

Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข



ฉลอง 110 ปี
โรงพยาบาลทุ่งสง

Volume 1 • Issue 3 • September–December 2026

ปีที่ 1 • ฉบับที่ 3 • กันยายน–ธันวาคม 2569

Published by Thungsong Hospital



วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข
Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2569

วัตถุประสงค์ (Aims and Scope)

1. เพื่อเป็นเวทีวิชาการสำหรับเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการคุณภาพสูง ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิชาการ บทความพินิจวิชาการ บทความสั้น รายงานผู้ป่วย บทความมุมมองและสะท้อนคิด ในสาขา การแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ และ ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในระดับสถาบัน ระดับประเทศ และนานาชาติ
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการกับหน่วยงานสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และ องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อสนับสนุนพันธกิจของโรงพยาบาลทุ่งสงในการสร้างองค์ความรู้ และยกระดับคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางการแพทย์
พยาบาลและสาธารณสุข
โรงพยาบาลทุ่งสง
186 หมู่ 7 ตำบลหนองหงส์
อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80110
โทร. 0-7541-0100 ต่อ 1304
Email: jmnprnstts@moph.go.th

Editorial Office

Journal of Medicine, Nursing and Public
Health Research
Thungsong Hospital
186 Moo 7, Nong Hong Subdistrict,
Thungsong District, Nakhon Si Thammarat
80110, Thailand Tel: +66 75 410100 ext. 1304
Email: jmnprnstts@moph.go.th

กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ (3 Issues Per Year)

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน (No.1 Jan-Apr)
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม (No.2 May-Aug)
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม (No.3 Sep-Dec)

เจ้าของ (Published by)

โรงพยาบาลทุ่งสง (Thungsong Hospital)

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind Review) ยกเว้นประเภท มุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (Perspectives and Reflections in Medicine) และบทวิเคราะห์ บรรณาธิการ (Editorial Commentary) จะผ่านเฉพาะการพิจารณาโดยกองบรรณาธิการ (Editorially Reviewed) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข
Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2569

บรรณาธิการที่ปรึกษากิตติมศักดิ์	กองบรรณาธิการ	
ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ นพ.จรัส จันทร์ตระกูล	ศ.ดร.นพ.ชัชมา สอนกระต่าย ศ.ดร.นพ.ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ ศ.ดร.นพ.อภิชัย วรรณระพีพิษฐ์ รศ.ดร.พญ.จกกลณี วงศ์ปิยะบวร รศ.นพ.กมล แก้วกิตติณรงค์ รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ รศ.พล.ต.หญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้ รศ.ดร.พิไลพร สุขเจริญ รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย รศ.ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์ รศ.ดร.ประติษฐ์พร พงศ์เตริ่ง	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ข้าราชการบำนาญนายแพทย์เชี่ยวชาญกรมควบคุมโรคฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งพร สถาบันพระบรมราชชนก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง สถาบันพระบรมชนก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนสงขลา สถาบันพระบรมชนก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมชนก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้ โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลทุ่งสง
บรรณาธิการที่ปรึกษา		
พญ.ศุภลักษณ์ ละอองเพชร นพ.พีระพงศ์ ฉายวิริยะ		
บรรณาธิการ		
นพ.ธีรพล สุขมาก โรงพยาบาลทุ่งสง		
บรรณาธิการร่วม		
ทพญ.ปิยะชนก แก้วเพ็ง โรงพยาบาลทุ่งสง นพ.กรวิทย์ จงวิไลเกษม โรงพยาบาลทุ่งสง พ.พรทิพย์ รัตนบุรี โรงพยาบาลทุ่งสง	ผศ.พญ.อรสา ทอรัตนเรือง ผศ.นพ.ธีรพันธ์ สงน้อย ผศ.นพ.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ ผศ.ดร.ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ ผศ.ดร.อารยา เชียงของ ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ ผศ.ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน ผศ.ดร.ธิดา โสทธิโยธิน ผศ.ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ผศ.ดร.อรอุณา รักหาบ ผศ.(พิเศษ) พ.ต.ต.นพ.ธรรมศักดิ์ ทัพศรี ผศ.ดร.นภชา สิงห์ธรรมธรรม ดร.ทพญ.อริศา ศรีคง ดร.ทพญ.ปานแก้ว ยักกะพันธ์ ดร.ศิริเนตร สุขี ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ ดร.ชจิต บุญประดิษฐ์ ดร.จตุพร ตันโนกิจ ดร.ณัฐธรรมา น้ำฟ้า ดร.สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ พญ.สุพรรณภากร กาญจนะ พญ.พัทธธิดา จินตนาปัญญา พญ.ศุภานัน สุขมาก พญ.กษมาพร เทียงธรรม พญ.สิมิลัน ศิริศรี พญ.ณัฐภา รุจิโรทัยกุล พญ.อรุณรัตน์ คำเกลี้ยง พว.สายใจ รัตนพันธ์ พว.ปรีดา มณีฉาย นางเมธิตา พุทธชาติ	
บรรณาธิการจัดการ		
พว.ปิยวรรณ สงชู		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
น.ส.ทิพย์ญา แสงแก้วสุข น.ส.นพพร ทวีจบ		
บรรณาธิการฝ่ายเทคนิคระบบ		
นายสรวิศ ขวัญศิริ		
บรรณาธิการภาษา		
น.ส.มนัสนันท์ ปานสีเสด นายสมชาย พริกเล็ก ทพญ.ธัญชนก ขาวหมัดจด ทพญ.วรรณภา สอนจันทร์		
บรรณาธิการฝ่ายจัดพิมพ์และรูปแบบ		
ภญ.เบญจพร เลิศวิทยานนท์		

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles):

- e7745 ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการตนเอง และ
อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง
Effects of a Self-Management Support Program on Self-Management Ability
and Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients at Ratsada
Hospital, Trang Province
พิชามณูช อภิศักดิมนตรี
- e7809 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรง ใน
ชุมชน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา
Developing a Model for Caring for Psychiatric and Substance Abuse Patients
to Prevent Violence in the Community of Lamthamenchai District, Nakhon
Ratchasima Province
อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, กัญชมน สีหะปัญญา
- e7884 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการยุติ
การตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้
Factors Associated with Unintended Pregnancy among Women Receiving
Pregnancy Termination Services at a Hospital in Southern Thailand
กิตติคุณ ต้นประดิษฐ์
- e7913 ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดระดับไขมันในเลือดของวัยทำงาน
ในสถานประกอบการ จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Effects of Health Literacy Promotion on Reducing Blood Lipid Levels
Among Working-Age Adults in Workplaces, Nakhon Si Thammarat Province
สิริทิพย์ ลักษณะวิลาศ, ทนต๊ะทิชา วรดี, วัชรวิญญา แววรรณจิตร, ธเนศ สังข์ศรี
- e8144 ผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เป็น
Respiratory Distress Syndrome และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ที่
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร
Clinical Outcomes and Factors Associated with Mortality in Premature Infants
with Moderate to Severe Respiratory Distress Syndrome Receiving Surfactant
Therapy at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital
ธีรวัน อุไพศิลป์สถาพร

มุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (Perspectives and Reflections in Medicine):

- e7934 หลังผ่านจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์ สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยยังน่า
กังวลหรือไม่?
Tuberculosis in Thailand After the Peak of the HIV Epidemic: Is It Still a Cause for Concern?
พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการตนเอง และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง

พิชามณู อภิศักดิมนตรี*

โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ป่วยประเมินอาการและจัดการตนเองไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2) เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3) เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลรัฐฯ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มสัมพันธ์

ผลวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 4.531, p = 0.001$) และมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 5.814, p = 0.001$) นอกจากนี้ คะแนนอาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 8.113, p = 0.001$)

บทสรุป: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการและจัดการตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหายใจลำบาก, ความสามารถในการจัดการตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ: พิชามณู อภิศักดิมนตรี

อีเมล: Pichamon8841@gmail.com

รับบทความ: 18 เมษายน 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 5 มิถุนายน 2569; รับผิดชอบ: 7 มิถุนายน 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Effects of a Self-Management Support Program on Self-Management Ability and Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients at Ratsada Hospital, Trang Province

Pichamon Apisakmontree*

Ratsada Hospital, Trang Province

Abstract

Background: Dyspnea is a common symptom among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Patients who inadequately assess their symptoms and use inappropriate self-management strategies are at heightened risk of acute exacerbation. This study aimed to: 1) compare patients' dyspnea assessment ability before and after participating in the program; 2) compare patients' self-management ability before and after participating in the program; and 3) compare patients' dyspnea severity before and after participating in the program.

Methods: This study used a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 30 patients with COPD receiving continuous treatment at Ratsada Hospital, selected by purposive sampling. Research instruments consisted of data collection tools and an experimental instrument, namely a self-management support program developed by the researcher. Descriptive statistics including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, along with the paired t-test, were utilized for data analysis.

Results: After participating in the program, patients had significantly higher dyspnea assessment ability scores than before the program ($t = 4.531$, $p = 0.001$) and significantly higher self-management ability scores than before the program ($t = 5.814$, $p = 0.001$). In addition, dyspnea severity scores after the program were significantly lower than before the program ($t = 8.113$, $p = 0.001$).

Conclusion: The self-management support program developed for patients with COPD at Ratsada Hospital, Trang Province, helped improve patients' ability to assess symptoms and self-manage episodes of dyspnea.

Keywords: Self-Management Support Program, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Dyspnea, Self-Management Ability

*Corresponding Author: Pichamon Apisakmontree

E-mail: Pichamon8841@gmail.com

Received: 18 April 2026; Revised: 5 June 2026; Accepted: 7 June 2026



This article is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งยังขาดรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทย พบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างคงที่ ปี 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 183,422 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.40 ปี 2564 จำนวน 189,543 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.42 และปี 2565 จำนวน 187,898 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 อัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ ปี 2563–2565 คิดเป็นร้อยละ 4.66, 4.44 และ 4.30 ตามลำดับ แม้ว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างคงที่ แต่ในส่วนของการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation; AE) กลับเพิ่มขึ้น ข้อมูลการกำเริบของโรคเฉียบพลันในปี 2563 พบผู้ป่วย COPD ในจังหวัดตรังและในอำเภอรษฎา มีอัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันอยู่ที่ 167.68 และ 175.47 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย ปี 2564 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันอยู่ที่ 137.57 และ 192.37 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย ปี 2565 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันอยู่ที่ 132.34 และ 214.58 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย ตามลำดับ [1]

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดโรคนี้ถึงร้อยละ 75.4 โดยคนที่สูบบุหรี่ค่า FEV1 จะลดลงมากกว่าคนปกติประมาณ 30–45 มิลลิลิตรต่อปี และยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นข้อมูลสนับสนุนการเกิดโรค ได้แก่ สารพันธุกรรม เพศ รวมถึงปัจจัยที่กำลังเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ มลพิษในอากาศ ทั้งอนุภาคขนาดใหญ่และขนาดเล็กโดย Particulate Matter ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) มีผลเพิ่มความเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.51 และ 1.68 เท่าตามลำดับ [2] การเกิดอาการกำเริบบ่อยจะทำให้ค่า FEV1 (Forced Expiratory Volume in One Second) ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการกำเริบน้อย โดยผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบบ่อยค่า FEV1 จะลดลง 40.1 มิลลิลิตรต่อปี ขณะที่ผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบน้อยจะมีการลดลงของ FEV1 32.1 มิลลิลิตรต่อปี นอกจากนั้นการกำเริบของโรคยังสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต โดยผู้ป่วย COPD ที่มีการกำเริบมากกว่า 3 ครั้งต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีประวัติการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [3]

โรงพยาบาลรษฎาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) ร่วมกับแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2565 และแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเวชศาสตร์สาธารณสุข (Clinical Practice Guideline: CPG) เขตบริการสุขภาพที่ 12 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563–2565 พบอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 175.47, 192.37 และ 214.58 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่เกิน 110 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย) และสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดตรัง [4] จากการทบทวนปัญหาโดยทีมดูแลผู้ป่วยพบประเด็น คือ การจัดการตนเองก่อนเกิดอาการกำเริบที่ไม่เหมาะสม เช่น ไข้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นอาการหอบ ไม่กล้าออกกำลังกายในการออกกำลังกาย ตลอดจนขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับบริการตามนัด ปัญหาในด้านผู้ให้บริการ เช่น ให้คำแนะนำไม่เหมาะสมหรือไม่จำเพาะตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ขาดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตัวเองที่บ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุม ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลที่บ้านไม่มีความต่อเนื่อง

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหลายบริบท แต่การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทางที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ยังขาดการศึกษาที่พัฒนาและทดสอบโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินอาการหายใจลำบากและการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการกำเริบ ซึ่งถือเป็นช่องว่างของงานวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญและยังไม่ได้รับการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลรษฎา จังหวัดตรัง

ดั่งนั้งานวิจยนี้จิงมีเป้าหมายเพื่อศีกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการตนเองและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลร้ฐา จังหวัดตรัง และนำผลการวิจยมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการลดอาการหายใจลำบากได้อย่างเหมาะสม อาการหายใจลำบากลดลง และไม่เกิดการกำเริบของโรคเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์วิจย

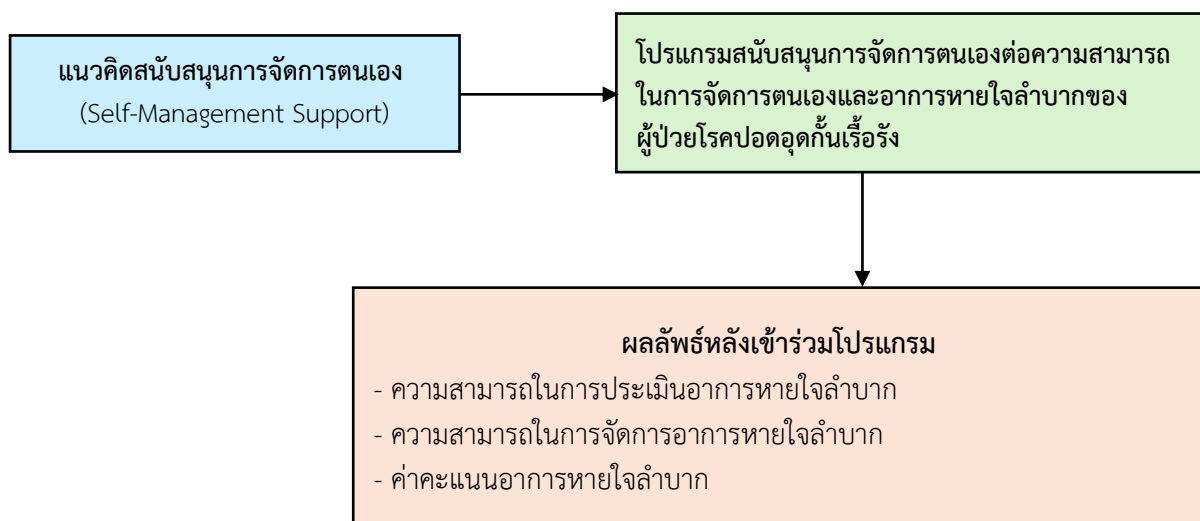
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานวิจย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากสูงขึ้น
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองสูงขึ้น
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง

กรอบแนวคิดวิจย

ผู้วิจยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) ของกลาสโว์และคณะ [5] มุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาที่เหมาะสม และมีอาการหายใจลำบากลดลง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (Quasi-Experimental Research: One-Group Pretest–Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ ตั้งแต่ปี 2565 และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องถึงปี 2567 โดยเป็นผู้ป่วยที่เหลือนิตตามได้ทั้งหมดในปี 2567 ทั้งสิ้น จำนวน 141 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม ความเชื่อมั่นที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล 0.5 กำลังการทดสอบที่ 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจการสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรงพยาบาลรัฐฯ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามจำนวน
2. ผู้ป่วยไม่สามารถติดตามอาการได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาและประสบการณ์ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสอบถามความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของสุนีย์ เฮดือระ [6] ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนจากมากไปน้อย คือ (5 คะแนน) ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย

3. แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของสุนีย์ เฮดือระ [6] ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนจากมากไปน้อย คือ (5 คะแนน) ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย

4. แบบประเมินภาวะการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ของ Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale มีการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนภาวะการหายใจลำบาก

คะแนนที่ได้

รู้สึกหายใจเหนื่อยขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น	0
หายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ	1
เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ	2
ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตรบนพื้นราบ	3
หายใจหอบมากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) ของกลาสโว์ ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลขนาด F2 ของกรมการแพทย์

2. สื่อที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย LINE Group “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอรังษี” คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สื่อแอนิเมชันเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการตนเอง เพื่อลดอาการหายใจลำบาก สื่อทั้งสามรายการนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจง่ายในเวลาที่รวดเร็ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) มีค่าระหว่าง 0.67–1.00 และนำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือและให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน–30 กันยายน 2567

ขั้นทดลอง

เดือนที่ 1 ขั้นตอนประเมินและเตรียมความพร้อม (Assess) ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการตนเอง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Pretest) และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมความพร้อมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ช่วงวันที่ 1–30 เมษายน 2567

เดือนที่ 2 ขั้นตอนให้คำแนะนำ (Advise) ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก การจัดการอาการหายใจลำบาก สอนการใช้งาน LINE Application ควบคู่กับคู่มือการจัดการตนเองและสื่อแอนิเมชัน ช่วงวันที่ 1–31 พฤษภาคม 2567

เดือนที่ 3 และ 4 ทำความตกลง (Agree) ช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งประเมินแนวโน้มการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือน ผ่านกลุ่ม LINE พร้อมทั้งตอบข้อซักถามในรูปแบบข้อความตอบกลับทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ช่วงวันที่ 1 มิถุนายน 2567–31 กรกฎาคม 2567

เดือนที่ 5 ติดตามประเมินผล (Arrange) ติดตามเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่ออาการหายใจลำบากรายบุคคล เปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งชมเชยและเสริมพลังให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2567–31 สิงหาคม 2567

ขั้นหลังการทดลอง

เดือนที่ 6 ติดตามประเมินผล (Arrange) ประเมินความก้าวหน้าความสามารถในการจัดการตนเองโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Posttest) ชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและแจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย ช่วงวันที่ 1 กันยายน 2567–30 กันยายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการตนเอง และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ทดสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p = 0.321$)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครฯ เลขที่ใบรับรอง IRB of BCNT 14/2567 เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2567 และนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และตลอดการศึกษาเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 30 ราย สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาได้ทุกครั้งตามที่กำหนด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 86.67 เพศหญิงร้อยละ 13.33 อายุเฉลี่ย 68.30 ปี อายุน้อยที่สุด 32 ปี มากที่สุด 89 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.67 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 90.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 18.45 ปี ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากที่สุด 32 ปี มีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 76.67 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 13.33 และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 83.33 สำหรับประสบการณ์ในการจัดการอาการหายใจลำบาก พบว่าร้อยละ 100 ใช้วิธีพ่นยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการ รองลงมาคือนั่งพุง ร้อยละ 93.33 ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้านร้อยละ 83.33 การจัดการอาการหายใจลำบากที่พบน้อยที่สุด คือ การเป่าพัดลมและดื่มน้ำอุ่นเพื่อลดความเหนียวของเสมหะ ร้อยละ 26.67 และ 16.67 ตามลำดับ

2. คะแนนความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.65 ($SD = 0.38$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 4.06 ($SD = 0.32$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = 0.001$) ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 4.531, p = 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 1

ช่วงเวลา	M	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.65	0.38	4.531	0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.06	0.32		

* $p < 0.01$

3. คะแนนความสามารถในการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.58 (SD = 0.37) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.33) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = 0.001$) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 5.814$, $p = 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ช่วงเวลา	M	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.58	0.37	5.814	0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.81	0.33		

* $p < 0.01$

4. คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.72 (SD = 1.27) หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.92 (SD = 1.43) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 8.113$, $p = 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ช่วงเวลา	M	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.72	1.27	8.113	0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.92	1.43		

* $p < 0.01$

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประยุกต์มาจากแนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองของกลาสโว์และคณะ [5] ร่วมกับรูปแบบ CCM ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยกันจัดการปัญหาและอุปสรรค และสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและจัดการปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura [7] ที่ชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและประสบความสำเร็จในการจัดการอาการของตนเอง จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ เฮดือระ [6] ที่ได้ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า โปรแกรมมีความถูกต้อง เหมาะสม ปฏิบัติได้ง่ายตามบริบทของผู้ป่วย สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของวารุณี ดีบะละ [8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการควบคุมอาการทางคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง สามารถอธิบายได้ว่า มีการเสริมแรงและติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ทั้งจากการติดตามทางโทรศัพท์และกระตุ้นเตือนทางไลน์ มีการชื่นชมให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีและร่วมกันหาทางจัดการในส่วนที่ยังทำไม่ได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง

ลดลงกว่าเดิม สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura [7] ที่ชี้ว่าการได้รับแรงเสริมเชิงบวกและประสบการณ์ความสำเร็จซ้ำ ๆ จะเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และลดการรับรู้ความรุนแรงของอาการลงได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของจักรยาทร ภาณุตานนท์ [9] ที่ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลไสย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยรัตน์ สังข์มรรทร [10] ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ไม่พบการกลับมาพบยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย นุชรัตน์ จันทร [11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีขึ้นกว่าเดิม

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนร่วมกับบุคลากรสุขภาพด้านปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจริงของผู้ป่วยในบริบทพื้นที่ โดยสำหรับคลินิก ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเฉพาะทาง (COPD Clinic) ที่มีการบูรณาการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามปกติ รวมถึงกำหนดให้มีระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรและกำลังคนด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรัฐฯ ที่สร้างขึ้น ไปใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ในด้านการประเมินอาการ การควบคุมและจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสำหรับคลินิก พยาบาลควรนำโปรแกรمدังกล่าวไปบูรณาการในการให้คำปรึกษาและการสอนสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกรายในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งในการนัดหมายตามปกติและการติดตามทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างทักษะการประเมินอาการและการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดโปรแกรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลหลัก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
3. นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. ควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปทดสอบในลักษณะการวิจัยแบบหลายสถาบัน (Multicenter Study) โดยขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีบริบทการให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับชาติต่อไป

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) หรือ Generative AI ในการจัดทำบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdc2.stno.moph.go.th/hdc/reports>
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด; 2560.
3. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model CCM). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดตรัง. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. ตรัง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://tro.moph.go.th/main/home/>
5. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Jt Comm J Qual Saf. 2003;29(11):563–74. doi: 10.1016/s1549-3741(03)29067-5
6. สุนีย์ เฮดดิเอระ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
8. วารุณี ตีปะปะละ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เสริมสร้างแรงจูงใจ และฝึกทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(1):112–27. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/243509>
9. จักรายุทธ ภาณุตานนท์. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกมลาไสย. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(3):23–34. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/601>
10. กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(2):327–42. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MUSSBH/article/view/252847>
11. นุชรัตน์ จันทโร, เนตรนภา คู่พันธ์วี, ทิพนาส ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):25–37. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nurpsu/article/view/148286>

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรง ในชุมชน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

อนุวัฒน์ สรวนรัมย์^{1*}, กัญชมน สีหะปัญญา²

¹โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา, ²โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และวิเคราะห์ผลของแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาและพัฒนา แบ่งเป็น 6 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลนำเข้าในการพัฒนา 2) วางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3) ปฏิบัติตามแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4) ปรับปรุงการดำเนินงาน 5) ขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 6) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยวิเคราะห์ผลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตาม 6 เดือน ด้วยแบบประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือน โดยใช้สถิติ Descriptive Statistics เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Friedman Test และ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลวิจัย: พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในอำเภอลำทะเมนชัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขาดผู้ดูแล ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ส่วนรูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนโดยมีญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลักสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง อาการทางจิต และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทสรุป: รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น อาการทางจิต และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, สามเกลอลำทะเมนชัย

*ผู้ให้การติดต่อ: อนุวัฒน์ สรวนรัมย์

อีเมล: Anuwat_knc52@hotmail.com

รับบทความ: 2 พฤษภาคม 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 4 มิถุนายน 2569; รับผิดชอบ: 10 มิถุนายน 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Developing a Model for Caring for Psychiatric and Substance Abuse Patients to Prevent Violence in the Community of Lamthamenchai District, Nakhon Ratchasima Province

Anuwat Saraunrum^{1*}, Kanchamon Seehapanya²

¹Lamthamenchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province; ²Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province

Abstract

Background: Violence perpetrated by psychiatric and substance abuse patients is a significant problem impacting families and communities, and its prevalence is increasing. Therefore, providing care for psychiatric and substance abuse patients is crucial in preventing community violence. This study aims to investigate the current situation and challenges in caring for psychiatric and substance abuse patients, develop a model for community-based care, and analyze the effectiveness of this model.

Methods: This research and development project was divided into six phases: 1) Studying the problem situation through in-depth interviews with stakeholders to obtain input for development; 2) Participatory planning for developing care for psychiatric and substance abuse patients; 3) Implementing the care model for psychiatric and substance abuse patients; 4) Improving the operation; 5) Expanding the care model for psychiatric and substance abuse patients; and 6) Evaluating the effectiveness of the care model by analyzing results before, after participation, and at the 6 months follow-up. This evaluation utilized assessment tools for the severity of risk of violence against oneself and others, a psychiatric symptom assessment, an assessment of aggressive behavior, and a risk assessment tool for relapse (5 warning signs). Descriptive statistics were used to compare average scores over different time periods using the Friedman Test and the Wilcoxon signed-ranks test.

