



วารสารการศึกษา และวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education
and Research in Public Health

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
Vol.3 No.2 May - August 2025



ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาและหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์เพียงผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

- ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก
- หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and Research in Public Health

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	นักวิชาการอิสระ (อดีตผู้อำนวยการสถาบันนิติวิทยาศาสตร์), กรุงเทพฯ
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.กุลนิดา สายนัย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ. วิจิตรา ทศนียกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมพรรษณ์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.อาจันต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปาปลาย	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เครานวล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยภูมิ	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ต.ดร.มนัสวี ทองศฤงศ์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ดร.ขวัญเรียม หลีเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ผศ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.ภคณัฐ วีระจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่ปรึกษา ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	อ.ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ดร.ณัฐวดี มณีพรหม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ทพญ.ฐิติกา กิมิเส	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อาบาดี เจ๊ะอาแดร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	Mr.Ganfre Pechayco	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กองจัดการวารสาร	อิบตีซาน เจ๊ะอุบง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ซอบรี มาหะมะยูโซะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	กุลยา โต๊ะรายอ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health) ขอขอบคุณศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยในการดำเนินการพิจารณาประเมินคุณภาพวารสารและแจ้งผลการประเมิน โดยวารสารได้รับการจัดให้อยู่วารสารกลุ่มที่ 2 (TCI 2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2572 มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (Health) สู่อำนาจในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (peer reviewers) จำนวน 3 ท่าน ที่มีคุณวุฒิหลากหลายสาขาและต่างหน่วยงาน มีความรู้และความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ประเมินบทความแต่ละบทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

สำหรับวารสารปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2568 นี้ มีบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ ประกอบด้วยบทความวิจัย 4 บทความ และบทความวิชาการ 1 บทความ เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยาชนิดหนึ่งที่ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และบทความวิชาการเรื่องการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน

ในนามของกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (peer reviewers) ที่กรุณาประเมินคัดกรองบทความ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบทความก่อนเผยแพร่ และขอเชิญนักวิจัย นักวิชาการ และผู้สนใจ พิจารณาส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาค้นคว้า พัฒนาต่อยอดงานวิจัย และประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและการสาธารณสุขต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธิ์ สิงห์กุล

บรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง Development of a Surveillance, Prevention, and Control Model for Leptospirosis in Kong Ra District, Phatthalung Province อรไท ทัพเคลียว, และนัจมี หลีสหัด Orratai Tupkleo, and Nutjamee Leesahud	77-95
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors associated with Drug Safety Standards in Government Hospitals Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand นิรมล ตันติธรรม Niramol Tantitum	96-106
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน A Systematic Literature Review for Stigma Reduction Interventions of Leprosy in the Community สุชาญวัชร สมสอน, และชมพูนุท มະນาดย์ Suchanwat Somsorn, and Chompunuth Manart	107-118
การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ The Development of a Negative Thought Management Program for Suicide Risk Groups in Plai Phraya District, Krabi Province ณัฐพงษ์ ดุงาม Nuttapong Doongam	119-136
ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร Impact of Pharmaceutical Care on the Prevention of Tenofovir Disoproxil Fumarate Induced Nephrotoxicity in HIV-Infected Patients at Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province กัญนาง สังขวรรณ Kungnang Sangkhawan	137-150

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
Journal of Education and Research
in Public Health

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่
อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

Development of a Surveillance, Prevention, and Control Model for Leptospirosis in
Kong Ra District, Phatthalung Province

อรไท ทัพเคียว ^{1*} และนัจมี หลีสหุด ¹
Orratai Tupkleo ^{1*}, and Nutjamee Leesahud ¹

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา 90000

¹ The Office of Disease Prevention and Control 12, Mueang Songkhla District, Songkhla Province. 90000

* Corresponding Author: อรไท ทัพเคียว E-mail: mars_meaw@hotmail.com

Received : 13 February 2025

Revised : 30 April 2025

Accepted : 3 June 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำและปฏิบัติตามแผน การพัฒนาแบบแผนโดยภาคีเครือข่าย และการประเมินผลควบคู่กับการดำเนินงานจริง ผลการศึกษานำไปสู่รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) การคืนข้อมูลสถานการณ์โรคแก่ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ 3) การสื่อสารและถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย 4) การปรับระบบบริการสุขภาพโดยเน้นมาตรการ Early treatment และการสำรองยาดีออกซีไซคลินในสถานบริการปฐมภูมิ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น ร้านขายยาและภาคประชาชน เพื่อร่วมวางแผนและขับเคลื่อนมาตรการป้องกันควบคุมโรค และ 6) การเสริมสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเองและส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือน และสื่อสารความเสี่ยงในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดอุทกภัย ผลลัพธ์หลังดำเนินงานในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยลดลงและไม่พบผู้เสียชีวิต สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำแบบแผนดังกล่าวไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส ดีออกซีไซคลิน

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for surveillance, prevention, and control of leptospirosis in Kong Ra District, Phatthalung Province, Thailand. The participatory process involved four key steps: problem analysis, planning and implementation, model development through stakeholder collaboration, and simultaneous evaluation during implementation. The resulting operational model comprises six main components: 1) Joint problem identification with stakeholders, 2) Feedback of disease surveillance data to the community, health workers, and village health volunteers (VHVs), 3) Risk communication and knowledge transfer to target populations, 4) Adjustment of health service systems focusing on early treatment measures, including the provision of doxycycline at primary care units and proactive risk assessment, 5) Strengthening stakeholder participation, including local

pharmacies and the public sector, to raise awareness and co-develop prevention and control strategies, and 6) Enhancing self-care capacity and community involvement in disease surveillance, risk communication, environmental sanitation, and response during flood events—led by VHVs and coordinated with local health authorities. After six months of implementation, the number of reported leptospirosis cases declined, and no deaths were recorded. The model demonstrates potential for replication in other communities with similar socio-environmental contexts and serves as a sustainable, community-driven approach to leptospirosis prevention and control.

Keywords: Leptospirosis, Doxycycline

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน (Zoonotic disease) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ (Serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิต คนที่ติดเชื้อในพื้นที่ที่มีโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการอย่างอ่อน เชื้อจะถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ และปนเปื้อนอยู่ในน้ำ ดินที่เปียกชื้นหรือพืชผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน และเยื่อของปาก ตา จมูก นอกจากนี้ยังสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มเนื่องจากแช่น้ำอยู่นาน คนมักติดเชื้อโดยอ้อมขณะย่ำดินโคลน แช่น้ำท่วมหรือว่ายน้ำหรืออาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสเชื้อในปัสสาวะสัตว์หรือเนื้อสัตว์ที่ปนเปื้อนเชื้อ [1] การดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมถึงเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดจากความพิการต่างหากออกไปหลังจากการหายของโรค การใช้หลักระบาดวิทยาเพื่อให้ผู้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ทั้งในทางด้านสาธารณสุขและปศุสัตว์เข้าใจถึงธรรมชาติของการเกิดโรค การเข้าใจถึงการตรวจวินิจฉัยและการตรวจจับโรคในระดับบุคคลเนื่องจากโรคนี้การดำเนินของโรคมีความสลับซับซ้อนและต้องมีความเข้าใจในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว อีกทั้งยังมีการใกล้เคียงกับโรคในกลุ่มไข้ไม่ทราบสาเหตุอื่นๆ

การใช้หลักการ 4E + 2C คือ Early detection (ตรวจจับเร็ว) Early diagnosis (วินิจฉัยเร็ว) Early treatment (รักษาเร็ว) และ Early control (ควบคุมโรคเร็ว) และมาตรการเสริม คือ 2C ได้แก่ Coordination (การประสานงาน) และ Community involvement (การจัดการชุมชน) เป็นมาตรการของกรมควบคุมโรคนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความสูญเสียจากโรคดังกล่าวของประชาชนรวมถึงการให้ชุมชนรับรู้และตระหนักถึงอันตรายของโรคผ่านการใช้กระบวนการประชาสัมพันธ์ จะทำให้เกิดการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อโรคดังกล่าวและมีความเข้าใจในการดูแลตนเองและครอบครัวของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง [2] กรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ คือ อัตราป่วยลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังร้อยละ 15.0 และอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 1.0 และให้ทุกพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงาน โดยเฉพาะภาคใต้ ซึ่งมีโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง 506 กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2566 พบว่า ปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสสูงสุด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบรายงานผู้ป่วยสูงสุดในจังหวัดตรัง อัตราป่วย 45.1 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัดพัทลุง อัตราป่วย 25.3 ต่อแสนประชากร และจังหวัดสตูล อัตราป่วย 21.8 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีรายงานผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ จังหวัดตรัง อัตราตาย 0.9 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.1 รองลงมาคือ จังหวัดพัทลุง อัตราตาย 0.6 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.3 และจังหวัดสงขลา อัตราตาย 0.3 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย

ร้อยละ 1.3 [3] สรุปในปี พ.ศ. 2566 พื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงที่สุดในจังหวัด ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากกิจกรรมประจำวันและการประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสพื้นที่ชื้นแฉะและแหล่งน้ำเป็นประจำ โดยสภาพภูมิประเทศเป็นลักษณะที่ราบลุ่ม และผลการวิเคราะห์สมมติฐานการเสียชีวิต จากรายงานสอบสวนโรคพบว่า ผู้เสียชีวิตเข้ารับการรักษามีอาการรุนแรง เช่น ไอเป็นเลือด ตาเหลือง ตัวเหลือง และมีประวัติซื้อยามารับประทานเอง นอกจากนี้ยังพบว่า สถานพยาบาลหลายแห่งยังคัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยจึงถูกวินิจฉัยเป็นโรคอื่นในระยะแรก การดำเนินงานที่ผ่านมาได้ใช้มาตรการป้องกันโรค วิเคราะห์สถานการณ์ ชี้เป้าเตือนภัย และเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง ซึ่งการเฝ้าระวังและตรวจหาเชื้อเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรคและสิ่งแวดล้อมในลักษณะดังกล่าว พบว่าหน่วยงานระดับอำเภอรวมทั้งพื้นที่อำเภอองครักษ์ ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์หรือแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยงที่ชัดเจน พื้นที่เสี่ยงไม่ได้นำมาตราการ 4E + 2C ซึ่งเป็นมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่กรมควบคุมโรคแนะนำมาใช้อย่างจริงจัง พื้นที่เสี่ยงส่วนใหญ่เน้นตั้งรับมากกว่าดำเนินงานเชิงรุก และประชาชนในพื้นที่เสี่ยงได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นเรื่องการสื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงว่า ยังมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง ประชาชนบางส่วนยังไม่เข้าใจถึงสาเหตุของการติดเชื้อและไม่ทราบความรุนแรงของโรค จึงส่งผลต่อการป้องกันตนเองและการให้ประวัติแพทย์เมื่อเข้ารับการรักษ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร ที่เป็นพื้นที่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง จึงต้องดำเนินการอย่างครอบคลุมในทุกระดับ โดยการผลักดันให้เกิดการพัฒนาแผนป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยงระดับอำเภอ ส่งเสริมให้อำเภอเสี่ยงมีการดำเนินงานเชิงรุก เช่น การเฝ้าระวังเชื้อก่อโรค การสร้างความรอบรู้เรื่องการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้านี้จะนำไปสู่การลดอัตราป่วย อัตราตาย ด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

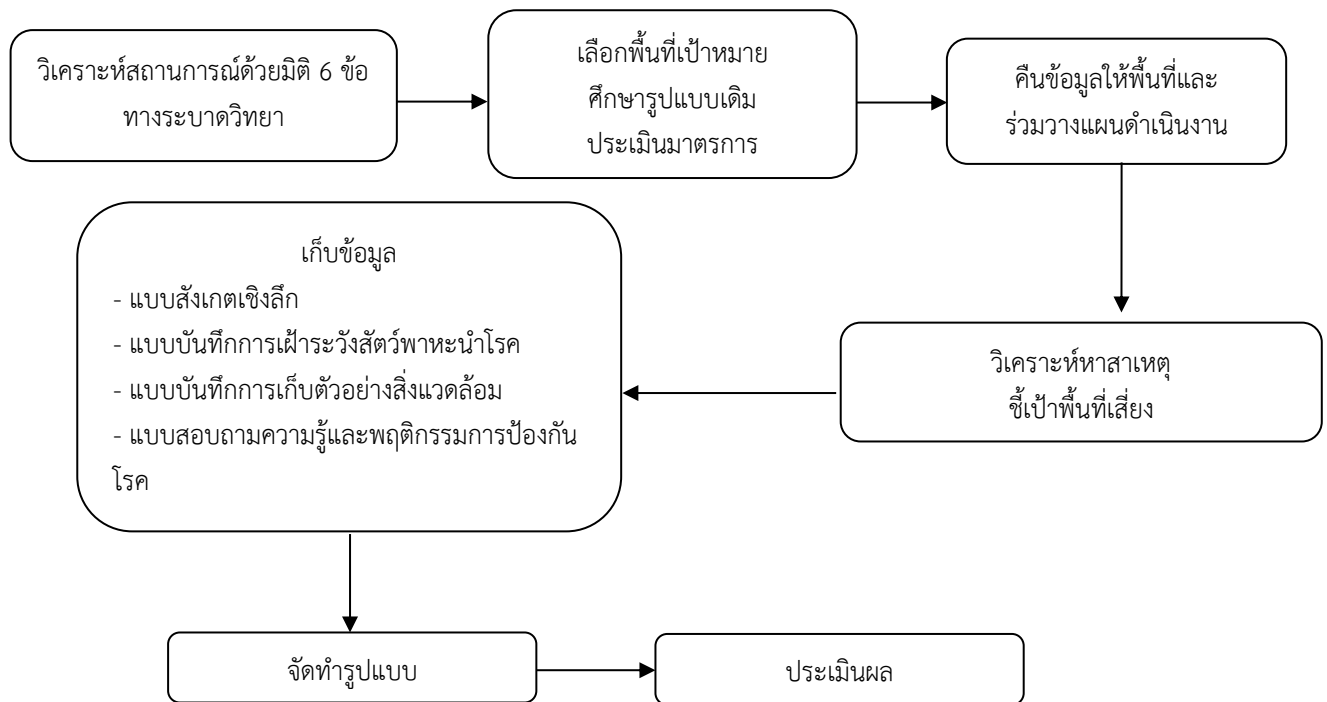
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการพัฒนาระบบมีส่วนร่วมและเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร โดยกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนและประยุกต์ใช้แนวคิดของ Crane & O'Regan [4] ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์และกำหนดเรื่องการศึกษาปัญหาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยเริ่มจากศึกษาข้อมูลทุกด้าน เพื่อนำไปสู่การสร้าง (ร่าง) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ โดยการรวบรวมเอกสาร/บททวนวรรณกรรม การสำรวจชุมชน การศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การชี้แผนที่พิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยในชุมชนการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมประเมินความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สรุปข้อมูลจากการค้นหาปัญหาเสร็จสิ้นสะท้อนคิด ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนและนำแผนไปปฏิบัติ ใช้รูปแบบการวางแผนอย่างง่าย โดยกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อยกร่างรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานโดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาล (รพ.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข โดยรูปแบบต้องครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลดำเนินการควบคุม

ไปกับการนำแผนไปปฏิบัติ ซึ่งจะสรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร การประเมินความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลังดำเนินการ วางรังกงคักหนุซึ่งเป็นสัตว์พาหะนำโรคเลปโตสไปโรซิสเพื่อดูความรุนแรงของสายพันธุ์ เก็บตัวอย่างดินและน้ำในจุดเสี่ยง ส่งตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการ และประเมินผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นจริง จากการปฏิบัติตามแผน จากนั้นดำเนินการคืนข้อมูลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้ค้นพบหลังจากดำเนินกิจกรรม ทั้งประเด็นจุดเด่นและจุดที่ต้องพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ต่อไป



ภาพที่ 1 วิธีการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive) โดยกำหนดคุณสมบัติในการเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ดังนี้ กลุ่มที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมพัฒนารูปแบบจำนวนทั้งสิ้น 74 คน ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลองครักษ์ จำนวน 3 คน
- 2) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งอำเภอจำนวน 10 แห่งๆละ 2 - 3 คน รวมจำนวน 24 คน
- 3) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอองครักษ์ จำนวน 2 คน
- 4) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน
- 5) เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน

6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน

7) ตัวแทนประชาชน จำนวน 16 คน

8) เกษตรกรประจำร้านขายยาในอำเภอ จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ยินยอมเข้าร่วมให้ข้อมูลและประเมินความรู้พฤติกรรมก่อน - หลัง จำนวน 198 คน โดยใช้สูตรการคำนวณของทาโรยามาเน่ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.0 จากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งอำเภอ จำนวน 390 คน

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1+N(e)^2} \\
 &= \frac{390}{1+390(0.05)^2} \\
 &= \frac{390}{1.975} \\
 &= 197.47
 \end{aligned}$$

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสังเกต พัฒนาขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้จากคู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิสของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2557 [5] และแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและการทำประชาสังคมในชุมชนของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2564 [2] มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด กำหนดประเด็นสำคัญ ได้แก่ มาตรการหลักในการป้องกันควบคุมโรค การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบข้อมูล การสื่อสาร โดยใช้การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์

2) แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัตว์พาหะนำโรคเลปโตสไปโรซิส จากคู่มือเรื่องหนู การสำรวจ ประชากรและการควบคุมของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2557 ใช้สำหรับประเมินการมีอยู่ของสัตว์พาหะนำโรค และปริมาณเชื้อและชนิดของเชื้อในพื้นที่ ประกอบด้วยข้อมูล 9 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนหนู ชนิดของหนู น้ำหนักตัว ความยาวหัว บวกลำตัว ความยาวหาง ความยาวเท้าหลัง ความยาวใบหู เพศ และผลการตรวจเชื้อเลปโตสไปรา [6]

3) แบบบันทึกการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม และผลการตรวจเชื้อเลปโตสไปรา พัฒนาขึ้นใหม่โดยใช้ข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญในการส่งตัวอย่างสิ่งแวดล้อม ตำแหน่งที่เก็บ จุดที่เก็บ วันที่เก็บ ความเกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรค ชนิด และปริมาณ [7]

4) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พัฒนาขึ้นใหม่โดยใช้ ประเด็นข้อคำถามจากคู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิสของกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2558 [5]

- แบบสอบถามความรู้ กำหนดให้ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom and et al [8] แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง หมายถึง คะแนนระหว่าง 8 - 10 คะแนน หรือ ตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 6 - 7 คะแนน หรือ คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.9 และระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน หรือคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0

- แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน กำหนดให้ “ทำประจำ” กรณีข้อความเชิงบวก ได้ 3 คะแนน ข้อความเชิงลบ ได้ 1 คะแนน “ทำบางครั้ง” ทั้งข้อความเชิงบวกและลบ ได้ 2 คะแนน “ไม่เคยทำ” กรณีข้อความเชิงบวก ได้ 1 คะแนน ข้อความเชิงลบ ได้ 3 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best [9] ได้แก่ ระดับสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 2.36 - 3.00 คะแนน หรือ 25 - 33 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง

คะแนนเฉลี่ย 1.68 - 2.35 คะแนน หรือ 19 - 24 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.67 คะแนน หรือ 11 - 18 คะแนน

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1) แบบสังเกต แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัตว์พาหะนำโรคเลปโตสไปโรซิส แบบบันทึกการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม และแบบบันทึกการจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้มาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ และได้นำข้อคำถามทุกชุดเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาลักษณะคำถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Index item objective congruence; IOC) กำหนดเกณฑ์ที่ผ่านไม่น้อยกว่า 0.5 โดยทุกเครื่องมือได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ ระหว่าง 0.7 - 1.0

2) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20 [10] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค [11] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

4. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Crane & O'Regan [4] ดังนี้

1) การวิเคราะห์และกำหนดปัญหา ศึกษาข้อมูลในพื้นที่เพื่อค้นหาปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเริ่มจากศึกษาข้อมูลเอกสารการดำเนินงานและรูปแบบการดำเนิน สถานการณ์ในพื้นที่ ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงชีวิต รูปแบบ/กระบวนการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย พฤติกรรมดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย การบริหารจัดการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีอยู่ โดยใช้แบบสังเกต แบบบันทึกการเฝ้าระวังสัตว์พาหะนำโรคเลปโตสไปโรซิส แบบบันทึกการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม และแบบบันทึกการจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็น (ร่าง) รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ โดยการรวบรวมเอกสาร/บททวนวรรณกรรม การสำรวจชุมชน การศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พร้อมประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และจึงดำเนินการประชุมคั่นข้อมูลการค้นหาค้นหาปัญหาให้กับตัวแทนประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2) การจัดทำแผนและนำแผนไปปฏิบัติ กำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน ดำเนินการต่อเนื่องจากการคั่นข้อมูลใช้รูปแบบการวางแผนอย่างง่าย กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ร่วมหาวิธีการมาตรการ กิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกิจกรรมต้องเกิดขึ้นได้จริง มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม มีผู้รับผิดชอบ วัดผลได้ โดยดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ของชุมชนตามแนวทางที่กำหนดไว้

3) การพัฒนารูปแบบ ยกร่างรูปแบบการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ

4) การประเมินผล ดำเนินการควบคู่ไปกับการนำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผลประกอบด้วย การประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลังดำเนินการ วางกรงดักหนู ซึ่งเป็นสัตว์พาหะนำโรคเลปโตสไปโรซิสเพื่อดูความรุนแรงของสายพันธุ์ เก็บตัวอย่างดินและน้ำในจุดเสี่ยงแหล่งท่องเที่ยว ส่งตรวจหาเชื้อเลปโตสไปราทางห้องปฏิบัติการ และประเมินผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นจริงจากการ

ปฏิบัติตามแผน จากนั้นคืนข้อมูลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียร่วมกันสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้ค้นพบหลังจากดำเนินกิจกรรม ทั้งประเด็นจุดเด่นและจุดที่ต้องพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลจากการสังเกตลักษณะทั่วไปของชุมชน ระบบบริการสุขภาพเดิม การประเมินผลมาตรการ ข้อคิดเห็นจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะของการค้นหาปัญหา ข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนคิดและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในขั้นตอนการวิเคราะห์และกำหนดปัญหาการวางแผน และการคืนข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา มีรายละเอียดแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์และคืนข้อมูล และการประเมินมาตรการ 4E + 2C

จากปัญหาด้านอัตราป่วยและอัตราตายที่สูงขึ้น และพบผู้เสียชีวิตติดต่อกัน 3 ปี โดยใช้กระบวนการค้นหาปัญหาและการสะท้อนคิดเพื่อนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ โดยใช้วิธี Root cause analysis ทั้งวิเคราะห์ปัญหาด้านพฤติกรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ พบว่า ในด้านพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคทำได้ยากเนื่องจากบริบทของอาชีพและการสัมผัส สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเอื้อต่อเชื้อโรคเนื่องจากสภาพแวดล้อมของอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง มีทั้งหมด 5 ตำบล 45 หมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบสลับเชิงเขาติดกับเทือกเขาบรรทัด มีแม่น้ำลำคลองตลอดแนวของอำเภอ และมีน้ำตกจำนวน 2 แห่ง ทำให้ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ชื้นแฉะตลอดเวลา สภาพชุมชนอยู่ในพื้นที่ราบต่ำกว่าระดับถนน ในส่วนของระบบบริการสุขภาพจากการประเมินมาตรการ 4E + 2C พบว่า ยังไม่ได้้นำแนวทางมาตรการทั้งด้านการป้องกันควบคุมโรค การเฝ้าระวัง และแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวมาใช้ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรคในดินและแหล่งน้ำ

การดำเนินงานในส่วนสภาพแวดล้อมเพื่อเป็นการยืนยันและสนับสนุนข้อมูลให้กับอำเภอ และเป็นข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตระหนักถึงภัยสุขภาพในพื้นที่ จึงได้เก็บตัวอย่างเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรคหลัก คือ หนู ตัวอย่างดิน และแหล่งน้ำ ส่งตรวจหาเชื้อเลปโตสไปรา ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรุงเทพมหานคร ด้วยวิธี Q-PCR Leptospiral DNA Detection

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เก็บแบบสอบถามจำนวน 198 คน ซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพที่สามารถส่งต่อข้อมูลไปยังประชาชนและยังเป็นตัวแทนของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอาชีพเป็นเกษตรกรที่สัมผัสกับแหล่งเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการดำเนินงาน

ในขั้นตอนการวางแผน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ร้านขายยาในอำเภอ ได้ร่วมกำหนดเป้าหมายว่า “ไม่ให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอ” มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อปรับปรุง

สิ่งแวดล้อมในชุมชนและพื้นที่พบเชื้อ 2) เพิ่มการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว 3) เพื่อส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคเลปโตสไปโรซิส และ 4) เพื่อกำหนดรูปแบบป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมหาวิธีการ กิจกรรม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เช่น การคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดทำแนวทางการให้การรักษาในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล การใช้เครือข่ายร้านขายยาเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการซักถามประวัติเสี่ยง การส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกำหนดรูปแบบป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยการเฝ้าระวังสถานการณ์และเฝ้าระวังอาการในกลุ่มเสี่ยงเป็นประจำ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดมีการระบุระยะเวลาดำเนินการ และผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปผลรูปแบบการดำเนินงาน

สรุปผลรูปแบบการดำเนินงานโดย

- 1) วิเคราะห์และกำหนดปัญหาร่วมกันโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 2) ค้นข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสแก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเสี่ยงหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้นำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป
- 4) การปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ และดำเนินการตามมาตรการ 4E + 2C โดยเน้นมาตรการ Early treatment โดยมีการสำรองยาดอกซีไซคลินในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เน้นการซักประวัติเสี่ยง และมีการติดตามผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อให้เกิดการดำเนินกระตุ้นเตือนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 5) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น ร้านขายยาซึ่งเป็นทางเลือกอันดับแรกของประชาชนในพื้นที่ การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ รับทราบสภาพและความรุนแรงของปัญหา และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหารือกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาหารือกันในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

6) การเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองให้ประชาชน โดยคนในชุมชนร่วมมือ ช่วยเหลือกันในการทำงานส่งเสริม สนับสนุน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ช่วยกระจายข่าว รมรณรงค์การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม แจ้งเตือนแหล่งเสี่ยงของชุมชนร่วมกัน การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีสถานการณ์อุทกภัยในพื้นที่โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินผล

ประเมินผลในเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567 รวม 2 เดือน รายละเอียดดังนี้

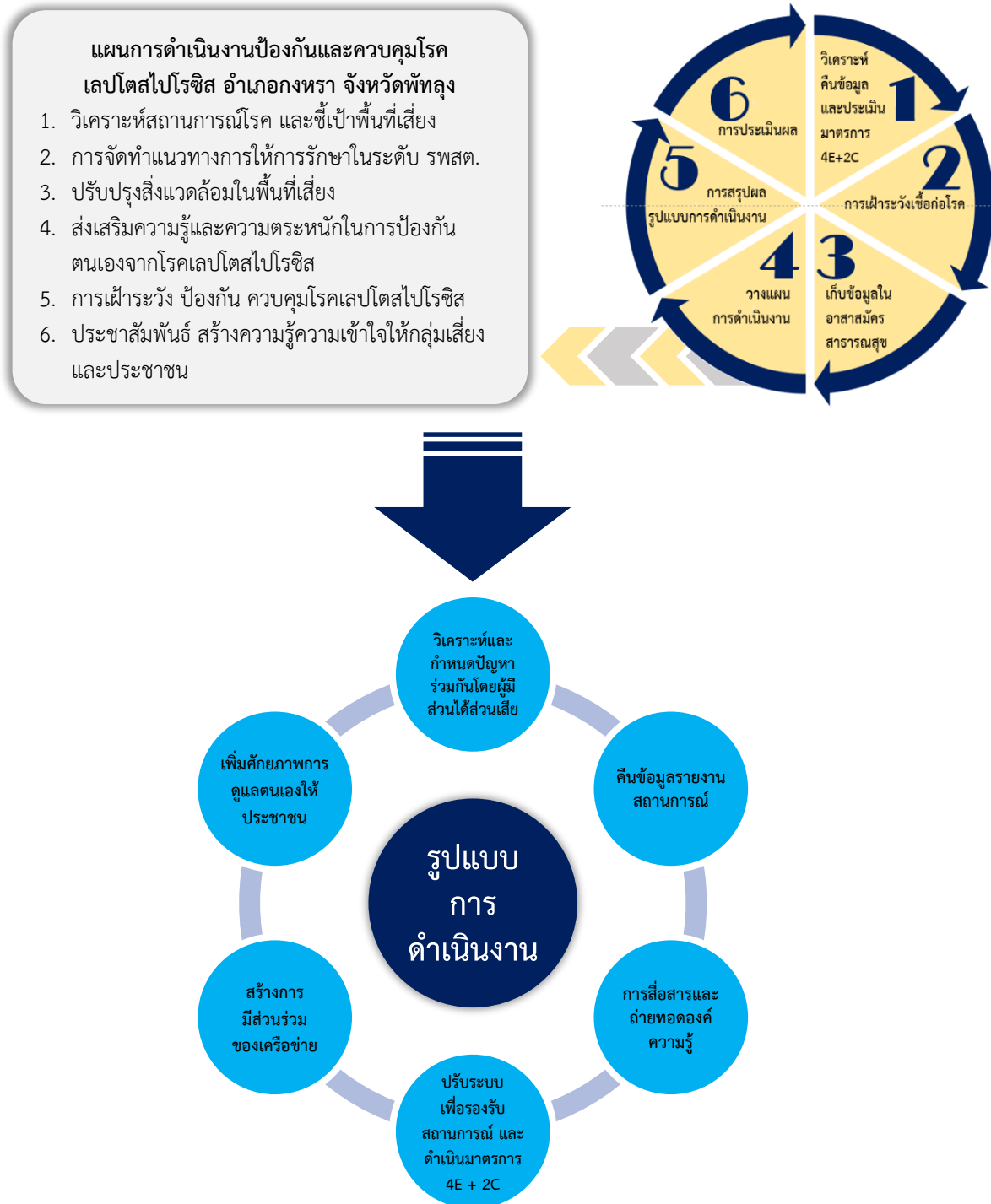
- 1) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอได้มีการแจ้งพื้นที่ที่มีการพบเชื้อให้ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และแนะนำข้อมูลด้านการป้องกันตนเองให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงแจ้งเตือนประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ และเน้นการกระจายข่าวผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ด้านการเฝ้าระวังสถานการณ์ โรงพยาบาลกงหรา ติดตามสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เป็นประจำทุกเดือน กรณีมีการรายงานพบผู้ป่วย จะส่งต่อข้อมูลให้สาธารณสุขอำเภอ ผ่านทางไลน์กลุ่มและไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นจะส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อตรวจสอบข้อมูลและแจ้งเตือนประชาชน พบว่า รายงานผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มดำเนินงานในระยะ 6 เดือน ลดลง และยังไม่พบผู้เสียชีวิต

นำข้อมูลการประเมินผลไปสู่การคืนข้อมูลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้ค้นพบ รายละเอียดดังนี้

จุดเด่น เป็นสิ่งที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ผ่านเวทีการประชุมในแต่ละครั้ง เกิดความร่วมมือในการทำงาน สกัดประเด็นปัญหาออกมาได้อย่างชัดเจนและคิดหาวิธีการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา บนพื้นฐานทรัพยากร และศักยภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ ส่งผลให้การกำหนดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งรูปแบบของเอกสาร แผนกิจกรรม และกระบวนการดำเนินงาน นอกจากนี้ การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนัก และทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

จุดที่ต้องพัฒนา คือ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อให้เกิดการดำเนินงานกระตุ้นเตือนในการป้องกันและควบคุมโรค ตามมาตรการ 4E + 2C อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน เพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากมีความเข้าใจสภาพแวดล้อมและสังคมภายในชุมชนอย่างดี รวมทั้งมีความเป็นเจ้าของในท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน จึงมีโอกาสนในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือเป็นผู้ชักจูงผู้อื่นเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาคครั้งนี้ ยังมีจุดอ่อนเรื่องความยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จึงควรเพิ่มความถี่การควบคุม กำกับ และติดตามเป็นระยะ เพื่อทบทวนและวิเคราะห์ช่องว่างของปัญหาที่ยังคงอยู่ อันจะนำไปสู่การวางแผนพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต



ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ พฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินงานอยู่ในอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง จำนวน 198 คน จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 764 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 กลุ่มอายุอันดับแรก คือ อายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 33.8 สถานภาพส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 80.3 รองลงมาคือ

หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 14.7 ระดับการศึกษา อันดันดับแรก จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.9 รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25.3 และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ

2.1 สภาพแวดล้อม

ลักษณะทางสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างตั้งอยู่ในลักษณะตั้งอยู่ในที่ชื้นแฉะหรือที่ลุ่มหรือใกล้ทางน้ำไหล ร้อยละ 22.7 สาธารณูปโภคพื้นฐาน น้ำใช้ในครัวเรือน ลำดับแรกใช้น้ำประปา ร้อยละ 89.4 รองลงมาเป็นน้ำบ่อ 20.8 ประเภทของน้ำดื่มลำดับแรกน้ำขวด ร้อยละ 61.6 รองลงมาเป็นน้ำถัง ร้อยละ 57.1 และน้ำประปา ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลสภาพแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 198)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
บ้านตั้งอยู่ในที่ชื้นแฉะหรือที่ลุ่ม หรือใกล้ทางน้ำไหล		
ใช่	45	22.7
ไม่ใช่	153	77.3
ประเภทของน้ำใช้		
น้ำบ่อ	41	20.8
น้ำบาดาล	5	2.5
น้ำประปา	177	89.4
อื่นๆ	8	4.0
ประเภทของน้ำดื่ม		
น้ำบ่อ	17	8.6
น้ำบาดาล	7	3.5
น้ำประปา	31	15.7
น้ำขวด	122	61.6
น้ำถัง	113	57.1
สถานที่ตั้งของห้องน้ำ ห้องส้วม		
ในบ้าน	186	94.0
นอกบ้าน	9	4.6
การจัดการขยะ		
จำนวนถังขยะ (ถัง)	Median = 2, Min = 0, Max = 5	
ฝาปิด		
- มี	113	57.1
- ไม่มี	84	42.4
กองขยะบริเวณบ้าน		
มี	38	19.2
ไม่มี	160	80.9
ระยะเวลาการเก็บขยะ (จำนวนวัน)	Median = 7, Min = 1, Max = 14	

2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

ประเด็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มตัวอย่างรู้จักโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 99.0 มีเพียงร้อยละ 1.0 ที่ไม่เคยรู้จักโรคนี้ และเคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสเพียง ร้อยละ 1.0 แต่เพื่อนบ้านญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสถึงร้อยละ 30.3 ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสจากช่องทางต่างๆ ร้อยละ 99.5 ช่องทางที่เคยได้รับข้อมูลมากที่สุดคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 92.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน ร้อยละ 76.8 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 48.5 และสื่ออินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก ร้อยละ 41.9 ช่องทางที่เคยได้รับข้อมูลน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ได้แก่ วิทย์ และหนังสือพิมพ์ ช่องทางที่ต้องการรับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดตามลำดับ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.9 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน ร้อยละ 66.1 สื่ออินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก ร้อยละ 48.0 และช่องทางที่มีความต้องการน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์/แผ่นพับ วิทย์ และหนังสือพิมพ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 198)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
รู้จักโรคเลปโตสไปโรซิส		
รู้จัก	196	99.0
ไม่รู้จัก	2	1.0
เคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่		
เคยป่วย	2	1.0
ไม่เคยป่วย	196	99.0
เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เคยป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส		
เคยป่วย	60	30.3
ไม่เคยป่วย	138	69.7
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส		
ไม่เคยได้รับความรู้	1	0.5
เคยได้รับความรู้	197	99.5
- โทรทัศน์	96	48.5
- วิทย์	13	6.6
- หนังสือพิมพ์	7	3.5
- สื่อสิ่งพิมพ์/แผ่นพับ	42	21.2
- เสียงตามสาย	41	20.7
- หอกระจายข่าว	47	23.7
- ป้ายประชาสัมพันธ์/ไวเนล	47	23.7
- สื่ออินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก	83	41.9
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน	152	76.8
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	182	92.0
- เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์	28	14.1
- อื่นๆ	2	1.0
หากต้องการรู้ข้อมูล ท่านต้องการทราบจากช่องทางใด		
โทรทัศน์	45	22.7
วิทย์	5	2.5
หนังสือพิมพ์	1	0.5
สื่อสิ่งพิมพ์/แผ่นพับ	17	8.6
เสียงตามสาย	40	20.2
หอกระจายข่าว	54	27.3

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
ป้ายประชาสัมพันธ์/ไวนิล	28	14.1
สื่ออินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก	95	48.0
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชน	131	66.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	168	84.9
เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์	20	10.1
อื่นๆ	1	0.5

2.3 ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

ก่อนให้ความรู้ ประเด็นเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสที่ตอบผิดและไม่แน่ใจมากที่สุด คือ การแช่น้ำนานๆ (เกิน 2 ชั่วโมง) แม้ไม่มีบาดแผล มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสได้ ร้อยละ 30.8 วัว ควาย หมู แพะ แกะ สุนัข สามารถนำโรคเลปโตสไปโรซิสมาสู่คนได้ ร้อยละ 21.7 และโรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากหนูเป็นตัวนำโรคเท่านั้น ร้อยละ 21.2 ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งประเด็นเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า มีร้อยละที่ตอบผิดและไม่แน่ใจลดลง หลังให้ความรู้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ตอบข้อคำถามความรู้จำแนกตามการตอบถูก-ผิด ก่อนให้ความรู้ (n = 198)

ข้อคำถามความรู้	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเลปโตสไปโรซิส สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้	179 (90.4)	8 (4.0)	11 (5.6)
2. โรคเลปโตสไปโรซิส เกิดจากหนูเป็นตัวนำโรคเท่านั้น	156 (78.8)	36 (18.2)	6 (3.0)
3. วัว ควาย หมู แพะ แกะ สุนัข สามารถนำโรคเลปโตสไปโรซิสมาสู่คนได้	155 (78.3)	21 (10.6)	22 (11.1)
4. อาการสำคัญของโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว/ปวดท้อง ตาแดง	191 (96.5)	1 (0.5)	6 (3.0)
5. ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิสทำให้ไตวาย เลือดออกในอวัยวะภายใน และมีโอกาสเสียชีวิตได้	187 (94.4)	2 (1.0)	9 (4.6)
6. การสวมรองเท้าบูททุกครั้ง ในการลุยน้ำ แช่น้ำ ย่ำโคลน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสได้	193 (97.5)	3 (1.5)	2 (1.0)
7. การแช่น้ำนานๆ (เกิน 2 ชั่วโมง) แม้ไม่มีบาดแผล มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสได้	137 (69.2)	28 (14.1)	33 (16.7)
8. หากมีแผลที่มีเชื้อ เท้า หรือผิวหนัง การล้างมือเท้า ด้วยสบู่ และน้ำสะอาดเป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสได้	174 (87.9)	18 (9.1)	6 (3.0)
9. การทำงานในพื้นที่ชื้นแฉะใกล้บริเวณบ้านไม่จำเป็นต้องสวมรองเท้าและถุงมือ	185 (93.4)	12 (6.1)	1 (0.5)
10. หากมีไข้ ปวดหัว หลังลุยน้ำหรือย่ำดินที่ชื้นแฉะ ไปซื้อยากินเองได้	192 (97.0)	4 (2.0)	2 (1.0)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ตอบข้อคำถามความรู้จำแนกตามการตอบถูก-ผิด หลังให้ความรู้ (n = 198)

