการตามนัด ซึ่งสภาพปัญหามีความคล้ายในบริบทพื้นที่ศึกษาแต่ยังมีความแตกต่างในเรื่องของบริบทโรงพยาบาล ระบบการดูแลและการจัดการบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน บริบทโรงพยาบาลทุติยภูมินี้ขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด มาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข

ปัญหานี้ ซึ่งวิธีการที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้ คือ การนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ขับเคลื่อนเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการแก้ไข และตัดสินใจกำหนดรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการวิจัยนี้เป็นการช่วยพัฒนากิจกรรม แนวทาง/แนวปฏิบัติ โดยทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลที่เผชิญปัญหานั้นอยู่และเกิดการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างต่อเนื่องและดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร

คำถามในการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร เป็นอย่างไร
2. รูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนครเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร กลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และ

พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด ที่มีประสบการณ์การทำงานมาอย่างน้อย 1 ปี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้หลายแนวคิดมาเป็นกรอบในการศึกษาและการมองปรากฏการณ์ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการศึกษา เพื่อให้เข้าใจต่อการทำความเข้าใจในสถานการณ์สภาพปัญหาและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาล ประกอบด้วย แนวคิดเชิงกระบวนการและแนวคิดเชิงเนื้อหา (ภาพที่ 1) ดังนี้

1. แนวคิดเชิงกระบวนการ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)⁸ มาพัฒนาการปฏิบัติที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาสาเหตุปัญหาที่แท้จริง ร่วมกันวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติตามแผนการแก้ไขปัญหาที่วางไว้ และประเมินผล ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ ร่วมกันจนได้รูปแบบที่เหมาะสมและพึงพอใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นแนวทางในการศึกษาร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและยกย่องวิธีการ แนวทาง/แนวการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาโดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน คือ การพัฒนาการจัดบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่ระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด โดยมีการตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและปฏิบัติตามวิธีการที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น

2. แนวคิดเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎี ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) แนวคิดมาตรฐานการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ผู้คลอด มารดาและทารกหลังคลอด 2) แนวคิดสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนและการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 3) การจัดการรายกรณี และ 4) ทฤษฎีระบบ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยศึกษาในแผนกที่เกี่ยวข้องกับ

การให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดซึ่งครอบคลุมแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอด และทดลองใช้รูปแบบบริการพยาบาล โดยมีช่วงระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 – เมษายน 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