Results: The study found an increasing trend of psychiatric and substance abuse patients in Lamthamenchai District. These patients often lack caregivers, continuous treatment, deny their illness, and use substances. The " Samkler Lamthamenchai " care model in Lamthamenchai District, where relatives, village health volunteers, and village headmen or assistant village headmen served as primary caregivers, was found to significantly reduce the risk of violence, psychiatric symptoms, and aggressive behavior at the 0.05 significance level.

Conclusion: The " Samkler Lamthamenchai " care model in Lamthamenchai can help reduce the risk of violence against oneself and others, psychiatric symptoms, and aggressive behavior.

Keywords: Psychiatric and Substance Abuse Patients, Community-Based Care, Samkler Lamthamenchai

*Corresponding Author: Anuwat Saraunrum

E-mail: Anuwat_knc52@hotmail.com

Received: 2 May 2026; Revised: 4 June 2026; Accepted: 10 June 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดถือเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและสังคมไทยอย่างกว้างขวาง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากพฤติกรรมความรุนแรงมีสาเหตุจากหลายปัจจัยที่มีความซับซ้อนจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันแบบบูรณาการเพื่อจัดการปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) [1–3] กรมสุขภาพจิตพบว่า การก่อความรุนแรงที่มาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18 ใช้ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22 การดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 38 ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ [1] พฤติกรรมการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่มาจากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน [2] ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้มากถึงร้อยละ 27.6 [3] สาเหตุของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในชุมชนมาจาก 3 สาเหตุ ดังนี้ 1) เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเบื่อหน่าย เครียด ว่างานแล้วกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายในชุมชน 2) เกิดจากการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ระบบการดูแลป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง [4] หากต้องการฟื้นฟูคืนสู่สภาวะของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีปัจจัยที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด บุคคลในชุมชน บุคคลในทางด้านสุขภาพ และจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความหวัง มีพลังทางบวก มีเป้าหมายของชีวิตทำให้มีการรักษาต่อเนื่องโดยการสนับสนุนทางสังคม [5]

สำหรับจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2563–2565 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 74 คน 161 คน และ 1,149 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน [6] ซึ่งสอดคล้องกับอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 3 คน 4 คน และ 5 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิเสธการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุหรือไม่มีศักยภาพในการดูแล และขาดยาทำให้อาการทางจิตกำเริบแล้วมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงในชุมชน นอกจากนี้ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนกับทีมให้การดูแลและช่วยเหลือ [7]

ในช่วงที่ผ่านมา การป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต้องมีการดูแลรักษาติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชนซึ่งประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [8–10] ยังต้องเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านประชาชน 2) ด้านภาศิเครือข่าย 3) ด้านกระบวนการ 4) ด้านการพัฒนาและเรียนรู้ [8] การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและชุมชนให้เกิดการยอมรับ การเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยรับประทายอย่างสม่ำเสมอได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง [11] การจัดระบบการดูแลมีกระบวนการอยู่ 4 ประการ คือ 1) การจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยแบ่งเป็นประเภทเพื่อจัดการดูแล 2) การจัดการระบบดูแลเมื่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีภาวะฉุกเฉิน 3) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาศิเครือข่ายในชุมชน 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเน้นให้ภาศิเครือข่ายมีส่วนร่วมและมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังยืนตามบริบทของชุมชน [8,12] การดิงศักยภาพของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่งเสริมบทบาทการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการจัดระบบให้มีผู้รับผิดชอบสังเกตอาการทางจิตกำเริบในชุมชน [13] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนจึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ช่วยออกแบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่เป็นภาระของบุคคลใด

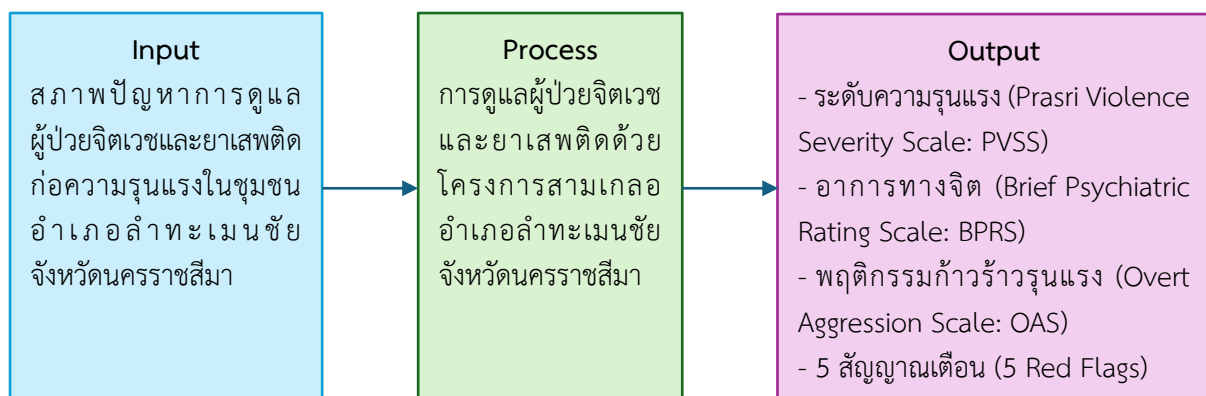
บุคคลหนึ่งในชุมชน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น ลดอาการทางจิต และลดพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

กรอบแนวคิดวิจัย

งานวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House [14] มาใช้ในการออกแบบและการพัฒนาโดยใช้ IPO Model โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้าของปัญหาที่แท้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Input) แล้วนำสู่กระบวนการประมวลผล (Process) ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการ PDCA ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Do) ขั้นการติดตามตรวจสอบ (Check) ขั้นการปรับปรุง (Act) ในการออกแบบและพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยขับเคลื่อนภายใต้โครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย วัดผลลัพธ์ (Output) ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนโดยใช้ระดับความรุนแรง (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) อาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และ 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flags)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการเป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (Research; R1) ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องในเขตอำเภอลำทะเมนชัย

ผู้ให้ข้อมูล

ได้แก่ นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด 4 คน กำนัน 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน ผู้ใหญ่บ้าน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และญาติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนคืออะไร 2) ท่านต้องการแก้ไขปัญหากล่อความรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างไร 3) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน 4) ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเป็นหน้าที่ของใคร 5) ท่านคิดว่าคนที่เกี่ยวข้องต้องช่วยเหลืออย่างไรจึงจะป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลยาเสพติด 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 1 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ นายอำเภอลำทะเมนชัย ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด กำนัน และนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยทีมนำสามเกลอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัยฝ่ายความมั่นคง 1 คน สาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน กำนัน 4 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย (Development; D1) โดยกำหนดนโยบาย กระบวนการ วิธีการดำเนินการ และดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 1) คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 2) สร้างสามเกลอลำทะเมนชัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละทีม 4) สร้างช่องทางในการสื่อสาร 5) ประเมินผลลัพธ์ของทีมสามเกลอลำทะเมนชัย 6) ปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตามกระบวนการของ PDCA ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัยนำมาวางแผนการดูแลโดยการขับเคลื่อนผ่านโครงการสามเกลอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วย เกลอที่ 1 หมายถึง ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 หมายถึง ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) และจัดให้มีทีมบุคลากรสำหรับปรึกษาในโครงการนี้ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ดังนี้ เกลอที่ 1 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลการรับประสานยา เกลอที่ 2 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันจันทร์) เกลอที่ 3 มีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

และทีมบุคลากรสำหรับปรึกษามีบทบาทหน้าที่ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำหลังจากได้รับการรายงานทางทีมสามเกลอผ่านกลุ่ม LINE Help Center โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) แล้วพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาคลินิกร่วมกันวิเคราะห์ผู้ป่วยด้วย 4P Model

ขั้นการนำไปปฏิบัติ (Do) ดำเนินการโครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจำนวน 216 คน ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 59 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านจำนวน 118 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 59 หมู่บ้านจำนวน 590 คน โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและยาเสพติด อาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และการรายงานอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดผ่าน Google Form

ขั้นการติดตามตรวจสอบ (Check) ดำเนินการโครงการสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เมษายน พ.ศ. 2567 โดยให้ทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จำนวน 33 คน โดยสังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) พร้อมรายงานผ่าน Google Form สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย คือการรายงานผลประเมินมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ใช้แบบประเมินจำนวนมาก เกิดการสับสนในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จึงนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบการรายงาน โดยให้สังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) เพื่อให้เกิดความง่าย สะดวกต่อทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย (Research; R2) ผ่านเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และเวทีการประชุมของ อสม. ในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยสามเกลออำเภอลำทะเมนชัยในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนจำนวน 33 คน โดยใช้เครื่องมือในการติดตามผลดังนี้ 1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 4) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5) สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) เมื่อพิจารณาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย พบว่าความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองในระดับเล็กน้อยร้อยละ 98.30 และระดับปานกลางร้อยละ 1.70 ส่วนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับเล็กน้อยร้อยละ 98.30 และระดับปานกลางร้อยละ 1.70 พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่มีอาการทางจิตในระดับน้อยร้อยละ 98.30 และพบว่าไม่มีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงร้อยละ 96.70 ส่วนอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนพบว่า ไม่หลับไม่นอนร้อยละ 5.00 และหงุดหงิดฉุนเฉียวร้อยละ 3.30

ระยะที่ 4 ปรับปรุงการดำเนินงาน (Development; D2) ประชุมทีมสามเกลออำเภอลำทะเมนชัย ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรลำทะเมนชัย 1 คน ปลัดอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ฝ่ายความมั่นคง 1 คน สาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 5 คน กำนัน 4 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล 1 คน และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน โดยมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานและการรายงานผลผลการดูแลโดยรายงานผ่าน LINE Help Center โดยแบ่งออกเป็น 3 สี

ได้แก่ เชี่ยว เหลือง แดง เพื่อช่วยในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโดยใช้เครื่องมือ 5 Red Flags ประเมินทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ และจัดทำผังไหลระบบบริการโครงการสามเกลอลำหะเมนชัยเพื่อรองรับกระบวนการบริการ 3 ระดับดังนี้ Pre-Hospital, In-Hospital และ Post-Hospital เพื่อให้การประสานงานมีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแต่ละฝ่ายให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 5 ขยายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (Research; R2) เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนด้วยสามเกลอลำหะเมนชัยทั้ง 59 หมู่บ้าน และวัดผลผลลัพธ์ที่ระยะ 6 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำหะเมนชัย อำเภอลำหะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 216 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท โรคจิต หรือโรคจิตเวชที่มาจากการใช้ยาเสพติดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการดูแลผ่านโครงการสามเกลอลำหะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 1 กลุ่มกับเกณฑ์หรือค่ามาตรฐาน โดยใช้ One Sample t-Test ซึ่งกำหนดค่า Tail(s) เท่ากับ One ค่า Effect Size d เท่ากับ 0.5 ค่า α Error Probability เท่ากับ 0.05 และค่า Power ($1-\beta$ Error Probability) เท่ากับ 0.95 คำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน บวกค่า Drop Out และเทียบเคียงกับงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะคล้ายกัน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากเลือกการสุ่มแบบไม่แทนที่ (Selection without Replacement) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่มาจากใช้ยาเสพติด (ICD-10: F10, F15, F20, F29) 2) เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการดูแลผ่านโครงการสามเกลอลำหะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในวันตอบแบบสอบถาม 2) ผู้ป่วยไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอลำหะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

แบบสอบถามทั่วไป โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และสารเสพติดที่ใช้ แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 9 ข้อ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 18 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ของกรมสุขภาพจิต มีจำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลด้วยตนเองโดยการประเมินระดับความรุนแรงของความเสียหายต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) ด้วยการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลร่วมกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ด้วยการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการสังเกตผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ด้วยการสอบถามญาติผู้ดูแลในเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกในช่วงเวลาที่ผ่านมา และการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ด้วยการสอบถามข้อมูลจากญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 6 ประเมินผลการดำเนินงาน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนตามวัตถุประสงค์วิจัยโดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) 2) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าชุดข้อมูลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร มีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่ปกติ (Non-Normal Distribution) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติแบบ Parametric Statistic จึงพิจารณาใช้สถิติแบบ Non-Parametric Statistic ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยใช้สถิติ Friedman Test และใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ NRPH 069 วันที่รับรอง 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 176 คน 197 คน และ 216 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดร้อยละ 10 ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปฏิเสธการรักษา ใช้สารเสพติด และขาดผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน คือ ต้องมีผู้ดูแลหลักในชุมชน หากไม่มีผู้ดูแลหลักส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน ในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 4 คน 5 คน และ 5 คน ตามลำดับ ก่อให้เกิดตราบาปต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนรู้สึกกลัว ไม่ปลอดภัย รังเกียจ ปฏิเสธผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา คือ สามเกลอลำทะเมนชัย ซึ่งประกอบด้วยเกลอที่ 1 คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 คือ ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการช่วยกำกับดูแลพฤติกรรมและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และต้องสังเกตอาการเตือนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วย 5 อาการเตือน (5 Red Flags) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีทีมสำหรับให้ปรึกษาและร่วมประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดซ้ำเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

3. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.33 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.33 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 41.66 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 11–20 ปี ร้อยละ 65 มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 41.66 มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง ร้อยละ 65.00 ส่วนมากมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.00

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ด้านอาการทางจิต และด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และยังคงมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมในระยะติดตามผล 6 เดือน โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.23 (SD 0.621) และ 4.32 (SD 0.725) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 19.62 (SD 3.320) และ 20.25 (SD 3.917) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.07 (SD 0.516) และ 0.08 (SD 0.462) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ผลการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วยการทดสอบ Friedman Test พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้ง 3 ด้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (PVSS) อาการทางจิต (BPRS) และพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และระยะติดตามผล 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Friedman Test (n = 60)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	M	SD	Mean Rank	ผลการติดตาม		
					χ^2	df	p
ความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง (PVSS)	ก่อน	6.18	1.186	2.93	104.056	2	< 0.001
	หลัง	4.23	0.621	1.50			
	ติดตาม 6 เดือน	4.32	0.725	1.58			
อาการทางจิต (BPRS)	ก่อน	38.27	3.931	3.00	111.055	2	< 0.001
	หลัง	19.62	3.320	1.34			
	ติดตาม 6 เดือน	20.25	3.917	1.66			
พฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	ก่อน	3.28	0.691	3.00	118.681	2	< 0.001
	หลัง	0.07	0.516	1.50			
	ติดตาม 6 เดือน	0.08	0.462	1.50			

PVSS = Prasri Violence Severity Scale, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, OAS = Overt Aggression Scale

เมื่อพิจารณาผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.23 (SD 0.621)

ด้านอาการทางจิต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 19.62 (SD 3.320)

ด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.07 (SD 0.515)

และเมื่อพิจารณาผลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้รุนแรงผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 6.18 (SD 1.186) เป็น 4.32 (SD 0.725)

ด้านอาการทางจิต พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 38.27 (SD 3.931) เป็น 20.25 (SD 3.917)

ด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและในระยะติดตามผล 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยค่าเฉลี่ยลดลงจาก 3.28 (SD 0.691) เป็น 0.08 (SD 0.462) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและระยะติดตามผล 6 เดือน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (n = 60)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		ติดตาม 6 เดือน		Z	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้รุนแรง (PVSS)	6.18	1.186	4.23	0.621	4.32	0.725	-6.573	< 0.001
อาการทางจิต (BPRS)	38.27	3.931	19.62	3.320	20.25	3.917	-7.385	< 0.001
พฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (OAS)	3.28	0.691	0.07	0.516	0.08	0.462	-7.270	< 0.001

หมายเหตุ: ค่า Z และค่า p เป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกับระยะติดตามผล 6 เดือน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรู้รุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 176 คน 197 คน และ 216 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 10 และมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ร้อยละ 65.00 สารเสพติดที่ใช้ คือ บุหรี่ ร้อยละ 65.00 และสุรา ร้อยละ 18.30 อีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแลหรือไม่มีผู้ดูแลหลักในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการกำเริบแล้วก่อความรู้รุนแรงในชุมชนในปี พ.ศ. 2564–2566 จำนวน 4 คน 5 คน และ 5 คน ตามลำดับ โดยเฉลี่ยปีละ 4 คน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการก่อความรู้รุนแรงที่มาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18 การก่อความรู้รุนแรงที่มาจากยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22 และการก่อความรู้รุนแรงที่มาจากการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 38 และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรู้รุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 คน ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการก่อความรู้รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดนั้น ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ประกอบกับการมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด จึงส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและก่อความรู้รุนแรงในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรู้รุนแรงได้มากถึงร้อยละ 27.6 [1–3,15,16]

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ขับเคลื่อนผ่านโครงการสามเกลอ อำเภอลำทะเมนชัย (สามเกลอลำทะเมนชัย) ซึ่งประกอบด้วย เกลอที่ 1 คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกลอที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกลอที่ 3 คือ ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) และมีการจัดให้มีทีมบุคลากรสำหรับเป็นที่ปรึกษาในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละคนให้ชัดเจนและมีการส่งต่อข้อมูลผ่านกลุ่ม LINE Help Center เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างทันท่วงทีโดยใช้เครื่องมือในการประเมิน คือ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (5 Red Flags) ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง โดยประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรายงานทุกวันจันทร์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสัญญาณเตือนของการทางจิตกำเริบ คือ ไม่หลับไม่นอน ร้อยละ 5.00 และหงุดหงิดฉุนเฉียว ร้อยละ 3.30 และมีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงระดับฉุกเฉิน ร้อยละ 1.70 และระดับกึ่งเร่งด่วนร้อยละ 1.70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีอาการกำเริบหรือกำเริบซ้ำบ่อยครั้งจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือกลับไปใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดง่าย เก็บตัวเงียบ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร มีหิวแหว่งประสาทหลอนหรือหวาดระแวงกลัว ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา ก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน [2,4] นอกจากนี้รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัย โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน มาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลกำกับติดตามอาการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอย่างใกล้ชิดนั้น สามารถลดอาการทางจิตให้เหลือในระดับน้อยได้ถึงร้อยละ 98.30 และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ถึงร้อยละ 96.70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไพโรจิตร พุทธรอด [17] ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาและสำรวจความต้องการของภาคีเครือข่ายในชุมชนแล้วให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล อสม. และผู้นำชุมชน ส่งเสริมความรู้และการดูแลผู้ป่วยพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการรับยาใกล้บ้านและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายพบว่าสามารถลดอาการกำเริบและการส่งต่อของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ภาคีเครือข่ายมีความรู้และมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เกิดการสนับสนุนทางสังคม เกิดสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมได้ถึงร้อยละ 70.80 [9,11,18,19]

3. หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ร้อยละ 96.70 มีอาการทางจิตในระดับน้อย ร้อยละ 98.30 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นในระดับน้อย ร้อยละ 98.30 โดยใช้รูปแบบการดูแลสามเกลอลำทะเมนชัย ซึ่งให้ทีมสามเกลอ ทำการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วย 5 สัญญาณเตือน (5 Red Flags) โดยประเมินผ่าน Google Form แล้วประมวลผลผ่านกลุ่ม LINE Help Center ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ [11] ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน สร้างเครือข่ายช่วยเหลือในระดับหมู่บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชทุกสัปดาห์ และสิ่งที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยญาติหรือตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน และการมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังโดยให้มีผู้รับผิดชอบ

หนึ่งต่อหนึ่ง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเฝ้าระวังป้องกันอาการกำเริบซ้ำ และให้การช่วยเหลือโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขตามวิถีชีวิตของชุมชน [8]

ผลการศึกษาทั้งสามช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม และระยะติดตามผล 6 เดือนแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอาการทางจิต ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในด้านการประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรง การลดลงของคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยง จาก 6.18 เป็น 4.23 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม และยังคงอยู่ที่ระดับ 4.32 ที่ระยะติดตามผล 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. [20] ที่พบว่า การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อความรุนแรงในหอผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันสามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงและช่วยให้มีการดูแลอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์รุนแรง และการศึกษาของ Sarver et al. [21] ที่ใช้ Broset Violence Checklist ในหอผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลัน แสดงผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน จะเห็นได้ว่า การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบนั้น ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ส่วนในด้านอาการทางจิตนั้น การลดลงของคะแนนอาการทางจิต จาก 38.27 เป็น 19.62 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ลดลงร้อยละ 48.73) และยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่โดดเด่น แสดงให้เห็นว่าการประเมินอาการทางจิตมีประโยชน์และความตรงในการใช้เป็นเครื่องมือประเมินและวินิจฉัย และยังสามารถนำมาใช้ในงานคลินิกประจำวันได้ อีกทั้งยังพบว่าแบบประเมินอาการทางจิตมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการวัดความรุนแรงของอาการและการเปลี่ยนแปลงสถานะอาการในผู้ป่วยนอก [22] ส่วนด้านพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง คะแนนพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงลดลงจาก 3.28 เป็น 0.07 ที่ระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ลดลงร้อยละ 97.87) เป็นผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Hiebert et al. [23] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชที่ประสบกับความรุนแรงจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลันและเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและจัดการปัญหานี้ โดยเน้นถึงผลกระทบของความรุนแรงในสถานที่ทำงานและความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการกับปัญหาเพื่อสร้างความปลอดภัยในหน่วยบริการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

จากผลการศึกษา พบว่าผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน แม้จะมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับแนวทางของ American Psychiatric Nurses Association [24] ที่เน้นความสำคัญของการป้องกันความรุนแรงผ่านความสัมพันธ์ที่ได้รับความไว้วางใจและน่าเชื่อถือระหว่างพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ถือว่ามีความสำคัญยิ่งเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hove et al. [25] ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้การพยาบาลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตและโรคจากการใช้สารเสพติดร่วมกัน ประกอบด้วยลักษณะเฉพาะของพยาบาล การศึกษาและการพัฒนาวิชาชีพ และปัจจัยขององค์กร อีกทั้งยังมีการศึกษาของ Jenkins et al. [26] ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะร่วมและ ผลการศึกษานี้ยังมีความสำคัญทางคลินิกอย่างมาก สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในหน่วยบริการสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและการพัฒนาทักษะของบุคลากรในครอบครัว ชุมชน สังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนและอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ทุกคน ผู้รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและยาเสพติด ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก และนักวิชาการสาธารณสุข ควรออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนให้มีผู้ดูแลหลัก แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและอาการทางจิต

2. ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนต้องสังเกตสัญญาณของอาการเตือน ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน หงุดหงิดฉุนเฉียว ในทุกสัปดาห์เพื่อลดความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรงและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
3. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำและติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด และภาคีเครือข่ายในด้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชนเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชน
5. ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการก่อความรุนแรงในชุมชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา พร้อมนำข้อเสนอแนะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เห็นข้อแตกต่างทั้ง 2 รูปแบบ
2. ควรติดตามผลการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะ 1 ปี

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) หรือ Generative AI ในการจัดทำบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่า ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Standard Operating Procedures: SOPs Severe Mental Illness High Risk to Violence (V-Care). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2566.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอร์สพลัส จำกัด; 2563.
3. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 2009;301(19):2016–23. doi: 10.1001/jama.2009.675
4. สุพัตตรา จันทรสุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2566;6(2):67–77. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/266510>
5. บรมัตถ์ วิสุธเร, ดรฤณี รุจกรกานต์. ปัจจัยทำนายการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566;37(1):1–16. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/260909>
6. สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการทางจิตและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://data.go.th/dataset/dataset_5_19_

7. โรงพยาบาลลำตะเมนชัย. รายงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. ลำตะเมนชัย: โรงพยาบาลลำตะเมนชัย; 2566. [เอกสารที่ยังไม่เผยแพร่].
8. สุจิตรา ลักษณะ. ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี: กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):129–37. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/853>
9. พิณรัฐ ศรีรักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(1):437–47. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262848>
10. สุกัญญา ละอองศรี, บัชรณ ศรีชัยกุล, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลไผ่ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2560;23(2):68–79. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/105943/83990>
11. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(2):413–26. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252861>
12. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):909–17. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1864>
13. กรรณิกา ช่อรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):503–13. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269261>
14. House JS. Work stress and social support. Menlo Park: Addison-Wesley; 1981.
15. อรุณกมล ทราบรัมย์. ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
16. กฤตภาส ไทวงษ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
17. ไพโรจตร พุทธรอด. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(3):478–86. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/3835>
18. ผกามาศ สุทธิวนิช, สันติภาพ คงนาวัง. การพัฒนาสมรรถนะที่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2(2):46–58. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/23>
19. บำรุง วงษ์นิ่ม, แสงเดือน ดีผิว, สุรพล สุพวง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโคกสำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):223–33. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/265916>

20. Anderson KK, Jenson CE. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(1):112–9. doi: 10.1016/j.apnu.2018.08.012
21. Sarver WL, Radziewicz R, Coyne G, Colon K, Mantz L. Implementation of the Broset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019;25(6):476–86. doi: 10.1177/1078390318820668
22. Hofmann AB, Schmid HM, Jabat M, Brackmann N, Noboa V, Bobes J, et al. Utility and validity of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) as a transdiagnostic scale. *Psychiatry Res*. 2022;314:114659. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114659
23. Hiebert BJ, Care WD, Udod SA, Waddell CM. Psychiatric Nurses' Lived Experiences of Workplace Violence in Acute Care Psychiatric Units in Western Canada. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(2):146–53. doi: 10.1080/01612840.2021.1956656
24. American Psychiatric Nurses Association. Position: Violence prevention [Internet]. APNA; 2022 [cited 2024 Jul 26]. Available from: <https://www.apna.org/news/violence-prevention/>
25. Hove E, Hazelton MJ, Santangelo P, Wilson RL. Integrated nursing care for people with combined mental health and substance use disorders. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(2):378–401. doi: 10.1111/inm.13094
26. Jenkins E, Currie LM, Hirani S, Garrod E, Goodyear T, McGuinness L, et al. Enhancing nurses' capacity to provide concurrent mental health and substance use disorder care: A quasi-experimental intervention study. *Nurse Educ Today*. 2022;117:105483. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105483

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

กิตติคุณ ตันประดิษฐ์*

โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ทั้งในวัยทำงานและวัยรุ่น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ประชากรศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 304 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 152 คน คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลวิจัย: เมื่อหญิงตั้งครรภ์เป็นนักเรียน/นักศึกษา จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 36.70 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (Adjusted Odds Ratio [AOR] = 36.70, 95% Confidence Interval [CI] = 5.86–229.73) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง และทะเลาะกันรุนแรง จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 2.35 และ 13.82 เท่า เมื่อเทียบกับรักใคร่กันดี (AOR = 2.35, 95% CI = 1.15–4.81; AOR = 13.82, 95% CI = 3.96–48.19) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 3.41 เท่า เมื่อเทียบกับมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (AOR = 3.41, 95% CI = 1.77–6.57) เมื่อหญิงตั้งครรภ์คุมกำเนิดจะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 2.41 เท่า เมื่อเทียบกับไม่คุมกำเนิด (AOR = 2.41, 95% CI = 1.10–5.24) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีบุตรมากกว่า 2 คน จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับไม่มีบุตร (AOR = 0.25, 95% CI = 0.09–0.72) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีประวัติตั้งครรภ์ 3 ครั้ง และตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 4.02 และ 10.92 เท่า เมื่อเทียบกับตั้งครรภ์ 1 ครั้ง (AOR = 4.02, 95% CI = 1.40–11.52; AOR = 10.92, 95% CI = 3.60–33.10) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ > 12 สัปดาห์ จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 78 เมื่อเทียบกับมาฝากครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (AOR = 0.22, 95% CI = 0.08–0.63)

บทสรุป: การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ควรอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, หญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์, โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

*ผู้ให้การติดต่อ: กิตติคุณ ตันประดิษฐ์

อีเมล: kittikun_999@hotmail.com

รับบทความ: 26 พฤษภาคม 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 25 มิถุนายน 2569; รับผิดชอบ: 1 กรกฎาคม 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Factors Associated with Unintended Pregnancy among Women Receiving Pregnancy Termination Services at a Hospital in Southern Thailand

Kittikhun Tanpradit*

Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Abstract

Background: Unintended pregnancy can occur among women of all age groups, including adolescents and those of working age. This study aimed to examine factors associated with unintended pregnancy among women receiving pregnancy termination services at a hospital in Southern Thailand.