ข้อคำถามความรู้	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเลปโตสไปโรซิส สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้	184 (92.9)	6 (3.0)	8 (4.1)
2. โรคเลปโตสไปโรซิส เกิดจากหนูเป็นตัวนำโรคเท่านั้น	156 (78.8)	36 (18.2)	6 (3.0)
3. วัว ควาย หมู แพะ แกะ สุนัข สามารถนำโรคเลปโตสไปโรซิสมาสู่คนได้	164 (82.8)	21 (10.6)	13 (6.6)
4. อาการสำคัญของโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว/ปวดน่อง ตาแดง	195 (98.5)	1 (0.5)	2 (1.0)
5. ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิสทำให้ไตวาย เลือดออกในอวัยวะภายใน และมีโอกาสเสียชีวิตได้	194 (98.0)	1 (0.5)	3 (1.5)
6. การสวมรองเท้าบูททุกครั้ง ในการลุยน้ำ แชน้ำ ย่ำโคลน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสได้	193 (97.5)	3 (1.5)	2 (1.0)
7. การแช่น้ำนานๆ (เกิน 2 ชั่วโมง) แม้ไม่มีบาดแผล มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเลปโตสไปโรซิสได้	142 (71.7)	27 (13.6)	29 (14.7)
8. หากมีแผลที่มือ เท้า หรือผิวหนัง การล้างมือเท้า ด้วยสบู่ และน้ำสะอาดเป็นประจำสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสได้	177 (89.4)	17 (8.6)	4 (2.0)
9. การทำงานในพื้นที่ชื้นแฉะใกล้บริเวณบ้านไม่จำเป็นต้องสวมรองเท้าและถุงมือ	185 (93.4)	12 (6.1)	1 (0.5)
10. หากมีไข้ ปวดหัว หลังลุยน้ำหรือย่ำดินที่ชื้นแฉะ ไปซื้อยากินเองได้	192 (96.0)	4 (2.0)	2 (1.0)

2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในเรื่องความถี่ในการสัมผัสพื้นที่ชื้นแฉะ หรือย่ำน้ำ แชน้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสัมผัสพื้นที่ชื้นแฉะหรือย่ำน้ำ แชน้ำ ร้อยละ 53.0 (1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 37.9, ทุกวัน ร้อยละ 7.0, 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 6.1 และ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 2.0) และไม่สัมผัส ร้อยละ 47.0 ในส่วนของการสอบถามด้านพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างทำเป็นประจำมากที่สุด คือ ล้างทำความสะอาดผัก ผลไม้ทุกครั้งก่อนนำมารับประทาน ร้อยละ 98.0 รองลงมาภายหลังจากจับต้องเนื้อสัตว์ ซากสัตว์ มูลสัตว์ ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 89.4 และประเด็นสำคัญ คือ เมื่อมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะน่อง หลังจากแช่น้ำหรือย่ำโคลน ท่านซื้อยากินเองโดยทำบางครั้ง ร้อยละ 22.2 ทำประจำ ร้อยละ 5.1 และประเด็นให้ประวัติดังกล่าวในการสัมผัสกับน้ำหรือแหล่งเสี่ยงกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือร้านขายยาเมื่อไปรักษา ทำบางครั้ง ร้อยละ 25.7 และไม่เคยทำ ร้อยละ 13.7 ดังแสดงในตารางที่ 5 เมื่อหลังการให้ความรู้ได้ทำการเก็บข้อมูลในส่วนพฤติกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงทำเป็นประจำมากที่สุด คือ ล้างทำความสะอาดผัก ผลไม้ทุกครั้งก่อนนำมารับประทาน ร้อยละ 98.0 แต่มีประเด็นที่คะแนนพฤติกรรมในทางที่ดีเพิ่มขึ้น คือ การให้ประวัติดังกล่าวในการสัมผัสกับน้ำหรือแหล่งเสี่ยงกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือร้านขายยาเมื่อไปรักษา และการสวมรองเท้าบูททุกครั้งที่ย่ำน้ำ ลุยน้ำ ย่ำโคลนหรือเดินพื้นที่แฉะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติ (n = 198)

ข้อความ	ทำประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ทำบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน (ร้อยละ)
1. สวมรองเท้าทุกครั้งที่แช่น้ำ ลุยน้ำ ย่ำโคลนหรือเดินพื้นแฉะ	97 (49.0)	98 (49.5)	3 (1.5)
2. สวมถุงมือยางทุกครั้งเมื่อทำงานหรือมีกิจกรรมที่สัมผัสดินหรือโคลน	52 (26.3)	136 (68.7)	10 (5.0)
3. ล้างทำความสะอาดผัก ผลไม้ทุกครั้งก่อนนำมารับประทาน	194 (98.0)	4 (2.0)	0 (0.0)
4. ภายหลังจากจับต้องเนื้อสัตว์ ซากสัตว์ มูลสัตว์ ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่	177 (89.4)	21 (10.6)	0 (0.0)
5. ทำความสะอาดบริเวณบ้านเรือน ปิดฝาถังขยะ และกำจัดเศษอาหารตกค้าง ไม่ให้เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของหนู	163 (82.3)	34 (17.2)	1 (0.5)
6. ถ้ามีบาดแผล ท่านหลีกเลี่ยงการย่ำน้ำที่ท่วมขังหรือพื้นที่เปียกแฉะด้วยเท้าเปล่า	161 (81.3)	28 (14.1)	9 (4.6)
7. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที หลังแช่น้ำหรือย่ำลงไปแหล่งน้ำ	152 (76.8)	44 (22.2)	2 (1.0)
8. มีการกำจัดหนูทุกครั้งเมื่อมีหนูชุกชุมบริเวณบ้านหรือสถานที่ทำงาน	128 (64.7)	63 (31.8)	7 (3.5)
9. รีบไปปรึกษา อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อสงสัยว่าป่วยเป็นโรคฉี่หนู	163 (82.3)	25 (12.6)	10 (5.1)
10. เมื่อมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะน่อง หลังจากแช่น้ำหรือย่ำโคลน ท่านซื้อยากินเอง	10 (5.1)	44 (22.2)	144 (72.7)
11. ให้ประวัติเสี่ยงในการสัมผัสกับน้ำหรือแหล่งเสี่ยงกับแพทย์ เจ้าหน้าที่หรือร้านขายยาเมื่อไปรักษา	120 (60.6)	51 (25.7)	27 (13.7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจำแนกตามลักษณะการปฏิบัติ หลังให้ความรู้ (n = 198)

ข้อความ	ทำประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ทำบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน (ร้อยละ)
1. สวมรองเท้าทุกครั้งที่แช่น้ำ ลุยน้ำ ย่ำโคลนหรือเดินพื้นที่แฉะ	106 (53.5)	89 (45.0)	3 (1.5)
2. สวมถุงมือยางทุกครั้งเมื่อทำงานหรือมีกิจกรรมที่สัมผัสดินหรือโคลน	56 (28.3)	132 (66.7)	10 (5.0)
3. ล้างทำความสะอาดผัก ผลไม้ทุกครั้งก่อนนำมารับประทาน	194 (98.0)	4 (2.0)	0 (0.0)
4. ภายหลังจากจับต้องเนื้อสัตว์ ซากสัตว์ มูลสัตว์ ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่	177 (89.4)	21 (10.6)	0 (0.0)
5. ทำความสะอาดบริเวณบ้านเรือน ปิดฝาถังขยะและกำจัดเศษอาหารตกค้าง ไม่ให้เป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของหนู	163 (82.3)	34 (17.2)	1 (0.5)
6. ถ้ามีบาดแผล ท่านหลีกเลี่ยงการย่ำน้ำที่ท่วมขังหรือพื้นที่เปียกแฉะด้วยเท้าเปล่า	161 (81.3)	28 (14.1)	9 (4.6)

ข้อความ	ทำประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ทำบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน (ร้อยละ)
7. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที หลังแช่น้ำหรือย่างไป ในแหล่งน้ำ	165 (83.3)	31 (15.7)	2 (1.0)
8. มีการกำจัดหนูทุกครั้งเมื่อมีหนูชุกชุมบริเวณบ้านหรือสถานที่ ทำงาน	128 (64.7)	63 (31.8)	7 (3.5)
9. รีบไปปรึกษา อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อสงสัยว่า ป่วยเป็นโรคฉี่หนู	163 (82.3)	25 (12.6)	10 (5.1)
10. เมื่อมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะน่อง หลังจากแช่น้ำหรือย่างโคลน ทานซื้อยากินเอง	10 (5.1)	44 (22.2)	144 (72.7)
11. ให้ประวัติเสี่ยงในการสัมผัสกับน้ำหรือแหล่งเสี่ยงกับแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือร้านขายยาเมื่อไปรักษา	141 (71.2)	32 (16.2)	25 (12.6)

ดำเนินการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสมาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ด้วยการทดสอบ t-test Paired two sample for means พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หลังจากดำเนินกิจกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n = 198)

ปัจจัย	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	8.83	1.22	9.00	1.15	5.56	0.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	29.43	2.46	29.68	2.55	6.85	0.000*

*p-value < 0.05

ตอนที่ 3 ผลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรคและสิ่งแวดล้อม

การเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์พาหะนำโรค ดำเนินการกับดักจับหนูได้ทั้งหมดจำนวน 13 ตัว จากพื้นที่ หมู่ 2 และ หมู่ 5 ตำบลคลองเฉลิม หมู่ 3 ตำบลกงหรา หมู่ 2 หมู่ 4 และ หมู่ 7 ตำบลคลองทรายขาว อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ผลการตรวจพบเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิส ชนิดก่อโรคในคนจำนวน 1 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 7.7 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนหนูที่ดักได้และผลการตรวจเชื้อเลปโตสไปโรซิส ในสัตว์พาหะนำโรค อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

สถานที่	เพศ		สายพันธุ์		ผล*		
	ผู้	เมีย	<i>R. rattus</i>	<i>R. exulans</i>	Pos	Neg	Susp.
หมู่ 2 ตำบลคลองเฉลิม	2	2	3	1	1	3	0
หมู่ 5 ตำบลคลองเฉลิม	2	2	4	0	0	2	2

สถานที่	เพศ		สายพันธุ์		ผล*		
	ผู้	เมีย	<i>R. rattus</i>	<i>R. exulans</i>	Pos	Neg	Susp.
หมู่ 3 ตำบลงหรา	2	0	2	0	0	1	1
หมู่ 2 ตำบลคลองทรายขาว	1	2	2	1	0	3	0
รวม	7	6	11	2	1	9	3

*Pos = พบเชื้อเลปโตสไปโรซิสชนิดก่อโรคในคน, Neg = ไม่พบเชื้อเลปโตสไปโรซิส, Susp. = มีความน่าจะเป็นในการพบเชื้อเลปโตสไปโรซิส

การเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสในสิ่งแวดล้อม ดำเนินการเก็บตัวอย่างดิน 18 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิส 10 ตัวอย่าง สายพันธุ์ *Leptospira ellinghausenii* ไม่ก่อโรคในคน 8 ตัวอย่าง *Leptospira yasudae* มีโอกาสก่อโรค 1 ตัวอย่าง เป็นชนิดก่อโรคในคน 1 ตัวอย่าง คือ *Leptospira johnsonii* คิดเป็น ร้อยละ 5.6 เก็บตัวอย่างน้ำ 12 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิส 1 ตัวอย่าง เป็นชนิดไม่ก่อโรคในคน รวมการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิส ทั้งในพาหะนำโรคและสิ่งแวดล้อม จำนวน 43 ตัวอย่าง ตรวจพบเชื้อก่อโรคในคน จำนวน 2 ตัวอย่าง ได้แก่ หนู 1 ตัวอย่าง และดิน 1 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 4.7

อภิปราย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี สิมะโรจที่ใช้กระบวนการ PAOR ในการดำเนินงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน [12] เช่นเดียวกับผลการศึกษาของพิทยา แต่งเกลี้ยง และสุเมธรัตน์ ขนอม ที่เน้นความสำคัญของการสร้างความตระหนักรู้และการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน [13] นอกจากนี้ ยังพบว่าหลังการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองคำ อินตะนัย ที่พบว่าโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ [14] อีกประเด็นที่มีนัยสำคัญ คือ การเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2024) ที่เน้นการรักษาตั้งแต่ระยะแรกโดยไม่รอผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ พื้นที่ศึกษาได้นำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ผ่านการจัดสำรองยาดีออกซีไซคลินในสถานบริการสุขภาพระดับตำบล ช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้อย่างเป็นรูปธรรม [15]

สรุปผล

การศึกษานี้มุ่งพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภองหรา จังหวัดพัทลุง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล การเฝ้าระวังเชื้อในสัตว์พาหะ ดิน และแหล่งน้ำ การเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข การวางแผนและประเมินผลการดำเนินงาน นำไปสู่การจัดทำรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก มีจุดเด่นที่ความเรียบง่าย ประหยัดงบประมาณ เน้นการคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับส่งผลให้สามารถนำไปปรับใช้หรือขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรขยายผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสไปประยุกต์ใช้กับอำเภออื่นๆ ในเขต 12 หรือที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
- 2) ประเด็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยแนะนำให้ประชาชนสวมใส่รองเท้าบูท เป็นกิจกรรมที่ดำเนินงานได้ยากเนื่องจากไม่เข้ากับบริบทของอาชีพ กรมควบคุมโรคยังต้องส่งเสริมหรือหาแนวทางการป้องกันโรคที่สะดวกกับวิถีชีวิตต่อไป
- 3) การให้ความรู้เรื่องการซื้อขายยามกินเองจากร้านขายยา ควรเน้นประเด็นเรื่องการให้ประวัติเสี่ยงมากกว่าการห้ามไม่ให้ซื้อยามกินเอง และด้านสาธารณสุขควรเน้นการ Early treatment เป็นประเด็นหลักโดยเริ่มตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ภายใต้การแนะนำของแพทย์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขณะเก็บข้อมูลมีการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการให้ข้อมูลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิอื่นใด ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือตัวตนของผู้ให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย ตามแบบฟอร์มด้านล่าง โดยวารสารสามารถเรียกหลักฐานการลงลายมือชื่อได้ในทุกแบบสอบถาม

การอ้างอิง

อรไท ทัพเคลียว, และนัจมี หลีสหัด. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 77-95.

Tupkleo O, and Leesahud N. Development of a surveillance, prevention, and control model for Leptospirosis in Kong Ra District, Phatthalung Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 77-95.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดของโรคเลปโตสไปโรซิส. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=16.
- [2] พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า, และวิมวิการ ศักดิ์ชัยนันท์. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและการทำประชาสังคมในชุมชน. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์. 2564.
- [3] กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังโรค R506. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566 จาก <https://doe1.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=43>.
- [4] Crane P, and O'Regan M. On PAR using participatory action research to improve early Intervention. Department of Families Housing Community Services and Indigenous Affairs Publishing. 2010. p.11-6.
- [5] กรมควบคุมโรค สำนักงานโครงการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และกองโรคติดต่อทั่วไป. คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2558.
- [6] อัญญา ประศาสนวิทย์. หนู การสำรวจประชากรและการควบคุม. นนทบุรี, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557.
- [7] กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คู่มือการเก็บตัวอย่างและความปลอดภัย. นนทบุรี, บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2557.

- [8] Bloom BS, Hastings JT, and Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York, McGraw-Hill. 1971.
- [9] Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey, Prentice Hall. 1977.
- [10] Kuder GF, and Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika Journal. 1937; 2(3): 151 - 60. DOI: 10.1007/BF02288391.
- [11] Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York, Harper & Row. 1990.
- [12] มยุรี สิมมะโรง. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2565; 1(1): 29-41.
- [13] พิทยา แต่งเกลี้ยง, และสุเมธรัตน์ ขนอม. การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2568; 5(1): 87-104.
- [14] ทองคำ อินตะนัย. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลโคกตาล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(5): 725-34.
- [15] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1991.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors associated with Drug Safety Standards in Government Hospitals Under the

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in

Nakhon Si Thammarat Province, Thailand

นิรมล ตันติธรรม^{1*}Niramol Tantitum^{1*}

¹ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

¹ Consumer Health Protection and Public Health Pharmaceutical Group, Nakhonsithammarat Provincial Public Health Office, Muang District, Nakhonsithammarat Province. 80000

* Corresponding Author: นิรมล ตันติธรรม E-mail: peenst@gmail.com

Received : 13 June 2025

Revised : 25 July 2025

Accepted : 1 August 2025

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยด้านยาเป็นประเด็นสำคัญด้านคุณภาพการรักษาในโรงพยาบาล รูปแบบการศึกษาเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 15 ด้านระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับคะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด 23 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยการสำรวจแบบสำมะโน ผู้ให้ข้อมูลคือหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมหรือเภสัชกรที่รับผิดชอบ เครื่องมือคือแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข 15 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Mann-Whitney U test และ Spearman's rank correlation โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้รับบริการเฉลี่ย 335,189 ครั้งต่อปี เปรียบเทียบกับขนาดเล็ก 83,800 ครั้งต่อปี (p -value < 0.05) มีเภสัชกรเฉลี่ย 23 และ 6 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.05) ใน 4 ด้านได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การผลิตและเตรียมยา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ จำนวนเภสัชกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 5 ด้านอย่างมีนัยสำคัญ (r_s > 0.3 และ p -value < 0.05) ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ขนาดโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมมีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยเฉพาะการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การผลิตและเตรียมยา การบริหารคลังเวชภัณฑ์ และงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพและจัดสรรบุคลากรเภสัชกรรมเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลรัฐ

คำสำคัญ: ระบบยา มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา อัตรากำลังเภสัชกร การพัฒนาคุณภาพ

Abstract

Drug safety is a critical issue for quality of care in hospitals. This correlational analytical study aimed to compare the implementation levels of 15 drug safety standards between large and small hospitals, and to analyze the relationship between the number of pharmaceutical

personnel and drug safety standard scores among 23 hospitals under the Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health in Nakhon Si Thammarat Province during fiscal year 2024, using a census survey approach. Data informants were heads of pharmaceutical departments or responsible pharmacists. The research instrument was the Ministry of Public Health's 15-domain hospital drug safety standard assessment tool. Data analysis employed Mann-Whitney U test and Spearman's rank correlation. Large hospitals averaged 335,189 patient visits per year compared to 83,800 visits for small hospitals (p -value < 0.05), with an average of 23 and 6 pharmacists, respectively. Large hospitals scored significantly higher (p -value < 0.05) in 4 domains: inpatient pharmaceutical care, adverse drug reaction monitoring, drug production and preparation, and pharmaceutical inventory management. The number of pharmacists showed significant positive correlation with 5 drug safety standard domains ($r_s > 0.3$ and p -value < 0.05): inpatient pharmaceutical care, adverse drug reaction monitoring, drug selection and procurement, and pharmaceutical inventory management. Hospital size and number of pharmaceutical personnel were associated with drug safety standards, particularly in adverse drug reaction monitoring, drug production and preparation, pharmaceutical inventory management, and inpatient pharmaceutical care. The study findings can be applied for capacity development and pharmaceutical personnel allocation to enhance drug safety systems in public hospitals.