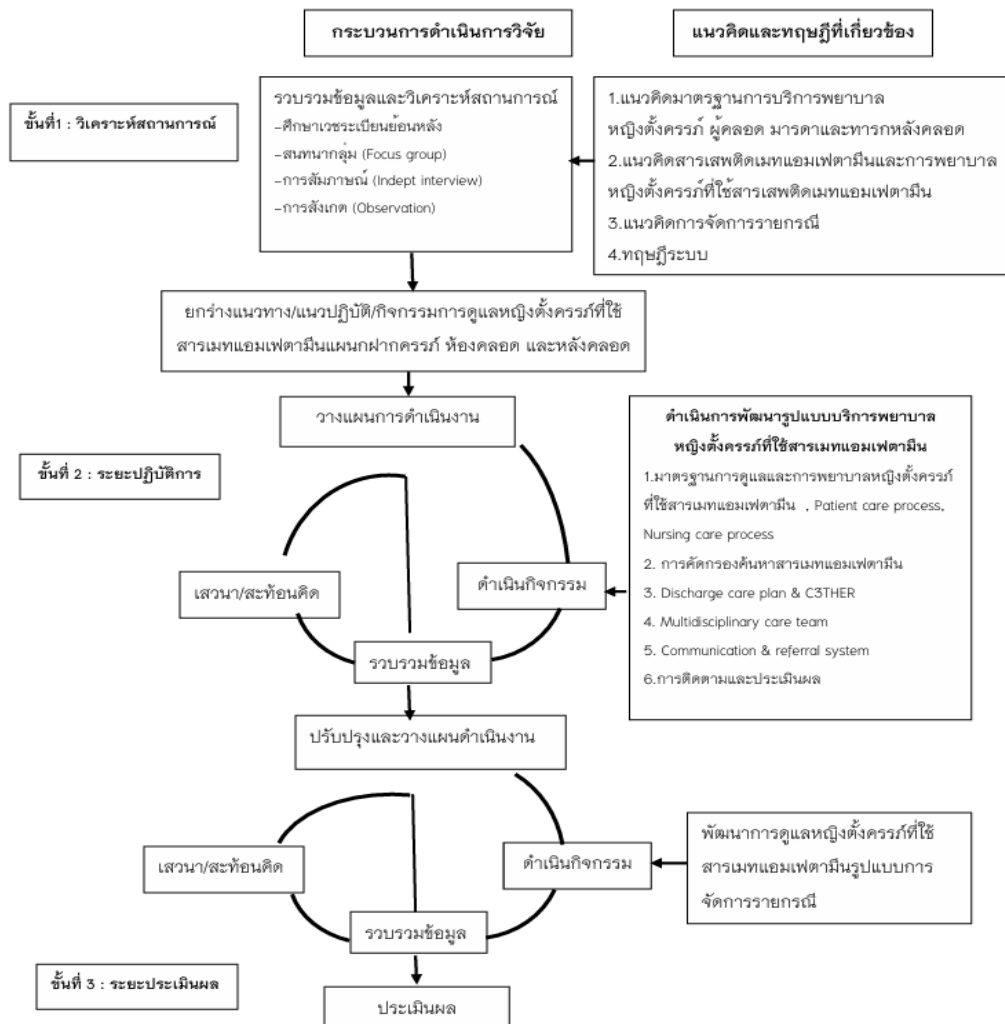
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 15 คน จากแผนกฝากครรภ์ 4 คน ห้องคลอด 4 คน หลังคลอด 7 คน และสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์และพยาบาลจิตเวช และยาเสพติด โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่อยู่ระหว่างการศึกษาต่อหรืออบรม โดยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติและประเมินผล ร่วมกัน 2) หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมาคลอดที่โรงพยาบาลจำนวน 5 คน

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1) ขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

2) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อขอศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ นโยบายและประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

3) ผู้วิจัยประสานงานขออนุญาตทบทวนเวช
ระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน
ย้อนหลังในช่วงปีพ.ศ. 2564–2566



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ
ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)
ขั้นปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นประเมินผล
(Evaluation)^๑ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา
บริบทการดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติหญิง
ตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ทบทวนเวช

ระเบียน นโยบายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
การจัดบริการและแนวทางการดำเนินงานเดิม

2) จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ประกอบด้วย
พยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเก็บรวบรวม
ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการดูแลปัจจุบัน

3) สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์
ห้องคลอด หลังคลอดและทีมสหสาขาวิชาชีพที่
ประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ
ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลจิตเวชและ

ยาเสพติด เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตั้งครุฑที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

4) จัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ และระบบบริการดูแลหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนเดิม และร่วมทบทวนและพัฒนาแบบบริการหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ยกเว้นแนวปฏิบัติ และนำไปทบทวนกับทีมนำด้านคลินิกเพื่อความครบถ้วนเหมาะสม และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2567– ธันวาคม 2567

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ

1) จัดประชุม MCH board ระดับอำเภอเพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและรูปแบบบริการเดิม
2) จัดประชุมวิชาการการดูแลหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน และเสนอร่างแนวทางปฏิบัติการจัดบริการพยาบาลหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน สื่อสารกับผู้ใช้นโยบายและนำไปใช้กับหญิงตั้งครุฑที่มาใช้บริการ ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2568– เมษายน 2568

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด โดยจัดสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 เพื่อสรุปรูปแบบที่เหมาะสม ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2568– เมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบถูก ผิด แปลผลแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ระดับปานกลางร้อยละ 60–79 และระดับต่ำน้อยกว่าร้อยละ 60

2) แบบความพึงพอใจระบบบริการของพยาบาลวิชาชีพมี 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 พึงพอใจมาก 2.51–3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51–2.50 พึงพอใจน้อย และ 1.00–1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด ค่า CVI เท่ากับ 0.77 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