Methods: This retrospective analytical study included pregnant women who received pregnancy termination services at a hospital in Southern Thailand between October 1, 2023, and September 30, 2024. A total of 304 participants were included and divided equally into two groups: 152 women who underwent pregnancy termination and 152 women with intended pregnancies. Data were collected from medical records. Content validity of the data collection form was assessed by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 1.00 for all items. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression.

Results: Pregnant women who were students had 36.70 times the odds of pregnancy termination than those employed in agriculture (AOR = 36.70, 95% CI = 5.86–229.73). Women who reported occasional non-violent conflict and severe conflict with their partners had 2.35 and 13.82 times the odds of pregnancy termination, respectively, compared with those in harmonious relationships (AOR = 2.35, 95% CI = 1.15–4.81; AOR = 13.82, 95% CI = 3.96–48.19). Women with insufficient income had 3.41 times the odds of pregnancy termination than those with sufficient income (AOR = 3.41, 95% CI = 1.77–6.57). Women who used contraception had 2.41 times the odds of pregnancy termination than those who did not use contraception (AOR = 2.41, 95% CI = 1.10–5.24). Women with more than two children had 75% lower odds of pregnancy termination compared with women who had no children (AOR = 0.25, 95% CI = 0.09–0.72). Women who had been pregnant three times and four or more times had 4.02 and 10.92 times the odds of pregnancy termination, respectively, compared with women who were pregnant for the first time (AOR = 4.02, 95% CI = 1.40–11.52; AOR = 10.92, 95% CI = 3.60–33.10). Women who initiated antenatal care after 12 weeks of gestation had a 78% lower odds of pregnancy termination compared with those who initiated antenatal care at or before 12 weeks of gestation (AOR = 0.22, 95% CI = 0.08–0.63).

Conclusion: Preventing unintended pregnancy requires collaboration among relevant stakeholders to provide education and dissemination on relevant laws in order to address the problem effectively.

Keywords: Unintended Pregnancy, Women Receiving Pregnancy Termination Services, Southern Thailand

*Corresponding Author: Kittikhun Tanpradit

E-mail: kittikun_999@hotmail.com

Received: 26 May 2026; Revised: 25 June 2026; Accepted: 1 July 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Unplanned Pregnancy) สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ซึ่งเป็นผลจากปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากไม่ทราบว่ามีกฎหมาย สามารถที่จะยุติการตั้งครรภ์ได้เมื่อไม่พร้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลายด้าน สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักไม่ได้มีเหตุผลของความไม่พร้อมเพียงสาเหตุเดียว แต่พบว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่วนใหญ่มักไม่ได้คุมกำเนิดหรือการคุมกำเนิดผิดพลาด และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวนมากใช้วิธีการคุมกำเนิด ที่ไม่มีประสิทธิภาพ [1]

สถิติจากองค์การอนามัยโลก พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมกว่า 33 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้สถานการณ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมพบได้ทั้งในวัยทำงานและวัยรุ่น โดยในช่วง พ.ศ. 2558-2564 ทั่วโลก พบว่า หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรประมาณร้อยละ 15 ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 90 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 28.7 ต่อประชากรพันคน และยังพบอุบัติการณ์ว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี มีการยุติการตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 29 [2] โดยการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของกลุ่มนี้ เกิดจากการไม่ได้วางแผนและเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุ การศึกษา จำนวนบุตร เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส และการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์เกิดการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือละเลยการดูแลครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะมีความเสี่ยงต่อ การมาฝากครรภ์ล่าช้า ไม่มีการบำรุงครรภ์ ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ [3] ส่วนการตั้งครรภ์ ในกลุ่มสตรีวัยทำงาน พบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์อายุมากของประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดย ปี พ.ศ. 2546 จากร้อยละ 9.76 เป็นร้อยละ 12.78 ในปี พ.ศ. 2553 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2557 พบอัตราสตรีตั้งครรภ์ อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 29.6 อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 6.9 อายุ 45-49 ปี ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ [4] ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ได้เกิดขึ้นกับวัยรุ่น แต่วัยทำงานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในประเทศไทย ยังเป็นปัญหาที่น่าวิตกและจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดการวางแผนครอบครัวอย่างยั่งยืนในสังคมไทย [5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดจากหลายปัจจัย ในต่างประเทศ เช่น อายุ การศึกษา จำนวนบุตร เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส การคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ [3,6-8] ส่วนประเทศไทย อาทิ จำนวนบุตร ประวัติการสูบบุหรี่ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการคุมกำเนิด [9] สถานภาพโสด ประวัติการมีบุตร และรายได้ [10] ความสัมพันธ์ในครอบครัว [11] การอาศัยกับคนในครอบครัว [12-13] โรคประจำตัว การคุมกำเนิด รายได้ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ในครอบครัว [14]

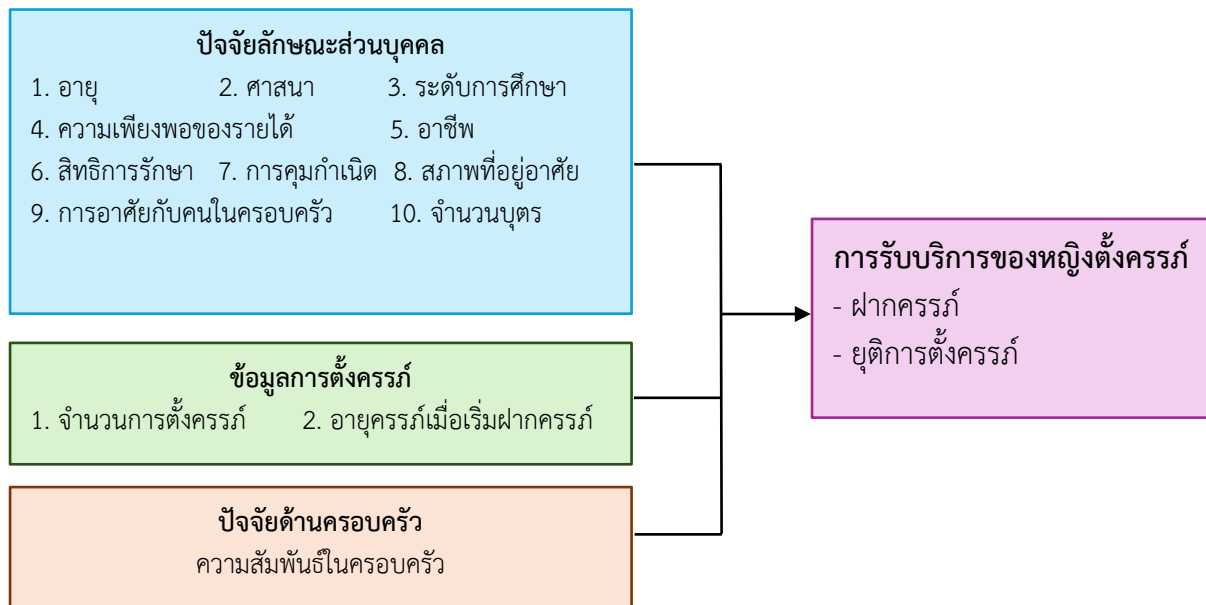
สำหรับสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 149 คน และ 152 คน ซึ่งผู้ที่มารับบริการมีทั้งวัยรุ่นและวัยทำงาน [15] จะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในปัจจุบันมีทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ วัยทำงาน สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะยุติหรือดำรงครรภ์ไว้ต่อ ฉะนั้น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม จึงเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข เพราะการตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จะสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยในครั้งนี้เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [3,6–14] พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา การคุมกำเนิด สภาพที่อยู่อาศัย การอาศัยกับคนในครอบครัว และจำนวนบุตร 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ จำนวน 487 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 152 คน [15]

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Schlesselman [16] ซึ่งเป็นแบบ Matched Case-Control Ratio อัตราส่วนของกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มศึกษา สำหรับการศึกษานี้กำหนดให้เท่ากับ 1:1 ดังนี้

กลุ่มศึกษา (Case Group) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 152 คน

กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 152 คน

การสุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ (Case Group) ผู้วิจัยได้นำประชากรทั้งหมดมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ (Control Group) ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากจากรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผู้มีสัญชาติไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เภสัชกรที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) ศาสนา 3) ระดับการศึกษา 4) ความเพียงพอของรายได้ 5) อาชีพ 6) สิทธิการรักษาพยาบาล 7) การคุมกำเนิด 8) สภาพที่อยู่อาศัย 9) การอาศัยกับคนในครอบครัว และ 10) จำนวนบุตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และ 2) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลครอบครัว จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการบริการฝากครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยได้แล้ว

2. ผู้วิจัยจึงทำการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขอเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างและค้นหาข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง และจัดส่งเวชระเบียนกลับคืนให้กับห้องเวชระเบียนด้วยตนเองทุกวัน หลังเสร็จสิ้นการบันทึกข้อมูลในแต่ละวัน

4. เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีตัวแปรตาม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ (0) และหญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ (1) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariable Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p ของ Wald's Test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariable Analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาด้วยอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95% CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการยุติการตั้งครรภ์ และในกรณีที่ค่า OR น้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการยุติการตั้งครรภ์

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทุ่งสง เลขที่เอกสารรับรอง REC-TH099/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2569 ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18–29 ปี ร้อยละ 50.00 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.13 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.24 รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 71.71 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.92 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 71.05 ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 79.61 อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว และอาศัยอยู่กับสามี/บุตร ร้อยละ 83.55 และ 80.92 มีบุตร 1–2 คน ร้อยละ 47.37 ตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 40.13 ฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 78.95 และในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 73.68

สำหรับกลุ่มยุติการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18–29 ปี ร้อยละ 45.39 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.42 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.87 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 57.89 มีอาชีพเกษตรกรกรรม และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 20.39 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 78.29 ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 69.74 อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 84.21 อาศัยอยู่กับสามี/บุตร ร้อยละ 64.47 ยังไม่มีบุตร ร้อยละ 45.39 ตั้งครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 32.89 เกือบทั้งหมดฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 94.74 และในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 41.45 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ (n = 152)		กลุ่มยุติการตั้งครรภ์ (n = 152)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
≤ 17 ปี	5	3.29	17	11.18
18–29 ปี	76	50.00	69	45.39
≥ 30 ปี	71	46.71	66	43.42
	(M = 28.98 ปี, SD = 6.24)		(M = 28.01 ปี, SD = 8.27)	
ศาสนา				
พุทธ	137	90.13	142	93.42
อิสลาม/คริสต์	15	9.87	10	6.58
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	13	8.55	9	5.92
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	25.00	53	34.87
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	19.74	45	29.61
อนุปริญญา/ปวส.	22	14.47	23	15.13
ปริญญาตรีและสูงกว่า	49	32.24	22	14.47
ความเพียงพอของรายได้				
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	109	71.71	64	42.11
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	43	28.29	88	57.89

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ (n = 152)		กลุ่มยุติการตั้งครรภ์ (n = 152)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกรรม	29	19.08	31	20.39
รับจ้างทั่วไป	47	30.92	36	23.68
ค้าขาย	11	7.24	13	8.55
ธุรกิจส่วนตัว	39	25.66	17	11.18
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	5.26	3	1.97
บริษัทเอกชน	13	8.55	21	13.82
นักเรียน/นักศึกษา	5	3.29	31	20.39
สิทธิการรักษา				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108	71.05	119	78.29
เบิกได้/ประกันสังคม/จ่ายเงินเอง	44	28.95	33	21.71
การคุมกำเนิด				
ไม่ได้คุมกำเนิด	121	79.61	106	69.74
คุมกำเนิด	31	20.39	46	30.26
สภาพที่อยู่อาศัย				
ครอบครัวเดี่ยว	127	83.55	128	84.21
ครอบครัวขยาย	25	16.45	24	15.79
การอาศัยกับคนในครอบครัว				
สามี/บุตร	123	80.92	98	64.47
พ่อแม่	9	5.92	30	19.74
พี่น้อง	14	9.21	14	9.21
ญาติ	6	3.95	10	6.58
จำนวนบุตร (คน)				
ไม่มีบุตร	47	30.92	69	45.39
1-2 คน	72	47.37	73	48.03
มากกว่า 2 คน	33	21.71	10	6.58
	(M = 1.53 คน, SD = 1.44)		(M = 0.92 คน, SD = 1.07)	
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง)				
1 ครั้ง	61	40.13	42	27.63
2 ครั้ง	40	26.32	27	17.76
3 ครั้ง	29	19.08	33	21.71
ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	22	14.47	50	32.89
	(M = 2.14 ครั้ง, SD = 1.24)		(M = 2.87 ครั้ง, SD = 1.72)	
อายุที่มาฝากครรภ์ (สัปดาห์)				
≤ 12 สัปดาห์	120	78.95	144	94.74
> 12 สัปดาห์	32	21.05	8	5.26
	(M = 10.74 wk, SD = 5.10)		(M = 9.13 wk, SD = 2.03)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
รักใคร่กันดี	112	73.68	63	41.45
ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง	35	23.03	58	38.16
ทะเลาะกันรุนแรง	5	3.29	31	20.39

M = Mean, SD = Standard Deviation, wk = Week

2. เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression พบว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 18–29 ปี และอายุ ≥ 30 ปี จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ลดลงร้อยละ 73 เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 17 ปี (OR = 0.27, 95% CI = 0.09–0.76 และ OR = 0.27, 95% CI = 0.10–0.78) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 3.49 เท่า เมื่อเทียบกับมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (OR = 3.49, 95% CI = 2.16–5.62) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 59 (OR = 0.41, 95% CI = 0.19–0.87) และเมื่อหญิงตั้งครรภ์เป็นนักเรียน/นักศึกษา จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เป็น 5.80 เท่า เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (OR = 5.80, 95% CI = 1.99–16.94) เมื่อหญิงตั้งครรภ์คุมกำเนิดจะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 1.69 เมื่อเทียบกับไม่คุมกำเนิด (OR = 1.69, 95% CI = 1.00–2.86) เมื่อหญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับพ่อแม่จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 4.18 เมื่อเทียบกับอาศัยอยู่กับสามี/บุตร (OR = 4.18, 95% CI = 1.90–9.23) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีบุตรมากกว่า 2 คน จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 79 เมื่อเทียบกับไม่มีบุตร (OR = 0.21, 95% CI = 0.09–0.46) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีประวัติตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 3.30 เท่า เมื่อเทียบกับตั้งครรภ์ 1 ครั้ง (OR = 3.30, 95% CI = 1.75–6.24) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ > 12 สัปดาห์ จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 79 เมื่อเทียบกับมาฝากครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (OR = 0.21, 95% CI = 0.09–0.47) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง และทะเลาะกันรุนแรง จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 2.95 และ 11.02 เท่า เมื่อเทียบกับรักใคร่กันดี (OR = 2.95, 95% CI = 1.75–4.96 และ OR = 11.02, 95% CI = 4.08–29.77)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable Logistic Regression พบว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 3.41 เท่า เมื่อเทียบกับมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (AOR = 3.41, 95% CI = 1.77–6.57) เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานบริษัทเอกชน และเป็นนักเรียน/นักศึกษา จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 4.79 และ 36.70 เมื่อเทียบกับอาชีพเกษตรกร (AOR = 4.79, 95% CI = 1.02–22.06; AOR = 36.70, 95% CI = 5.86–229.73) เมื่อหญิงตั้งครรภ์คุมกำเนิดจะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 2.41 เมื่อเทียบกับไม่คุมกำเนิด (AOR = 2.41, 95% CI = 1.10–5.24) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีบุตรมากกว่า 2 คน จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับไม่มีบุตร (AOR = 0.25, 95% CI = 0.09–0.72) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีประวัติตั้งครรภ์ 3 ครั้ง และตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 4.02 และ 10.92 เท่า เมื่อเทียบกับตั้งครรภ์ 1 ครั้ง (AOR = 4.02, 95% CI = 1.40–11.52; AOR = 10.92, 95% CI = 3.60–33.10) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ > 12 สัปดาห์ จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 78 เมื่อเทียบกับมาฝากครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (AOR = 0.22, 95% CI = 0.08–0.63) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง และทะเลาะกันรุนแรง จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์เท่ากับ 2.35 และ 13.82 เมื่อเทียบกับรักใคร่กันดี (AOR = 2.35, 95% CI = 1.15–4.81; AOR = 13.82, 95% CI = 3.96–48.19) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการ
ยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตั้งครรภ์, n (row %) [#]		OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
	ที่พึงประสงค์	ยุติการตั้งครรภ์				
อายุ (ปี) (Wald's Test p = 0.043)						
≤ 17 ปี	5 (22.73)	17 (77.27)	Ref.	-	Ref.	-
18-29 ปี	76 (52.41)	69 (47.59)	0.27 (0.09-0.76)	0.014	1.41 (0.27-7.35)	0.686
≥ 30 ปี	71 (51.82)	66 (48.18)	0.27 (0.10-0.78)	0.016	1.64 (0.26-10.39)	0.598
ศาสนา (Wald's Test p = 0.300)						
พุทธ	137 (49.10)	142 (50.90)	Ref.	-	Ref.	-
อิสลาม/คริสต์	15 (60.00)	10 (40.00)	0.64 (0.28-1.48)	0.300	-	-
ระดับการศึกษา (Wald's Test p = 0.003)						
ประถมศึกษา	13 (59.09)	9 (40.91)	Ref.	-	Ref.	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	38 (41.76)	53 (58.24)	2.02 (0.78-5.19)	0.147	2.97 (0.80-10.95)	0.102
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	30 (40.00)	45 (60.00)	2.17 (0.82-5.70)	0.117	3.38 (0.89-12.89)	0.075
อนุปริญญา/ปวส.	22 (48.89)	23 (51.11)	1.51 (0.54-4.24)	0.434	4.00 (0.87-12.29)	0.074
ปริญญาตรีและสูงกว่า	49 (69.01)	22 (30.99)	0.65 (0.24-1.74)	0.390	1.62 (0.37-7.06)	0.519
ความเพียงพอของรายได้ (Wald's Test p < 0.001)						
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	109 (63.01)	64 (36.99)	Ref.	-	Ref.	-
รายได้ไม่เพียงพอกับ รายจ่าย	43 (32.82)	88 (67.18)	3.49 (2.16-5.62)	<0.001	3.41 (1.77-6.57)	<0.001
อาชีพ (Wald's Test p < 0.001)						
เกษตรกร	29 (48.33)	31 (51.67)	Ref.	-	Ref.	-
รับจ้างทั่วไป	47 (56.63)	36 (43.37)	0.72 (0.37-1.40)	0.327	1.49 (0.60-3.74)	0.939
ค้าขาย	11 (45.83)	13 (54.17)	1.11 (0.43-2.86)	0.836	1.92 (0.54-6.83)	0.316
ธุรกิจส่วนตัว	39 (69.64)	17 (30.36)	0.41 (0.19-0.87)	0.021	0.66 (0.24-1.86)	0.432
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (72.73)	3 (27.27)	0.35 (0.09-1.45)	0.148	2.97 (0.35-25.00)	0.316
บริษัทเอกชน	13 (38.24)	21 (61.76)	1.51 (0.64-3.56)	0.345	4.79 (1.02-22.06)	0.048
นักเรียน/นักศึกษา	5 (13.89)	31 (86.11)	5.80 (1.99-16.94)	0.001	36.70 (5.86-229.73)	<0.001
สิทธิการรักษา (Wald's Test p = 0.148)						
บัตรทอง	108 (47.58)	119 (52.42)	Ref.	-	Ref.	-
เบิกได้/ประกันสังคม/ จ่ายเงินเอง	44 (57.14)	33 (42.86)	0.68 (0.40-1.45)	0.148	0.49 (0.17-1.42)	0.189

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตั้งครรภ์, n (row %) [#]		OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
	ที่พึงประสงค์	ยุติการตั้งครรภ์				
การคุมกำเนิด (Wald's Test p = 0.049)						
ไม่ได้คุมกำเนิด	121 (53.30)	106 (46.70)	Ref.	-	Ref.	-
คุมกำเนิด	31 (40.26)	46 (59.74)	1.69 (1.00-2.86)	0.049	2.41 (1.10-5.24)	0.027
สภาพที่อยู่อาศัย (Wald's Test p = 0.876)						
ครอบครัวเดี่ยว	127 (49.80)	128 (50.20)	Ref.	-	Ref.	-
ครอบครัวขยาย	25 (51.02)	24 (48.98)	0.95 (0.52-1.76)	0.876	-	-
การอาศัยกับคนในครอบครัว (Wald's Test p = 0.003)						
สามี/บุตร	123 (55.66)	98 (44.34)	Ref.	-	Ref.	-
พ่อแม่	9 (23.08)	30 (76.92)	4.18 (1.90-9.23)	<0.001	0.87 (0.23-3.34)	0.841
พี่น้อง	14 (50.00)	14 (50.00)	1.26 (0.57-2.76)	0.571	2.48 (0.79-7.79)	0.119
ญาติ	6 (37.50)	10 (62.50)	2.09 (0.74-5.96)	0.167	0.76 (0.16-3.51)	0.723
จำนวนบุตร (คน) (Wald's Test p < 0.001)						
ไม่มีบุตร	47 (40.52)	69 (59.48)	Ref.	-	Ref.	-
1-2 คน	72 (49.66)	73 (50.34)	0.69 (0.42-1.13)	0.141	1.00 (0.51-1.94)	0.995
มากกว่า 2 คน	33 (76.74)	10 (23.26)	0.21 (0.09-0.46)	<0.001	0.25 (0.09-0.72)	0.010
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง) (Wald's Test p = 0.001)						
1 ครั้ง	61 (59.22)	42 (40.78)	Ref.	-	Ref.	-
2 ครั้ง	40 (59.70)	27 (40.30)	0.98 (0.52-1.84)	0.951	2.68 (0.99-7.25)	0.052
3 ครั้ง	29 (46.77)	33 (53.23)	1.65 (0.88-3.12)	0.121	4.02 (1.40-11.52)	0.010
ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	22 (30.56)	50 (69.44)	3.30 (1.75-6.24)	<0.001	10.92 (3.60-33.10)	<0.001
อายุที่มาฝากครรภ์ (Wald's Test p < 0.001)						
≤ 12 สัปดาห์	120 (45.45)	144 (54.55)	Ref.	-	Ref.	-
> 12 สัปดาห์	32 (80.00)	8 (20.00)	0.21 (0.09-0.47)	<0.001	0.22 (0.08-0.63)	0.005
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Wald's Test p < 0.001)						
รักใคร่กันดี	112 (64.00)	63 (36.00)	Ref.	-	Ref.	-
ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง	35 (37.63)	58 (62.37)	2.95 (1.75-4.96)	<0.001	2.35 (1.15-4.81)	0.019
ทะเลาะกันรุนแรง	5 (13.89)	31 (86.11)	11.02 (4.08-29.77)	<0.001	13.82 (3.96-48.19)	<0.001

OR = Odds Ratio, AOR = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval, Ref. = Reference Group

[#]n (row %) Percentages are calculated by row.