Keywords: Drug system, Drug safety standards, Pharmacist workforce, Quality improvement

บทนำ

ความปลอดภัยด้านยาเป็นประเด็นสำคัญด้านคุณภาพการรักษาระดับโลก องค์การอนามัยโลก [1] ได้กำหนดแผนปฏิบัติการความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโลก พ.ศ. 2564 - 2573 โดยเฉพาะความปลอดภัยในการใช้ยาซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับมาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย

ในประเทศไทย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยายังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของประเทศไทยพบความคลาดเคลื่อนทางยาในหลากหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของจารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร [2] ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์พบความคลาดเคลื่อนทางยา 8,991 รายงาน โดยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ (Preventable adverse drug event; ADE) จำนวน 53 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของความคลาดเคลื่อนที่พบ การศึกษาของชมชนก โพธิ์เสนา [3] ที่โรงพยาบาลศรีบุญเรืองพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา 3.46 เหตุการณ์ต่อ 1,000 ใบสั่งยา การพัฒนาระบบยาและการบริหารทางเภสัชกรรมได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา การศึกษาของใจภัส วัตอุดม [4] พบว่าการพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาจาก 8.42 เหลือ 5.52 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 34.4 นอกจากนี้ การศึกษาของธีราพร สุภาพันธุ์ และคณะ [5] พบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลไทยส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ การลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมอาการ การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค ความพึงพอใจในบริการ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิต การศึกษาของณัฐภา สรณัฐกุล [6] พบสภาพปัญหาจากการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย นโยบายที่ไม่ถึงผู้ปฏิบัติและการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดความร่วมมือของสหวิชาชีพ และอัตรากำลังไม่เพียงพอ เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับปรุงรูปแบบการประเมินมาตรฐานความปลอดภัย

ด้านยาและพัฒนาโปรแกรมแบบประเมินให้สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาฉบับปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2565 [7] ให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ (1) มิติด้านการบริหารระบบยา (2) มิติด้านการบริการและบริหารทางเภสัชกรรม (3) มิติด้านการจัดการระบบยา และ (4) มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด การศึกษาในระดับชาติของนุชน้อย ประภาโส [8] พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกขนาดให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในทุกมิติ โดยคะแนนเฉลี่ยมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากปี พ.ศ. 2565 สู่ปี พ.ศ. 2566

ในบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 23 แห่ง ตามรายงานประจำปีของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี พ.ศ. 2567 [9] พบว่า ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2565 มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน 6 แห่ง ร้อยละ 26.1 ในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 9 แห่ง ร้อยละ 39.1 และในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 11 แห่ง ร้อยละ 47.8 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากความแตกต่างของขนาดโรงพยาบาลทั้ง 23 แห่งในจังหวัด ทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และบริบทการทำงาน ทำให้เกิดความแตกต่างของผลการประเมิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่มักจะมีทรัพยากรและบุคลากรเภสัชกรรมที่เพียงพอมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา นอกจากนี้ บุคลากรเภสัชกรรมมีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยด้านยา แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลของจังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 15 ด้านระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และขนาดเล็กในจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlational research) ดำเนินการศึกษาผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เพื่อเปรียบเทียบระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 15 ด้านระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็กในจังหวัดนครศรีธรรมราช และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งหมด 23 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A, S, M1 - M2) 6 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ระดับ F1-F3) 17 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสำรวจแบบสำมะโน (Census) ซึ่งผู้ให้ข้อมูล คือหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมหรือเภสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดคุณสมบัติได้แก่

- 1) เป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับระบบยาและมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
- 3) สามารถเข้าถึงข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านยาตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 3) มีการทำแบบประเมินความปลอดภัยด้านยาตามที่กำหนดในรอบปีที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามแบบประเมิน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาที่สร้างโดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประเมินตนเองตามมาตรฐานด้านยาครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านการบริหารระบบยา มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม มิติด้านการจัดการระบบยาและมิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 15 ด้าน และกรอกคะแนนประเมินตนเองผ่านทางเว็บไซต์ <http://phdb-service.moph.go.th/APP/PHARMACY/> ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้ให้ข้อมูล และส่วนที่ 2 คือแบบประเมินการดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ

การให้คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมิน 6 ระดับ คือ ระดับที่ 0 ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆในตัวชี้วัดดังกล่าว ระดับที่ 1 เริ่มดำเนินการวางแผน วางโครงสร้างเบื้องต้น ระดับที่ 2 (Limited capacity) เริ่มดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ ระดับที่ 3 (Developed capacity) ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดนั้นแล้ว งานแล้วเสร็จบางส่วนยังดำเนินการ ระดับที่ 4 (Demonstrated capacity) ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน ระดับที่ 5 (Sustainable capacity) ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้ โดยแนวทางในการตอบแบบประเมิน ผู้ประเมินดำเนินการตรวจสอบว่าได้มีการดำเนินงานตามข้อกำหนดแล้วเสร็จในมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาครบถ้วนทุกข้อในแต่ละระดับ ถึงจะประเมินได้ว่าได้คะแนนในระดับนั้น และสามารถประเมินในระดับที่สูงขึ้นได้

4. การรวบรวมข้อมูล

คะแนนการประเมินตนเองจากระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล 23 แห่ง โดยนำข้อมูลผลการประเมินตนเองในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ ใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบ

คะแนนมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 15 ด้านระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก และคำนวณ effect size โดยใช้สูตร $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$ ใช้ Spearman's rank correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ สำหรับการศึกษาเชิงสำรวจนี้ ไม่ปรับค่า $p\text{-value}$ เพื่อหลีกเลี่ยงการเพิ่ม Type II error ที่มากเกินไป แต่เน้นการตีความผลร่วมกับ effect size

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากคะแนนประเมินตนเองด้านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 แห่ง ในปีงบประมาณ 2567

1) ลักษณะของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 23 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A, S, M1, M2) 6 แห่ง (ร้อยละ 26.1) และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ระดับ F1, F2, F3) 17 แห่ง (ร้อยละ 73.9)

โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีทรัพยากรด้านบุคลากรและโครงสร้างมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r > 0.3$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ จำนวนเตียง (321 เทียบ 36 เตียง) เภสัชกร (23 เทียบ 6 คน) และบุคลากรเภสัชกรรม (53 เทียบ 12 คน) ปริมาณการให้บริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กในด้านการให้บริการผู้ป่วยนอกทุกรายการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้รับบริการ (335,189 เทียบ 83,800 ครั้ง/ปี) ใบสั่งยา (249,381 เทียบ 77,549 ใบ/ปี) และรายการยา (1,004,557 เทียบ 279,194 รายการ/ปี) สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีปริมาณการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กในด้านวันนอน (109,620 เทียบ 12,984 วัน/ปี) และใบสั่งยา (231,407 เทียบ 39,240 ใบ/ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานและการให้บริการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567 (n = 23)

รายการ	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		U	p-value ^a	ขนาดอิทธิพล (r) ^b
	โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดเล็ก			
	(n = 6)	(n = 17)			
ลักษณะพื้นฐาน					
จำนวนเตียง (เตียง)	321 ± 274	36 ± 19 ^c	0.500	< 0.001	0.796
เภสัชกร (คน)	23 ± 20	6 ± 2	3.000	< 0.001	0.705
บุคลากรทั้งหมด (คน)	53 ± 47	12 ± 4	1.500	< 0.001	0.727
การให้บริการผู้ป่วยนอก					
ผู้รับบริการ (ครั้ง/ปี)	335,189 ± 109,197	83,800 ± 47,408 ^c	1.000	< 0.001	0.730
ใบสั่งยา (ใบ/ปี)	249,381 ± 133,420	77,549 ± 44,577 ^c	7.000	0.001	0.642
รายการยา (รายการ/ปี)	1,004,557± 891,596 ^d	279,194 ± 123,886 ^c	20.500	0.030	0.445
การให้บริการผู้ป่วยใน					
วันนอน (วัน/ปี)	109,620 ± 98,553	12,984 ± 16,258 ^e	2.000	< 0.001	0.716
ใบสั่งยา (ใบ/ปี)	231,407 ± 206,529	39,240 ± 89,142 ^e	6.000	0.001	0.657
รายการยา (รายการ/ปี)	793,235 ± 852,166	381,701 ± 736,936 ^e	27.000	0.101	0.351

รายการ	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		U	p-value ^a	ขนาด อิทธิพล (r) ^b
	โรงพยาบาล ขนาดใหญ่ (n = 6)	โรงพยาบาล ขนาดเล็ก (n = 17)			
ภาระงานต่อบุคลากร					
ผู้รับบริการต่อเจ้าหน้าที่ (คน/วัน) ^f	28.79 ± 9.00	21.34 ± 9.33	26.000	0.087	0.365
ใบสั่งยาต่อเภสัชกร (ใบ/วัน) ^g	61.91 ± 16.95	57.40 ± 54.84	29.000	0.135	0.321

^a Mann-Whitney U test (Exact significance, 2-tailed)

^b Effect Size (r) โดยที่ $r \geq 0.50$ = ขนาดใหญ่, 0.30-0.49 = ปานกลาง, 0.10-0.29 = เล็ก

^c n = 16, ^d n=5, ^e n=14

^f คำนวณจาก (ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยนอก+ผู้ป่วยใน) $\div$ บุคลากรทั้งหมด $\div$ 365 วัน

^g คำนวณจาก (ใบสั่งยา ผู้ป่วยนอก + ผู้ป่วยใน) $\div$ จำนวนเภสัชกร $\div$ 365 วัน

2) การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

การเปรียบเทียบคะแนนประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ครอบคลุม 4 มิติ 15 ด้าน โดยใช้เกณฑ์การประเมิน 6 ระดับ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r > 0.3$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ใน 4 ด้าน ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การผลิต และเตรียมยาและการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567 (n = 23)

องค์ประกอบการประเมิน	Median (IQR)		U	p-value ^a	ขนาดอิทธิพล (r) ^b
	โรงพยาบาล ขนาดใหญ่	โรงพยาบาล ขนาดเล็ก			
	(n = 6)	(n = 17)			
มิติที่ 1 การบริหารระบบยา					
การจัดการระบบด้านยา	4.0 (1.0)	3.0 (1.0)	35.0	0.192	0.272
โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)	45.0	0.638	0.098
ระบบข้อมูลเชื่อมโยง	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	45.0	0.640	0.097
การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	3.0 (0.75)	3.0 (1.0)	40.0	0.390	0.179
มิติที่ 2 การบริการและบริหารทางเภสัชกรรม					
การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	3.0 (1.25)	3.0 (1.0)	51.0	1.000	0.000
การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	4.0 (1.0)	3.0 (1.0) ^c	39.0	0.350	0.195
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	3.0 (0.0)	3.0 (0.5)	39.0	0.201	0.267
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	3.0 (1.0)	3.0 (1.0) ^c	27.0	0.048 [*]	0.413

องค์ประกอบการประเมิน	Median (IQR)		U	p-value ^a	ขนาดอิทธิพล (r) ^b
	โรงพยาบาล ขนาดใหญ่ (n = 6)	โรงพยาบาล ขนาดเล็ก (n = 17)			
มิติที่ 3 การจัดการระบบยา					
การติดตามอาการไม่พึงประสงค์	4.0 (1.0)	3.0 (1.0)	21.0	0.023*	0.474
การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	3.0 (1.0)	3.0 (1.0)	48.0	0.815	0.049
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	3.0 (2.25)	3.0 (1.0) ^c	43.5	0.575	0.117
มิติที่ 4 การบริหารยาและเวชภัณฑ์					
การผลิตและเตรียมยา	1.77 (1.65) ^d	0.0 (0.92) ^e	21.0	0.026*	0.464
การคัดเลือกยา	3.5 (1.25)	3.0 (1.0)	36.5	0.240	0.245
การจัดซื้อจัดหา	3.5 (1.25)	3.0 (0.5)	27.0	0.061	0.39
การบริหารคลังเวชภัณฑ์	3.0 (1.25)	3.0 (1.0)	22.0	0.016*	0.504

^a Mann-Whitney U test (2-tailed), *p-value < 0.05

^b ขนาดอิทธิพล (r) โดยที่ $r \geq 0.50$ = ขนาดใหญ่, 0.30-0.49 = ปานกลาง, 0.10-0.29 = เล็ก

^c n=16, ^d n=5, ^e n=7

3) ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาใช้ Spearman's rank correlation ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s > 0.3$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การผลิตและเตรียมยา การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ จำนวนเภสัชกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 5 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s > 0.3$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การคัดเลือกยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ความสัมพันธ์ที่มีค่าสูงสุดคือระหว่างจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดกับการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ($r_s = 0.713$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรกับคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (n = 23)

ด้านการประเมิน	จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด r_s (p-value)	จำนวนเภสัชกร r_s (p-value)
มิติที่ 1 การบริหารระบบยา		
การจัดการระบบด้านยา	0.093 (0.673)	0.060 (0.786)
โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	0.099 (0.653)	0.095 (0.666)
ระบบข้อมูลเชื่อมโยง	0.138 (0.530)	0.086 (0.695)
การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	0.064 (0.773)	0.051 (0.817)
มิติที่ 2 การบริการและบริหารทางเภสัชกรรม		
การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	0.059 (0.789)	0.067 (0.761)
การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	0.184 (0.400)	0.205 (0.347)
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	0.313 (0.146)	0.348 (0.103)
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	0.472 (0.023)*	0.563 (0.005)**

ด้านการประเมิน	จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด <i>rs</i> (<i>p</i> -value)	จำนวนเภสัชกร <i>rs</i> (<i>p</i> -value)
มติที่ 3 การจัดการระบบยา		
การติดตามอาการไม่พึงประสงค์	0.452 (0.030)*	0.514 (0.012)*
การส่งเสริมการเข้ายาสมเหตุผล	-0.291 (0.178)	-0.345 (0.107)
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	0.296 (0.170)	0.278 (0.198)
มติที่ 4 การบริหารยาและเวชภัณฑ์		
การผลิตและเตรียมยา	0.437 (0.037)*	0.356 (0.095)
การคัดเลือกยา	0.472 (0.023)*	0.415 (0.049)*
การจัดซื้อจัดหา	0.621 (0.002)**	0.606 (0.002)**
การบริหารคลังเวชภัณฑ์	0.713 (0.000)**	0.631 (0.001)**

rs = Spearman's correlation coefficient

p*-value < 0.05 , *p*-value < 0.01

อภิปราย

ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็กในมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

1) งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

การศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพในงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญ (*p*-value < 0.05) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอิราพร สุภาพันธุ์ และคณะ [5] ที่พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความครอบคลุมและคุณภาพสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากมีทรัพยากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่า ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Carter MK และคณะ [10] ที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะการเก็บประวัติการใช้ยาและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเภสัชกรมากกว่า (23 เทียบ 6 คน) จึงสามารถให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมได้ดีกว่า

2) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (*p*-value < 0.05) ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร [2] ที่พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระบบรายงานและวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

3) การผลิตและเตรียมยา

โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความสามารถในการผลิตและเตรียมยาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (*p*-value < 0.05) ผลนี้สอดคล้องกับแนวทางของ American Society of Health-System Pharmacists [11] ที่เน้นว่าการผลิตยาในโรงพยาบาลต้องการความเชี่ยวชาญและอุปกรณ์เฉพาะทาง

4) การบริหารคลังเวชภัณฑ์

การศึกษานี้พบว่าการบริหารคลังเวชภัณฑ์เป็นองค์ประกอบที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < 0.05) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง (*r* = 0.504) ซึ่งเป็นความแตกต่างที่เด่นชัดที่สุดในบรรดามาตรฐานความปลอดภัยด้านยาทั้งหมด ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนุชน้อย ประภาโส [8] ที่ระบุว่าการจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งใน 4 มิติหลักของมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกขนาดให้ความสำคัญกับมิตินี้เป็นอย่างมาก ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากข้อได้เปรียบของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในด้านการลงทุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดซื้อในปริมาณมาก และการมีบุคลากรเฉพาะทาง

ด้านการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมสต็อก ติดตามการหมดอายุ และจัดการยาอย่างเป็นระบบได้ดีกว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง

การศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงระหว่างจำนวนบุคลากรกับการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโจกส์ วงศ์ไพโรจน์ [4] ที่พบว่าการพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาต้องการบุคลากรที่เพียงพอและมีความเชี่ยวชาญ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) [1] ที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลในการสร้างระบบความปลอดภัยผู้ป่วย

งานบริหารทางเภสัชกรรม

จำนวนเภสัชกรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับงานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน เนื่องจากเภสัชกรมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

สรุป

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 15 ด้านระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็กในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผลการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาดีกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา การผลิตและเตรียมยา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรเภสัชกรรมกับคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาพบว่า จำนวนเภสัชกรมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 5 ด้าน ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การคัดเลือดยา การจัดซื้อจัดหา และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ในขณะที่จำนวนบุคลากรเภสัชกรรมทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 6 ด้าน ได้แก่ งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การผลิตและเตรียมยา การคัดเลือดยา การจัดซื้อจัดหาและการบริหารคลังเวชภัณฑ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1) การสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็ก หน่วยงานต้นสังกัดควรให้การสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กด้านบุคลากรเภสัชกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเฉพาะในด้านการจัดการคลังเวชภัณฑ์และระบบการติดตามเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อลดช่องว่างด้านประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็ก

2) การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด เพื่อการแบ่งปันทรัพยากร ความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา รวมทั้งการจัดระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) ให้โรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ต้องการการพัฒนา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1) การศึกษาในหลายพื้นที่ ควรดำเนินการศึกษาแบบหลายศูนย์ (Multi-center study) ที่ครอบคลุมหลายจังหวัดหรือหลายภูมิภาค เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง และเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยบริบทที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างของผลการดำเนินงาน

2) การศึกษาเชิงคุณภาพของบุคลากร ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพของบุคลากร เกษีขกรรม เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้และทักษะเฉพาะด้าน การได้รับการฝึกอบรม และแรงจูงใจในการทำงาน นอกเหนือจากการพิจารณาเพียงจำนวนบุคลากร

3) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควรดำเนินการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการลงทุน (Cost-effectiveness analysis) ในด้านบุคลากรเกษีขกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศ เปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการลดต้นทุนการรักษาจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

4) การศึกษาระยะยาว ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) ขอบเขตพื้นที่การศึกษา การศึกษาดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่านั้น ซึ่งแต่ละจังหวัดมีบริบทและลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

2) ลักษณะการเก็บข้อมูล การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีอคติในการรายงานผล (Self-report bias) เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีแนวโน้มที่จะรายงานผลในทางที่ดีกว่าความเป็นจริง

3) รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ที่เก็บข้อมูล ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผญ.สุพธิดา ผกากรอง และ ผญ.วีรธิดา หนูสวัสดิ์ เกษีขกรรม กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษีขสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เป็นทีปรีक्षा ให้คำแนะนำตลอดการวิจัย และขอขอบคุณเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ช่วยให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัย จนสามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 200/2567

การอ้างอิง

นิรมล ดันติธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 96-106.

Tantitum N. Factors associated with drug safety standards in Government Hospitals Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 96-106.