3) ความพึงพอใจรูปแบบบริการของหญิงตั้งครุฑ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 พึงพอใจมาก 2.51–3.50 พึงพอใจปานกลาง 1.51–2.50 พึงพอใจน้อย และ 1.00–1.50 พึงพอใจน้อยที่สุด ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการรับรู้ ทัศนคติ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพในประเด็นสถานการณ์ปัญหาและบริบทการจัดบริการหญิงตั้งครุฑที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและวิธีการแก้ไขปัญหาโดยแนวทางการสนทนากลุ่มมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านช่วยตรวจสอบเชิงเนื้อหาและผู้วิจัยได้ทดลองใช้ในบริบทโรงพยาบาลใกล้เคียงและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบบันทึกการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม สังเกตบริบทการบริการพยาบาล บุคคล การกระทำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยความน่าเชื่อถือที่เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต นำมาจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

กำหนดรหัสหลักและ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราเพื่อนำมาอธิบายความหมาย หรือตีความรหัสหลักให้ชัดเจน อีกทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เก็บจากผู้ร่วมวิจัยหรือบุคคลที่แตกต่างกัน สถานที่แตกต่างกันและตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการ (methodology triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของบุคคลที่เป็นผู้ร่วมวิจัย คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางโดยคำนึงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทางการทำวิจัยเชิงคุณภาพ⁹ ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ หลักการความเป็นอิสระ การป้องกันอันตราย และความเป็นธรรมในแต่ละขั้นตอนการทำวิจัยโดยก่อนการดำเนินการวิจัยได้นำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาในการทำงานวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและได้รับการรับรองโครงการวิจัย SKN REC 2024-118 วันที่ 24 ตุลาคม 2567 และดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พร้อมชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ระยะเวลาขั้นตอนในการเก็บรวบรวม ส่วนในกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยผู้วิจัยได้แจ้งถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อและข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ร่วมวิจัยถือว่าเป็นความลับ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร เพื่อที่จะตอบคำถามการวิจัยนี้ได้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ระยะ เป็นลำดับดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาบริบทการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

จากการศึกษาข้อมูลบริบท สถานการณ์ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่เสียชีวิตรวมทั้งทบทวนเอกสารเวชระเบียนและผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล 3 ปีย้อนหลัง สถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 4, 16 และ 7 รายคิดเป็นร้อยละ 2.33, 11.94 และ 5.98 ตามลำดับ โดยมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านจิตเวชจากยาเสพติดจำนวน 2 ราย โดยในปีพ.ศ. 2566 ข้อมูลจากระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งมีความเสี่ยงระดับสูงสุด ผลการทบทวนของคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 8 พบสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถจัดการและแก้ไขได้ที่สำคัญมีดังนี้

1. ด้านกระบวนการให้บริการ

1) การจัดบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในช่วงฝากครรภ์ยังปัญหาในแนวทางการปฏิบัติการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดที่แนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจนและความเข้าใจในการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 1 “การคัดกรองตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในเคสทอง ก็ไม่ได้ส่งปัสสาวะตรวจทุกคน เขามักปกปิดข้อมูล เข้าถึงข้อมูลยากอยู่”

2) ขาดการเชื่อมประสานด้านข้อมูลการวางแผนดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 2 “ถ้าเคสทองมาคลอด ถ้างาน ANC ไม่ส่งข้อมูลมาขึ้นกระดานไว้ก่อน ห้องคลอดก็จะไม่รู้ว่าคุณเคสนี้ใช้สารเสพติดหรือมีความเสี่ยงเรื่องอะไรบ้าง”

3) ปัญหาเรื่องความเข้าใจและความชำนาญในการปฏิบัติงาน จากการใช้อัตรากำลังร่วมกันระหว่างห้องคลอดและห้องฉุกเฉินในเวรปายดึก แนวปฏิบัติการคัดกรองแรกรับของหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดไม่ชัดเจน เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ เกณฑ์การ consult แพทย์ เกณฑ์การส่งต่อทำให้บุคลากรที่หมุนเวียนไปดูแลผู้คลอดขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังกล่าว