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การคุมกำเนิด จำนวนบุตร จำนวนการตั้งครรภ์ อายุที่ฝากครรภ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัว สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความเพียงพอของรายได้ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายจะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่าการมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย เท่ากับ 3.41 เท่า โดยงานวิจัยนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ประสงค์ยุติการตั้งครรภ์มีมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.89) อธิบายได้ว่า การดำเนินชีวิตประจำวันในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นในการดำเนินชีวิต จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ เพราะหากมีบุตรอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอีกด้วย และอาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาระหนี้สินในอนาคต ส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรของตนเอง ฉะนั้น ปัจจัยความเพียงพอของรายได้จึงอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจในการยุติการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เจริญกัก และคณะ [14] ที่พบว่า การที่มารดาไม่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีหนี้สินจำนวนมากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้มารดาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

อาชีพ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่าอาชีพเกษตรกร เท่ากับ 36.70 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 20.39 ซึ่งอยู่ใน 2 อันดับแรก รองลงมาจาก อาชีพรับจ้างทั่วไป อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีกฎหมายห้ามให้สถานศึกษาไล่นักเรียน/นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียนออกจากสถานศึกษา แต่หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังศึกษาอาจจะมี ความวิตกกังวล ทั้งในเรื่องการศึกษาและการอยู่ในสังคมเมื่อกลับไปเรียนหลังจากคลอดบุตร อีกประเด็นน่าจะเกิดจาก หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังศึกษา ยังไม่มีรายได้เพื่อเลี้ยงดูบุตร จึงมีความวิตกกังวลต่อการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งหลังคลอดบุตร อาจจะทำให้เป็นภาระของสามีหรือพ่อแม่ สอดคล้องกับผลการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.7 ส่งผลต่อการยุติการตั้งครรภ์ [17] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เจริญกัก และคณะ [14] ที่พบว่า มารดาที่กำลังศึกษาอยู่จะส่งผลให้มารดาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แตกต่างกับการศึกษาของนิศานาถ สรรคพงษ์ และพนมพร พุ่มจันทร์ [13] ที่พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษาก็จะเก็บครรภ์ไม่พึงประสงค์ไว้ ขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานบริษัทเอกชนก็จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่าอาชีพเกษตรกร เท่ากับ 4.79 เท่า อาจจะเป็นเพราะว่า ด้วยลักษณะของงานที่ต้องมีการแข่งขันสูง และผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความคล่องตัวรวมถึงต้องมีความรับผิดชอบสูง เนื่องจากบริษัทเอกชนอาจจะตั้งเป้าหมายที่สูง ฉะนั้น เมื่อมีการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังทำงานอยู่จะต้องสูญเสียงาน และไม่มีเวลาคล่องตัวในการทำงานจึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรินทร์ เล็กเจริญกุล [9] ที่พบว่า อาชีพบริษัทเอกชนไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี

การคุมกำเนิด ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่คุมกำเนิดจะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่าการไม่คุมกำเนิด เท่ากับ 2.41 เท่า อธิบายได้ว่า การที่ผู้หญิงมีการคุมกำเนิด นั้นแสดงให้เห็นว่า ความไม่พร้อมหรือไม่ต้องการมีบุตร อาจจะเป็นเพราะ ความเพียงพอที่มีบุตรในปัจจุบัน หรืออาจจะเป็นเพราะภาวะทางเศรษฐกิจ ภาวะทางจิตใจที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตร ฉะนั้น เมื่อมีการตั้งครรภ์ในขณะที่ตนเองมีการคุมกำเนิดจึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ เพราะความประสงค์ที่จะไม่มีบุตรมาตั้งแต่เดิม สอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์สตรีไทย ปี 2567 ที่พบว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาจากคุมกำเนิด [18] สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เจริญกัก และคณะ [14] ที่พบว่า มารดาที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีการคุมกำเนิดแบบถาวร

จำนวนบุตร ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีบุตรมากกว่า 2 คน จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์น้อยกว่าการไม่มีบุตร ร้อยละ 75 แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่ต้องการที่จะมีบุตรมากหรือมีจำนวนเพียงพอแล้ว จึงไม่ต้องการที่จะมีบุตรเพิ่ม อาจจะเป็นเพราะด้วยภาวะทางเศรษฐกิจที่ต้องแข่งขัน หากมีบุตรเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์ก็มีความจำเป็นที่ต้องหารายได้เพิ่มเติมเพื่อที่จะเลี้ยงดูบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ เล็กเจริญกุล

[9] ที่พบว่า การมีบุตรตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี มีความต้องการที่จะให้มีการตั้งครรภ์ต่อไป แสดงให้เห็นว่ายังคงต้องการมีบุตรเพิ่มขึ้น

จำนวนการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ 3 ครั้ง และตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่าการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง เท่ากับ 4.02 และ 10.92 เท่า ตามลำดับ อาจจะเป็นเพราะว่าหญิงตั้งครรภ์อาจจะมีอายุมากขึ้น หรือมีโรคประจำตัว หรือมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ฉะนั้น การตั้งครรภ์ในครรภ์หลัง ๆ จึงอาจจะส่งผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์นั้น ๆ แตกต่างจากการศึกษาของวัชรินทร์ เล็กเจริญกุล [9] ที่พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป ของหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความต้องการมีบุตร

อายุที่มาฝากครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ > 12 สัปดาห์ จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มีอัตราส่วนโอกาสลดลงร้อยละ 78 อาจจะเป็นเพราะว่า หญิงตั้งครรภ์ทราบว่า หากต้องการยุติการตั้งครรภ์ควรจะต้องกระทำก่อน 12 สัปดาห์ เนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์ไตรมาสแรกจะมีอันตรายค่อนข้างน้อย อีกประเด็น หญิงตั้งครรภ์น่าจะทราบว่าเมื่อมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ทารกจะมีการเจริญเติบโต เริ่มมีอวัยวะครบถ้วนและเริ่มทำงาน หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจอัลตราซาวด์และเห็นทารกในครรภ์อย่างชัดเจน ประกอบกับความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ต่อ เนื่องจากไม่ยากทำลายทารกในครรภ์ เพราะทราบว่าทารกมีการเจริญเติบโตแล้ว และอาจจะมีความรู้สึกว่า การยุติการตั้งครรภ์เป็นการฆ่าชีวิตของคน ๆ หนึ่ง ที่จะเกิดมาสอดคล้องกับการศึกษาของอมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ [19] ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทะเลาะบางครั้งแต่ไม่รุนแรง และทะเลาะกันรุนแรง จะมีอัตราส่วนโอกาสยุติการตั้งครรภ์มากกว่ารักใคร่กันดี เท่ากับ 2.35 และ 13.82 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์สตรีไทย ปี 2567 ที่พบว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่พบมากเป็นอันดับ 3 คือ ปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว [18] อธิบายได้ว่า ครอบครัวจัดเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสังคม ทำหน้าที่เป็นหน่วยแรกในการหล่อหลอม พัฒนา และอบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้มีคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดี เพื่อเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยมีการปฏิบัติตามแบบแผนที่สังคมกำหนด เช่น การเลือกคู่ การแต่งงาน การดูแลบุตร และการถ่ายทอดวัฒนธรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งและแก้ไขปัญหาในสังคม ฉะนั้น หากครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางลบจะส่งผลต่อความเสี่ยงในปัญหาต่าง ๆ รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นั้นแสดงว่า เมื่อมีการตั้งครรภ์จึงตัดสินใจในการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากต้องการลดผลกระทบจากปัญหาภายในครอบครัวและปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกษนิภา ผลฤทธิ์ และคณะ [20] ที่พบว่า หากสมาชิกในครอบครัวไม่มีการพูดคุยหรือสื่อสารกัน โดยเฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์จะส่งผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรัชยา เจียวก๊ก และคณะ [14] ที่พบว่า มารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาทำให้มารดาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การคุมกำเนิด จำนวนบุตร จำนวนการตั้งครรภ์ อายุที่ฝากครรภ์ และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยด้านการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากภาวะทางเศรษฐกิจที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ประกอบกับความเพียงพอของจำนวนบุตร และความสัมพันธ์ของครอบครัว ฉะนั้น การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ควรจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการให้ความรู้และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทราบ และการแก้ไขปัญหาการยุติการตั้งครรภ์ที่ผิดกฎหมาย

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรมีการขยายการบริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับ ลดขั้นตอนการส่งต่อและระยะเวลาการรอคอย รวมถึงพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา หรือกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะผู้ปกครองของผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ รวมถึงกระบวนการติดตามการดำเนินงานการยุติการตั้งครรภ์ของโรงพยาบาล

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งรับรองว่าไม่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) หรือ Generative AI ในการจัดทำบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บุรเทพ โชคนานุกุล, กมลชนก ขำสุวรรณ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น. วารสารประชากร. 2559;4(2):61-79.
2. อุษมา ชื่อนาค, วีรวิทย์ ปิยะมงคล. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/49484/>
3. Barrow A, Jobe A, Barrow S, Touray E, Ekholuenetale M. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in The Gambia: findings from 2018 population-based survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):17. doi: 10.1186/s12884-021-04371-7
4. จิรวรรณ พลภักดี. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(1):115-26. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/2294>
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
6. Oulman E, Kim TH, Yunis K, Tamim H. Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15(1):260. doi: 10.1186/s12884-015-0663-4
7. Mohammed F, Musa A, Amano A. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among pregnant woman attending ANC at Gelemso General Hospital, Oromiya Region, East Ethiopia: a facility based cross-sectional study. BMC Women's Health. 2016;16(1):56. doi: 10.1186/s12905-016-0335-1
8. Habib MA, Raynes-Greenow C, Nausheen S, Soofi SB, Sajid M, Bhutta ZA, et al. Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):156. doi: 10.1186/s12884-017-1339-z
9. วัชรินทร์ เล็กเจริญกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงที่เข้ารับบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(3):379-89. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/267036>

10. ภาณิชา วัฒนากมลชัย, อารีย์พรรณ โสภณสฤกษ์สุข, ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, เจศญา ถิ่นคำรพ. ความชุกของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนในสตรีที่มาฝากครรภ์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(5):408–14. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/141460>
11. พิชารณ จันทนกุล, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยสยาม. 2564;22(43):62–76. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/252773>
12. พิชราพร วรรณสุ, พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, นันทนา วรรณสุ. ความรู้ ทักษะและการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(2):210–9. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265730>
13. นิคานาถ สรรคพงษ์, พนมพร พุ่มจันทร์. การตัดสินใจเก็บครรภ์และการดำเนินชีวิตของสตรีที่เก็บครรภ์ไม่พึงประสงค์. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2561;43(1):161–92. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/132163>
14. จิรัชยา เจียวีก, อลัน สาติน, ศชาวุธ แสงอรุณ, ไมสาเราะ บูนิด้า, สกฤตน์ เทพสุทา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2567;20(1):40–62. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/eJHUSO/article/view/273443>
15. โรงพยาบาลทุ่งสง. ทะเบียนผู้มารับบริการฝากครรภ์. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช; 2567.
16. Schlesselman JJ. Case-control studies. New York: Oxford University Press; 1982.
17. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/35435/5046/file_download/6be7e9b8d4a4f420f3d6c53e451e2dd3.pdf
18. กองส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์สตรีไทย ปี 2567. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
19. อมรทิพย์ วงศ์เมือง, ชีวรัตน์ บุญวงศ์, วรลักษณ์ ศิริพันธ์. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยสุขภาพปทุมภูมิ. 2568;1(2):178–98. เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5746
20. กษนิภา ผลพุกษ์, เนตรรัชนี กมลรัตนานันท์, วายุรี ลำโป. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น. วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ. 2567;36(2):66–78. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/270401>

ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดระดับไขมันในเลือดของวัยทำงาน ในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

สิริทิพย์ ลักษณะวิลาส^{1*}, พันต์ทิชา วรดี¹, วรวิญา แววรรณจิตร¹, ธเนศ สังข์ศรี²

¹โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, ²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะในวัยทำงานที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงอาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับไขมันในเลือดได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือดของวัยทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกจากวัยทำงานที่มีระดับ Total Cholesterol มากกว่า 200 mg/dL และ/หรือ LDL มากกว่า 100 mg/dL จัดสรรเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามหน่วยงานและช่วงเวลาที่ได้รับการตรวจสุขภาพ (Non-Random Allocation) กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. (KR-20 = 0.79 สำหรับความเข้าใจทางสุขภาพ, Cronbach's alpha = 0.84–0.86 สำหรับองค์ประกอบอื่น) ร่วมกับผลตรวจไขมันในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติหลักคือ Two-Way Repeated Measures ANOVA

ผลวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาด้านระดับไขมันในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมี Total Cholesterol และ LDL ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -28.43 และ -17.33 mg/dL ตามลำดับ, $p < 0.001$) ส่วน Triglyceride ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.552$) ขณะที่ HDL เพิ่มขึ้นในกลุ่มเปรียบเทียบมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -4.30 mg/dL, $p = 0.016$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

บทสรุป: งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับ Total Cholesterol และ LDL ในวัยทำงานได้ แม้ระดับ HDL ของกลุ่มทดลองจะมีพัฒนาการน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นทิศทางตรงข้ามกับสมมติฐาน จึงควรตีความผลด้านไขมันด้วยความระมัดระวังและศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ควรพิจารณาประยุกต์ใช้โปรแกรมเป็นทางเลือกนำร่องในสถานประกอบการที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, วัยทำงาน, สถานประกอบการ, โรคหัวใจและหลอดเลือด

*ผู้ให้การติดต่อ: สิริทิพย์ ลักษณะวิลาส

อีเมล: siritipr@gmail.com

รับบทความ: 2 มิถุนายน 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 18 สิงหาคม 2569; รับผิดชอบ: 18 สิงหาคม 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

The Effects of Health Literacy Promotion on Reducing Blood Lipid Levels Among Working-Age Adults in Workplaces, Nakhon Si Thammarat Province

Siritip Luksanawilad^{1*}, Thanthicha Woradee¹, Wanriya Waewonjit¹ and Tanes Sangsri²

¹Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

²Faculty of Medicine, Princess of Naradhiwas University, Narathiwat Province

Abstract

Background: Dyslipidemia is a major risk factor for cardiovascular disease among working-age adults. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy promotion program on health literacy, health behaviors, and blood lipid levels among working-age adults in workplaces in Nakhon Si Thammarat Province.

Methods: Sixty participants with total cholesterol levels > 200 mg/dL and/or LDL levels > 100 mg/dL were allocated to an experimental group or a control group based on worksite and time period (non-random allocation), with 30 participants in each group. The experimental group received a 12-week health literacy promotion program, while the control group received usual care. Data were collected using a health literacy and health behavior questionnaire (KR-20 = 0.79 for health knowledge; Cronbach's alpha = 0.84–0.86 for other domains) and blood lipid measurements. Data were primarily analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: After the intervention, the experimental group showed significantly improved health literacy and health behaviors ($p < 0.001$). Two-way repeated measures ANOVA revealed significant group $\times$ time interactions for total cholesterol (between-group difference -28.43 mg/dL, $p < 0.001$) and LDL (between-group difference -17.33 mg/dL, $p < 0.001$), with the experimental group showing greater reductions than the control group. Triglyceride did not differ significantly between groups ($p = 0.552$). For HDL, the control group showed significantly greater improvement than the experimental group (between-group difference -4.30 mg/dL, $p = 0.016$), a finding contrary to the study hypothesis.

Conclusion: These findings suggest that the program improved health literacy and health behaviors, and reduced total cholesterol and LDL levels; however, HDL improved less than in the control group, contrary to the hypothesized direction, warranting cautious interpretation and further investigation in larger samples. The program may be considered for pilot implementation in workplaces with similar contexts.

Keywords: Health Literacy, Dyslipidemia, Working-Age Adults, Workplace, Cardiovascular Disease

*Corresponding Author: Siritip Luksanawilad

E-mail: siritiprr@gmail.com

Received: 2 June 2026; Revised: 18 August 2026; Accepted: 18 August 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐาน เช่น คอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) แอลดีแอล คอเลสเตอรอล (Low-Density Lipoprotein: LDL) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) หรือการมีระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอล (High-Density Lipoprotein: HDL) ต่ำกว่าปกติ ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมัน บริเวณผนังหลอดเลือดแดง ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบแคบ ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด [1] องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด [2] สำหรับประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในประชากรไทยสูงถึงร้อยละ 56.8 และพบว่าค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลรวมในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2557 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง [3]

กลุ่มวัยทำงานเป็นประชากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม แต่กลับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [4] จากข้อมูลของศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่มีระดับ Total Cholesterol และ LDL สูงกว่ามาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง แนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักตัว และการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ [5] ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือ “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม [6] ในเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญ ภายใต้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพในระดับประชากรอย่างยั่งยืน [7]

แนวคิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [8] อธิบายว่าบุคคลที่มีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และผู้สูงอายุ [9–11] รวมถึงมีงานวิจัยที่รายงานว่า ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ [12] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ขณะที่ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่มุ่งเน้นการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะในบริบทของสถานประกอบการซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญในการเข้าถึงประชากรวัยทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีการตรวจสุขภาพประจำปีในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้น จึงยังมีความจำเป็นที่ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ในกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในสถานประกอบการ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งยังไม่มีพบการศึกษาที่ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือดร่วมกันอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ โปรแกรมส่วนใหญ่ในอดีตมักเน้นการให้ความรู้แบบทางเดียว (เช่น เอกสารหรือการบรรยาย) โดยไม่ได้บูรณาการกลไกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงแตกต่างจาก Intervention เดิม โดยออกแบบโปรแกรมให้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ตามกรอบของ Nutbeam ร่วมกับองค์ประกอบของทฤษฎีปัญญาสังคม ได้แก่ การตั้งเป้าหมายรายบุคคลเพื่อเสริมสร้าง Self-Efficacy การบันทึกสุขภาพด้วยตนเองเพื่อฝึก Self-Regulation และกลุ่มไลน์เพื่อสร้าง Social Support และ Vicarious Learning ซึ่งเป็นการผสมผสานกลไกหลายด้านที่ยังไม่พบในโปรแกรมก่อนหน้านี้ในบริบททำงานไทย

การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam [8] ต่อการลดระดับไขมันในเลือดของวัยทำงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ และการกำหนดนโยบายด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือดของวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในสถานประกอบการ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

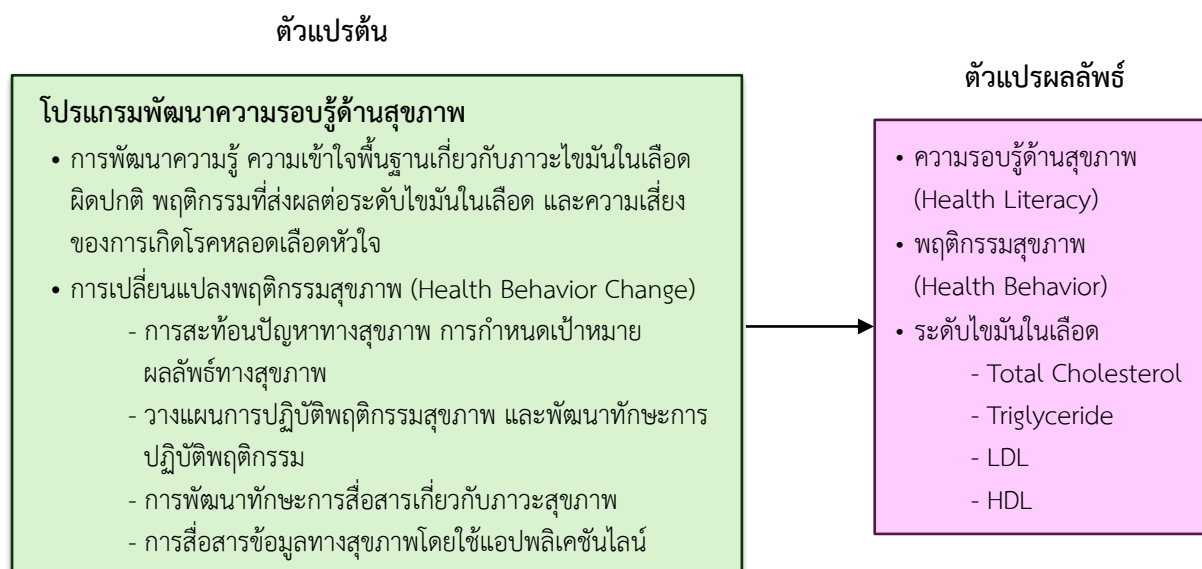
สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง
3. ค่าเฉลี่ย Total Cholesterol, LDL และ Triglyceride ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง และค่าเฉลี่ย HDL เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. ค่าเฉลี่ย Total Cholesterol, LDL และ Triglyceride ของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ย HDL ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในรูปแบบ Logic Model ซึ่งประกอบด้วย (1) Inputs ได้แก่ ทีมผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย สื่อการเรียนรู้ (วีดิทัศน์ แผ่นพับ สมุดบันทึกสุขภาพ) และแอปพลิเคชันไลน์ (2) Activities ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล การติดตามผ่านไลน์ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามที่ระบุในตาราง 1 (3) Outputs ได้แก่ จำนวนครั้งและความครบถ้วนของการเข้าร่วมกิจกรรม (4) Short-Term Outcomes ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และ (5) Long-Term Outcome/Impact ได้แก่ การลดระดับไขมันในเลือดและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Mechanism) ที่เชื่อมโยง Inputs และ Activities ไปสู่ Outcomes อธิบายได้ด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [8] ร่วมกับองค์ประกอบของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura กล่าวคือ กิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะ (การถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อ การฝึกสืบค้นข้อมูล) ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) การตั้งเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับพยาบาลและการบันทึกสุขภาพด้วยตนเอง

ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และทักษะการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ขณะที่กลุ่มไลน์และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Learning) องค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกันส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและการลดระดับไขมันในเลือดในที่สุด ทั้งนี้ กิจกรรมด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการรู้เท่าทันสื่อในโปรแกรมนี้มุ่งเน้นการฝึกทักษะการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งจัดอยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ตามกรอบของ Nutbeam ยังไม่ครอบคลุมถึงทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงวิพากษ์เพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งเป็นคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิพากษ์ (Critical Health Literacy) โปรแกรมนี้จึงมุ่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานและปฏิสัมพันธ์เป็นหลัก สอดคล้องกับขอบเขตที่ระบุไว้ในกรอบแนวคิดข้างต้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ในสัปดาห์ที่ 12 การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [8] ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น จะส่งผลให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติพฤติกรรมและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลนั้นร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม

ประชาการและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาการ คือ พนักงานวืทำงานอายุ 25–60 ปี ในสถานประกอบการที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจาปี กับศูนย์ตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2567 จานวน 4,125 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีระดับ Total Cholesterol มากกว่า 200 mg/dL และ/หรือ LDL มากกว่า 100 mg/dL จากผลตรวจสุขภาพ ยอนหลังไมเกิน 3 เดือน [13] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 กำหนดระดับ นัยสำคัญ 0.05 (One-Tailed) อำนาจการทดสอบ 0.80 และค่า Effect Size (d_z) เท่ากับ 0.50 โดยประมาณการจาก งานวืของ วริษา กันบัวลา และคณะ [14] ได้กลุ่มตัวอย่างอยางน้อย 27 คนต่อกลุ่ม จึงเพิ่มรียละ 10 เพื่อป้องกัน การสูญหายของข้อมูล เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ผู้เข้าร่วมวืที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าได้รับการจัดสรรเข้า กลุ่มตามหน่วยงาน สถานที่ และช่วงเวลาที่ได้รับผลการตรวจสุขภาพ (Non-Random Allocation by Worksite and Time Period) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยมีได้ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Non-Randomized Assignment) โดยเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ไมมีภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม ไมเคย ได้รับยาลดไขมันในเลือด ไมมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ ได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวืวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด มากกว่า 2 ครั้งติดต่อกัน หรือตรวจพบโรคประจำตัวที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด หรือได้รับยาที่มีผลต่อระดับไขมัน ในเลือดภายหลังเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้วืวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งผู้วืพัฒนาขึ้นจาก แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [8] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) และระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับชนิดของไขมันในเลือด ความหมายของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุ การเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา และการควบคุมระดับไขมันในเลือด 2) การบรรยายเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อ ระดับไขมันในเลือด และ 3) การอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดระดับไขมันในเลือดและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กิจกรรมดังกล่าวมุ่งส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมในการควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติ โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (คณะผู้วืวิจัยสร้างขึ้นเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ใช้ในการวืวิจัยครั้งนี้)