เอกสารอ้างอิง

- [1] องค์การอนามัยโลก. แผนปฏิบัติการความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโลก พ.ศ. 2564-2573: เพื่อจัดอันตรายที่สามารถป้องกันได้ในการดูแลสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 11 กันยายน 2567 จาก <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
- [2] จารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร. การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจากโปรแกรมรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลบุรีรัมย์. เกสซ์กรรมคลินิก. 2566; 29(3): 177-88.
- [3] ชมชนก โพธิ์เสนา. การศึกษาปัญหาทางยาและความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการสั่งจ่ายยาของแพทย์ในใบสั่งยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ปี 2565. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย. 2566.
- [4] ใจรัส วัดอุดม. การพัฒนาระบบก่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารเกสซ์กรรมคลินิก. 2563; 26(2): 24-38.
- [5] อธิพร สุภาพันธุ์, จุฬาทิพ อมรเพชรสถาพร, ณัฐชา จันทศิริ, ณัฐพล ขำอิง, พิพัฒน์ จันทะพิมพ์, ภาณุพงศ์ ชมพูพันธ์, และคนอื่นๆ. การทบทวนวรรณกรรม: การวัดผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564; 17(4): 1-29.
- [6] ณัฐภา สุธัญกุล. รูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567; 7(2): e269886.
- [7] กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2568 จาก <https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/hospital.pdf>.
- [8] นุชน้อย ประภาโส. การศึกษาการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567; 3(2): 66-79.
- [9] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานประจำปีของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2567. นครศรีธรรมราช. 2567.
- [10] Carter MK, Allin DM, Scott LA, Grauer DW. Pharmacist-acquired medication histories in a university hospital emergency department. American Journal of Health-System Pharmacy. 2006; 63(24): 2500-3.
- [11] American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy. 2018; 75(19): 1493-517.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน
A Systematic Literature Review for Stigma Reduction Interventions of Leprosy
in the Community

สุชาญวัชร สมสอน^{1*} และชมพูนุท มະนาตย์²
Suchanwat Somsorn^{1*} and Chompunuth Manart²

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

¹ Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Mueang District, Nonthaburi Province. 11000

² Nakhonphanom Provincial Public Health Office, Mueang District, Nakhonphanom Province. 48000

* Corresponding Author: สุชาญวัชร สมสอน E-mail: suchanwat.somsorn@bcnnon.ac.th

Received : 7 July 2025

Revised : 2 August 2025

Accepted : 8 August 2025

บทคัดย่อ

การตีตราโรคเรื้อนในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบโปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน โดยใช้แนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ เกณฑ์คัดเลือกรวม 6 ข้อ ผลงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2567 โดยคำสืบค้น ได้แก่ “โปรแกรม” “ลดการตีตรา” “โรคเรื้อน” และ “ชุมชน” จากรายงานวิจัย 36 เรื่อง ทำการคัดเลือกได้ 6 เรื่อง (เชิงทดลอง 3 เรื่อง และกึ่งทดลอง 3 เรื่อง) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนมี 5 วิธีหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การรณรงค์ 3) การให้คำปรึกษา 4) การเยี่ยมบ้าน และ 5) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยการใช้องค์กรแบบผสมผสานช่วยลดการตีตราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นการบูรณาการกิจกรรม โดยการให้ความรู้ควบคู่กับการรณรงค์ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมกับบริบท รวมถึงสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนหน่วยงานสาธารณสุข ควรสนับสนุนและส่งเสริมการบูรณาการโปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความชุกของโรคเรื้อนสูง รวมถึงมีการอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในระดับชุมชนให้สามารถจัดกิจกรรมให้ความรู้ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน และหาช่องทางการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การตีตรา โรคเรื้อน ชุมชน

Abstract

Leprosy-related stigma in communities is a major problem that leads to discrimination against patients. This systematic review aimed to explore stigma reduction interventions for people affected by leprosy, following the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines for systematic reviews. Eligible studies were published between 2014 and 2024, using keywords such as “Interventions,” “reduce stigma,” “leprosy,” and “community.” Of 36 research reports identified, six met the inclusion criteria (three experimental and three quasi-experimental studies). Data were analyzed using content summary analysis and descriptive statistics. The findings revealed five main approaches for reducing leprosy stigma: (1) health education, (2)

campaigns, (3) counseling, (4) home visits, and (5) social and economic support. Implementing a combination of these activities significantly reduced stigma (p -value < 0.001). Integrating interventions—such as combining education with campaigns, providing individual counseling, and conducting context-specific home visits—along with offering social and economic support to patients and their families, proved to be effective. It is recommended that public health authorities should be promote and integrate stigma reduction programs into primary healthcare services, particularly in communities with a high prevalence of leprosy. Additionally, community health personnel should be trained to implement these programs effectively, including delivering education, counseling, home visits, and facilitating access to social and economic support for patients and their families.

Keywords: A systematic literature review, Stigma, Leprosy, Community

บทนำ

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium leprae* ส่งผลต่อผิวหนังเยื่อทางเดินหายใจส่วนบน ดวงตา และระบบเส้นประสาทส่วนปลายเป็นหลัก นอกจากความผิดปกติทางร่างกายแล้ว องค์การอนามัยโลกรายงานว่าหากติดเชื้อแล้วไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดความพิการได้ [1] ประเทศไทยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนไว้เป็นโครงการตามแนวพระราชดำริ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2499 [2] ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องเผชิญการเจ็บป่วยจากโรคแล้ว ยังถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติอีกด้วย [1, 3] ซึ่งการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือการแยกตัวออกจากชุมชน เพราะคนในชุมชนกลัวติดโรคจากสัมผัสใจเองกับการถูกตีตรา [1, 3] ถึงแม้มียารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพ ก็ยังพบการตีตราต่อโรคเรื้อนอยู่ [4] จากการศึกษานำไปสู่การเข้ารับการรักษาล่าช้าและขาดการรักษาต่อเนื่อง [5-6] ทำให้ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยยังคงเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามโรคอย่างต่อเนื่อง [1, 6]

ในปี พ.ศ. 2567 สถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ประมาณ 200,000 รายทุกปี (กำหนดโดยความชุกของโรคน้อยกว่า 1 ใน 10,000 ประชากรตามมติ 44.9 ของสมัชชาอนามัยโลก) [1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาทั่วประเทศ จำนวน 155 ราย อัตราความชุกโรคเรื้อน 0.02 ราย ต่อประชากร 10,000 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 80 ราย อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ 0.12 ราย ต่อประชากร 100,000 คน พบกลุ่มรักษาประเภทเชื้อมาก จำนวน 63 ราย ร้อยละ 78.8 และประเภทเชือน้อย จำนวน 17 ราย ร้อยละ 21.3 ในกลุ่มนี้พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้) จำนวน 17 ราย ร้อยละ 21.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.3 และผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรค จำนวน 15 ราย ร้อยละ 18.8 [6] ถึงความชุกโรคเรื้อนในประเทศไทยยังไม่ใช่ความรุนแรงของปัญหาของโลก แต่วิธีการที่จะลดตีตราโรคเรื้อนในชุมชนยังเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และยังเผชิญกับการเลือกปฏิบัติและถูกตีตราอยู่ [1, 3, 5-7]

การตีตราในผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้นในอดีตเกิดจากผู้ป่วยยังไม่มียารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนถูกแยกให้อยู่ในนิคมโรคเรื้อน เนื่องจากประชาชนในชุมชนกลัวติดโรค ผู้ป่วยไม่สามารถทนกับการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากคนรอบข้างได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการตีตราโรคเรื้อน ยังคงมีอยู่ถึงแม้จะไม่มี การแยกผู้เป็นโรคเรื้อนให้ไปอยู่ในนิคมโรคเรื้อนและมียารักษาโรคเรื้อนที่มีประสิทธิภาพแล้ว แต่การถูกตีตราเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการยุติโรคเรื้อน เนื่องมาจากในช่วงแรกของการรักษาที่ผู้ป่วยมีภาวะพิการ และทุพพลภาพจากโรคเรื้อนทำให้บุคคลรอบข้างเกิดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น [8, 9] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันยังคงพบการตีตราในผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงโดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น

ไทย เนปาล บราซิล และไนจีเรีย [10-14] อีกทั้งยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ [10, 12] และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมีการติดราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงเช่นเดียวกัน [11, 13-15] นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดราต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะความพิการทำให้แยกตัวออกจากสังคมจนทำให้บุคคลรอบข้างและประชาชนในสังคมมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ [16-18]

การลดการติดราโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้จัดทำเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคเรื้อน พ.ศ. 2564 - 2570 โดยวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ไร้โรคเรื้อน ไร้พิการ ไร้ตีตรา ในปี 2570” มีเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานเพื่อการตัดวงจรการแพร่เชื้อโรคเรื้อนและค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2570 ลดลงร้อยละ 60.0 ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนครอบครัวและชุมชนมีการติดราต่อโรคเรื้อน [19-20] แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการใช้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวแล้ว แต่การดำเนินงานเพื่อลดการติดราในประเทศไทยนั้นยังมีอุปสรรค เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องอาศัยระยะเวลาในการดำเนินการ โดยมุ่งเน้นการรณรงค์ในวันโรคเรื้อนโลก (World leprosy day) และวันราชประชาสมาสัย โดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อภาพ แผ่นพับ วิดีทัศน์ และโซเชียลมีเดียต่างๆ [20] จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ทำให้เห็นว่า การลดการติดราที่ดำเนินการในประเทศไทยยังใช้กลยุทธ์ที่ไม่หลากหลาย จึงต้องมีรูปแบบในการช่วยลดการติดราที่เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการลดการติดราโรคเรื้อน จึงทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic literature review) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบที่ช่วยลดการติดราโรคเรื้อนในชุมชน นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ มุ่งหวังให้ได้องค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน พัฒนาหรือปรับปรุงโปรแกรมลดการติดราโรคเรื้อนในชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย อันจะนำไปสู่ลดการติดรา การเลือกปฏิบัติต่อโรคเรื้อน และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic literature review) จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบในการลดการติดราโรคเรื้อนในชุมชน โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ รายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับการลดการติดราโรคเรื้อนในชุมชนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดการติดราโรคเรื้อนในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ป่วยเรื้อนหรือผู้ที่เคยเป็นโรคเรื้อน บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 2) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดการติดราเป็นตัวแปรต้น
- 3) เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาที่มีการติดราโรคเรื้อนในชุมชนเป็นตัวแปรตาม

4) เป็นรายงานการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (Randomized controlled trials: RCTs) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการรายงานค่าสถิติ

5) เป็นรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6) เป็นรายงานการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

เกณฑ์การคัดออก

1) รายงานการงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง

2) รายงานการงานวิจัยที่ตีพิมพ์ก่อนปี พ.ศ. 2557

3) ไม่เป็นรายงานการงานวิจัยฉบับเต็มที่ผ่านการประเมินคุณภาพ

4) มีรายละเอียดไม่เพียงพอหรือไม่มีการรายงานผลงานวิจัยตามที่กำหนดไว้

5) งานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรืออังกฤษ งานที่ไม่รายงานผลเชิงสถิติหรืองานที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกรายงานวิจัยตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และงานวิจัยกึ่งทดลองของสถาบันโจแอนนาบริกส์ [21]

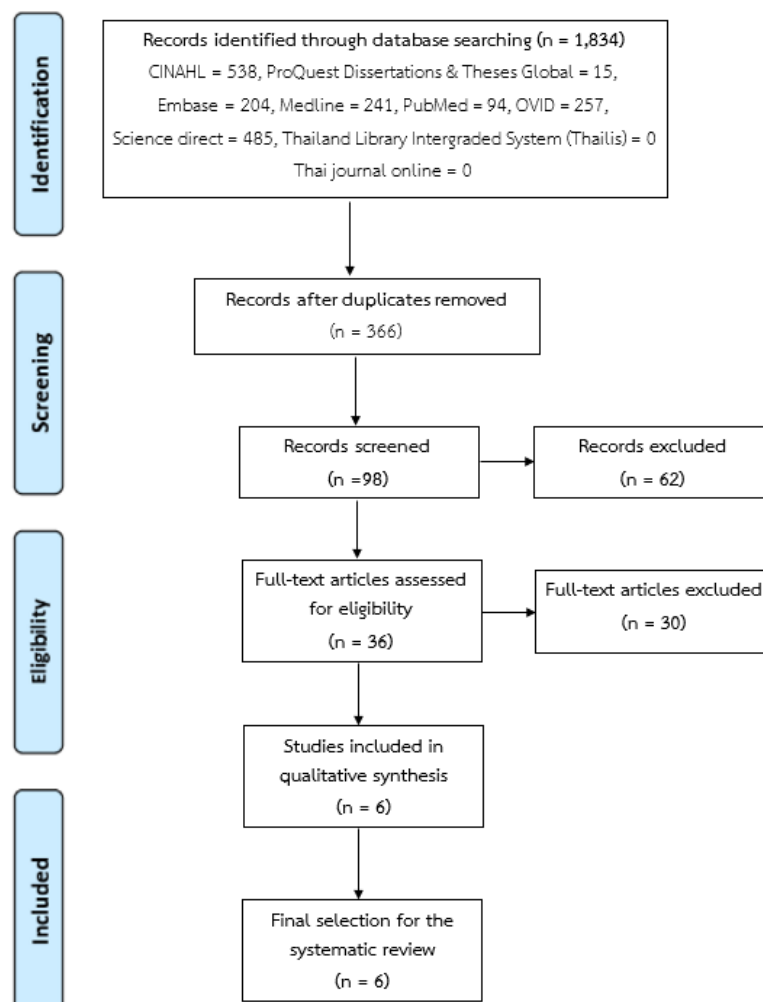
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการทบทวนวรรณกรรมเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ [21] เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย

4. การรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูล CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, Embase, Medline, PubMed, OVID, Science direct, Google Scholar, Thailand Library Intergraded System (Thailis) และ Thai journal online โดยใช้คำสืบค้นเป็นภาษาไทย ได้แก่ “โปรแกรม” “ลดการตีตรา” “โรคเรื้อรัง” “ชุมชน” และคำสืบค้นเป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ “Interventions” “Reduce stigma” “Leprosy” “Community” จากนั้นคัดรายงานการวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนกันออก

2) จากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการคัดเลือกรายงานวิจัยโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย คัดเลือกรายงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ คือ เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่เคยเป็นโรคเรื้อรัง บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดการตีตราเป็นตัวแปรต้น รายงานการวิจัยที่ศึกษาที่มีการตีตราโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นตัวแปรตาม รายงานการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (Randomized controlled trials; RCTs) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการรายงานค่าสถิติ ตีพิมพ์ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รายงานการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

3) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอ่านรายงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพของรายงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพของการวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ [21] จากนั้นทำการสกัดข้อมูล ตรวจสอบความตรงของการบันทึกข้อมูล จากนั้นตรวจสอบกับการบันทึก หากพบว่าการบันทึกที่ไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาหารือกันและหาข้อตกลงร่วมกันในการลงบันทึก จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกผลการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ผู้วิจัย ปีที่ทำวิจัย ประเทศที่ทำวิจัย รูปแบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบของกิจกรรม วิธีประเมินผล ผลการศึกษา และระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยประเมินระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Mehryk and et al. [22]



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบของการลดตติรโรคเรื้อนในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เนื้อหาโปรแกรมส่งเสริมการลดตติรโรคเรื้อนในชุมชน และผลการศึกษาวิจัย ด้วยวิธีการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการลดการตติรโรคเรื้อนในชุมชน ระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024 จากฐานข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 36 เรื่อง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า และประเมินคุณภาพงานวิจัยแล้วมีงานวิจัย จำนวน 6 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 3 เรื่อง และกึ่งทดลอง จำนวน 3 เรื่อง ตีพิมพ์มากที่สุดในปี ค.ศ. 2021 จำนวน 2 เรื่อง

ประเทศที่ทำการวิจัยมากที่สุด คือ ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 3 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 3 เรื่อง และระยะเวลาในการทำวิจัยอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (n = 6)

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน (เรื่อง)
ปีที่พิมพ์	
ค.ศ. 2015	1
ค.ศ. 2016	1
ค.ศ. 2019	1
ค.ศ. 2021	2
ค.ศ. 2023	1
ประเภทของงานวิจัย	
การวิจัยกึ่งทดลอง	3
การวิจัยเชิงทดลอง	3
ประเทศที่ทำการวิจัย	
โตโก	1
อินโดนีเซีย	3
อินเดีย	2
กลุ่มตัวอย่าง	
ผู้ป่วยเรื้อนหรือผู้ที่เคยเป็นโรคเรื้อน	2
ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อน	1
ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน	3
ระยะเวลาในการทำวิจัย	
1 ปี	2
3 ปี	2
5 ปี	2

นอกจากนี้โปรแกรมที่สามารถลดการตีตราโรคเรื้อนชุมชน พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อลดการตีตรา มีทั้งหมด 5 วิธี ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การรณรงค์ 3) การให้คำปรึกษา 4) การเยี่ยมบ้าน และ 5) การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมลดการตีตราในชุมชนมีการใช้กิจกรรมแบบผสมผสาน [23-28] การให้ความรู้โดยทุกงานวิจัยมีการให้ความรู้ผ่านการบรรยายทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย วิธีรับมือการตีตราและการส่งเสริมด้านเศรษฐกิจและสังคม [23-28] รวมถึงมีการให้ความรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การถูกตีตราจากผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้เกิดความเข้าใจโรคเรื้อนและการตีตรามากยิ่งขึ้น [23, 26] โดยสื่อที่ใช้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ ใบปลิว วิดีโอ การ์ตูน ทั้งสื่อที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและผู้ป่วยเรื้อน [23, 26, 28] ส่วนการรณรงค์ในชุมชนมีการประชุมเพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจการตีตราโรคเรื้อนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยให้ข้อมูลผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้านและพร้อมแจกใบปลิวในแต่ละบ้าน และติดสติ๊กเกอร์ในหมู่บ้าน [26, 28] นอกจากนี้มีการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาการตีตราในครอบครัวและชุมชน เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติที่มีการตีตราโรคเรื้อน การเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเรื้อนในการเผชิญการการตีตราโรคเรื้อนในครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความสัมพันธ์

ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน [24-25, 27] นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินสภาพความเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลือกปฏิบัติในครอบครัว และสร้างแรงจูงใจให้มีความหวังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในครอบครัว [27] นอกจากนี้มีการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยการส่งเสริมอาชีพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคเรื้อน การให้สินเชื่อและส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน [27] รวมถึงให้สิทธิการรักษาฟรี เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว [28]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีการรวบรวมข้อมูลที่ใช้แบบสอบถามที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามการตีตราของชุมชน (Explanatory model interview catalogue; EMIC) [23, 26, 28] แบบสอบถามการตีตราผู้ป่วย (SARI stigma scale; SSS) [24, 27] แบบสอบถามการเว้นระยะห่างกับผู้ป่วย (Social distance scale; SDS) [23, 26] แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ป่วย (Participation scale; PSS) [24, 27] และแบบสอบถามการตีตราและเลือกปฏิบัติโรค (Connor-davidson resilience scale; CD-RISC) นอกจากนี้ผลการวิจัยของโปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชนส่งผลต่อระดับการตีตราที่ลดลง [23-28] ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบของกิจกรรมลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน ผลการวิจัย และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (n = 6)