ผู้ให้ข้อมูล 3 “เคลต้องที่มาคลอด ดูไม่ออกกว่าคนไหนใช้สารเสพติดถ้าไม่ตรวจปัสสาวะ ถ้าประเมินเบื้องต้นที่พอจะเห็นชัด คือ ชีพจรเร็ว”

ผู้ให้ข้อมูล 4 “แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มนี้ก็ยังไม่ชัดเจน เวลาเมื่อเคล consult เป็นรายๆ ไป

4) แผนกหลังคลอดขาดแนวปฏิบัติการดูแลทารกที่เกิดจากการตกที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมและให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นในระยะหลังคลอดรวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติหรือคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนรวมทั้งการจัดกระบวนการดูแลที่แยกส่วนโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของแต่ละแผนก อีกทั้งบุคลากรยังขาดทักษะการคัดกรองโรคหัวใจทำให้พบปัญหาล่าช้าด้านการวินิจฉัย ตัดสินใจรักษาและประสานส่งต่อรวมทั้งแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในระยะหลังคลอดไม่ชัดเจน ดังคำกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 6 “ถ้าเจอเคลที่ heart failure แล้วให้เราทำ cardioversion คนท้อง เราไม่มั่นใจเพราะเสี่ยงมากๆ”

2. ด้านบุคลากร บางส่วนยังขาดทักษะในการตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ตลอดจนยังมีความรู้และทักษะที่ยังไม่เพียงพอในการดูแลในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ผู้ให้ข้อมูล 12 “เราน้องใหม่ย้ายมาทำงานไม่เคย CPR คนท้อง และปีนี้ยังไม่ผ่านอบรม ACLS กับ PALS เลย”

3. ด้านผู้รับบริการ/หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน มีปัญหาเรื่องการมารับบริการฝาก

ครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ เลิกเสพยาเมทแอมเฟตามีนไม่ได้ ขาดนัด ไม่มารับการฝากครรภ์ (No ANC) ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อพบสูติแพทย์ ปัญหาครอบครัว ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวหาดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูล “เคลมาฝากท้องเขาไม่ค่อยบอกความจริงกับเรา เวลาสอบถามประวัติการใช้สารเสพติด มักปฏิเสธหรือปกปิด เขาไม่ห่วงลูกในท้องเลย”

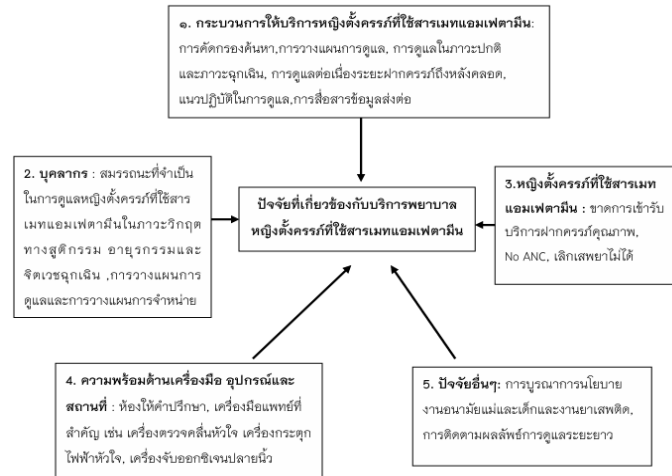
4. ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสถานที่ ยังไม่มีห้องให้คำปรึกษาที่แยกชัดเจน เครื่องมือที่ยังมีไม่เพียงพอในการจัดบริการ ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ และอุปกรณ์ผู้กระตุ้นผู้ป่วย ดังคำกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 1 “เคลต้องบางคนเขาก็ห่วงภาพลักษณ์ตัวเอง เวลาถูกถามเรื่องการเสพยาเสพติด จะตอบก็กลัวคนอื่นมอง ห้องให้คำปรึกษาก็ยังไม่เป็นสัดส่วน

5. ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเชื่อมโยงนโยบายงานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานยาเสพติด การติดตามผลลัพธ์การดูแล

ระยะที่ 2 : การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

จากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสามารถระบุปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ด้านกระบวนการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด ด้านสมรรถนะบุคลากรด้านผู้รับบริการ/หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ด้านความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์และสถานที่ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายงานสำคัญ ได้แก่ นโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก และงานยาเสพติดจากปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซึ่งผู้วิจัยได้ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอดและสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอ้างอิงแนว

ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 8¹⁰⁻¹¹ โดย
การพัฒนาในการวิจัยครั้งนี้ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1
ของการพัฒนา ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลการพัฒนาดังนี้



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทบอลิซึมในบริบทโรงพยาบาลทุติยภูมิ

6-Process of care⁵ : หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทบอลิซึม

ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (Access and Entry) คือ การกำหนดแนวทางการฝากครรภ์ของ รพ.และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จาก รพ.สต. มาพบแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยง แยกประเภทระดับความเสี่ยงและวางแผนการฝากครรภ์และการคลอด การตรวจหาสารเมแทบอลิซึมในปัสสาวะเมื่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกและทุกครั้งในกลุ่มที่มีประวัติใช้สารเสพติดเพื่อที่จะวินิจฉัยโรคและรักษาได้ทันเวลาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยง ได้แก่ แบบคัดกรอง V2, 9Q, 8Q, ST-5 ผลลัพธ์การพัฒนา คือ เกิดการคัดกรองสารเมแทบอลิซึมในการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้ง สำหรับกลุ่มเสี่ยงและทุกครั้งสำหรับกลุ่มที่ยังใช้สารเมแทบอลิซึม ,กำหนดสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) เพื่อเฝ้าระวัง รายงานอาการและส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Planning) การดูแล คือ มีระบบการส่งให้คำปรึกษาคลินิกยาเสพติด, เกณฑ์การส่งต่อพบแพทย์ telemedicine กลุ่มเสี่ยงในช่วงฝากครรภ์, กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเฉพาะราย

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้ป่วย (Care of patient) : คือ การได้รับการบำบัดยาเสพติดคู่ขนานกับการฝากครรภ์คุณภาพ, standing order, แนวทาง/แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด

ขั้นตอนที่ 5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information & Empowerment) คือ แนวทางการวางแผนจำหน่ายมารดาที่ใช้สารเมแทบอลิซึมและทารก, กิจกรรม C3THER & การวางแผนการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิด

ขั้นตอนที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) คือ การติดตามนัด การเยี่ยมมารดาที่ใช้เมแทบอลิซึมและทารก และแนวทาง consult & referral

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมแทบอลิซึมในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด

มีการจัดโครงการอบรมวิชาการเรื่องแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ผลการประเมินระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 จัดศึกษาดูงานการดูแลมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและทารกหลังคลอด เรียนรู้ผ่านการทบทวนกรณีศึกษา

จากการพัฒนางานในรอบที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องได้รวบรวมข้อมูลและสรุปปัญหาอุปสรรคจากการได้ลงมือปฏิบัติพบว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้นในกระบวนการดูแลยังขาดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ถึงหลังคลอด ทีมผู้วิจัยจึงวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลแบบรายกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนขึ้นในรอบที่ 2 โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลจัดการรายกรณีเพื่อที่จะแก้ปัญหาอื่น อีกทั้งได้เสนอแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ระยะที่3:การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน การประเมินผลเกิดขึ้นในระยะขั้นพัฒนาทุกวงรอบ ผลลัพธ์จากการพัฒนาทั้ง 2 วงรอบ พบว่า

1) ผลลัพธ์จากการปรับแนวทาง/แนวปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนทีมพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ดังคำกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 8 “พอมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เราเข้าใจ ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น”

2) เกิดการเรียนรู้การพัฒนางานแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การปฏิบัติ และนำเสนอการแก้ไขปัญหาด้วยกัน ผู้ให้ข้อมูล 11 “ถ้าทีมเราได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ได้มากขึ้น”