2.2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Questionnaire) ตาม 3อ.2ส. ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง 2561) [15] แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ตอน รวม 25 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 6 ข้อ ลักษณะถูก-ผิด (ให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด) ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร สุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ รวม 10 ข้อ (2, 3, 3 และ 2 ข้อ ตามลำดับ) ลักษณะมาตราวัดความถี่ 5 ระดับ (ไม่เคย ถึง ทุกครั้ง ให้คะแนน 0–4) ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 3 ข้อ ลักษณะสถานการณ์ พร้อมตัวเลือก 4 ระดับคุณภาพการตัดสินใจ (ให้คะแนนไล่ระดับตามความเหมาะสมของการตัดสินใจ) และตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. 6 ข้อ ลักษณะมาตราวัดความถี่ 5 ระดับเช่นเดียวกับตอนที่ 2 การแปลผลคะแนน พิจารณาจากคะแนนรวมรายด้าน โดยคะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่พัฒนาขึ้นไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านงานเวชกรรมสังคม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม จำนวน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 ท่าน จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of Item Objective Congruence; IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 โดยได้ปรับแก้ไขแบบเก็บข้อมูลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. จากกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน ($n = 30$) พบว่าองค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (6 ข้อ) ซึ่งเป็นข้อคำถามลักษณะถูก-ผิด (Dichotomous Items) จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) แทน Cronbach's alpha โดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 องค์ประกอบที่ 2-5 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (รวม 10 ข้อ ลักษณะมาตรวัดความถี่ 5 ระดับ) วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (3 ข้อ ลักษณะสถานการณ์พร้อมตัวเลือกไถ่ระดับคุณภาพการตัดสินใจ) วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเช่นเดียวกัน เนื่องจากข้อคำถามให้คะแนนแบบไถ่ระดับ (Ordinal Scale) มิใช่ถูก-ผิด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (6 ข้อ) มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.84 ซึ่งทุกส่วนมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ตามกิจกรรมที่ระบุในตาราง 1 โดยในสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ) ผลตรวจไขมันในเลือด (Total Cholesterol, LDL, HDL, Triglyceride) และคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพตาม 30.2ส.) จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อเนื่องครั้งที่ 2-7 ตามรายละเอียดในตาราง 1 ผ่านการบรรยาย กิจกรรมกลุ่มย่อย และการติดตามผ่านแอปพลิเคชัน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อครบ 12 สัปดาห์ (ครั้งที่ 8) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลซ้ำในตัวแปรเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 1 (ผลตรวจไขมันในเลือด และคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ) จากทั้งสองกลุ่มเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลก่อน-หลังและระหว่างกลุ่ม กล่าวโดยสรุปคือตัวแปรตามทุกตัวถูกวัดสองครั้ง (ก่อนและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และ 12) ในทั้งสองกลุ่มด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ส่วนตัวแปรทั่วไปด้านประชากร (เพศ อายุ อาชีพ ฯลฯ) เก็บเพียงครั้งเดียวในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ตารางกิจกรรมและการเก็บข้อมูลการวิจัย

ครั้งที่	สัปดาห์	ระยะเวลา	รูปแบบกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
1	1	1 ชั่วโมง	บรรยาย + สื่อ (วิดีโอ/แผ่นพับ/QR Code)	เก็บข้อมูลพื้นฐาน ตรวจสุขภาพ ประเมินความรู้สุขภาพ และให้ความรู้เรื่องไขมันในเลือด/พฤติกรรมสุขภาพ	เก็บข้อมูลพื้นฐาน ตรวจสุขภาพ ประเมินความรู้สุขภาพ และได้รับการดูแลตามปกติ
2	1	30 นาที	ฝึกบันทึกสุขภาพ + ตั้งเป้าหมายร่วมกับพยาบาล + สร้างกลุ่มไลน์	ฝึกบันทึกสุขภาพ ตั้งเป้าหมายดูแลตนเอง และสร้างกลุ่มไลน์	—

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	สัปดาห์	ระยะเวลา	รูปแบบกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
3	2	1 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่มย่อย (กลุ่มละ 6 คน) วิเคราะห์ผล + Thai CV Risk	วิเคราะห์ผลไขมัน ประเมินความเสี่ยง Thai CV Risk และวางแผนปรับพฤติกรรม	–
4	3	30 นาที	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์	กิจกรรมผ่านไลน์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฟังคำถาม และแจกเมนูสุขภาพ	–
5	4	30 นาที	ติดตามผ่านไลน์ + ตรวจรอบเอว/BMI	ติดตามพฤติกรรม ตรวจรอบเอว BMI ความดัน และค้นหาปัญหาอุปสรรค	–
6	5–7	30 นาที/สัปดาห์	ติดตามผ่านไลน์ ส่งความรู้เสริมแรง	ติดตามผ่านไลน์ ส่งความรู้สุขภาพเสริมแรง และเปิดให้ปรึกษาปัญหา	–
7	8	1 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่ม + Self-Assessment + Thai CV Risk	ประเมินตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และค้นหาต้นแบบสุขภาพ	–
8	12	1 ชั่วโมง	กิจกรรมกลุ่ม + เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ตรวจสอบสุขภาพรอบสุดท้าย ประเมินไขมันในเลือด ความรอบรู้สุขภาพ และสรุปผลการปรับพฤติกรรม	ตรวจสอบสุขภาพ ประเมินไขมันในเลือด ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 4.3.2 (<https://www.r-project.org>) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ มีรายละเอียดการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-Square Test หรือ Fisher's Exact Test (สำหรับตัวแปรที่มี Expected Cell Count ต่ำกว่า 5) และ Independent t-test

2) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม (สมมติฐานข้อ 1–2) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test

3) เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (สมมติฐานข้อ 3) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test

4) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง (สมมติฐานข้อ 4) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test (หรือ Welch's t-test ในกรณีที่ความแปรปรวนไม่เท่ากันตาม Levene's Test)

5) เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ (สมมติฐานข้อ 5) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Two-Way Repeated Measures ANOVA (Mixed/Split-Plot Design) โดยพิจารณา Group $\times$ Time Interaction Effect พร้อมรายงานขนาดอิทธิพล Partial Eta-Squared (η^2) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ 092/68 เอกสารรับรองเลขที่ A050/2568 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลต่อการรักษา เพื่อความเป็นธรรมและความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์ระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพชุดเดียวกันกับกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลวิจัย (Wait-List Control Design) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับประโยชน์จากโปรแกรมอย่างเท่าเทียมกัน

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ตาราง 2) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันทุกด้านโดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพนักงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน ไม่มีโรคประจำตัว และมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงบางด้าน เช่น การไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประยะก่อนทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	Test Value	p
อายุ (ปี), M (SD)	41 (8.5)	44 (8.5)	-1.25 ^a	0.213
เพศ, n (%)			1.15 ^b	0.284
ชาย	9 (30)	13 (43.3)		
หญิง	21 (70)	17 (56.7)		
ลักษณะงานหลัก (อาชีพ), n (%)			1.15 ^c	0.765
รับจ้างทั่วไป	1 (3.3)	1 (3.3)		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	2 (6.7)	1 (3.3)		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8 (26.7)	12 (40.0)		
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	19 (63.3)	16 (53.3)		
ทำงานเป็นกะ, n (%)			1.00 ^c	1.000
ไม่ทำ	26 (86.7)	25 (83.3)		
ทำ	4 (13.3)	5 (16.7)		
โรคประจำตัว, n (%)			-	-
ไม่มีโรคประจำตัว	30 (100)	30 (100)		
มีโรคประจำตัว	0	0		
ออกกำลังกาย, n (%)			0.33 ^a	0.433
ไม่เคยออกกำลังกาย	20 (66.7)	17 (56.7)		
ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	10 (33.3)	13 (43.3)		
การสูบบุหรี่, n (%)			1.02 ^b	1.000
ไม่เคยสูบบุหรี่	27 (90)	22 (73.3)		
สูบบุหรี่	3 (10)	8 (26.7)		
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, n (%)			0.01 ^b	0.890
ไม่ดื่มสุรา	23 (76.7)	23 (76.7)		
ดื่มสุราเป็นประจำ	7 (23.3)	7 (23.3)		
ดัชนีมวลกาย, M (SD)	25.18 (4.29)	24.51 (4.39)	0.60 ^a	0.550

^aIndependent t-test, ^bChi-Square Test, ^cFisher's Exact Test

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง (ตาราง 3) ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (ผลต่าง 0.60 คะแนน, 95% CI 0.25–0.95, p = 0.001, Cohen's d = 0.89) การเข้าถึงข้อมูล/การสื่อสาร/การจัดการตนเอง/การรู้เท่าทันสื่อ (ผลต่าง 6.63 คะแนน, 95% CI 3.10–10.17, p < 0.001, Cohen's d = 0.97) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

(ผลต่าง 0.70 คะแนน, 95% CI 0.41–0.99, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.27$ วิเคราะห์ด้วย Welch's t-test เนื่องจากความแปรปรวนไม่เท่ากันตาม Levene's Test) และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (ผลต่าง 4.03 คะแนน, 95% CI 1.90–6.17, $p < 0.001$, Cohen's $d = 0.98$) ซึ่งยืนยันสมมติฐานข้อ 4 ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ($n = 60$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ M (SD)	df	t	p	Cohen's d	Mean Diff. (95% CI)
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	4.23 (0.63)	3.63 (0.72)	58	3.45	0.001	0.89	0.60 (0.25, 0.95)
เข้าถึงข้อมูล/สื่อสาร/ จัดการตนเอง/รู้เท่าทันสื่อ	24.30 (6.25)	17.67 (7.38)	58	3.75	< 0.001	0.97	6.63 (3.10, 10.17)
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ*	1.90 (0.31)	1.20 (0.71)	39.24	4.94	< 0.001	1.27	0.70 (0.41, 0.99)
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	14.30 (4.12)	10.27 (4.15)	58	3.78	< 0.001	0.98	4.03 (1.90, 6.17)

*Welch's t-test

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ตาราง 4) พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้านตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน เมื่อพิจารณาเชิงเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตจริงได้มากขึ้นทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้ส่งผลเฉพาะด้านความรู้เท่านั้น แต่ยังช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว

ตาราง 4 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ Dependent t-test ($n = 60$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	df	t	p
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)	3.63 (0.71)	3.63 (0.71)	29	0	1.000
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	3.50 (0.82)	4.23 (0.63)	29	-4.25 ^a	< 0.001
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ					
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)	16.63 (5.90)	17.67 (7.38)	29	-1.69	0.100
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	21.26 (5.27)	24.30 (6.25)	29	-4.30	< 0.001
3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)	1.10 (0.66)	1.20 (0.71)	29	-1.36	0.184
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	0.63 (0.55)	1.90 (0.31)	29	-10.84	< 0.001
4. พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.					
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)	10.00 (3.88)	10.27 (4.15)	29	-1.39	0.174
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	8.4 (3.75)	14.30 (4.12)	29	-4.98	< 0.001

3. ระดับไขมันในเลือดระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12

ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ด้วยสถิติ Two-Way Repeated Measures ANOVA (ตาราง 5) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time Interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปร Total Cholesterol, $F(1, 58) = 28.00$, $p < 0.001$, Partial $\eta^2 = 0.326$; HDL, $F(1, 58) = 6.16$, $p = 0.016$, Partial $\eta^2 = 0.096$ และ LDL, $F(1, 58) = 22.69$, $p < 0.001$, Partial $\eta^2 = 0.281$ โดยกลุ่มทดลองมีค่า Total Cholesterol ลดลงเฉลี่ย 16.43 mg/dL ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 12.00 mg/dL (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -28.43 mg/dL, 95% CI -39.19 ถึง -17.68) และค่า LDL ของกลุ่มทดลองลดลงเฉลี่ย 9.50 mg/dL ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.83 mg/dL (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -17.33 mg/dL, 95% CI -24.62 ถึง -10.05) ส่วนค่า Triglyceride ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1,58) = 0.36$, $p = 0.552$ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานในตัวแปร HDL โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีค่า HDL เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.20 mg/dL ขณะที่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเพียง 1.90 mg/dL ซึ่งความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางตรงข้ามกับที่คาดหวัง (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -4.30 mg/dL, 95% CI -7.77 ถึง -0.83, $p = 0.016$) กล่าวคือกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการด้าน HDL ดีกว่ากลุ่มทดลอง

ตาราง 5 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Two-Way Repeated Measures ANOVA (Group $\times$ Time Interaction, $n = 60$, กลุ่มทดลอง = 30, กลุ่มเปรียบเทียบ = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	F (1,58)	P	Partial η²	Diff-in-Diff (95% CI)
Total Cholesterol						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	216.53 (25.45)	228.53 (32.14)	28.00	< 0.001	0.326	-28.43
กลุ่มทดลอง (n = 30)	226.47 (24.03)	210.03 (25.70)				(-39.19, -17.68)
Triglyceride						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	135.10 (73.12)	126.40 (78.93)	0.36	0.552	0.006	6.03
กลุ่มทดลอง (n = 30)	112.97 (39.98)	111.07 (52.21)				(-14.13, 26.19)
HDL						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	55.03 (13.30)	61.23 (15.31)	6.16	0.016	0.096	-4.30
กลุ่มทดลอง (n = 30)	59.13 (15.15)	61.03 (12.49)				(-7.77, -0.83)
LDL						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	154.37 (22.71)	162.20 (26.61)	22.69	< 0.001	0.281	-17.33
กลุ่มทดลอง (n = 30)	157.90 (25.93)	148.40 (26.47)				(-24.62, -10.05)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 4 โดยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (สมมติฐานข้อ 1) และเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (สมมติฐานข้อ 4) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [8] และองค์ประกอบของทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิด กล่าวคือ กิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูล ช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขณะที่การตั้งเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับพยาบาลช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และทักษะการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ส่วนกลุ่มไลน์และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Learning) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกันส่งเสริมให้กลุ่มทดลองพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้สูงกว่าทั้งตนเองในอดีตและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. พฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 และข้อ 4 เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเริ่มการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ผลการเปลี่ยนแปลงที่พบภายหลังการทดลองจึงสอดคล้องกับความเป็นไปได้ว่าโปรแกรมอาจมีส่วนต่อผลลัพธ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้จัดสรรกลุ่มแบบไม่สุ่ม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างสมบูรณ์ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยกลไกของ Self-Efficacy และ Self-Regulation ที่กล่าวถึงข้างต้น ซึ่งเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีทักษะการกำกับตนเองที่ดีขึ้น จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การตั้งเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล การติดตามผ่านแอปพลิเคชัน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จึงอาจมีส่วนสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พบในกลุ่มทดลองทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเอง [14,16]

3. ระดับไขมันในเลือด ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 และข้อ 5 เพียงบางส่วน เนื่องจากพบทิศทางผลที่แตกต่างกันระหว่างตัวแปรไขมันแต่ละชนิด สำหรับ Total Cholesterol และ LDL พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับความเป็นไปได้ว่าโปรแกรมอาจมีส่วนสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับไขมันในเลือด เช่น การลดอาหารไขมันสูงและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย [17,18] โดยเฉพาะการลดระดับ LDL ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับค่า Triglyceride ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน อาจเนื่องจากระยะเวลาการทดลองเพียง 12 สัปดาห์ยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงค่าชีวภาพชนิดนี้ ซึ่งมีความผันผวนสูงและตอบสนองต่อปัจจัยด้านอาหารและกิจกรรมทางกายในระยะสั้นได้ไม่แน่นอน

ข้อค้นพบที่ไม่สนับสนุนสมมติฐานคือระดับ HDL ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างระหว่างกลุ่ม -4.30 mg/dL, 95% CI -7.77 ถึง -0.83, $p = 0.016$) ทิศทางนี้ตรงข้ามกับที่คาดไว้ในสมมติฐาน ผู้วิจัยขอเสนอคำอธิบายทางเลือกที่เป็นไปได้โดยยังไม่มีข้อมูลในการศึกษานี้ที่สามารถทดสอบหรือยืนยันกลไกดังกล่าวได้โดยตรง ประการแรก HDL เป็นค่าชีวภาพที่มีรายงานว่าตอบสนองต่อการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอเป็นหลัก มากกว่าความรู้ความเข้าใจหรือการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารซึ่งเป็นจุดเน้นหลักของโปรแกรมนี้นี้ ประการที่สอง เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้การจัดสรรกลุ่มแบบไม่สุ่ม (Non-Random Allocation) ตามที่ระบุไว้ในข้อจำกัดงานวิจัย จึงไม่สามารถตัดปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่ได้วัดออกไปได้อย่างสมบูรณ์ กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับการดูแลตามปกติอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเหตุผลอื่นที่ไม่ได้ถูกควบคุมในการศึกษานี้ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่ออกแบบมาเพื่อทดสอบกลไกดังกล่าวโดยตรง เช่น การวัดระดับกิจกรรมทางกายเชิงปริมาณ ก่อนสรุปสาเหตุที่แท้จริงของข้อค้นพบนี้ ดังนั้นในภาพรวมสมมติฐานด้านระดับไขมันในเลือด (ข้อ 3 และข้อ 5) จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด [19,20] โดยการสื่อสารสุขภาพที่เข้าใจง่ายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้มีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดและความดันโลหิตสูง [21–24] ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ [25–29] โดยสรุปโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ (สมมติฐานข้อ 1, 2 และ 4) ส่วนผลด้านระดับไขมันในเลือด (สมมติฐานข้อ 3 และ 5) ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน โดย Total Cholesterol และ LDL ลดลงตามที่คาดไว้ แต่ Triglyceride ไม่เปลี่ยนแปลงและ HDL มีทิศทางตรงข้ามกับสมมติฐาน ผลการศึกษาโดยรวมสนับสนุนว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสำหรับใช้เป็นโปรแกรมรณรงค์ในสถานประกอบการที่มีบริบทใกล้เคียง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ซึ่งผู้เข้าร่วมได้รับการจัดสรรเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามหน่วยงาน สถานที่ และช่วงเวลาที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพ โดยไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Non-Randomized Assignment) จึงอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding) หรือความคลาดเคลื่อนจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection Bias) ที่ไม่ได้ควบคุมไว้ นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีระดับ Total Cholesterol และ LDL เพิ่มขึ้นเล็กน้อยตลอดระยะเวลาการศึกษา ซึ่งการศึกษานี้ยังมิได้อธิบายสาเหตุที่ชัดเจน อาจเกิดจากความแปรปรวนตามธรรมชาติของค่าชีวภาพ (Natural Variation) หรือปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่นที่ไม่ได้ควบคุมในระหว่างการศึกษา ผลต่างระหว่างกลุ่มที่พบจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และการศึกษาในอนาคตควรพิจารณาใช้การสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomization) เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงเชิงสาเหตุของผลการวิจัย นอกจากนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (กลุ่มละ 30 คน) อาจจำกัดความสามารถในการตรวจจับปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาที่มีขนาดอิทธิพลเล็กถึงปานกลาง และผลลัพธ์ด้าน HDL ที่พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีพัฒนาการดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดกับสมมติฐานของการศึกษา ควรได้รับการยืนยันซ้ำในการศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้น

การนำผลวิจัยไปใช้

สถานประกอบการที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ (เช่น ขนาดพนักงาน ลักษณะงาน และการเข้าถึงระบบตรวจสุขภาพประจำปี) อาจพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นทางเลือกหรือโปรแกรมนำร่องในการดูแลสุขภาพพนักงานกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยังไม่ควรขยายผลใช้ในวงกว้างจนกว่าจะมีการยืนยันประสิทธิผลซ้ำในบริบทอื่นด้วยรูปแบบการวิจัยที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม อาจส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ หรือสื่อออนไลน์ ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและให้คำปรึกษาแก่พนักงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการติดตามผลระยะยาวมากกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือด
2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเครียด คุณภาพการนอน และรูปแบบการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจมีผลต่อระดับไขมันในเลือด
4. ควรพิจารณาออกแบบการศึกษาในอนาคตด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomization) เช่น Randomized Controlled Trial (RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของระเบียบวิธีวิจัยและลดความเสี่ยงต่อการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ นางอรพรรณ คงศรีชาย, นางโสภา บุญละออ, และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ วิจิตรพงศ์จินดา ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude, Anthropic) เพื่อช่วยขัดเกลาความชัดเจนของข้อความและปรับปรุงภาษาอังกฤษของต้นฉบับให้มีความถูกต้องและอ่านง่ายขึ้น ภายหลังการใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยผู้แต่งได้ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของผลลัพธ์ทั้งหมดที่ AI ช่วยสร้าง และรับผิดชอบต่อนเนื้อหาทั้งหมดของบทความ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งทุกคนรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Inalkac NKK, Polat F, Keles I. Impact of Adherence to Guideline-Directed Prevention Strategies on Clinical Outcomes in Patients With Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus Following Acute Coronary Syndrome: A 3-Year Cohort Study. Clin Cardiol. 2025;48(6):e70164. doi: 10.1002/clc.70164
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระจเรญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/printed-matter/399>
4. Li L, Li Y, Zhang C, He J, Ouyang F, Li J, et al. The effect of cumulative exposure to unhealthy behavioral lifestyles on incident primary dyslipidemia: a prospective study from the Chinese government employee cohort. Lipids Health Dis. 2025;24(1):380. doi: 10.1186/s12944-025-02801-5
5. Liu T, Zhao D, Qi Y. Global Trends in the Epidemiology and Management of Dyslipidemia. J Clin Med. 2022;11(21):6377. doi: 10.3390/jcm11216377
6. กุลนาถ มากบุญ, ฐิติมา ภูพุลเพียร, นงนารถ สุขลิ้ม. การประเมินระดับไขมันในเลือด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตรา TC/HDL-C ของผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;6(3):69–81. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/202950>
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=46336&deptcode=>
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
9. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

10. ศิริภา สายชนะ, ไพศรี ตรีผลพันธุ์, ศิริลาวัลย์ เพิ่มทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2565;10(1):84–98. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/article/view/1602>
11. อีสริย์ ปัดภัย, ดวงฤดี โชติกลาง, อัจฉรา ชนะบุญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับไขมันในเลือดดีของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):125–37. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255666>
12. Ozdemir F, Saglam M, Uyaroglu OA, Vardar Yagli N. Impact of physical activity, health literacy and cognitive health on quality of life in dyslipidemia: an observational study. Sci Rep. 2025;15(1):35586. doi: 10.1038/s41598-025-02223-4
13. Cleeman JI. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285(19):2486–97. doi: 10.1001/jama.285.19.2486
14. วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, อาภรณ์ ตีนาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):1–14. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/253949>
15. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุขศึกษา; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/>
16. วัชรพร เขยสุวรรณ. ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ. 2560;44(3):183–97. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/115970>
17. สุธิ์ สถัญญ์ศิริ, หนึ่งฤทัย สุรัตน์พรชัย, ณัฐธิญา โสพิศพรมงคล, ขวาศรี พูนวุฒิกุล, อีร์นุดตรา เนตรโพธิ์แก้ว. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2563;5(1):63–82. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/iudcJ/article/view/243417>
18. อรรถร สุนทรารักษ์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2561;5(2):27–38. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/253709
19. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2019;74(10):1376–414. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.009

20. ทักษพร พูปิง, เดชา ทำดี, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2567;51(3):153–67. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:186379>
21. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. Qual Life Res. 2016;25(11):2869–77. doi: 10.1007/s11136-016-1298-2
22. โกเวช ทองเทพ, อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่มู จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1):105–16. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/242928>
23. สุทธินันท์ คอดริ่งตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2564;48(4):268–80. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:144288>
24. สุปรานีย์ พุสุวรรณ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, จรัส สิงห์แก้ว. ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน. พยาบาลสาร. 2559;43(2):79–89. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/74635>
25. Wilandika A, Pandin MGR, Yusuf A. The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. Front Public Health. 2023;11:1022803. doi: 10.3389/fpubh.2023.1022803
26. เบญจวรรณ สอนอาจ, นพพร จันทรนาชู, พรรณิธิดา เหล่าพวงศักดิ์. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2566;9(2):1–16. เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMSNPRU/article/view/265459>
27. จุฑามาศ ปุณณปุระ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567;34(2):4–11. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/15623>
28. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19 Suppl 1:S1–11. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/130366>
29. ประพันธ์ เข้มแก้ว, นิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2564;2(2):32–42. เข้าถึงได้จาก: <https://phichit.moph.go.th/research.php?yp=y2p2>

ผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เป็น Respiratory Distress Syndrome และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

ธีรวัน อุไพศิลป์สถาพร*

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: Respiratory Distress Syndrome (RDS) เกิดจากการที่ปอดมีการผลิตและการหลั่งสารลดแรงตึงผิวในปอด (Surfactant) ลดลง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาด้วย Surfactant และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัย RDS ระดับปานกลางถึงรุนแรง และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 โดยแสดงข้อมูลพื้นฐานของทารกผลลัพธ์ทางคลินิก และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต

ผลวิจัย: ทารกที่ได้รับการรักษาด้วย Surfactant จำนวน 78 ราย อายุครรภ์เฉลี่ย 30.4 (SD 2.6) สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,513 (SD 456) กรัม อัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75.6 ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 8.3 วัน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 39.3 วัน การได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป: การให้ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดในทารกที่เป็น RDS ระดับปานกลางถึงรุนแรง สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีและการให้ Surfactant ในเวลาที่เหมาะสมอาจช่วยเพิ่มการรอดชีวิตในทารกความเสี่ยงสูงได้

คำสำคัญ: สารลดแรงตึงผิว, ภาวะหายใจลำบาก, ทารกเกิดก่อนกำหนด, น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์, ยาสเตียรอยด์ก่อนคลอด

*ผู้ให้การติดต่อ: ธีรวัน อุไพศิลป์สถาพร

อีเมล: ayamaha25@hotmail.com

รับบทความ: 20 กรกฎาคม 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 19 สิงหาคม 2569; รับผิดชอบ: 23 สิงหาคม 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Clinical Outcomes and Factors Associated with Mortality in Premature Infants with Moderate to Severe Respiratory Distress Syndrome Receiving Surfactant Therapy at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

Teerawan Upaisilsathaporn*

Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon Province

Abstract

Background: Respiratory distress syndrome (RDS) results from decreased production and secretion of pulmonary surfactant. This study aimed to evaluate clinical outcomes of surfactant therapy and factors associated with mortality in preterm infants with RDS.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Medical records of preterm infants with moderate to severe RDS treated with surfactant between October 2019 and September 2025 were reviewed. Demographic characteristics, clinical outcomes, and mortality-associated factors were analyzed.