รูปแบบของกิจกรรม	วิธีการประเมินผล	ผลการวิจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
บรรยายให้ความรู้แบบกลุ่ม สื่อวิดีโอและการดูที่สร้างโดยผู้ป่วยร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การถูกตีตราจากผู้ป่วยโดยตรง [23]	แบบสอบถาม EMIC-CSS (Explanatory model interview catalogue – community stigma scale) และแบบสอบถาม SDS (Social distance scale)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตราลดลง	2
การให้ความรู้รายบุคคล พร้อมการให้คำปรึกษารายบุคคล [24]	แบบสอบถาม SARI stigma scale (SSS) และแบบสอบถาม Participation scale (PSS)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)	3
การให้ความรู้แบบกลุ่มพร้อมเสริมพลังและส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว [25]	แบบสอบถาม Connor-davidson resilience scale (CD-RISC)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตราและเลือกปฏิบัติโรคเรื้อนลดลง	3
การให้ความรู้แบบกลุ่ม สื่อใบปลิว วิดีโอร่วมกับการรณรงค์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การถูกตีตราจากผู้ป่วยโดยตรง [26]	แบบสอบถาม EMIC-CSS (Explanatory model interview catalogue – community stigma scale) และแบบสอบถาม SDS (Social distance scale)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)	3

รูปแบบของกิจกรรม	วิธีการประเมินผล	ผลการวิจัย	ระดับความน่าเชื่อถือ
การให้ความรู้รายบุคคล พร้อมการให้คำปรึกษา รายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมอาชีพและสินเชื่อ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อน [27]	แบบสอบถาม SARI stigma scale (SSS) และ Participation scale (PSS)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตรา ลดลง	2
การให้ความรู้แบบกลุ่ม สื่อใบปลิว วิดีโอ เรื่องเล่า ร่วมกับการรณรงค์ และให้สิทธิ์การรักษาฟรี [28]	แบบสอบถาม Explanatory model interview catalogue - community stigma scale (EMIC-CSS) และแบบสอบถาม Explanatory model interview catalogue - affected individuals (EMIC-AI)	ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตีตรา ลดลง	2

อภิปราย

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมีการใช้กิจกรรมแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การรณรงค์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งแต่ละกิจกรรมล้วนมีส่วนสำคัญในการลดการตีตราในผู้ป่วยโรคเรื้อน ครอบครัว และประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ [23-28] การให้ความรู้เป็นกิจกรรมหลักในทุกงานวิจัยและมีความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการรักษาเพื่อให้ความเข้าใจธรรมชาติของโรคที่ถูกต้อง รวมไปถึงความรู้ในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยสำหรับครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด ส่วนความรู้วิธีรับมือการตีตราสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับการถูกตีตราจากผู้อื่นรวมถึงประหะชาชนในชุมชนด้วย และความรู้การส่งเสริมด้านเศรษฐกิจสังคมที่ผู้ป่วยพึงได้รับตามนโยบายของแต่ละประเทศทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการทางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างทั่วถึง [23-28] ซึ่งความรู้ที่ถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องผ่านการบรรยายร่วมกับการให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การถูกตีตราจากผู้ป่วยโดยตรงทำให้เกิดความเข้าใจโรคเรื้อนมากยิ่งขึ้น [23, 26] รวมถึงส่งเสริมการใช้สื่อที่ผู้ป่วยเรื้อนสร้างขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทำให้การตีตราต่อตนเองลดลงได้ดียิ่งขึ้น [23, 26, 23] โดยการศึกษาของ Peters and et al. [23] แสดงให้เห็นว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการตีตราโรคเรื้อนที่ลดลงได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การรณรงค์ในชุมชนมีการประชุมเพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจการตีตราโรคเรื้อนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยให้ข้อมูลผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้านพร้อมแจกใบปลิวในแต่ละบ้าน และติดสื่อโปสเตอร์ในหมู่บ้าน [26, 28] ซึ่งกิจกรรมนี้เหมาะกับกลุ่มประชาชนทั่วไป เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนมาก สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ให้สมาชิกทุกประเทศมีการรณรงค์โรคเรื้อนในวันโรคเรื้อนโลก (World leprosy day) ที่ตรงกับวันอาทิตย์สัปดาห์สุดท้ายของเดือนมกราคมของทุกปี [1] ส่วนประเทศไทยจะจัดการรณรงค์โรคเรื้อนแก่ประชาชนทั่วไปในวันราชประชานุเคราะห์ตรงกับวันที่ 16 มกราคมของทุกปี [29]

เมื่อมีการจัดรณรงค์โรคเรื้อนแล้วในทุกปี หากมีการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยรับฟังปัญหาหรือให้ข้อเสนอแนะในการรับมือการถูกตีตราในครอบครัวและชุมชน เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติที่มีการตีตรา

โรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยมีทัศนคติการติตราต่อตนเองลดลง [24, 27] ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลมีผลเด่นในการลดการติตราตนเองเมื่อเทียบกับการรณรงค์ โดยการศึกษาของ Lusli and et al. [24] แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการติตราโรคเรื้อรังของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน อีกทั้งการเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเผชิญกับการติตราโรคเรื้อรังในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือได้ และการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วยกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้อาชีพและครอบครัวสามารถเผชิญต่อการติตราได้ดีขึ้น และการติตราของผู้ป่วยและครอบครัวลดลงอย่างเห็นได้ชัด [25] นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินสภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลือกปฏิบัติในครอบครัว และสร้างแรงจูงใจให้ความหวังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมบ้านนั้นทำให้สามารถลดการติตราโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน [27] นอกจากนี้มีการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยการส่งเสริมอาชีพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคเรื้อรัง และการให้สินเชื่อแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตและการพัฒนาอาชีพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น [27] รวมถึงให้สิทธิการรักษาฟรีแก่ผู้ป่วย เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัวได้ [28] เป็นไปในทางเดียวกันกับแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในไทยที่สนับสนุนค่าครองชีพและส่งเสริมอาชีพในนิคมโรคเรื้อรัง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้ก็จะทำให้สามารถลดการติตราได้ดียิ่งขึ้น [30]

นอกจากนี้ การประเมินผลลัพธ์มีการรวบรวมข้อมูลที่ใช้แบบสอบถามที่หลากหลาย ความครอบคลุมและเหมาะสมในเชิงเนื้อหา ส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามการติตราของชุมชน (EMIC) อาจเนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมการติตราทั้งในระดับบุคคลและชุมชนด้วย [23, 26, 28] โดยในประเทศไทยมีการนำแบบสอบถามนี้มาเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการเฝ้าระวังการติตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน [31] รวมถึงนำมาใช้ในการประเมินการติตราผู้ป่วยอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในโรคติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น วัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี [10-11] นอกจากนี้ผลการวิจัยของโปรแกรมลดการติตราโรคเรื้อรังในชุมชนที่ใช้กิจกรรมแบบผสมผสานประกอบด้วย การให้ความรู้ การรณรงค์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้การติตราลดลงอย่างชัดเจน [23-28] อย่างไรก็ตามในการลดการติตรานั้นต้องอาศัยระยะเวลา เพื่อให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องและความเข้าใจในโรคเรื้อรัง รวมถึงทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิตประจำวันและให้แทรกซึมเข้าไปกับสังคมเรื่อยๆ จนไม่เกิดการติตราในที่สุด ตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อรังระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – พ.ศ. 2570) ที่ระบุว่า การต่อต้านการติตราและเคารพในสิทธิมนุษยชนต้องอาศัยกลยุทธ์ในการดำเนินงานบูรณาการตามบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสมให้การลดการติตราของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน [32]

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดถึงแม้ว่าจะมีการค้นคว้างานวิจัยถึง 36 เรื่อง แต่มีเพียง 6 เรื่องเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก และมีคุณภาพการวิจัยที่เหมาะสมกับการนำมาสังเคราะห์ผล ส่งผลให้มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสะท้อนภาพรวมของประสิทธิภาพโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดำเนินงานมีระยะเวลา 1 – 5 ปี ทำให้ในงานวิจัยขาดการติดตามผลที่ต่อเนื่องในระยะยาว รวมถึงการจัดกิจกรรมที่ขาดความยั่งยืนเป็นโครงการตามนโยบายในช่วงเวลานั้นๆ นอกจากนี้งานวิจัยมีแหล่งที่มาจากประเทศต่างๆ คือ อินเดีย อินโดนีเซีย และโตโก แม้ว่าจะเป็นจุดแข็งของงานวิจัยในแง่ความหลากหลาย แต่ก็อาจส่งผลต่อความยากในการเปรียบเทียบผล เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ระบบสาธารณสุข และปัจจัยทางสังคม นอกจากนี้ความแตกต่างในเครื่องมือวัดอาจจำกัดการเปรียบเทียบผลลัพธ์หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจส่งผลต่อการนำโปรแกรมไปใช้ในประเทศไทยได้ ดังนั้นในการลดการติตราโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมีการใช้กิจกรรมแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การรณรงค์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยเป็นการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ซึ่งช่วยสร้างความไว้วางใจในชุมชนชนบทที่มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง นอกจากนี้ความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับ

โรคเรื้อนอาจเป็นอุปสรรคในการรณรงค์ในชุมชนไทยในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ถูกต้องได้ ซึ่งหากกำจัดข้อจำกัดเหล่านี้ได้จะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อไป

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ทำให้เห็นว่า จากรายงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง โปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องมีการใช้กิจกรรมแบบผสมผสานอย่างน้อย 2 รูปแบบ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การรณรงค์ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการลดการตีตราโรคเรื้อนของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลควรนำรูปแบบกิจกรรมบูรณาการ โดยการให้ความรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมรณรงค์ การให้คำปรึกษารายบุคคลและการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนำมาปรับใช้กับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ในการศึกษารั้งต่อไปควรส่งเสริมงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการลดการตีตราหลังสิ้นสุดโปรแกรม รวมถึงควรพัฒนาเครื่องมือวัด Self-stigma และ Public stigma ที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย และควรศึกษาผลกระทบของโปรแกรมแบบบูรณาการเปรียบเทียบกับโปรแกรมแบบเดี่ยวเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการออกแบบนวัตกรรมทางการพยาบาล

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนและส่งเสริมการบูรณาการโปรแกรมลดการตีตราโรคเรื้อนเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีความชุกของโรคเรื้อนสูง และมีการอบรมบุคลากรสุขภาพในระดับชุมชนให้สามารถจัดกิจกรรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน และหาช่องทางการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำรูปแบบกิจกรรมที่มาใช้อบรม อสม. ให้มีความรู้ด้านการตีตราและสิทธิมนุษยชนเบื้องต้น เพื่อสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายที่ผลิตโดยผู้ที่รักษาหายจากโรคเรื้อนแล้ว เช่น วิดีโอ ใบปลิว เพื่อสร้างความใกล้ชิดและลดความกลัวต่อโรคเรื้อนในชุมชน และควรดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งการพูดคุยกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว ลดตีตราและสนับสนุนผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม ส่งผลให้เกิดคุณค่าในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การอ้างอิง

สุชาญวัชร สมสอน, และชมพูนุท มະนาตย์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดการตีตราโรคเรื้อนในชุมชน. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 107-18.

Somsorn S, and Manart C. A systematic literature review for stigma reduction interventions of leprosy in the community. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 107-18.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. leprosy. Accessed 6 July 2025. from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>.

[2] อีระ รามสุต. ประวัติศาสตร์โรคเรื้อนในประเทศไทย. นนทบุรี, มาสเตอร์คีย์. 2559.

- [3] Heijnders ML. The dynamics of stigma in leprosy. *The International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*. 2004; 72: 437-47.
- [4] อรรถ สีนวล. การติดตามผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [รายงานสืบเนื่องจากการประชุม]. การประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. นนทบุรี. 2553.
- [5] Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. *Leprosy review*. 2005; 76: 119-26.
- [6] สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อน. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2568 จาก https://rajpracha.ddc.moph.go.th:1112/satus_lep.html.
- [7] สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี 2558. นนทบุรี, สถาบันราชประชาสมาสัย. 2559.
- [8] World Health Organization. Eliminate leprosy-related discrimination, prejudice and stigma to end leprosy for good. Geneva, WHO. 2019.
- [9] สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2557.
- [10] ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, ศิรามาศ รอดจันทร์, โกเมศ อนุรัตน์, พงนา ัญญกิตติกุล, และชุตินันท์ พลเดช. การรับรู้การติดตามโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารควบคุมโรค*. 2560; 43(3): 329-41.
- [11] ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, ศิรามาศ รอดจันทร์, พงนา ัญญกิตติกุล, นพพร ศรีคำบ่อ, นรินทร์ กลกลาง, และวราภรณ์ รวดเจริญ. การติดตามและระยะทางสังคมของประชาชนต่อผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*. 2562; 13(2): 66-77.
- [12] Marahatta SB, Amatya R, Adhikari S, Giri D, Lama S, and Kaehler N. Perceived stigma of leprosy among community members and health care providers in Lalitpur district of Nepal: a qualitative study. *PLoS One*. 2018; 13(12): e0209676.
- [13] Ebenso B, Newell J, Emmel N, Adeyemi G, and Ola B. Changing stigmatisation of leprosy: an exploratory, qualitative life course study in Western Nigeria. *BMJ Global Health*. 2019; 4: e001250.
- [14] Fernandes MLG, Souza ARN, Kenedi MDT, Cunha AJLA, Kritski AL, and Gomes MK. Stigma and art therapy with Brazilian leprosy patients. *Leprosy review*. 2022; 93(3): 265-87.
- [15] ทูเรียน สุทธิฤกษ์, สุชาญวัชร สมสอน, กัทลี หารคุณ, และธีรภรณ์ ไกรสาคี. การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนของประชาชนในพื้นที่อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีชุมชน*. 2566; 1(5): 32-44.
- [16] Costa RMGP, Fernandes MA, Santos AMRD, Rocha DDM, GPG, and Avelino FVSD. Social stigma and mental health impairment in people with leprosy: an integrative review. *Leprosy review*. 2022; 93(3): 254-64.
- [17] ศิรามาศ รอดจันทร์, ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ัญญกิตติกุล, นพพร ศรีคำบ่อ, เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ภัสราภรณ์ แก้วไทรนันท์, และคนอื่นๆ. การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารควบคุมโรค*. 2554; 37(3): 186-96.
- [18] ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ัญญกิตติกุล, และชุตินันท์ พลเดช. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลของการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค*. 2561; 44(1): 19-30.

- [19] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์ จำกัด. 2565.
- [20] ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, และพจนนา ธีญญกิตติกุล. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2553–2557) และแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558–2563) พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ, สถาบันราชประชาสมาสัย. 2562.
- [21] The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition/supplement. Adelaide, The Joanna Briggs Institute. 2014.
- [22] Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, and Williamson KM. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American Journal of Nursing*. 2010; 110(1): 51-3.
- [23] Peters RMH, Dadun, Zweekhorst MBM, Bunders JFG, Irwanto, van Brakel WH, and et al. A Cluster-Randomized Controlled Intervention Study to Assess the Effect of a Contact Intervention in Reducing Leprosy-Related Stigma in Indonesia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2015; 9(10): e0004003.
- [24] Lusli M, Peters R, van Brakel W, Zweekhorst M, lancu S, Bunders J, and et al. The Impact of a Rights-Based Counselling Intervention to Reduce Stigma in People Affected by Leprosy in Indonesia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2016; 10(12): e0005088.
- [25] Van't Noordende AT, Bakirtzieff da Silva, Pereira Z, Biswas P, Ilyas M, Krishnan V, and et al. Strengthening individual and family resilience against leprosy-related discrimination: A pilot intervention study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2021; 15(4): e0009329.
- [26] Van't Noordende AT, Lisam S, Singh V, Sadiq A, Agarwal A, Hinders DC, and et al. Changing perception and improving knowledge of leprosy: An intervention study in Uttar Pradesh, India. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2021; 15(8): e0009654.
- [27] Dadun D, Peters RMH, van Brakel WH, Bunders JGF, Irwanto I, and Regeer BJ. Assessing the Impact of the Twin Track Socio-Economic Intervention on Reducing Leprosy-Related Stigma in Cirebon. District, Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(3): 349.
- [28] Jockers D, Bakoubayi A, Bärnighausen K, Bando B, Pechar S, Maina T, and et al. Effectiveness of Sensitization Campaigns in Reducing Leprosy-Related Stigma: Protocol of a Mixed-Methods Cluster Randomized Controlled Trial in Rural Togo. *JMIR Research Protocols*. 2024; 13: e52106.
- [29] มูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2568 จาก <https://www.samasaivolunteer.org>.
- [30] สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2557.
- [31] สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและความต้องการจำเป็นในการฟื้นฟูสภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. นนทบุรี, สถาบันราชประชาสมาสัย. 2554.
- [32] สถาบันราชประชาสมาสัย. แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 – 2570). นนทบุรี, สถาบันราชประชาสมาสัย. 2566.

การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา
จังหวัดกระบี่

The Development of a Negative Thought Management Program for Suicide Risk
Groups in Plai Phraya District, Krabi Province

ณัฐพงษ์ ดุงาม^{1*}

Nuttapong Doongam^{1*}

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ 81160

¹ Medical Doctor, Senior Professional Level, Plai Phraya Hospital, Plai Phraya District, Krabi Province. 81160

* Corresponding Author: ณัฐพงษ์ ดุงาม E-mail: jetreal_f16@hotmail.com

Received : 19 July 2025

Revised : 11 August 2025

Accepted : 14 August 2025

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สาเหตุจากความคิดลบที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความคิดลบในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมจัดการความคิดลบ แบบบันทึกผลการบรรเทาอาการและการรักษาต่อเนื่อง และแบบประเมินสุขภาพจิต 5 ฉบับ ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทุกฉบับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เช่น 2Q (1.56 ลดลงเหลือ 0.31), 9Q (15.03 ลดลงเหลือ 6.14), 8Q (12.44 ลดลงเหลือ 4.12), SPST-20 (56.93 ลดลงเหลือ 36.24) และ ATQ (123.58 ลดลงเหลือ 75.77) พร้อมกับผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ได้แก่ ร้อยละการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.2 และร้อยละการยึดมั่นในการรักษาเพิ่มเป็นร้อยละ 73.3 ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในระดับชุมชนมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดเชิงลบ พร้อมมีศักยภาพสูงต่อการขยายใช้กับกลุ่มเสี่ยง และควรประเมินผลระยะยาวเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยง ความคิดลบ โปรแกรมบำบัด สุขภาพจิต

Abstract

Suicide remains a critical public health concern, particularly among working-age populations. In Plai Phraya District, Krabi Province-an area identified with high suicide rate. This research and development (R&D) study aimed to create and evaluate a negative thought management program for individuals at risk. A total of 45 participants receiving services at the mental health clinic of Plai Phraya Hospital were selected via purposive sampling. Research instruments included a structured negative thought management program, treatment adherence tracking, and five standardized assessment tools: 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). Content validity was verified by three experts (CVI = 0.93 – 1.00), and

reliability confirmed via Cronbach's alpha (0.88). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The research findings revealed that post-intervention, significant reductions were found across all tools (p -value < 0.001): 2Q (1.56 to 0.31), 9Q (15.03 to 6.14), 8Q (12.44 to 4.12), SPST-20 (56.93 to 36.24), and ATQ (123.58 to 75.77). Clinical outcomes also improved markedly: the remission rate rose to 62.2%, and treatment adherence increased to 73.3%. These findings confirm that the community-based cognitive behavioral therapy program is effective in reducing depression, stress, suicidal ideation, and negative thought patterns, with high potential for broader application among at-risk groups, and should be further evaluated for long-term sustainability.