3) มีช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ในการส่งต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารการวางแผนการดูแลโดยผ่านช่องทาง line group KSM

team ผู้ให้ข้อมูล 14 “ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำให้การสื่อสารข้อมูลรวดเร็วและเกิดสัมพันธภาพที่ดีจากการได้ทำงานและเรียนรู้ร่วมกัน”

4) ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนของพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 โดยให้เหตุผลว่าง่ายต่อการปฏิบัติและนำไปใช้ได้จริง

5) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดที่โรงพยาบาลในช่วงที่ศึกษาจำนวน 5 ราย มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน บริบทโรงพยาบาลหุติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะประเมินผล ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลและอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดบริการและปฏิบัติการหญิงตั้งครรภ์และทารกเสียชีวิตจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน จากปัญหาด้านกระบวนการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนในระยะตั้งครรภ์ที่ยังไม่มีแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจนทำให้การปฏิบัติมีความหลากหลายมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การทำงาน อีกทั้งการค้นหาคัดกรองไม่ครอบคลุมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดทำให้เกิดผลพวงในการคัดกรองและเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ซึ่งจากลักษณะของปัญหานี้ได้มีการศึกษาของจาริณี คุณทวีพันธุ์และคณะ¹² ที่ศึกษาผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า การมีแบบคัดกรองที่มีความถูกต้อง

ครบถ้วน ชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติจะสามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาอย่างเหมาะสม ส่วนด้านสมรรถนะบุคลากร พบปัญหาเชิงขาดสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินในกลุ่มที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนโดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งจากสรุปรายงานการดำเนินงานของงานอนามัยแม่และเด็ก เขตบริการสุขภาพที่ 8 พบสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนสูงขึ้น ทั้งนี้จากการศึกษาได้ร่วมกันเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยจัดอบรมวิชาการของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ เย็นเสมอ¹³ ศึกษาการพัฒนากระบวนการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียว เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้จังหวัดสุรินทร์พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพบริการจากการจัดการเรียนรู้ร่วมกันมีแนวทางปฏิบัติ แนวทางส่งต่อร่วมกัน สามารถลดอัตราการตายได้ และจากผลการศึกษาด้านผู้รับบริการ/หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมีปัญหาเรื่องการมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพและไม่สามารถเลิกเสพสารเมทแอมเฟตามีนได้ซึ่งเกิดจากการขาดความตระหนักในการเข้ามารับบริการ มีปัญหาครอบครัวที่ซับซ้อนร่วมกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการเข้ามารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ และด้านความพร้อมของเครื่องมือ สถานที่ในการให้บริการยังมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ เครื่องจับออกซิเจนปลายนิ้ว ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้านนโยบาย ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก และงานยาเสพติด มีการบูรณา

การการดูแลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนร่วมกันที่ยังไม่ชัดเจน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ประกอบด้วย 2 วงรอบ ดังนี้ วงรอบที่ 1 ยกร่างแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด วงรอบที่ 2 พัฒนาการดูแลแบบการจัดการรายกรณีโดยผลการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่สำคัญมีดังนี้ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ: เกณฑ์ฝากครรภ์ของ รพศ. รพช. และ รพ.สต การ screening urine amphetamine 2) การประเมินผู้ป่วย: แบบประเมิน V2, 9Q, 8Q, ST-5, OAS, NAS ในทารกแรกเกิดและ Early warning sign 3) การวางแผน: ส่งให้คำปรึกษาและบำบัดยาเสพติดที่คลินิกยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงสูงส่งต่อพบสูติแพทย์ที่ รพศ. 4) การดูแลผู้ป่วย: ฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพร่วมกับการบำบัดยาเสพติด ปฏิบัติตาม standing order, กิจกรรม C3THER และการดูแลแบบการจัดการรายกรณี 5) การให้ข้อมูล: Discharge planning 6) การดูแลต่อเนื่อง: ติดตามนัดการเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ ซึ่งผลการพัฒนามีความสอดคล้องกับการศึกษาของศุภสิทธิ์ สุชี⁷ ที่ได้วิจัยและพัฒนารูปแบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษามีข้อค้นพบว่า การมีโปรแกรมการรักษาที่ครอบคลุมและปรับให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การดูแลด้านการใช้สารเสพติดและการฝากครรภ์ ตลอดจนการให้คำปรึกษาและความรู้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาแต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามนัด (drop out) โดยศึกษาในระยะเวลา 6 สัปดาห์และมีการติดตามผล 28 วัน ถือว่าระยะเวลาสั้นเกินไปโดยเฉพาะสำหรับการประเมินผลการเลิกใช้สารเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้เกิดรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบการ

จัดการรายกรณีเพื่อที่จะมีผู้ประสานการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดสามารถดูแลได้ครอบคลุม พยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการดูแลดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 9 “ถ้าเรามีพยาบาลดูแลเฉพาะรายเข้ามาดูแลตั้งแต่รับไว้ครั้งแรก และติดตามจนถึงระยะหลังคลอดจะช่วยให้ครอบคลุมทั้งข้อมูล ความเสี่ยงที่ต้องระวัง แผนการดูแล การจัดการต่าง ๆ ที่ต่อเนื่อง” ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของนัชชา บำณภูมิ¹⁴ พัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โดยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งหญิงตั้งครรภ์ ครอบคลุม ชุมชนและบุคลากรสุขภาพจะแก้ปัญหาได้ครอบคลุมและสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ สันธวาชีวะ¹⁵ ศึกษาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการจัดการรายกรณี : กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหายาเสพติดและจิตเวช พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การวางแผน และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันการวางแผนการดูแล จะช่วยให้ทุกหน่วยงานที่ร่วมดูแลจัดการปัญหาได้ครอบคลุม ผู้รับบริการปลอดภัยและผลจากการศึกษาคครั้งนี้ในระยะหลังคลอดพบว่า การวางแผนการจำหน่ายในระยะหลังคลอดจะช่วยให้การจัดบริการในระยะหลังคลอดมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูล 15 “เราพัฒนาแผนการจำหน่ายขึ้นมาทำให้รู้ว่าต้องดูแลเรื่องอะไรบ้าง ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครบถ้วนปลอดภัยและพึงพอใจ” ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของพรทิพย์ หอมเพชรและคณะ¹⁶ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการวางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จะช่วยลดผลกระทบต่อมารดาและทารก

**ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา
รูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมท
แอมเฟตามีน** ผลลัพธ์ด้านข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า