Results: A total of 78 neonates received surfactant therapy. Mean gestational age and birth weight were 30.4 weeks (SD 2.6) and 1,513 g (SD 456), respectively. The overall survival rate was 75.6%. Mean durations of mechanical ventilation and length of stay were 8.3 days and 39.3 days, respectively. Surfactant administration within 2 hours after birth was significantly associated with lower mortality.

Conclusion: Early surfactant replacement therapy, administered within the first 2 hours after birth, was associated with significantly lower mortality in neonates with moderate to severe RDS. Prompt diagnosis and timely surfactant administration may improve survival outcomes in this high-risk population.

Keywords: Surfactant, Respiratory Distress Syndrome, Preterm Infants, Low Birth Weight, Antenatal Corticosteroids

*Corresponding Author: Teerawan Upaisilsathaporn

E-mail: ayamaha25@hotmail.com

Received: 20 July 2026; Revised: 19 August 2026; Accepted: 23 August 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

Respiratory Distress Syndrome (RDS) เดิมเรียกว่า Hyaline Membrane Disease (HMD) เป็นโรคกลุ่มอาการหายใจลำบาก เป็นสาเหตุหลักของภาวะหายใจล้มเหลวและการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนด พยาธิกำเนิดจากปอดทารกมีการผลิตและการหลั่งสารลดแรงตึงผิวในปอด (Surfactant) ลดลง เนื่องจากปอดเจริญล่าช้า ทำให้ปริมาตรปอดลดลงจากถุงลมปอดแฟบ (Atelectasis) สูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (Lung Compliance) ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด อาการของโรคมักเกิดทันที ถึง 6 ชั่วโมงหลังเกิด ทารกที่เป็นโรค RDS จะมีการหายใจลำบาก ถ้ารุนแรงมากอาจมีอาการเขียว อาการหยุดหายใจ อาจเป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจน หากทารกมีอาการรุนแรงอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา [1,2]

อุบัติการณ์โรค RDS ขึ้นกับอายุครรภ์ และน้ำหนักแรกเกิด โดยพบได้สูงสุดร้อยละ 60-80 ในทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และในทารกอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ 35-36 สัปดาห์ และ 37 สัปดาห์ พบร้อยละ 15-30 ร้อยละ 5 และร้อยละ 1 ตามลำดับ [3,4] การรักษา RDS ประกอบด้วยการดูแลทั่วไป ได้แก่ การดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด การดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด การวินิจฉัยโรค การดูแลระบบทางเดินหายใจ และการรักษาเฉพาะโรคโดยการให้สารลดแรงตึงผิว Surfactant ได้ถูกนำมาใช้รักษาทารก RDS ที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (Moderate to Severe RDS) เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 ที่ประเทศญี่ปุ่น โดย Fujiwara และคณะ [5,6] ปัจจุบันการรักษา RDS ด้วยการให้สารลดแรงตึงผิวการรักษา RDS ด้วยการให้สารลดแรงตึงผิวถือเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ช่วยลดอัตราการตาย ลดอุบัติการณ์ของภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax และ Pulmonary Interstitial Emphysema; PIE) และลดความเสี่ยงในการเกิดโรค Chronic Lung Disease หรือการเสียชีวิตภายใน 28 วันหลังเกิด โดยอาจให้เพื่อป้องกัน (Prophylactic Treatment) หรือให้เพื่อการรักษา (Rescue Therapy) [2,7]

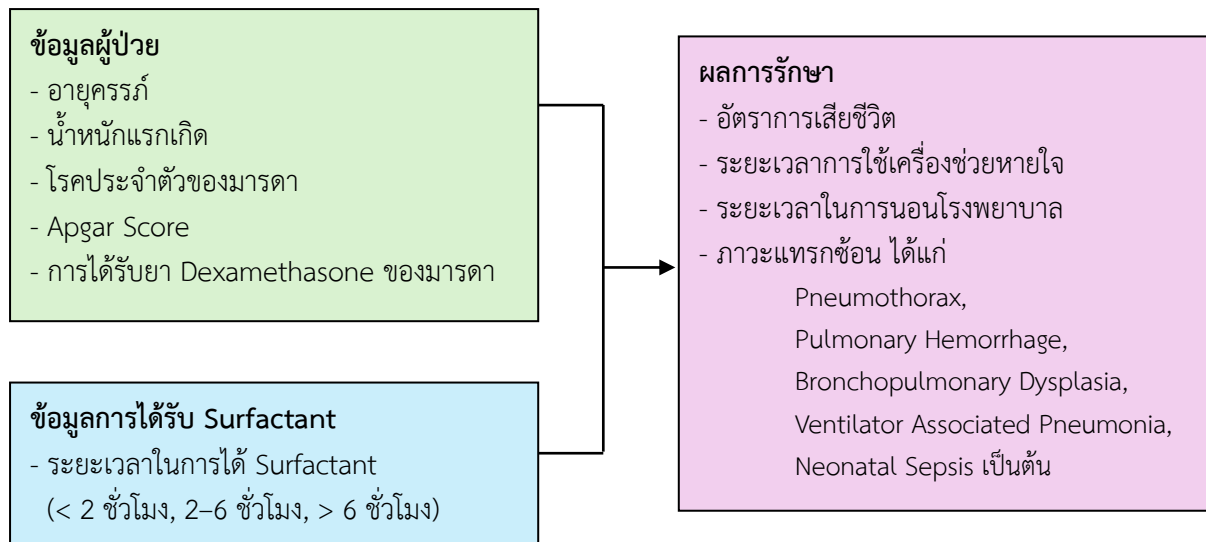
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เริ่มนำ Surfactant มาใช้รักษาทารกที่เป็น RDS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา โดยใช้แบบ Rescue Therapy ในทารกที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจลำบาก RDS ซึ่งภายหลังจากนำ Surfactant มาใช้ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการรักษา อัตราการเสียชีวิตของทารก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้ Surfactant ในการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารก เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา RDS ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษาด้วย Surfactant และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น RDS

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้พัฒนาจากการให้ Early Rescue Surfactant Replacement Therapy คือ การให้ Surfactant ไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังเกิด ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอาการ Moderate to Severe RDS ช่วยทำให้ปอดทารกขยายตัว ลดการบาดเจ็บต่อปอดของทารก [8] ตัวแปรต้น ได้แก่ ลักษณะผู้ป่วย (อายุครรภ์, น้ำหนักแรกเกิด, Apgar Score, โรคประจำตัวของมารดา, การได้รับยา Dexamethasone ของมารดาก่อนคลอด) ระยะเวลาในการได้รับ Surfactant หลังเกิด มีผลต่อทารกเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนของทารก ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจลำบาก (RDS) และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหายใจลำบาก ระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to Severe RDS) และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทั้งทารกที่เกิดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร

เกณฑ์การคัดเข้า: ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่วินิจฉัยว่าเป็น Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดออก:

1. ทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital Anomaly) ที่ส่งผลต่อภาวะหายใจลำบาก
2. ทารกที่มีลักษณะการติดเชื้อมากตั้งแต่ในครรภ์มารดา
3. ทารกที่มีปัญหาความผิดปกติทางโครโมโซม
4. ทารกที่มีปัญหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) ยกเว้น Patent Ductus Arteriosus (PDA)
5. ทารกที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีรายละเอียดประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดาของทารกที่วินิจฉัย Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด เพศ Apgar Score วิธีการคลอด การได้รับยา Dexamethasone ของมารดาก่อนคลอด และระยะเวลาหลังเกิดที่ได้รับ Surfactant

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ในการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่วินิจฉัย Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant ได้แก่ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Days) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนในการรักษา และสาเหตุการเสียชีวิตของทารก

คำนิยามศัพท์:

การวินิจฉัย Moderate to Severe RDS ในการวินิจฉัยนี้เก็บรวบรวมทารกที่วินิจฉัย RDS ร่วมกับได้รับการช่วยหายใจโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ [4]

Bronchopulmonary Dysplasia (BPD) คือ โรคปอดเรื้อรังในทารกเกิดก่อนกำหนด แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ตามวิธีของ NICHD [4,9]

Intraventricular Hemorrhage (IVH) คือ ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง วินิจฉัยด้วยการตรวจ Ultrasound โดยรังสีแพทย์ แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ตามวิธีของ Papile [10]

Necrotizing Enterocolitis (NEC) คือ ภาวะลำไส้เน่าอักเสบ แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ตามวิธีของ Bell [4,11]

Retinopathy of Prematurity (ROP) คือ โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด วินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ แบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ตามวิธีของ ICROP [4,12]

Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) คือ โรคปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงตามเกณฑ์ของ CDC: Criteria for Defining Nosocomial Pneumonia for Infants ≤ 1 Year Old ของสหรัฐอเมริกา [13,14]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานอภิบาลทารกแรกเกิด โดยภายหลังการประเมินได้มีการปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลก่อนไปใช้งานจริง ทั้งนี้ แบบบันทึกข้อมูลมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 จากนั้นได้นำเครื่องมือไปประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) มีค่าเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HOSxP) ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ เช่น ชื่อ-นามสกุล HN ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ หรือข้อมูลระบุตัวตนอื่น ๆ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รหัสตัวเลขแทนข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย

แนวทางการให้ Surfactant: ในการวิจัยนี้ ใช้ Surfactant ที่ได้มาจากการสกัดสารลดแรงตึงผิวมาจากปอดวัว Beractant (Survanta: AbbVie Inc., North Chicago IL, USA) ขนาดยาที่ใช้ 4 มล./กก./ครั้ง เทคนิคการบริหารยาเป็นไปตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตยา ทางโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ให้แบบ Bolus ทางท่อหลอดลมคอ เกณฑ์การพิจารณาให้ยา คือ 1) ทารกมีอาการแย่งขณะที่ใช้ Nasal CPAP อย่างน้อย 6 cmH₂O ร่วมกับการต้องการ FiO₂ มากกว่า 0.3 หรือ 2) ทารกไม่ตอบสนองต่อการช่วยหายใจด้วย Nasal CPAP และจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อให้อาการคงที่ [4]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทารกสองกลุ่มที่รอดชีวิตและเสียชีวิต ใช้ Univariate Analysis ในการประเมิน Odds Ratio โดยมีค่า $p < 0.05$ ถือว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม Jamovi Statistics Version 2.6

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รับรองเลขที่ 096/2568 รหัสโครงการ CPH-EC-068/2568

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และรับส่งต่อทารกเกิดก่อนกำหนดจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วยสาร Surfactant จำนวน 112 ราย อยู่ในเกณฑ์คัดออก 34 ราย เนื่องจากข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ 16 ราย ติดเชื้อรุนแรงตั้งแต่ในครรภ์มารดา 10 ราย และมีความผิดปกติแต่กำเนิด 8 ราย คงเหลือ 78 ราย ทารกอายุครรภ์เฉลี่ย 30.4 (SD 2.6, Range 24–36) สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,513 (SD 456, Range 870–3,120) กรัม เวลาเฉลี่ยที่ทารกได้รับ Surfactant หลังเกิด 3.1 (SD 2.1, Range 0.3–11.0) ชั่วโมง ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 8.3 (Range 0–81) วัน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 39 (Range 1–118) วัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบในทารกได้แก่ Patent Ductus Arteriosus (PDA), Necrotizing Enterocolitis (NEC), Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของทารกที่มี Moderate to Severe RDS และได้รับ Surfactant (n = 78)

ข้อมูลพื้นฐานทารก	n (%)
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	
< 28	9 (11.5)
28–30	35 (44.9)
31–34	29 (37.2)
> 34	5 (6.4)
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	
< 1000	8 (10.3)
1,000–1,499	33 (42.3)
1,500–1,999	25 (32.1)
≥ 2,000	12 (15.4)
เพศ	
ชาย	53 (67.9)
หญิง	25 (32.1)
Apgar Score ที่ 1 นาที	
0–3	11 (14.1)
4–6	31 (39.7)
7–10	36 (46.2)
Apgar Score ที่ 5 นาที	
0–3	5 (6.4)
4–6	20 (25.6)
7–10	53 (67.9)
การได้รับ Dexamethasone ของมารดาก่อนคลอด	
ได้รับ ¹	12 (15.4)
ไม่ได้รับ	66 (84.6)
การรอดชีวิตของทารก	
รอด	59 (75.6)
ตาย	19 (24.4)

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานทารก	n (%)
ระยะเวลาที่ได้รับสาร Surfactant หลังเกิด (ชั่วโมง)	
< 2	31 (39.7)
2–6	42 (53.9)
> 6	5 (6.4)
สถานที่เกิด	
เกิดในโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์	63 (80.8)
เกิดโรงพยาบาลอื่น (ถูกส่งต่อมา)	15 (19.2)
ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน), M (Range)	8.3 (0–81)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน), M (Range)	39.3 (1–118)
ภาวะแทรกซ้อน	
ภาวะลมรั่วในปอด (Pneumothorax)	0
Pulmonary Hemorrhage	2
Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	12
Bronchopulmonary Dysplasia (BPD)	17
Patent Ductus Arteriosus (PDA)	30
Intraventricular Hemorrhage (IVH) ²	4
Retinopathy Of Prematurity (ROP) ³	6
Necrotizing Enterocolitis (NEC) ⁴	14
Neonatal Sepsis	25
Proven Sepsis ⁵	9
Suspected Sepsis	16

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย; Range = พิสัย

¹ ยา Dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง

² ในการวิจัยนี้พบเฉพาะ IVH Grade I

³ ในการวิจัยนี้ พบ ROP Stage 1 (1 ราย) ROP Stage 2 (2 ราย) และ ROP Stage 3 (3 ราย) ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

⁴ ในการวิจัยนี้ พบ NEC Stage 2 (12 ราย) และ NEC Stage 3 (2 ราย)

⁵ Neonatal Sepsis ที่ตรวจพบเชื้อก่อโรค

ทารกที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ได้รับสาร Surfactant ภายหลังเกิดเฉลี่ย 2.6 (SD 1.8, Range 0.3–11.0) ชั่วโมง เร็วกว่าทารกที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ใช้เวลาเฉลี่ย 5.5 (SD 2.0, Range 2.8–10.1) ชั่วโมง ($p = 0.005$)

ทารกเสียชีวิต 19 ราย (ร้อยละ 24.4) อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต 13 (SD 17.5, Range 1–61) วัน พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด โดยทารก 8 ราย มีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* 3 ราย Coagulase-Negative *Staphylococcus* 3 ราย *Acinetobacter baumannii* 1 ราย และ *Escherichia coli* 1 ราย ดังตาราง 2

ตาราง 2 สาเหตุการเสียชีวิตของทารก (n = 19)

สาเหตุการเสียชีวิต	n (%)
Culture-Proven Sepsis	8 (42.1)
Birth Asphyxia	4 (21.0)
Pulmonary Hemorrhage	3 (15.8)
Necrotizing Enterocolitis (NEC) Stage 3	3 (15.8)
Extremely Low Birth Weight (ELBW)	1 (5.3)
รวม	19 (100)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในทารกที่มีภาวะ Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant

พบว่าทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ทารกที่น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม และ Apgar Score ที่ 1 และ 5 นาที เท่ากับ 4 ถึง 6 มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทารกที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชนพรเขตอุดมศักดิ์และมารดาได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอดมีอัตราการเสียชีวิตลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาการได้รับ Surfactant ภายหลังคลอดที่เร็วขึ้น ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง ส่วนทารกที่มีภาวะ Ventilator-Associated Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นกว่าทารกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในทารกที่มีภาวะ Moderate to Severe RDS และได้รับการรักษาด้วย Surfactant

ตัวแปร	Univariate	
	OR (95% CI)	p
อายุครรภ์		
< 28 สัปดาห์	62.3 (2.1–1823)	0.001
28–30 สัปดาห์	3.9 (0.2–78.3)	0.20
31–34 สัปดาห์	1.0 (0.04–23.8)	0.55
> 34 สัปดาห์	1	Reference group
น้ำหนักแรกเกิด		
< 1000 กรัม	125.0 (4.5–3479)	< 0.001
1,000–1,499 กรัม	9.7 (0.5–181)	0.08
1,500–1,999 กรัม	3.9 (0.2–81.5)	0.21
≥ 2,000 กรัม	1	Reference group
การส่งต่อ		
ทารกเกิดในโรงพยาบาลชุมชนพรเขตอุดมศักดิ์	0.9 (0.2–3.1)	0.82
ทารกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	1	Reference group
มารดาได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด		
ได้รับ	0.2 (0.02–2.0)	0.16
ไม่ได้รับ	1	Reference group
Apgar Score ที่ 1 นาที		
0–3	3.0 (0.6–16.2)	0.19
4–6	5.1 (1.4–17.9)	0.008
7–10	1	Reference group
Apgar Score ที่ 5 นาที		
0–3	1.2 (0.1–12.3)	0.86
4–6	4.0 (1.3–12.5)	0.01
7–10	1	Reference group
ระยะเวลาที่ได้รับสาร Surfactant หลังเกิด		
< 2 ชั่วโมง	0.72 (0.54–0.97)	0.03
2–6 ชั่วโมง	0.80 (0.65–0.98)	0.03
> 6 ชั่วโมง	1	Reference group
Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)		
มี	2.4 (0.6–9.4)	0.22
ไม่มี	1	Reference group

หมายเหตุ: OR = odds ratio; CI = confidence interval

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้ Surfactant ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Moderate to Severe RDS ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบการรอดชีวิตร้อยละ 75.6 (59/78 ราย) น้อยกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 ถึง 2562) ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 85.4 (205/235 ราย) [15] ใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2556 ถึง 2558) ที่มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75.4 (49/65 ราย) [16] ทารกเสียชีวิตร้อยละ 24.4 อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต 13 วัน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตช่วง Late Neonatal Death สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจาก Neonatal Sepsis, Birth Asphyxia และ Pulmonary Hemorrhage ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา [15–17] และไม่พบสาเหตุการเสียชีวิตจาก RDS

ระยะเวลาที่ทารกได้รับสาร Surfactant หลังคลอดเฉลี่ย 3.18 ชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [16] (3.3 ชั่วโมง) และช้ากว่าเมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช [15] (2.82 ชั่วโมง) โดยเมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาแบบ Early Rescue (ไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังเกิด) [2,18] มีเวลาเกินมาไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากทารกส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และทารกที่คาดว่าจะเกิดก่อนกำหนด มารดาจะถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมาตลอดที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทำให้ได้รับการส่งตรวจทางรังสี การวินิจฉัยและการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาได้แก่ Patent Ductus Arteriosus, Ventilator-Associated Pneumonia และ Necrotizing Enterocolitis ยังคงเกิดขึ้น (ตาราง 1) แม้ไม่พบการเกิด Pneumothorax ในการศึกษา (0 ราย) การศึกษา Cochrane Review 2012 [18] สนับสนุนว่าการให้ Surfactant แบบ Early Surfactant Therapy ลดความเสี่ยงในการเกิด Pneumothorax, Chronic Lung Disease และ Neonatal Mortality Rate ได้

ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจของการศึกษานี้เฉลี่ย 8.3 วัน สั้นกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช [15] ที่มีระยะเวลา 17.2 วัน ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจในการวิจัยนี้ เก็บรวบรวมทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจแบบบูรกราน เมื่อทารกอาการระบบหายใจดีขึ้น จะเปลี่ยนมาใช้ในการช่วยหายใจแบบไม่รุกราน เช่น Nasal CPAP (เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกที่ใส่ทางจมูก) หรือ HHHFNC (เครื่องให้ออกซิเจนการไหลสูง) แทน จึงช่วยลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจสั้นกว่าการศึกษานี้

ส่วนระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของการศึกษานี้ ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลอุดรธานี [17] โดยระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 39.3 วัน และ 40.7 วัน ตามลำดับ เนื่องจากการศึกษานี้มีจำนวนทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม ร้อยละ 52.6 ถึงแม้จะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจจากทารกได้เร็วกว่าแต่เนื่องจากทารกกลุ่มนี้น้ำหนักตัวน้อยและอาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง จึงยังคงต้องรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนกว่าน้ำหนักตัวและอาการทางคลินิกจะคงที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของทารก คือ ระยะเวลาที่ทารกได้รับ Surfactant โดยพบว่าทารกที่ได้รับ Surfactant ภายใน 2 ชั่วโมง และ 2 ถึง 6 ชั่วโมงหลังเกิด มีอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cochrane Review 2012 [18] และการศึกษาอื่น ๆ [15–17] ซึ่งในปัจจุบันพยายามให้ Surfactant ให้เร็วที่สุด เพื่อลดการเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อปอด ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Lung Injury) ส่วนมารดาที่ได้รับ Steroid ก่อนคลอดอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.16$) การให้ Steroid ในมารดาก่อนคลอดรวมกับการให้ Surfactant ในทารกทำให้ผลการรักษา RDS ดีขึ้น เพราะ Steroid เป็นตัวกระตุ้นให้มีการสร้างสาร Surfactant โดยธรรมชาติเพิ่มขึ้น ลดความรุนแรงของโรคได้มากขึ้น การศึกษานี้พบการอัตราการรอดชีวิตของทารกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น และน้ำหนักแรกเกิดเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ [15–17] Apgar Score มีผลต่อการรอดชีวิตของทารก จากการศึกษาของ Forsblad [19] พบว่า Apgar Score ที่ 1, 5 และ 10 นาที่ สัมพันธ์กับการรอดชีวิต โดยเฉพาะคะแนนที่ 5 นาที่ มีความสัมพันธ์มากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่พบว่า Apgar Score ที่น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 6 ที่นาที่ 5 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาที่พบ Apgar Score ต่ำกว่าตายน้อยกว่า อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนของผู้ประเมิน (กุมารแพทย์ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ พยาบาลห้องคลอด) ซึ่งมีทักษะในการประเมินที่แตกต่างกัน ส่วนทารกที่มีภาวะ Ventilator-Associated Pneumonia มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [16] ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน Pneumothorax (ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด) เป็นผลมาจากการใช้สาร Surfactant ร่วมกับการดูแลเรื่องการช่วยหายใจอย่างใกล้ชิดจากทีมบุคลากรหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้ช่วยลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ การวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลเวชระเบียน เนื่องจากเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 มีการใช้เวชระเบียนแบบกระดาษ ทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน โดยปัจจุบันมีการบันทึกเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ใช้วางแผนแนวทางการส่งต่อมารดาที่คาดว่าจะคลอดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนดที่เสี่ยงต่อภาวะ Moderate to Severe RDS จากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลจังหวัดที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ได้รับสาร Surfactant โดยเร็ว ภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิด หรืออย่างน้อยไม่เกิน 6 ชั่วโมงหลังเกิด
2. จัดหาสาร Surfactant ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีกุมารแพทย์ เพื่อให้การรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ Moderate to Severe RDS จากโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจังหวัด ให้ทันท่วงที

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนากับกุมารแพทย์อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด ที่จะจบการศึกษาในปี 2570 เพื่อต่อยอดการให้สาร Surfactant ด้วยวิธี INTubation SURfactant Extubation (INSURE) และ Minimally Invasive Surfactant Therapy (MIST) โดยไม่ต้องคาท่อช่วยหายใจไว้หลังให้ Surfactant ซึ่งจะช่วยลดการบาดเจ็บต่อปอดทารก และลดโอกาสการติดเชื้อ Ventilator-Associated Pneumonia ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และอัตราการรอดชีวิตของทารกที่สูงขึ้น

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งใช้เครื่องมือ AI ChatGPT (OpenAI, GPT Version 5.5) เพื่อตรวจไวยากรณ์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อหาส่วน Abstract โดยผู้แต่งได้ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของผลลัพธ์ทั้งหมดที่ AI ช่วยสร้าง และรับผิดชอบต่อเนื้อหาทั้งหมดของบทความ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dyess N, Kinsella J, Parker T. Acute neonatal respiratory disorders. In: Gleason CA, Sawyer T, editors. Avery's diseases of the newborn. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 594–603.
2. Sprecher A, Acharya K, Cohen S. Respiratory distress syndrome (Hyaline membrane disease). In: Kliegman R, St Geme III J, Blum N, Tasker R, Wilson K, Schuh A, et al, editors. Nelson textbook of pediatrics. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p. 1077–82.

3. สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. Respiratory distress and respiratory distress syndrome. ใน: วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. ปัญหาทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2550. หน้า 97–111.
4. ชานินทร์ พิรุณเนตร. Update in RDS management. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart practice in neonatal care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์; 2563. หน้า 285–325.
5. Fujiwara T, Maeta H, Chida S, Morita T, Watabe Y, Abe T. Artificial surfactant therapy in hyaline-membrane disease. *Lancet*. 1980;1(8159):55–9. doi: 10.1016/s0140-6736(80)90489-4
6. Halliday HL. Surfactants: past, present and future. *J Perinatol*. 2008;28 (Suppl 1):S47–56. doi: 10.1038/jp.2008.50
7. Pattnaik P, Adebisi K, Lee B. Neonatal Respiratory Distress Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cited 2026 Jun 3]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>
8. สันติ ปุณณะหิตานนท์. การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวในปอด Update in Surfactant Replacement Therapy. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, บรรณาธิการ. Highlights in Neonatal Problem. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์; 2561. หน้า 176-191.
9. Jensen EA, Dysart K, Gantz MG, McDonald S, Bamat NA, Keszler M, et al. The Diagnosis of Bronchopulmonary Dysplasia in Very Preterm Infants. An Evidence-based Approach. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(6):751–9. doi: 10.1164/rccm.201812-2348OC
10. Papile LA, Burstein J, Burstein R, Koffler H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *J Pediatr*. 1978;92(4):529–34. doi: 10.1016/s0022-3476(78)80282-0
11. Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, et al. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. *Ann Surg*. 1978;187(1):1–7. doi: 10.1097/00006558-197801000-00001
12. Chiang MF, Quinn GE, Fielder AR, Ostmo SR, Chan RVP, Berrocal A, et al. International Classification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition. *Ophthalmology*. 2021;128(10):e51–68. doi: 10.1016/j.optha.2021.05.031
13. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [cited 2026 Aug 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/psc/pneu/index.html>
14. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สถาบันบำราศนราดูร. Updating IPC Guidelines for Thailand 2024 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/bidi/pagecontent.php?page=515&dept=bidi>
15. จุไรรัตน์ ตรีวัฒนาวงศ์. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2563;5(4):136–43. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252890>
16. นพวรรณ พงษ์โสภ. ผลการรักษาภาวะ Respiratory distress syndrome โดยใช้ Surfactant ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 2558;29:505–13.

17. วไลพร โรจน์สง่า. ผลของการใช้ Surfactant ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เป็น Respiratory distress syndrome ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2561;26(1):56–63. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159100>
18. Bahadue FL, Soll R. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11(11):CD001456. doi: 10.1002/14651858.CD001456.pub2
19. Forsblad K, Källén K, Marsál K, Hellström-Westas L. Apgar score predicts short-term outcome in infants born at 25 gestational weeks. Acta Paediatr. 2007;96(2):166–71. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00099.x

มุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์

หลังผ่านจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์
สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยยังน่ากังวลหรือไม่?

Tuberculosis in Thailand After the Peak of the HIV Epidemic:
Is It Still a Cause for Concern?

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ*

Phanchai Rattanasuwan*

ข้าราชการบำนาญ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Retired Senior Medical Officer, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

คำสำคัญ: วัณโรค, การระบาดของเอชไอวี, สาธารณสุข, การควบคุมวัณโรค, ประเทศไทย

Keywords: Tuberculosis, HIV Epidemic, Public Health, Tuberculosis Control, Thailand

บทนำ

ในช่วงระยะเวลาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (หมายถึงรวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี) ในประเทศไทย ที่เริ่มต้นของการมีผู้ป่วยเอดส์รายแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 [1] สถานการณ์วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) ก็ได้รับผลกระทบอย่างชัดเจน อันเนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอดส์ [2] โดยในฐานข้อมูลของกองระบาดวิทยา (บางช่วงเวลา เป็น สำนักระบาดวิทยา) เริ่มมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 (ภาพ 1) [3] อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยได้ผ่าน “จุดสูงสุด” ของสถานการณ์โรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวีไปแล้ว โดยจุดสูงสุดที่ควรพิจารณามี 2 จุดด้วยกัน คือ จุดสูงสุด “อุบัติการณ์” ของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่อปีในปี พ.ศ. 2534 (7 ปี หลังจากการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในประเทศไทย) และ จุดสูงสุด “ความชุก” ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมสูงสุดในปี พ.ศ. 2541 [4] (หรืออีก 7 ปีถัดมา) ดังนั้น จุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยน่าจะผ่านไปโดยสมบูรณ์แล้วหลังปี พ.ศ. 2541 ประกอบกับในช่วงเวลาใกล้เคียงกันนั้น ยาต้านไวรัสได้เข้ามามีบทบาทในการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ใกล้เคียงกับภูมิคุ้มกันของคนปกติมากที่สุด [2] ทำให้คาดว่าสถานการณ์โรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวีหลังจากปี พ.ศ. 2541 น่าจะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์วัณโรคน้อยลงเป็นอย่างมาก ประเด็นที่น่าสนใจและควรพิจารณาอย่างยิ่ง คือ ปัจจุบันที่สถานการณ์โรคเอดส์ผ่าน “จุดสูงสุด” ไปแล้ว สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยยังคง “น่ากังวล” อยู่หรือไม่?

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author): พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ (Phanchai Rattanasuwan)

อีเมล (E-mail): phanchai@yahoo.com

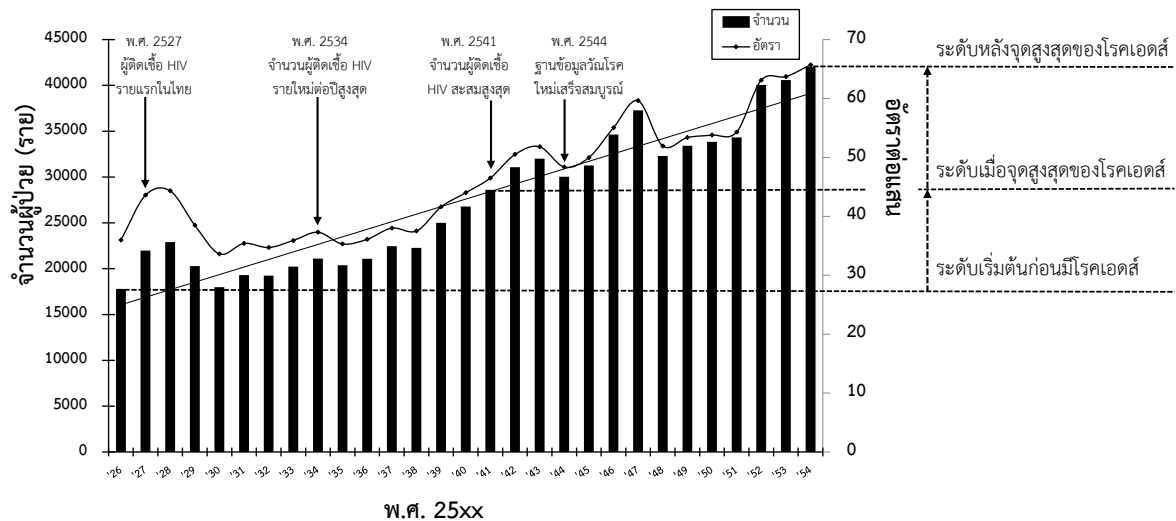
รับบทความ: 5 มิถุนายน 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 24 มิถุนายน 2569; รับผิดชอบ: 6 กรกฎาคม 2569

Received: 5 June 2026; Revised: 24 June 2026; Accepted: 6 July 2026



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

จำนวนและอัตราต่อแสนของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับรายงาน ประเทศไทย พ.ศ. 2526–2554



แหล่งข้อมูล: ปรับปรุงจากข้อมูลของสำนักโรคระบาดวิทยา (www.boe.moph.go.th)

ภาพ 1 ระดับของผู้ป่วยวัณโรครายปีของประเทศไทยในแต่ละช่วงของสถานการณ์โรคเอดส์ (ดัดแปลงจากภาพหน้าปกของตำราโรคระบาดวิทยา สำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ [3])

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยก่อนและหลังจุดสูงสุดของโรคเอดส์

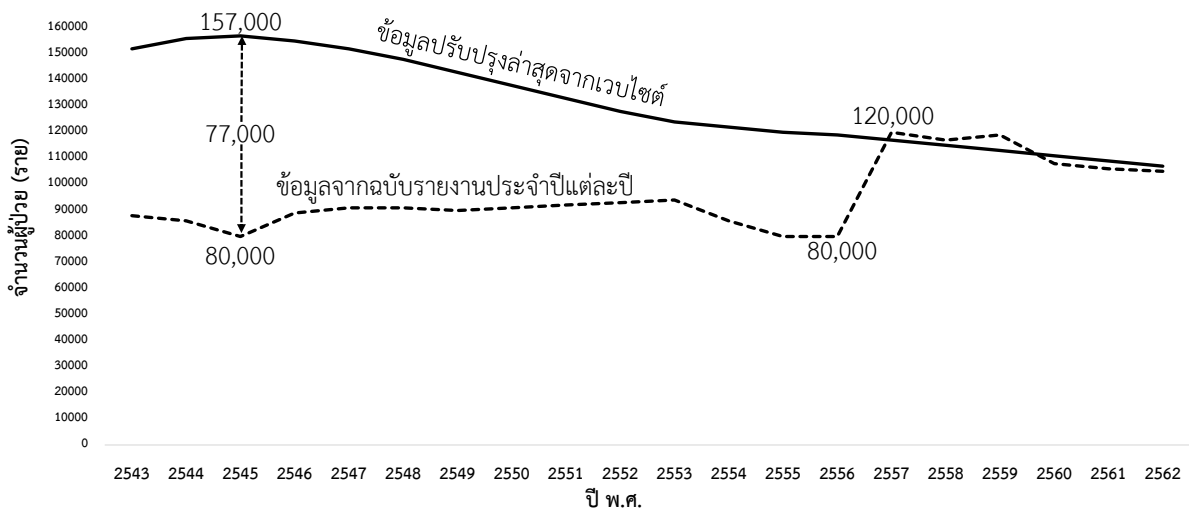
จากภาพ 1 พบว่า ช่วงตั้งแต่การพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในประเทศไทยจนถึง “จุดสูงสุด” ของสถานการณ์โรคเอดส์ คือ ช่วงปี พ.ศ. 2527–2541 นั้น แนวโน้มสถานการณ์วัณโรคมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายปีเพิ่มสูงขึ้นโดยตลอด จนถือได้ว่าสถานการณ์วัณโรคในช่วงนั้นมีความ “น่ากังวล” เช่นเดียวกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แม้แต่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ยังต้องประกาศให้วัณโรคเป็น “ภาวะฉุกเฉิน” ที่ต้องบริหารจัดการทั่วโลกในปี พ.ศ. 2536 (TB: A Global Emergency) [5,6] ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการปรับกลยุทธ์และมาตรการรับมืออย่างเข้มข้นภายใต้คำแนะนำของ WHO [6] อย่างไรก็ตาม หลังผ่าน “จุดสูงสุด” ของสถานการณ์โรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2541 ไปแล้ว แทนที่สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยจะมีระดับลดลง แต่กลับพบว่ามี “ระดับเพิ่มสูงกว่า” ระดับในช่วงก่อนหน้านี้ขึ้นไปอีก อีกทั้งยังมี “แนวโน้มเพิ่มขึ้น” ต่อไปอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงปีสุดท้ายของการปรากฏข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรคในฐานข้อมูลของกองระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2554 (ภาพ 1) ทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์วัณโรคหลังจากนี้นับถึงปัจจุบันได้อีก การประเมินสถานการณ์ต่อไปหลังจากนี้ จึงจำเป็นต้องไปใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคของกองวัณโรคต่อไป ซึ่งพัฒนาได้อยู่ในระดับสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึงปัจจุบัน โดยความแตกต่างที่สำคัญ คือ ฐานข้อมูลของกองวัณโรคมีนิยามผู้ป่วยตามแนวทางใหม่ของ WHO ที่กำหนดให้รายงานผู้ป่วยเสมอไม่ว่าพบเชื้อเข้าไปด้วย [7]

หลักฐานที่บ่งชี้ว่าวัณโรคยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

การประเมินสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย ในปัจจุบันนี้สามารถใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุข โดยกองวัณโรคได้พัฒนาขึ้นดังกล่าวแล้วส่งไปที่ WHO อย่างไรก็ตาม ชุดข้อมูลของ WHO ที่สามารถนำมาใช้ประเมินสถานการณ์วัณโรคมีอยู่ 2 ชุดข้อมูล คือ ชุดข้อมูลประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (Estimates of TB Burden) และ ชุดข้อมูลจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา (TB Notifications) ที่กองวัณโรคส่งรายงานไป [8] แต่ในบทความนี้ จะประเมินโดยใช้ชุดข้อมูล TB Notifications เป็นหลัก เนื่องจากชุดข้อมูลประมาณการ (Estimates of TB Burden) มีความคลาดเคลื่อนสูงมากตามเวลาที่ผ่านไป โดย WHO มีการปรับปรุงชุดข้อมูลนี้อยู่ตลอดเวลา

ในภายหลัง (ภาพ 2) [8–28] ยกตัวอย่าง เช่น ในปี พ.ศ. 2545 มีการปรับเปลี่ยนข้อมูลจาก 80,000 ราย เป็น 157,000 ราย หรือ เพิ่มขึ้นถึง 77,000 ราย หรือ เกือบหนึ่งเท่าของข้อมูลเดิมจากในฉบับรายงานประจำปีของ WHO หรือ อีกตัวอย่างหนึ่ง คือ จากที่เคยรายงานปีละประมาณ 80,000–90,000 รายจากในฉบับรายงานในแต่ละปี พ.ศ. 2543–2556 แต่หลังจากที่ได้มีการสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555–2556 [29] WHO ก็ได้กลับปรับข้อมูลประมาณการของประเทศไทยนี้ขึ้นเป็น 120,000 ราย หรือ เพิ่มขึ้นประมาณ 40,000 ราย ในปี พ.ศ. 2557 (ภาพ 2) ทำให้ชุดข้อมูลนี้ในฉบับรายงานประจำปีมีความน่าเชื่อถือด้านความแม่นยำไม่ด้นัก ในขณะที่ชุดข้อมูล TB Notifications มีความเสถียรใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่าตามการพัฒนาฐานข้อมูลให้ทันสมัยและมีความครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนมาใช้ฐานข้อมูลรูปแบบดิจิทัลออนไลน์ในปัจจุบัน

ประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายปีของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543–2562 โดยองค์การอนามัยโลก



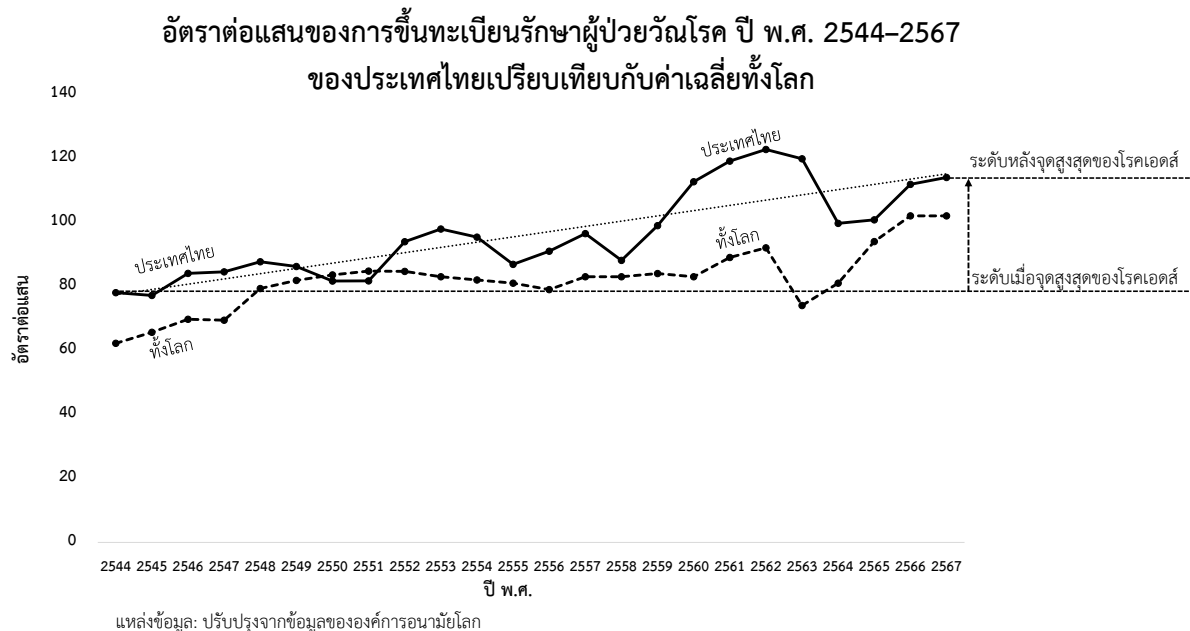
ที่มา: รายงานวัณโรคและปอดอักเสบปีขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2543 – 2562

ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคจากเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก

ภาพ 2 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายปีของประเทศไทย เปรียบเทียบข้อมูลในรายงานประจำปีของ WHO กับข้อมูลปรับปรุงล่าสุดในเว็บไซต์ของ WHO

ดังนั้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์วัณโรคหลังผ่าน “จุดสูงสุด” ของสถานการณ์โรคเอดส์จนถึงปัจจุบัน (ภาพ 3) [8–28] พบว่า มี “แนวโน้มเพิ่มขึ้น” อย่างต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มของฐานข้อมูลกองระบาดวิทยา ข้างต้น หากสถานการณ์วัณโรคในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มีความ “น่ากังวล” เพราะถูกกำหนดเป็น “ภาวะฉุกเฉิน” ดังกล่าวข้างต้น สถานการณ์วัณโรคหลังผ่าน “จุดสูงสุด” ของสถานการณ์โรคเอดส์ ก็น่าจะประเมินได้ว่า “น่ากังวลมาก” หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น “ยิ่งกว่าภาวะฉุกเฉิน” ได้ หลาย ๆ ท่านอาจโต้แย้งว่าเป็นเพราะประเทศไทยได้เน้นดำเนินงานมาตรการด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้พบผู้ป่วยวัณโรคเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นได้ แต่ข้อน่าสังเกต คือ หากพิจารณาร่วมกันจากฐานข้อมูลทั้งสองแล้ว การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างยาวนาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531–2567 หรือกว่า 35 ปีทีเดียว หากได้ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการรักษาไปด้วยอย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคก็จะกินเวลาไม่นานนัก คือ ประมาณ 4–5 ปี ก็จะกลับมามีแนวโน้มลดลงได้อย่างต่อเนื่อง [30] จนอยู่ในระดับที่ไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขหรือแม้แต่จะกำจัดวัณโรคได้ต่อไปในอนาคตอีกด้วย บางท่านก็อาจโต้แย้งอีกว่า อาจมีปัจจัยสำคัญ

อื่น ๆ เข้ามามีผลต่อสถานการณ์โรคได้ โดยเฉพาะหลังช่วงสถานการณ์โรคเอดส์แล้ว เช่น ผู้ต้องขังเรือนจำ แรงงานต่างชาติ ผู้ป่วยเบาหวาน ฯลฯ แต่การติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นโรคเมื่อพ้นเลยช่วงนี้ไปแล้ว ปัจจัยอื่น ๆ เหล่านั้นก็ไม่น่าจะมีขนาดของปัจจัยที่แตกต่างไปมากนัก อีกทั้งยังไม่ได้ส่งผลอย่างรุนแรงต่อการติดเชื้อและการป่วยโรคได้เท่ากับการติดเชื้อเอชไอวี สถานการณ์โรคจึงควรจะดีขึ้นได้หากมีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

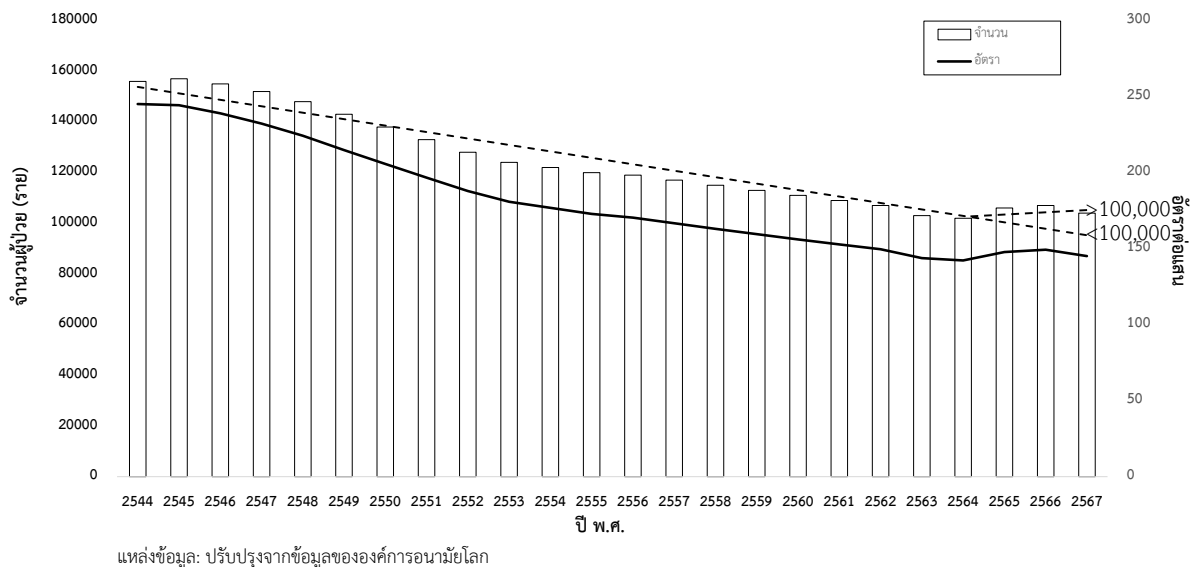


ภาพ 3 ระดับของผู้ป่วยโรคของประเทศไทยเปรียบเทียบกับทั่วโลก และเปรียบเทียบกับระดับเมื่อจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์

นอกจากนี้ ในภาพ 3 ยังพบว่า อัตราต่อแสนของผู้ป่วยโรคของประเทศไทยยังมี “ระดับสูงกว่า” ของค่าเฉลี่ยทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่า หากกำหนดให้ค่าเฉลี่ยทั่วโลกเป็นเกณฑ์ชี้วัดที่สำคัญว่าโรคเป็นปัญหาของประเทศใดหรือไม่? ก็จะทำให้กล่าวได้ว่า โรคยังคงเป็น “ปัญหาสุขภาพ” ที่สำคัญมากของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในที่นี้จะไม่ได้ใช้ชุดข้อมูลประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคในการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น แต่ก็มี “ข้อน่าสังเกต” ว่า จากประมาณการที่ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2564 หรือ นานถึง 20 ปี แต่ในช่วง 3 ปีล่าสุด คือ ปี พ.ศ. 2565-2567 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรครายปี กลับมีแนวโน้ม “ไม่ลดลง” อีกเหมือนที่เคยประมาณการไว้ก่อนหน้านี้ อีกทั้งดูเหมือนจะกลับไปมีแนวโน้ม “สูงขึ้น” ด้วย (ภาพ 4) [8] ทั้งนี้ หากยึดตามแนวโน้มก่อนหน้านี้ ในปี พ.ศ. 2567 ประมาณการควรอยู่ในระดับต่ำกว่า 100,000 รายแล้ว แต่กลับประมาณการคงไว้ที่มากกว่า 100,000 รายในทั้งสามปีล่าสุด ประเด็นนี้ก็เป็นเพียงข้อสังเกตเล็ก ๆ ที่สนับสนุนว่า สถานการณ์โรคในประเทศไทย “น่ากังวลมาก” จริง ๆ

ประมาณการจำนวนและอัตราต่อแสนของผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544–2567



ภาพ 4 ประมาณการสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยโดย WHO

ความท้าทายและทิศทางการควบคุมวัณโรคในอนาคต

จากสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยแม้หลังจากผ่านจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์ไปแล้ว ก็ยัง “น่ากังวลมาก” นี้ ความท้าทายอย่างแรกและสำคัญที่สุดของประเทศไทยในปัจจุบัน คือ จะทำอะไรให้สถานการณ์วัณโรคกลับมาเป็นแนวโน้ม “ลดลง” อย่างต่อเนื่องให้ได้อย่างน้อย 3–5 ปีขึ้นไป (ก่อนที่จะทำให้ลดลงต่อเนื่องไปอีกจนไม่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีกต่อไป) ความท้าทายลำดับถัดมา คือ จะต้องทำให้มีระดับลดลง “ต่ำกว่า” ค่าเฉลี่ยทั่วโลกให้ได้ และ ความท้าทายลำดับสุดท้ายในที่นี้ คือ ต้องให้อยู่ในระดับที่ “ต่ำกว่า” ก่อนจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์ให้ได้ กรณีสุดท้ายนี้จำเป็นต้องสร้างแบบจำลองเพื่อประเมินสถานการณ์ เพราะฐานข้อมูลที่มีอยู่ปัจจุบันของกองวัณโรคไม่ได้ครอบคลุมกลับไปถึงช่วงสถานการณ์โรคเอดส์