Keywords: Suicide, At-risk groups, Negative thoughts, Negative thought management program, Mental health

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 1 คนในทุก 40 วินาที และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรอายุ 15 - 29 ปี [1] สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน คิดเป็น 7.94 ต่อแสนประชากร หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 31,110 คน หรือเฉลี่ยวันละ 85 คน [2, 3] การวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 31.0 โรคจิตเวช ร้อยละ 27.0 การใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.1 หรือประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 13.7 ส่วนกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีโรคจิตเวช ร้อยละ 36.1 และประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 34.3 [2] นอกจากนี้ ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 47.4 - 80.3 และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 17.9 - 24.0 โดยมีเพียง ร้อยละ 29.4 ของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถสังเกตเห็นสัญญาณเตือนได้ [2]

กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยให้ไม่เกิน 7.8 รายต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อมุ่งลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม ในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2566 โดยในปี พ.ศ. 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 28.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดอย่างชัดเจน ข้อมูลจากระบบ Health KPI ระบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของพื้นที่อยู่ที่ 7.9 รายต่อประชากรแสนคน และข้อมูลเฉพาะอำเภอปลายพระยาพบสูงถึง 23.4 รายต่อประชากรแสนคน สูงกว่าอำเภออื่นในจังหวัดกระบี่ [4-7] ในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลปลายพระยาให้บริการคลินิกสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการรวม 271 ราย โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (ICD-10: F32-F39) จำนวน 119 ราย สถานการณ์ในพื้นที่สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหา เมื่อจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มจาก 11 รายในปี พ.ศ. 2563 เป็น 27 รายในปี พ.ศ. 2566 แม้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.8 เป็นร้อยละ 76.0 แสดงถึงการปรับปรุงด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต แต่ยังคงพบว่ามีผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายตัวเองยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 97.0 โดยในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่เพียงร้อยละ 87.5 [5, 7]

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้สารเสพติด ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และประสบการณ์การถูกละเมิดหรือสูญเสีย [8, 9] กลไกทางความคิดของผู้มีความเสี่ยงมักเกี่ยวข้องกับการมีความคิดเชิงลบ การมองโลกในแง่ร้าย และการรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจพัฒนาไปสู่การพยายามทำร้ายตนเอง [10] การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

(Cognitive behavioral therapy; CBT) เป็นแนวทางบำบัดที่มุ่งเน้นการระบุและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พร้อมส่งเสริมการสร้างรูปแบบความคิดใหม่ที่เป็นบวก [11] การนำ CBT มาประยุกต์ในระดับชุมชน (Community-based CBT) ผ่านทีมสหวิชาชีพ อสม. และครอบครัว สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึง และการยอมรับการบำบัด โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความคิดฆ่าตัวตาย ได้อย่างมีนัยสำคัญ [12, 13] ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ลงไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2568 [5] ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบ ของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในบริบทของชุมชน อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอ ปลายพระยา จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่
- 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานการวิจัย

- 1) หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีผลลัพธ์ในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence)
- 2) หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีผลประเมินตามแบบประเมินสุขภาพจิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ ระดับภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-Item suicidal ideation questionnaire) ระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และระดับความคิดอัตโนมัติ การจัดการความคิดลบ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่” เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งเป็นแนวทางตามหลักฐาน (Evidence-based practice) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ลดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย และเพิ่มการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) โดย CBT มีโครงสร้างที่ชัดเจนและสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับใช้ในชุมชนได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ 1) การประเมินและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วย 3) การสอนทักษะการรับรู้และจัดการกับความคิดลบ 4) การสอนทักษะการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม 5) การทำแบบฝึกหัดหรือ “การบ้าน” เพื่อฝึกใช้ทักษะที่เรียนรู้ระหว่างการบำบัด และ 6) การติดตามผลและประเมินความก้าวหน้าในการรักษา งานวิจัยนี้ จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยในรูปแบบ “การวิจัยและพัฒนา” (Research and development; R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความคิดลบสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Cognitive behavioral therapy (CBT) ที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดลบและพฤติกรรมเสี่ยง ผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอนหลักของ CBT ผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ การบรรเทา

อาการ (Remission) การคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต วัดจากแบบสอบถามมาตรฐาน ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยแบ่งการศึกษาด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้น (Quantitative & qualitative study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล ปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2567 จำนวนทั้งสิ้น 271 คน [7] ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) **กลุ่มตัวอย่าง** สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 100 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran [14] โดยกำหนดค่าอัตราส่วน (Proportion) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) = 0.1 และค่าระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกจากผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล ปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ และยินยอมให้ข้อมูลพร้อมลงนามในแบบยินยอม และเกณฑ์การคัดออก คือผู้ที่ตอยแบบประเมินไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

2) **กลุ่มตัวอย่าง** สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกโดยเจาะจงจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 15 คน แบ่งเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ (แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต) จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5 คน (ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ) และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

บุคคลที่อยู่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอปลายพระยา มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต หรือการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตาย สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ชัดเจน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด มีปัญหาด้านการสื่อสารที่รบกวนการให้ข้อมูล หรือปฏิเสธการบันทึกเสียงหรือภาพระหว่างการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม (Program design workshop)

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมออกแบบและพัฒนาโครงสร้างของโปรแกรมจัดการความคิดลบตามแนวทาง Cognitive behavioral therapy (CBT) พร้อมนำโปรแกรมไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง ขนาดเล็ก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 5 คน และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 5 คน (เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในระยะที่ 1) โดยคัดเลือกแบบสมัครใจเพื่อร่วมเสนอความคิดเห็นและประเมินการทดลองเนื้อหาโปรแกรม CBT ใช้วิธีเก็บข้อมูลด้านความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ต่อกระบวนการ ความปลอดภัย และผลลัพธ์เบื้องต้น ควบคู่กับการให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและสื่อก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล (Pilot testing)

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอบลายพระยาที่รับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลบลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมการทดลองใช้โปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง โดยขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรของ Cochran [14] ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($Z = 1.96$), $p = 0.5$ และ $d = 0.05$ ได้ $n_0 = 384.16$ เมื่อปรับด้วย Finite population correction (ประชากรเป้าหมาย $N = 271$) พบว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 45 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกจากผู้ที่ผ่านมาเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา อายุ ≥ 18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าร่วมกิจกรรมได้ และยินยอมเข้าร่วมครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม 8 สัปดาห์ การเลือกผู้เข้าร่วมพิจารณาความพร้อม ความหลากหลายด้านเพศ อายุ และประสบการณ์ เพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
- 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าร่วมกิจกรรมได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมครบตลอด 8 สัปดาห์ และลงนามในแบบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
- 2) ผู้ที่ขอลอนตัวระหว่างโปรแกรม
- 3) ผู้ที่แบบประเมินไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์เบื้องต้น

ก. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ
- 2) แบบประเมินด้านสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ดังนี้

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต [15] คะแนนรวม 9Q ที่ 0 - 27 คะแนน การแปลผล 0 - 6 เท่ากับ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 18 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ ≥ 19 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.2 แบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-Item suicidal ideation questionnaire) โดยกรมสุขภาพจิตที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Suicidal ideation screening tools [16] ใช้ประเมินความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวม 0 - 24 คะแนน การแปลผล 0 เท่ากับ ไม่มีความเสี่ยง 1 - 8 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มเล็กน้อย 9 - 16 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มรุนแรง

2.3 แบบวัดความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต [17] ใช้วัดระดับความเครียดจากเหตุการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวม 0 - 100 คะแนน การแปลผล 0 - 23 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับน้อย 24 - 41 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับปานกลาง 42 - 61 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับสูง และ ≥ 62 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับรุนแรง

2.4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ) พัฒนาโดย Hollon SD และ Kendall PC [18] ประเมินความถี่ของความคิดลบในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 30 ข้อ ใช้มาตราวัด 5 ระดับ (1 เท่ากับ ไม่เคย ถึง 5 เท่ากับ เกือบทุกครั้ง) คะแนนรวม 30 - 150 การแปลผล 30 - 59 คะแนน เท่ากับ ความคิดลบต่ำ 60 - 119 คะแนน เท่ากับ ความคิดลบปานกลาง และ 120 - 150 คะแนน เท่ากับ ความคิดลบสูง

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ในการรักษา ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) [19]

ข. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ญาติ และบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการออกแบบโปรแกรม ในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) เกี่ยวกับความเข้าใจโรค ความต้องการ อุปสรรคในการดูแล ข้อเสนอแนะต่อระบบบริการ และโปรแกรมที่พัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม

1) เครื่องมือออกแบบโครงสร้างโปรแกรม CBT แบบชุมชน แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน พร้อมแบบฟอร์มกิจกรรม/ใบงาน เช่น ใบงานเป้าหมายชีวิตใหม่ Mind Map "ฉันไม่ไร้ค่า" ตารางบันทึกพฤติกรรม ใบงานฝึกคิดใหม่ ฯลฯ

2) แบบประเมินคุณภาพโปรแกรม CBT แบบชุมชน แบบสอบถามประเมินคุณภาพโปรแกรม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน ด้านที่ประเมิน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้มาตราวัด 4 ระดับ (1 เท่ากับ ไม่เหมาะสม ถึง 4 เท่ากับ เหมาะสมมาก) และคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วย Content validity index (CVI) โดยมีค่าเฉลี่ย CVI เท่ากับ 0.93 ถือว่าอยู่ในระดับดีมาก ตามมาตรฐานของ Lynn [20] และ Polit and Beck [21]

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล

ใช้รูปแบบเดียวกับระยะที่ 1 ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย (Pre-test/Post-test) ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ โดยประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าร่วมครบ 8 สัปดาห์

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ในการรักษา ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยนี้มีผลการตรวจสอบคุณค่าคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่คัดเลือกมาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ [15-19] พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q มีค่า I-CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 – 1.00 คิดเป็น S-CVI/Ave เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องภายในที่อยู่ในระดับดีมาก สำหรับแบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80 – 0.95, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่น 0.85 แสดงถึงความเหมาะสมของข้อคำถามและความสม่ำเสมอภายในที่อยู่ในระดับดี ส่วนแบบวัดความเครียด SPST-20 มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.82 – 0.98, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่น 0.90 ซึ่งถือว่ามีความคุณภาพสูง ทั้งนี้ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (ATQ) มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.85 – 1.00, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่น 0.91 แสดงถึงความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องภายในที่ดีเยี่ยม และแบบบันทึกผลการรักษา (Remission และ Adherence) มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.78 – 0.90, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประเมินผลได้จริงในทางปฏิบัติ

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้น (30 วัน) ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม (14 วัน) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล (8 สัปดาห์) โดยในระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแผนโปรแกรม CBT แบบชุมชน (Community-based CBT program schedule) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ ห้องประชุมคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยจัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้แบบกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม กิจกรรมแต่ละครั้งดำเนินการตาม 6 ขั้นตอนหลักของโปรแกรม ร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้กระบวนการมีความครบถ้วนทั้งด้านวิชาการและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ดังนี้

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ระยะเวลาดำเนินการ	จำนวนครั้ง/ ระยะเวลาต่อครั้ง
1) การประเมินและสร้างความเข้าใจ	- แบบประเมินสุขภาพจิต (2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, ATQ) - แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินปัญหาและบริบท - สร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น	- ระดับความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วม - ความพร้อมเข้าร่วมโปรแกรม	สัปดาห์ที่ 1	1 ครั้ง (60 – 90 นาที/ราย)
2) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน	- เวิร์กช็อป "เป้าหมายชีวิตใหม่" - เขียนจดหมายถึงตัวเองในอนาคต - กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว	ระดับแรงจูงใจต่อการมีชีวิตอยู่	สัปดาห์ที่ 2	1 ครั้ง (90 นาที)
3) การสอนทักษะรับรู้และจัดการความคิดลบ	- เกมฝึกแยกแยะความคิด - Mind map "ฉันไม่รู้ค่า" - ฝึกคิดใหม่ผ่านสถานการณ์สมมติ - การวิเคราะห์และทบทวนความคิดเชิงลบ	ลดความถี่ของความคิดลบ เข้าใจ	สัปดาห์ที่ 3 – 4	2 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที)
4) การสอนทักษะการปรับพฤติกรรม	- Role play การปฏิเสธสิ่งกระตุ้น - ตารางพฤติกรรมรายวัน - ฝึกการสื่อสารในสถานการณ์ตึงเครียด - ทักษะการแก้ปัญหา	- ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ - พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น	สัปดาห์ที่ 5 – 6	2 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที)
5) การบ้านและการติดตามผล	- แจกใบงาน CBT รายสัปดาห์ - แบบฝึกหัดสะท้อนความคิดและอารมณ์ - โทรติดตามและให้คำแนะนำรายบุคคล - พูดคุยในกลุ่มไลน์	- ความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม - การมีส่วนร่วม	สัปดาห์ที่ 3 – 7	ดำเนินการควบคู่กับกิจกรรมหลักในแต่ละสัปดาห์
6) การประเมินผลและสะท้อนผล	- ประเมินสุขภาพจิตซ้ำ (2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, ATQ) - สัมภาษณ์ปิดท้ายและวงสะท้อน "ชีวิตใหม่ของฉัน"	คะแนนประเมินสุขภาพจิตดีขึ้น	สัปดาห์ที่ 8	1 ครั้ง (60 – 90 นาที)

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในทั้ง 3 ระยะของกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ประกอบการพัฒนาโปรแกรม ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรม

ระยะที่ 2 ทำการประเมินคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ใช้มาตรวัด 4 ระดับ (1 = ไม่เหมาะสม ถึง 4 = เหมาะสมมาก)

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBT แบบชุมชน ใช้การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านสุขภาพจิต ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดอัตโนมิติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยก่อนการทดสอบได้ตรวจสอบสมมติฐานการใช้สถิติเปรียบเทียบ เช่น การกระจายตัวของข้อมูล (Normality) และความเป็นอิสระของค่าคะแนน เพื่อให้การเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบมีความถูกต้องและเหมาะสม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาเบื้องต้น

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา โดยรับบริการในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลปลายพระยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุเฉลี่ย 34.7 ± 9.5 ปี ด้านสถานภาพสมรสพบว่า โสดร้อยละ 48.0 สมรส ร้อยละ 37.0 และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 15.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 22.0 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 20.0 สำหรับสถานภาพการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ กลุ่มที่ทำงานรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.0 ที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นกลุ่มเป้าหมายตรงในการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพจิต

ผลการประเมินระดับสุขภาพจิตและตัวชี้วัดสำคัญ พบว่า ระดับความคิดลบ (ATQ) อยู่ในเกณฑ์สูง (ค่าเฉลี่ย 85.2 ± 10.1) ภาวะซึมเศร้า 2Q เฉลี่ย 1.02 ± 0.77 และ 9Q เฉลี่ย 17.4 ± 5.2 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) เฉลี่ย 6.9 ± 2.3 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และระดับความเครียด (SPST-20) เฉลี่ย 24.8 ± 5.9 อยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกัน ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) มีเพียงร้อยละ 40.0 และผู้ที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) อยู่ที่ร้อยละ 50.0 ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับสุขภาพจิตและตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ รุนแรง / ความรู้	เกณฑ์เทียบเคียง
ความคิดลบ (ATQ)	85.2	10.1	สูง	≥ 80 = สูง 60 – 79 = ปานกลาง < 60 = ต่ำ

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ รุนแรง / ความรู้	เกณฑ์เทียบเคียง
ภาวะซึมเศร้า 2Q	1.02	0.77	ส่วนใหญ่มีความ เสี่ยง	≥ 1 = เสี่ยง < 1 = ปกติ
ภาวะซึมเศร้า 9Q	17.4	5.2	ปานกลางถึง รุนแรง	$0 - 6$ = ปกติ $7 - 12$ = เล็กน้อย $13 - 18$ = ปานกลาง > 18 = รุนแรง
ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q)	6.9	2.3	ปานกลางถึงสูง	$0 - 3$ = ต่ำ $4 - 6$ = ปานกลาง $7 - 10$ = สูง
ความเครียด (SPST-20)	24.8	5.9	สูง	$0 - 11$ = ต่ำ $12 - 20$ = ปานกลาง ≥ 21 = สูง
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ บรรเทาอาการ (Remission)	40.0 %		ไม่ผ่าน	เป้าหมาย ร้อยละ $50.0 - 60.0$ [5]
ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังคงยึดมั่นใน แนวทางการรักษา (Adherence)	50.0 %		ไม่ผ่าน	เป้าหมาย ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป [5]

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มญาติ (5 คน) กลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย (5 คน) และบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ (5 คน) รวมทั้งสิ้น 15 คน พบประเด็นร่วมที่สำคัญว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและสัญญาณเตือนยังอยู่ในระดับต่ำ การดูแลผู้ป่วยมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการสื่อสาร โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤต ผู้ป่วยต้องการพื้นที่ปลอดภัยเพื่อระบายความคิดลบและการสนับสนุนจากเพื่อนหรือกลุ่มช่วยเหลือ ขณะที่บุคลากรสุขภาพมีภาระงานสูง ขาดการอบรมด้านจิตวิทยาและเครื่องมือเฉพาะทาง ทุกกลุ่มมีความเห็นสอดคล้องกันว่าควรมีโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจแบบกลุ่มในชุมชนที่เข้าใจง่าย ใช้งานได้จริง และมีระบบติดตามต่อเนื่อง ในภาพรวมประเด็นเชิงคุณภาพเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และการสนับสนุนในระบบบริการ รวมทั้งความต้องการเร่งด่วนในการสร้างโปรแกรมที่ตอบโจทย์ปัญหาเชิงลึกและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน สรุปได้ว่าข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นถึงความท้าทายทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจให้ตรงกับความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมาย

เมื่อผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูงร่วมกับข้อจำกัดเชิงระบบและทรัพยากรในชุมชน ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความจำเป็นของการพัฒนา “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” ที่ครอบคลุมทั้งด้านการปรับความคิดเชิงลบ การเสริมสร้างทักษะจัดการตนเอง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การดำเนินงานในระยะนี้อยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีความรุนแรงหลายด้าน ทั้งความคิดด้านลบ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และแนวโน้มการคิดฆ่าตัวตาย โดยมีเพียงร้อยละ 40.0 ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) และร้อยละ 50.0 ที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) ขณะเดียวกัน ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติ กลุ่มผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ พบข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ

และเครื่องมือในการดูแล รวมถึงความต้องการพื้นที่ปลอดภัยเพื่อการระบายความคิดลบและการสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบโจทยปัญหาดังกล่าวได้มีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการออกแบบโปรแกรม (Program design workshop) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รวมทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อออกแบบโครงสร้าง “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” ตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทั้งด้านภาษา เนื้อหา และวิธีการถ่ายทอด