อัตราการขาดนัดลดลงจากการสื่อสารในทีมเครือข่ายรพ.สต ในการติดตามให้เข้าถึงบริการและผลการประเมินด้านความพึงพอใจพบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนของพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 โดยให้เหตุผลว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นง่ายต่อการปฏิบัติ มีการจัดทำคู่มือแนวทาง/แนวปฏิบัติเพื่อลดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน สำหรับผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดในช่วงศึกษาจำนวน 5 ราย ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติทั้งหมด มีความพึงพอใจต่อการรับบริการระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้การดำเนินงานได้ตามเป้าหมายคือ การทำงานรูปแบบเครือข่ายและการทำงานเป็นทีม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารการพยาบาล : ควรมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสาขาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล : นำการคัดกรองค้นหาและการดูแลแบบรายกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ปรับใช้ในบริบทที่ใกล้เคียง
3. ด้านวิจัยทางการพยาบาล : ควรมีการศึกษาระยะยาวในการติดตามพัฒนาการเด็กที่เกิดจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่มงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอกุสุมาลย์ทุกท่านที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงและที่สำคัญยิ่งผู้ร่วมวิจัยทุกท่านรวมถึงหญิงตั้งครรภ์ในโครงการทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์. สารเสพติดและการให้นมแม่. ใน: สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2546. p. 305-11.
2. สถาบันธัญญารักษ์. รายงานการใช้สารเสพติดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันธัญญารักษ์; 2563.
3. จุฑารัตน์ ชัยวีร์พันธ์เดช, สิริลักษณ์ กาญจนบุตร. ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด. วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559;60(1):53-63.
4. อติศักดิ์ ไชยเชตการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2021;18(2):105-12.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: การพิมพ์เทียนทอง; 2565.
6. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลกุสุมาลย์. สถิติผู้คลอดโรงพยาบาลกุสุมาลย์ ประจำปี 2564-2567. 2567.
7. ศุภสิทธิ์ สุธี. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลภาคอีสาน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(4).
8. Holter IM, Schwartz-Barcott D. Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? J Adv Nurs. 1993;18:298-304.
9. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2546.
10. จุฑารัตน์ นันตะสุข, สุภารัตน์ ศิริชัยพรรคดี, อัมพร ตัวนัย. คู่มือการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อทารกแรกเกิด เขตบริการสุขภาพที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1. สกลนคร; 2562.
11. รัฐวิทย์ สุนทร. Pregnancy with Amphetamine used [เอกสารประกอบการบรรยาย]. อุดรธานี: การประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8; 2568 มี.ค. 18.
12. จาริณี คุณทวีพันธุ์, และคณะ. ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(1):19-57.
13. จารุวรรณ เย็นเสมอ. การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวเพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):143-59.
14. นัชชา บำรุงภูมิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะโรงพยาบาลผาขาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(3):42-52.
15. สุรัช ลิขิตวาชีวะ. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณี: กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหาเสพติดและจิตเวช. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2562;4(3).
16. พรทิพย์ หอมเพชร, พิสมัย กองทรัพย์, นงนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมาปรึกษา และการกลับมาเสพซ้ำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2566;26(1):12-25.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม/สนับสนุน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ลงวารสาร ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ มีกำหนดการเผยแพร่วารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์ลงวารสาร ต้องเป็นตัวพิมพ์ โดยใช้แบบอักษร (Font) ชนิดไทยนิรमित (TH Niramit AS)
2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์
3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ
4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 14 หน้า
5. ทำการจัดหน้ากระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว
6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา
 - 6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ
 - 6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
 - 6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - 6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา
 - 6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ
8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและคั่นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail:, Tel. ของผู้พิมพ์หลัก
9. บทคัดย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทคัดย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.)

10. การเรียงลำดับของหัวข้อในบทความ หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ชิดขอบทางด้านซ้าย จากนั้นหัวข้อย่อยให้เว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ กำหนดระยะที่ 0.7” และหัวข้อย่อยถัดไป กำหนดระยะย่อหน้า 1.1” ทำการเว้นระยะพิมพ์ 0.5 ของช่วงบรรทัด

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย

1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1.5 อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ (Discussion) ผู้นิพนธ์ควรเขียนให้มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัย ว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของใคร เป็นไปตามแนวคิด/ทฤษฎีหรือไม่ และอภิปรายถึงผลการวิจัยดังกล่าว

1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน

1.8 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงเอกสารและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิง ให้ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ/เนื้อหา ที่ได้นำมาอ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ การอ้างอิงจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงในเนื้อหาทั้งหมด

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น

2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน

ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ

2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

กำหนดให้เขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อ บุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้อง ตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พัทธพงศ์ เข้มปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ฌัญญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของ น้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิด. วารสารสภาภาษาไทย. 2565; 15: 108-126.
3. Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract. 2009; 26: 10-21.

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Association of Surgical Oncologists (Thailand), International College of Surgeon (Thailand Section). Proceeding ASOT 2003: 1 st Scientific Meeting "Cancer management of today from gene to cure"; July 12-14, 2003; Ambassador City Jomtien Hotel, Pattaya. n.p.; 2003.

3.3 เอกสารเผยแพร่บน Internet

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner. G*Power 3: A flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007. [15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.

3.4 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

โยธิน เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ตีพิมพ์. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดีจากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2553. 75 หน้า

Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

92 Tambol. Nongsang Mueng nakhon Phanom, Nakhon Phanom Province 48000

Tel. +66 4251 2196 #4101 Fax. +66 4251 2184

E-mail: bcnnjournal@gmail.com