บทสรุป

โดยสรุป หากประเมินสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยให้ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด จะพบว่าปัจจุบันที่ได้ผ่านจุดสูงสุดของสถานการณ์โรคเอดส์ไปแล้ว แต่ก็ยังมีความ “น่ากังวลมาก” สิ่งที่เราควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน คือ การทบทวนกลยุทธ์และมาตรการด้านการรักษาผู้ป่วยวัณโรคว่ามีประสิทธิภาพจริงเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาได้หรือไม่? นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็วและความมั่นใจในการวินิจฉัยของแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเริ่มรักษาวัณโรคปอดได้ทันเวลา [31] อย่างไรก็ตาม ไม่ควรมุ่งเน้นไปที่การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพียงอย่างเดียว เพราะแทนที่จะเป็นการแก้ไขปัญหา ก็จะกลับกลายเป็นการเพิ่มปัญหาขึ้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาวัณโรคดื้อยา ซึ่งอาจทำให้บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพรวมถึงประชาชนทั่วไปในภาพรวมยังมีความเสี่ยงอันตรายเพิ่มขึ้นต่อปัญหาวัณโรคนี้ได้

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งรับรองว่าไม่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) หรือ Generative AI ในการจัดทำบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ. เอดส์...ปฐมบทแห่งการเรียนรู้ จากโรงพยาบาลบาราศีในอดีต. นนทบุรี: สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. ตำราโรคพยาธิสำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์: สำนักวิชาแพทยศาสตร์; 2561 [เข้าถึงข้อมูลวันที่ 5 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://smd.wu.ac.th/wp-content/uploads/2017/12/ตำราโรคพยาธิ.pdf>
4. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงข้อมูลวันที่ 5 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
6. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. Non-Family DOT: แนวทางการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 มิถุนายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/view/cdcknakhonsi/tb/แนวทางการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ>
7. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. World Health Organization. Tuberculosis data [Internet]. [cited 2026 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/data#csv_files
9. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2002 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/CDS/TB/2002.295. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63835/WHO_CDS_TB_2002.295_eng.pdf?sequence=13
10. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2003 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/CDS/TB/2003.316. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63835/WHO_CDS_TB_2003.316.pdf?sequence=14

11. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2004 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2004.331. Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42889/9241562641.pdf?sequence=2>
12. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2005.349. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144569/9241562919_eng.pdf?sequence=1
13. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2006 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2006.362. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144567/9241563141_eng.pdf?sequence=1
14. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2007 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2007.376. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43629/9789241563141_eng.pdf?sequence=1
15. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2008.393. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43831/9789241563543_eng.pdf?sequence=1
16. World Health Organization. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2009.411. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44035/9789241563802_eng.pdf?sequence=1
17. World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2009.426. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44241/9789241598866_eng.pdf?sequence=1
18. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2010.7. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44425/9789241564069_eng.pdf?sequence=1
19. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2011 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2011.16. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44728/9789241564380_eng.pdf?sequence=1

20. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2012.6. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75938/9789241564502_eng.pdf?sequence=1
21. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2013.11. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91355/9789241564656_eng.pdf?sequence=1
22. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2014.08. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137094/9789241564809_eng.pdf?sequence=1
23. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2015.22. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191102/9789241565059_eng.pdf?sequence=1
24. World Health Organization. Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2016.13. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250441/9789241565394-eng.pdf?sequence=1>
25. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/HTM/TB/2017.23. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-eng.pdf?sequence=1>
26. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/CDS/TB/2018.20. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf>
27. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Jun 21]. Report No.: WHO/CDS/TB/2019.15. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/329368>
28. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Jun 21]. ISBN: 978-92-4-001313-1. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

29. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2556. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
30. Sawert H, Kongsin S, Payanandana V, Akarasewi P, Nunn PP, Raviglione MC. Costs and benefits of improving tuberculosis control: the case of Thailand. Soc Sci Med. 1997;44(12):1805-16. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00289-4
31. วุฑฒันธร วิจิธนาภรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มยารักษาวัณโรคปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2569;1(1):e7291. เข้าถึงได้จาก: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/jmnpr/article/view/7291>

ประกาศขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ประจำปี 2569
Acknowledgement to Reviewers — Volume 1, 2026

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข
Editorial Board, Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research, Thungsong Hospital, Nakhon Si Thammarat, Thailand

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข (Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research: JMNPR) ขอแสดงความขอบพระคุณอย่างยิ่งต่อผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาใช้เวลา ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ทางวิชาการในการประเมินบทความให้แก่วารสารตลอดปี พ.ศ. 2569

กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาคุณภาพ ความถูกต้อง ความชัดเจน และความน่าเชื่อถือทางวิชาการของบทความที่เผยแพร่ในวารสาร ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ละเอียดรอบคอบและสร้างสรรค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่เพียงมีส่วนช่วยให้ผู้แต่งสามารถพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญต่อการธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและความน่าเชื่อถือของวารสาร

กองบรรณาธิการจึงขอประกาศขอบคุณและแสดงความชื่นชมต่อผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินบทความของ JMNPR ใน Volume 1 ประจำปี 2569 และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาและการสนับสนุนทางวิชาการจากทุกท่านต่อไป

The Editorial Board of the Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research (JMNPR) extends its sincere appreciation to all peer reviewers who generously contributed their time, expertise, and scholarly judgment to the evaluation of manuscripts throughout 2026.

Peer review is fundamental to maintaining the scientific quality, accuracy, clarity, and credibility of the journal. The thoughtful and constructive comments provided by our reviewers have not only helped authors strengthen their manuscripts but have also played an essential role in upholding the academic standards and integrity of JMNPR.

The Editorial Board gratefully acknowledges all reviewers who contributed to the peer-review process of JMNPR during Volume 1, 2026, and deeply appreciates their continued scholarly support of the journal.

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ประจำปี 2569
Reviewers of JMNPR — Volume 1, 2026

รายชื่อต่อไปนี้ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ดำเนินการประเมินบทความให้แก่วารสารจนเสร็จสมบูรณ์ในรอบปี พ.ศ. 2569

The following individuals completed peer-review assignments for JMNPR during Volume 1, 2026.

Prof. Apichai Wattanapisit, MD, PhD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Prof. Varah Yuenyongviwat, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Assoc. Prof. Anucha Thatrimontrichai, MD, PhD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Assoc. Prof. Kamon Kawkitinarong, MD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Assoc. Prof. Narucha Komolsuradej, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Assoc. Prof. Gunlawadee Maneenil, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Assoc. Prof. Dr. Kanjana Srisawad, RN, D.I.Ed.
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Asst. Prof. Dr. Kittiporn Nawsuwan, PhD, MA, BPH
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

Asst. Prof. Dr. Boonprajuk Junwin, RN, PhD
Sirindhorn College of Public Health, Trang

Asst. Prof. Pramote Tanutit, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Asst. Prof. Dr. Rungnapa Chantra, RN, PhD
Boromarajonani College of Nursing, Suratthani

Asst. Prof. Siwasak Juthong, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Asst. Prof. Anucha Taiwong, RN, PhD
Srimaharakham Nursing College, Mahasarakham

Asst. Prof. Wachiraphan Parinyakhup, MD
Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Asst. Prof. Araya Chiangkhong, RN, PhD
Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

Dr. Khajit Boonpradit, RN, PhD
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

Dr. Kotchaphorn Tantanokit, RN, PhD
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

Chotika Tabcharoen, MD
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Dr. Sirinate Sukdee, PhD
Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi

Penkae Rothmanee, MD
Naradhiwas Rajanagarindra Hospital

การรักษาความลับของกระบวนการประเมิน: รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิข้างต้นเผยแพร่ในลักษณะรายชื่อรวม โดยไม่มีการเชื่อมโยงผู้ทรงคุณวุฒิกับบทความเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งความลับของกระบวนการประเมินบทความของวารสาร

Confidentiality statement: Reviewer names are presented collectively and are not associated with individual manuscripts. This acknowledgement does not disclose the identity of reviewers for any specific article and is consistent with the journal's peer-review confidentiality policy.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข (Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research, JMNP) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณา ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

บทความนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles) บทความวิชาการ (Academic Articles) บทความพินิจวิชาการ (Review Articles) บทความสั้น/รายงานผลเบื้องต้น (Short Communications/ Brief Reports) รายงานผู้ป่วย (Case Reports) มุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (Perspectives and Reflections in Medicine) และบทความความคิดเห็น (Editorial Commentary)

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ หรือ 20 บรรทัด และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ หรือ 20 บรรทัด ประกอบด้วย ความเป็นมา (Background) วิธีการศึกษา (Methods) ผลวิจัย (Results) และบทสรุป (Conclusion)
5. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทน การกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีกัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

หมายเหตุ: รายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อ โครงสร้าง และแนวทางการเขียนของบทความแต่ละประเภทสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก Template การเขียนบทความของวารสาร ซึ่งอยู่ใน หัวข้อที่ 3 ของคำแนะนำผู้แต่ง ผู้เขียนควรเลือกใช้ Template ให้สอดคล้องกับประเภทบทความที่ส่งตีพิมพ์

11. บทความนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดวิจัย (ถ้ามี)
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้วิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

บทความนิพนธ์ต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Abstract (in Thai) (if available)
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework (if available)
- Methods
- Population and Sample

- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

12. บทความวิชาการ (Academic Articles)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Abstract (in Thai) (if available)
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

13. บทความพื้นวิชาการ (Narrative Review Articles)

- บทคัดย่อ
- บทนำ
- วิธีการทบทวน (ถ้ามี)
- ผลการทบทวน
- อภิปรายผล (ถ้ามี)

- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นฐานวิชาการ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Introduction
- Review Methods (if available)
- Review Results
- Discussion (if available)
- Conclusion
- Recommendations
- Acknowledgements (if any)
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

14. บทความทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review Articles)

- บทคัดย่อ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- คำถามวิจัย (ถ้ามี)
- ระเบียบวิธีวิจัย

รายละเอียดในหัวข้อระเบียบวิธีวิจัย

- เกณฑ์การคัดเลือกบทความ (Eligibility criteria)
- แหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่ใช้สืบค้น (Information sources)
- กลยุทธ์การสืบค้น (Search strategy)
- กระบวนการคัดเลือกบทความ (Selection process)
- กระบวนการสกัดข้อมูล (Data collection process)
- รายการข้อมูลที่สกัด (Data items)
- การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือความเสี่ยงต่ออคติ (Study risk of bias assessment)
- ตัวชี้วัดผลหรือมาตรวัดผล (Effect measure)
- วิธีสังเคราะห์ข้อมูล (Synthesis methods)
- การประเมิน reporting bias และความเชื่อมั่นของหลักฐาน (Reporting bias and certainty assessment)

- ผลวิจัย

รายละเอียดในหัวข้อผลวิจัย

- ผลการสืบค้นและคัดเลือกบทความ / PRISMA Flow Diagram (Study selection)

- ลักษณะของงานวิจัยที่คัดเข้า (Study characteristics)
- ผลการประเมินคุณภาพหรือความเสี่ยงต่ออคติของงานวิจัย (Risk of bias in studies)
- ผลลัพธ์ของงานวิจัยแต่ละเรื่อง (ถ้ามี) (Results of individual studies)
- ผลการสังเคราะห์ข้อมูล (Results of syntheses)
- ผลการประเมิน reporting bias และความเชื่อมั่นของหลักฐาน (ถ้ามี) (Reporting biases and certainty of evidence)
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดของวิจัย
- การนำผลวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- การลงทะเบียนและแหล่งทุน (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

บทความทบทวนอย่างเป็นระบบ (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Research Question (if available)
- Methods
 - Eligibility Criteria
 - Information Sources
 - Search Strategy
 - Selection Process
 - Data Collection Process
 - Data Items
 - Study Risk of Bias Assessment
 - Effect Measure
 - Synthesis Methods
 - Reporting Bias and Certainty Assessment
- Results
 - Study Selection / PRISMA Flow Diagram
 - Study Characteristics
 - Risk of Bias in Studies
 - Results of Individual Studies (if available)
 - Results of Syntheses
 - Reporting Biases and Certainty of Evidence (if available)
- Discussion
- Limitations
- Implication of the Results

- Recommendation for Further Study
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- Registration and Funding (if available)
- References

15. บทความสั้น/รายงานผลเบื้องต้น (Short Communications/Brief Reports)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้วิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมวิจัย
- ผลวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลวิจัยไปใช้
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

บทความสั้น/รายงานผลเบื้องต้น (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Abstract (in Thai) (if available)
- Introduction
- Objectives
- Methods: Population and Sample, Research Instrument, Validity and Reliability of the Research Instrument, Data Collection, Data Analysis and Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

16. รายงานผู้ป่วย (Case Reports)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- อภิปรายผล
- สรุป

- มุมมองของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- จริยธรรมวิจัย/การขอคำยินยอม (ในกรณีที่มีข้อมูลส่วนบุคคลอยู่ในบทความ)
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Abstract (in Thai) (if available)
- Introduction
- Case Presentation
- Discussion
- Conclusion
- Patient Perspective
- Research Ethics/Patient Consent (If personal identifiers are included)
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

17. บทความวิเคราะห์บรรณาธิการ (Editorials Commentary)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- Abstract (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่องหลัก
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง

Editorial Commentary (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract
- Abstract (in Thai) (if available)
- Introduction
- Main Discussion
- Conclusion
- Suggestion
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References

18. บทความมุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (Perspectives and Reflections in Medicine) (ความยาวที่แนะนำ: 1,500–3,000 คำ)

- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่องหลัก (Main Text)
- การสะท้อนคิด / การอภิปรายเชิงความหมาย (Reflection / Discussion)
- สรุป (Conclusion)
- การใช้ปัญญาประดิษฐ์
- ผลประโยชน์ทับซ้อน
- เอกสารอ้างอิง (References) (ถ้ามี)

บทความมุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (ภาษาอังกฤษ)

- Introduction
- Main Text
- Reflection / Discussion
- Conclusion
- Use of Artificial Intelligence
- Conflict of Interest
- References (if available)

19. การเตรียมเอกสารอ้างอิง

ให้ใช้ระบบ Vancouver และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด คือการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation) ให้วางเลขอ้างอิงตามลำดับการปรากฏในบทความในวงเล็บเหลี่ยม (Brackets) เช่น [1] วางหลังคำหรือประโยคที่อ้างอิงและเว้นวรรคหนึ่งเคาะก่อนวงเล็บเหลี่ยม ทั้งนี้ให้ใช้รูปแบบเดียวกันตลอดทั้งบทความ ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References) กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้อ้างอิงเป็นภาษาไทย กรณีที่มีรหัส DOI (Digital Object Identifier) ให้ใส่ DOI ต่อท้ายเลขหน้า ซึ่งสามารถดูตัวอย่างและรายละเอียดได้ที่ [แนวทางการเขียนอ้างอิงแบบ Vancouver ของ JMNPR](#) และยังสามารถศึกษาเพิ่มเติมเชิงลึกได้จาก [NLM's Sample References webpage](#)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข ผ่านเว็บไซต์และแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด โดยกรณีบทความนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles) บทความสั้น/รายงานผลเบื้องต้น (Short Communications/Brief Reports) ที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ และรายงานผู้ป่วย (Case Reports) ให้ส่งสำเนาหลักฐานใบรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มาพร้อมกับบทความด้วย

วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาบัตรต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไข จะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาประเมินคุณภาพและกระบวนการตีพิมพ์บทความ

1. บทความที่อยู่ภายใต้กระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จะต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข และได้รับการประเมินเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ โดยใช้รูปแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-Blind Peer Review) ยกเว้น บทความประเภทมุมมองและการสะท้อนคิดทางการแพทย์ (Perspectives and Reflections in Medicine) และบทวิเคราะห์บรรณาธิการ (Editorial Commentary) ซึ่งผ่านการพิจารณาโดยกองบรรณาธิการ (Editorially Reviewed) ตามนโยบายของวารสาร ทั้งนี้ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้แต่ง ซึ่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับความคิดเห็นของกองบรรณาธิการหรือหน่วยงานเจ้าของวารสาร
2. สำหรับบทความที่อยู่ภายใต้กระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) การพิจารณารับตีพิมพ์ให้เป็นไปตามผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและดุลยพินิจของบรรณาธิการ โดยกรณีมีผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน หากผลการประเมินแตกต่างกัน หรือมีผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งไม่เห็นควรรับตีพิมพ์ ให้บรรณาธิการพิจารณาตัดสิน หรืออาจส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิท่านเพิ่มเติมพิจารณาตามความเหมาะสม สำหรับกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยทั่วไปต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่านเห็นควรรับตีพิมพ์ ทั้งนี้ การตัดสินใจขั้นสุดท้ายอยู่ในดุลยพินิจของบรรณาธิการ
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข ด้วยระบบออนไลน์เท่านั้น
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. ก่อนการตีพิมพ์ วารสารจะจัดส่งต้นฉบับจัดรูปแบบแล้ว (author proof) ให้ผู้แต่งตรวจสอบความถูกต้องเป็นครั้งสุดท้าย ในรูปแบบไฟล์ PDF พร้อมข้อความลายน้ำกำกับ เพื่อแสดงสถานะว่าเป็นฉบับก่อนการตีพิมพ์ และไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่ โดยผู้แต่งยังสามารถเสนอแก้ไขได้เฉพาะข้อผิดพลาดด้านภาษา รูปแบบ และข้อมูลพื้นฐานของบทความ ไม่อนุญาตให้แก้ไขสาระสำคัญ ผู้แต่งต้องส่งกลับภายใน 3-5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับต้นฉบับ หากไม่ตอบกลับภายในระยะเวลาที่กำหนด วารสารจะถือว่าผู้แต่ง ยินยอมตามต้นฉบับดังกล่าว และดำเนินการตีพิมพ์ต่อไป
7. วารสารฯ ไม่เก็บค่าตีพิมพ์ทั้งบุคคลภายในและบุคคลภายนอก (ทดลองครบรอบ 110 ปี โรงพยาบาลทุ่งสง)

Template นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK และตัวเลขอารบิก ทั้งบทความ

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนาสี่น้ำเงินเข้ม) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 18)

(Enter ขนาดตัวอักษร 18)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ธีรพล สุขมาก^{1*}, พรทิพย์ รัตนบุรี¹ ขนาดตัวอักษร 14 สีดำ(หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹โรงพยาบาลทุ่งสง ขนาดตัวอักษร 12 สีดำ (ปกติ)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทคัดย่อ (หัวข้อขนาดตัวอักษร 16 หนา สี่น้ำเงินเข้ม) เนื้อหารวมความยาวไม่เกิน 400 คำ หรือ 20 บรรทัด

ความเป็นมา: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา อธิบายสั้นๆ ถึงบริบทและความสำคัญของปัญหา ระบุช่องว่างความรู้ที่นำไปสู่การศึกษานี้ และวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย.....

วิธีการศึกษา: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา ระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล.....

ผลวิจัย: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา รายงานผลการศึกษาที่สำคัญพร้อมค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่า p, 95% CI หรือขนาดผล.....

บทสรุป: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา สรุปคำตอบของวัตถุประสงค์วิจัย และระบุนัยสำคัญหรือข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (ถ้ามี).....

(Enter ขนาดตัวอักษร 15)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

➔ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร, สร้างความตระหนัก

ย่อหน้า (Hanging) 1.55 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ:..... (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

อีเมล:..... (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

รับบทความ: ;ปรับปรุงแก้ไข: ;รับตีพิมพ์:..... (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK และตัวเลขอารบิก ทั้งบทความ
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา สี่น้ำเงินเข้ม) ขนาดตัวอักษร 18
(Enter ขนาดตัวอักษร 18)
(Enter ขนาดตัวอักษร 18)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Theerapon Sukmark^{1*}, Porntip Rattanaburee¹ ขนาดตัวอักษร 14 สีดำ(หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Thungsong Hospital ขนาดตัวอักษร 12 สีดำ (ปกติ)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา สี่น้ำเงินเข้ม) เนื้อหาบทความยาวไม่เกิน 300 คำ หรือ 20 บรรทัด

Background: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา เนื้อหาสอดคล้องกับภาษาไทย.....

Methods: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา เนื้อหาสอดคล้องกับภาษาไทย.....

Results: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา เนื้อหาสอดคล้องกับภาษาไทย.....

Conclusion: (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา) เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา เนื้อหาสอดคล้องกับภาษาไทย.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 15)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel, Raising Awareness

ย่อหน้า (Hanging) 1.8 ซม.

*Corresponding Author: (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

E-mail: (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

Received: ; Revised: ; Accepted: (ขนาด 12 สีดำไม่หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า สีส้มเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า สีส้มเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า สีส้มเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดวิจัย (ขนาด 16 หน้า สีส้มเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา) อธิบายที่มาของกรอบแนวคิดโดยอ้างอิงทฤษฎีหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมระบุบทบาทของตัวแปรแต่ละตัวและอธิบายกลไกหรือทิศทางความสัมพันธ์ที่คาดไว้โดยย่อ มิใช่เพียงการบรรยายองค์ประกอบในแผนภาพ โดยมีความยาวประมาณ 5 บรรทัด.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า สีส้มเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้วิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 สีดำไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 สีดำไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลวิจัย (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 สีดำไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ให้บรรยายมาก่อนเสมอ แล้วตามด้วยตาราง เพื่อยืนยันสิ่งที่บรรยายไว้.....

.....ดังตาราง 1

ตาราง 1 ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (เยื้อง 1.06 เซนติเมตร)	x	x
ชาย (เยื้อง 1.06 เซนติเมตร)	x	x

(enter ขนาด 15)

อาจจะมีบรรยายเพิ่มเติมหลังตารางอีกได้

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้บรรยายมาก่อนเสมอ แล้วตามด้วยตาราง เพื่อยืนยันสิ่งที่บรรยายไว้.....

.....ดังตาราง 2

ตาราง 2 ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ) สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (เยื้อง 1.06 เซนติเมตร)	x	x
ด้านxxx (เยื้อง 1.06 เซนติเมตร)	x	x

(enter ขนาด 15)

อาจจะมีบรรยายเพิ่มเติมหลังตารางอีกได้

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

การนำผลวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา) เช่น ผู้แต่งใช้ ChatGPT (OpenAI, GPT-4o) เพื่อตรวจสอบไวยากรณ์และปรับปรุงความชัดเจนของบทความภาษาอังกฤษ โดยผู้แต่งได้ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของผลลัพธ์ทั้งหมดที่ AI ช่วยสร้าง และรับผิดชอบต่อนเนื้อหาทั้งหมดของบทความ (แนะนำให้ผู้แต่งทำตามคำแนะนำการใส่ข้อความสำหรับ Manuscript ในส่วนนี้ จากหมายเหตุ ท้ายแบบฟอร์มรับรองผู้แต่ง ในส่วนการใช้ปัญญาประดิษฐ์

(enter ขนาด 15)

ผลประโยชน์ทับซ้อน (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 สีดำไม่หนา) เช่น ผู้แต่งทุกคนรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้ (แนะนำให้ผู้แต่งทำตามคำแนะนำการใส่ข้อความสำหรับ Manuscript ในส่วนนี้ จากหมายเหตุ ท้ายแบบฟอร์มรับรองผู้แต่ง ในส่วนผลประโยชน์ทับซ้อน

(enter ขนาด 15)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า สีนํ้าเงินเข้ม) ไม่ต้องกั้นหลัง

1. (ขนาดอักษร 15 สีดำไม่หนา หากเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้อ้างอิงเป็นภาษาไทย)
 2. (บทความที่มี DOI ต้องใส่ DOI ต่อท้ายเลขหน้า)
 3. (บทความวารสารออนไลน์ที่ไม่มี DOI ต้องใส่ เข้าถึงได้จาก: [https://.....\(URL\)](https://.....(URL)))
- (ลำดับการอ้างอิงต้องสอดคล้องกับในบทความ (In-text citation))

หมายเหตุ หัวข้อ Original Article สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจพิจารณาใช้บางหัวข้อที่แตกต่างกันไป เช่นในหัวข้อใหญ่ใช้ “**คำถามวิจัย**” (ถ้ามี) แทน “**สมมติฐานวิจัย**” (ถ้ามี)

หัวข้อย่อยของ **ระเบียบวิธีวิจัย** ใช้

“**ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล**” แทน “**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**”

“**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล**” แทน “**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**”

และเพิ่มหัวข้อย่อย “**บทบาทของผู้วิจัยและการจัดการอิทธิพลของผู้วิจัย**”



Journal of Medicine,
Nursing and Public Health
Research

JMNPR

วารสารวิจัยทางการแพทย์
พยาบาลและสาธารณสุข

Visit our website: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/jmnpr>



ISSN 3088-3318 (Online)

Open Access | Peer-Reviewed

Published by Thungsong Hospital

Copyright & Licensing

© 2026 Thungsong Hospital.

Articles are published under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).

Contact Information

Journal of Medicine, Nursing and Public Health Research
Thungsong Hospital

186 Moo 7, Nong Hong Subdistrict, Thungsong District, Nakhon Si Thammarat 80110, Thailand

Tel: +66 75 410100 ext. 6104

Email: jmnprnstts@moph.go.th