หลังออกแบบโปรแกรม ได้มีการนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5 คน และญาติหรือผู้ดูแล 5 คน (กลุ่มเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1) โดยคัดเลือกแบบสมัครใจเพื่อร่วมเสนอความคิดเห็นและประเมินการทดลองเนื้อหาโปรแกรม CBT ทั้งในด้านความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ต่อกระบวนการ ความปลอดภัย และผลลัพธ์เบื้องต้น พร้อมให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพเพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาและสื่อก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3 โดยโครงสร้างโปรแกรมการจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT) ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประกอบด้วยกระบวนการต่อเนื่อง 6 ขั้นตอน เริ่มจากการประเมินและทำความเข้าใจผู้ป่วยรายบุคคลอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการเฉพาะของแต่ละคน จากนั้นจึงกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและสามารถติดตามผลได้อย่างชัดเจน ก่อนเข้าสู่การฝึกทักษะการคิดเชิงบวกเพื่อปรับมุมมองและลดความคิดด้านลบควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นรูปแบบที่สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำทักษะที่ฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวัน และสิ้นสุดด้วยการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความก้าวหน้าและป้องกันการกลับมามีปัญหาซ้ำ ในแต่ละขั้นตอนมีเครื่องมือประกอบที่ช่วยให้การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ใบงานเป้าหมายชีวิตใหม่ Mind map “ฉันไม่ไร้ค่า” ตารางบันทึกพฤติกรรม ใบงานฝึกคิดใหม่ รวมถึงสื่อเสริมอย่างเกมกิจกรรมกลุ่ม และแบบประเมินผลที่ออกแบบให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับชุมชน

คุณภาพของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน การประเมินครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) พบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.93 จัดอยู่ในระดับดีมากตามเกณฑ์ของ Lynn [20] และ Polit and Beck [21] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความน่าเชื่อถือ เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่จริง การพัฒนาในระยะนี้จึงเป็นมากกว่าการออกแบบเชิงโครงสร้าง แต่ยังเป็นการทดสอบความเหมาะสมในเชิงปฏิบัติ และการปรับปรุงเนื้อหาให้ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชนได้อย่างแท้จริง เพื่อปูทางสู่การนำไปทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม

การดำเนินการในระยะที่ 3 ของการวิจัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของ “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา เป็นดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการทดลองโปรแกรมฯ จำนวน 45 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 และอยู่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.9 รองลงมาคืออายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7 และ 31 - 40 ปี ร้อยละ 22.2 ผู้เข้าร่วมการทดลองโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานถึงวัยกลางคน มีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาทางจิตใจในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 42.2 แสดงถึงศักยภาพในการเรียนรู้และรับโปรแกรมได้ดี อาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.4

พนักงานบริษัท ร้อยละ 22.2 และว่างงาน ร้อยละ 20.0 ซึ่งกลุ่มหลังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

3.2 เปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย โดยประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าร่วมครบ 8 สัปดาห์ พบว่า โปรแกรมจัดการความคิดลบมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจิตทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรม และค่า p -value < 0.001 ในทุกตัวแปร แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบเปรียบเทียบ (n = 45)

ผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย	ก่อนทดลอง $\bar{X} (\pm S.D.)$	หลังทดลอง $\bar{X} (\pm S.D.)$	t	p-value
ความคิดลบ (ATQ)	1.56 $\pm$ 0.49	0.31 $\pm$ 0.45	21.73	< 0.001
ภาวะซึมเศร้า 2Q	15.03 $\pm$ 1.45	6.14 $\pm$ 1.38	37.15	< 0.001
ภาวะซึมเศร้า 9Q	12.44 $\pm$ 1.39	4.12 $\pm$ 1.23	45.12	< 0.001
ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q)	56.93 $\pm$ 1.86	36.24 $\pm$ 1.63	60.94	< 0.001
ความเครียด (SPST-20)	123.58 $\pm$ 3.80	75.77 $\pm$ 2.89	63.41	< 0.001

p -value < 0.001

3.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการ หลังการเข้าร่วม “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 62.2 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50.0 – 60.0 และร้อยละการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 73.3 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการกระตุ้นและเสริมแรงการฟื้นฟูทั้งทางอารมณ์และพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตัวชี้วัด	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)	เกณฑ์เทียบเคียง
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission)	40.0	62.2	เป้าหมาย ร้อยละ 50.0 – 60.0
ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence)	50.0	73.3	เป้าหมาย ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป

อภิปราย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) สถานการณ์ ปัญหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

ผลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอาการสูงทั้งด้านความคิดลบ (ATQ เฉลี่ย 85.2) ภาวะซึมเศร้า (2Q เฉลี่ย ≥ 1 ; 9Q เฉลี่ย 17.4 = ปานกลาง-รุนแรง) ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q เฉลี่ย 6.9 = ปานกลาง-สูง) และความเครียด (SPST-20 เฉลี่ย 24.8 = สูง) สอดคล้องโดยตรงกับกรอบทฤษฎี CBT ที่อธิบายความเชื่อแกนกลางเชิงลบและ “ความคิดอัตโนมัติ” เป็นตัวขับเคลื่อนอารมณ์/พฤติกรรมผิดปกติ [18, 22] ระดับ ATQ

ที่สูงซึ่งว่ารูป “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” กำลังทำงานอย่างเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยง และเป็นจุดเป้าหมายหลักของการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive restructuring) ตาม CBT [18, 23] นอกจากนี้ ภาวะความเครียดที่สูง (SPST-20) สอดรับกับงานล่าสุดที่พบว่า CBT แบบกลุ่มลดความเครียด/ความสิ้นหวังในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าได้ [24] และคู่มือ SPST-20 ระบุความไวของเครื่องมือต่อการเปลี่ยนแปลงหลังการแทรกแซง [25] สนับสนุนศักยภาพของโปรแกรมในระยะถัดไป ด้าน “การดูแลต่อเนื่อง” พบอัตราเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) เพียงร้อยละ 40.0 และการยึดมั่นการรักษา (Adherence) ร้อยละ 50.0 ต่ำกว่าเป้าหมาย สอดคล้องกับหลักฐานว่าการเสริมองค์ประกอบจัดการความเสี่ยงเฉียบพลันและแผนความปลอดภัย (Safety planning) ควบคู่ติดตามเชิงรุก ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและลดพฤติกรรมทำร้ายตน [26] ความรู้/ทักษะของญาติและบุคลากรยังจำกัดภาระงานสูง ขาดสื่อ/เครื่องมือเฉพาะ และผู้ป่วยต้องการ “พื้นที่ปลอดภัย” และเพื่อนช่วยคิดซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด CBT แบบชุมชนที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม สนับสนุนทางสังคม และการบ้านระหว่างสัปดาห์ [22, 23] สอดคล้องกับงานวิจัย เช่น การทดลองแบบสุ่มในชุมชนชนบทจีนรายงานว่า CBT แบบกลุ่มลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ [27] ขณะที่หลักฐานในประเทศไทยแสดงผลลดซึมเศร้าในวัยทำงานด้วย CBT ระดับชุมชน [28] งานกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าอื่นๆ ซึ่งการลดความเครียด/ความสิ้นหวังหลังรับ CBT [24] และโปรแกรมปรับโครงสร้างความคิดร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยลด ATQ ได้ชัดเจน [29] ชุดหลักฐานนี้ “สอดคล้อง” กับภาพปัญหาที่ตรวจพบของเรา และ “ชี้แนะ” องค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมที่ออกแบบในระยะที่ 2 ได้แก่ โมดูลปรับโครงสร้างความคิด (ตอบโจทย์ ATQ สูง) โมดูลจัดการความเครียด (ตอบโจทย์ SPST-20 สูง) การทำงานแบบกลุ่ม/เพื่อนช่วยคิด (ตอบโจทย์ความต้องการพื้นที่ปลอดภัย) และกลไกติดตาม แผนความปลอดภัย (ตอบโจทย์ช่องว่าง Remission/Adherence ต่ำ) [24, 25, 29, 30, 31]

สรุปภาพรวมระยะที่ 1 สนับสนุน “ความจำเป็น” ของโปรแกรม CBT แบบชุมชนในบริบทปลายพระยาอย่างชัดเจน ทั้งจากตัวชี้วัดอาการที่สูงและข้อจำกัดเชิงระบบ/ทรัพยากร การเชื่อมโยงกับทฤษฎี CBT และหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุด ระบุเป้าหมายการแทรกแซงที่ชัดเจนและเป็นฐานตรงสู่การออกแบบโปรแกรม 6 ขั้นตอนในระยะที่ 2 เพื่อมุ่งยกระดับอาการ เพิ่มการยึดมั่นการรักษา และลดความเสี่ยงการทำร้ายตนในชุมชน [24, 25, 29, 30, 31]

2) พัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะที่ 2 มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยอ้างอิงหลักการสำคัญของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ของ Beck [22] ที่มุ่งเน้นการระบุและปรับโครงสร้างความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic negative thoughts) ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การกำหนดขั้นตอนในโปรแกรมทั้ง 6 ขั้น เช่น การประเมินรายบุคคล การตั้งเป้าหมาย การฝึกคิดเชิงบวก และการติดตามผล สอดคล้องกับหลักการปรับความคิด (Cognitive restructuring) และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem-solving skills) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัย CBT ทั่วโลก [22]

ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้ค่า CVI เฉลี่ย 0.93 ตามเกณฑ์ของ Lynn และ Polit and Beck [20, 21] แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Panya [12] และ Hatcher and et al. [13] ที่ชี้ว่าการปรับเนื้อหาและรูปแบบ CBT ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนจะเพิ่มความยอมรับและประสิทธิผลในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การออกแบบให้มีกิจกรรมกลุ่มและสื่อเสริม เช่น Mind map และเกมฝึกทักษะ สอดคล้องกับแนวคิดของ Franklin and et al. [8] และ Turecki and et al. [9] ที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการลดความรู้สึกลิ้นหัวใจและโดดเดี่ยว

การที่โปรแกรมพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากระยะที่ 1 ทำให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาได้ตรงจุด ทั้งในด้านการลดความคิดด้านลบ ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เช่น Xu and et al. [27] และ Thongsai and Suksatit [28] ที่ยืนยันว่า

การใช้ CBT ในชุมชนสามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแลในกระบวนการออกแบบโปรแกรมยังสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของ WHO [30] และกรมสุขภาพจิต [29] ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมในระยะนี้จึงไม่เพียงเป็นการสร้างเครื่องมือบำบัดเชิงจิตวิทยา แต่ยังเป็น การผสานทฤษฎี CBT เข้ากับข้อมูลเชิงประจักษ์และบริบทท้องถิ่น เพื่อให้เกิดโมเดลการจัดการความคิดลบ ที่มีความเหมาะสม ครอบคลุม และพร้อมสำหรับการนำไปทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไปได้อย่างมีระบบ และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาการสากล

3) ทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.1 หลังการทดลองใช้ “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน มีผลลัพธ์ด้านการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 62.2 และการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) ที่เพิ่มจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 73.3 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ที่เชื่อว่า ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบโดยใช้กิจกรรมบำบัดอย่างมีแบบแผนจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียด และลดแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อโปรแกรม CBT ถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การใช้กลุ่มย่อยและการมีปฏิสัมพันธ์ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่างยั่งยืน

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต [29] ระบุว่า ปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาเศรษฐกิจ และความไม่รู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน โดยญาติสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้เพียงร้อยละ 29.4 เท่านั้น ขณะที่องค์การอนามัยโลก [30] ได้กำหนดให้การเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการและการยึดมั่นในแนวทางการรักษา เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางหลักในการลดอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลก นอกจากนี้ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Xu and et al. [27] ที่พบว่า CBT แบบกลุ่มในชุมชนสามารถลดความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่ม Adherence ได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Thongsai and Suksatit [28] ที่ศึกษาพบว่า การปรับเนื้อหา CBT ให้เรียบง่ายและมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน มีผลต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา โดยสรุปโปรแกรม CBT แบบชุมชนที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไม่เพียงสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ยังตอบสนองต่อปัญหาเชิงบริบทของประเทศไทยได้อย่างตรงจุด และมีศักยภาพในการขยายผลเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

3.2 หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผลการประเมินด้านสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายทั้ง 5 ตัวแปรหลัก ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดเชิงลบอัตโนมัติในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งเชื่อมโยงระหว่าง “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” โดย CBT มุ่งเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติที่ผิดเพี้ยน (Distorted negative thoughts) เพื่อลดอารมณ์ด้านลบ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ดังที่ Hollon and Kendall [18] และ Williams and Rogers [31] ได้เสนอไว้ การแทรกแซงโดย CBT โดยเฉพาะในรูปแบบกลุ่มที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

3.2.1 ระดับภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยแบบสอบถาม 2Q ลดลงจากค่าเฉลี่ย 1.56 เป็น 0.31 แบบสอบถาม 9Q ลดลงจากค่าเฉลี่ย 15.03 เป็น 6.14 (p -value < 0.001) สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติในเชิงลบที่เกิดซ้ำๆ การปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านี้ผ่านการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ที่เป็นกลางหรือเชิงบวกมากขึ้น ทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลดความเศร้าได้ของ Hollon and Kendall และ Beck [18, 22] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xu and et al. [27] รายงานว่า CBT แบบกลุ่มสามารถลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษาของ Thongsai and Suksatit [28] พบว่า การปรับโปรแกรม CBT ให้เข้ากับบริบทชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้นและมีความร่วมมือสูงขึ้น

3.2.2 ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-item suicidal ideation questionnaire) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 12.44 เป็น 4.12 หลังจบโปรแกรม (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBT ที่นำไปใช้สามารถลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ ความสอดคล้องกับทฤษฎี CBT เชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบกับการเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ซึ่งเป็นรากฐานของความคิดฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการตั้งคำถามกับความคิดเหล่านี้ (Cognitive restructuring) และการใช้กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจช่วยลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้ของ Beck และ Williams and Rogers [22, 31] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ WHO [30] ระบุว่า CBT เป็นหนึ่งในแนวทางที่มีหลักฐานชัดเจนในการลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ขณะทำงานของ Stanley and et al. [23] ยืนยันว่า CBT ที่เน้นการจัดการความคิดฆ่าตัวตายช่วยลดความเสี่ยงได้ในระยะสั้นและระยะยาว

3.2.3 ระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) พบว่า คะแนนความเครียดตามแบบสอบถาม SPST-20 ลดลงจาก 56.93 เป็น 36.24 หลังเข้าโปรแกรม (p -value < 0.001) แสดงว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยลดระดับความเครียดของกลุ่มเสี่ยงได้ดีความ สอดคล้องกับทฤษฎี CBT มองว่าความเครียดเกิดจากการตีความสถานการณ์ที่เกินความสามารถของตน โปรแกรมช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีประเมินสถานการณ์ใหม่ ลดความรู้สึกกดดันและไม่สามารถควบคุมได้ โดยการฝึกทักษะการคิด การจัดลำดับปัญหา และการผ่อนคลาย (Stress management techniques) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yazici and et al. [26] พบว่า CBT สามารถลดความเครียดในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ [25] ระบุว่า SPST-20 เป็นเครื่องมือที่วัดต่อการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตแบบ CBT

3.2.4 ระดับความคิดอัตโนมัติการจัดการความคิดลบ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ) พบว่า ค่าคะแนนจากแบบสอบถาม ATQ ลดลงจาก 123.58 เป็น 75.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดความคิดในเชิงลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวได้ สอดคล้องกับทฤษฎี CBT โดย ATQ เป็นเครื่องมือวัดความถี่ของความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม เช่น ความรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่รักหรือมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเป็นรากฐานของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การฝึกใช้เทคนิคการตั้งคำถามกับความคิด (Cognitive restructuring) เป็นหัวใจของ CBT ที่ช่วยลด ATQ ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hollon and Kendall [18] รายงานว่าโปรแกรม CBT ที่เน้นการลด ATQ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาของ Chansri and Rattanapong [24] พบว่าโปรแกรมปรับความคิดร่วมกับกิจกรรมกลุ่มในชุมชนสามารถลดคะแนน ATQ ได้มากกว่าร้อยละ 30.0 หลังจบโปรแกรม

สรุป

ผลการวิจัยพบว่า “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตแก่กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะด้านการบรรเทาอาการและการยึดมั่นในแนวทางการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ นอกจากนี้ คะแนนด้านภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย

ความเครียด และความคิดลบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเด่นชัด ผลลัพธ์สอดคล้องกับแนวคิด CBT ที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และตรงกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศว่า CBT แบบชุมชนมีศักยภาพสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง โปรแกรมนี้จึงตอบโจทย์ทั้งการป้องกัน พื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CBT แบบชุมชนในระยะยาวและในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบความคงที่ของผลลัพธ์ในบริบทที่ต่างกัน รวมทั้งพัฒนาเนื้อหาให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ และวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลและคลินิกสุขภาพจิตควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิต โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ควรอบรมบุคลากรให้มีทักษะด้าน CBT เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมให้มีแนวทางการใช้ CBT แบบชุมชนในระดับชาติ พร้อมสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายผลสู่ระบบบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิทั่วประเทศอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอลำพะระยา จังหวัดกระบี่ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำอันมีคุณค่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสำคัญในการทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกระบี่ เลขที่รับรอง KBO-IRB 2024/25.2510 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน อาทิ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การอ้างอิง

ณัฐพงษ์ ดวงม. การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอลำพะระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 119-36.

Doongam N. The development of a negative thought management program for suicide risk groups in Plai Phraya District, Krabi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 119-36.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva. WHO. 2021.

- [2] กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2566.
- [3] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). รายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
- [4] กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2567.
- [5] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2566.
- [6] สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสุขภาพระดับจังหวัด กระบี่ ปี 2562–2566. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
- [7] โรงพยาบาลปลายพระยา. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2563–2566. กระบี่, โรงพยาบาลปลายพระยา. 2567.
- [8] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, and et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143(2): 187-232.
- [9] Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, and et al. Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*. 2019; 5(1): 74.
- [10] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press. 1976.
- [11] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, and Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36(5): 427-40.
- [12] Panya N. Application of cognitive behavioral therapy in community suicide prevention. *Community Mental Health Journal*. 2020; 56(5): 933-41.
- [13] Hatcher S, Sharon C, Collins N, Brady S, Wong C, Kennedy M, and et al. Community-based CBT for depressed adults: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2019; 53(3): 232-43.
- [14] Cochran WG. *Sampling techniques*. 3rd ed. New York, John Wiley and Sons. 1977.
- [15] กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2561.
- [16] กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (Suicidal Ideation Questionnaire). นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2562.
- [17] กรมสุขภาพจิต. คู่มือการใช้แบบวัดความเครียด SPST-20. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2563.
- [18] Hollon SD, and Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4(4): 383-95.
- [19] World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0*. Geneva, WHO. 2016.
- [20] Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35(6): 382-5.

- [21] Polit DF, and Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006; 29(5): 489-97.
- [22] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, and Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press. 1979.
- [23] Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, and et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(10): 1020-8.
- [24] Chansri P, and Rattanapong K. Effects of a cognitive restructuring program with group activities on automatic negative thoughts among depressed patients in rural areas. *Thai Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2023; 46(2): 95-107.
- [25] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือการใช้แบบวัดความเครียด SPST-20. กรุงเทพฯ, สสส. 2563.
- [26] Yazici E, Karaman MA, and Dalkilic A. The impact of group cognitive behavioral therapy on stress and hopelessness levels in individuals at risk of depression. *Current Psychology*. 2021; 40(5): 2498-506.
- [27] Xu Y, Zhang Y, Wang L, Xu Z, Li Y, and Yang Y. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for major depression in rural community settings: a randomized controlled trial in China. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 137.
- [28] Thongsai S, and Suksatit B. The effects of community-based cognitive behavioral therapy on depression among working-age adults in Thailand. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 38(1): 15-24.
- [29] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2566: การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2566.
- [30] World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva, WHO. 2021.
- [31] Williams JMG, and Rogers S. Cognitive therapy and suicidal behavior. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. United Kingdom, John Wiley & Sons. 2001. p.661-74.

ผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร
Impact of Pharmaceutical Care on the Prevention of Tenofovir Disoproxil Fumarate Induced Nephrotoxicity in HIV-Infected Patients at Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province

กึ่งนาง สังขวรรณ^{1*}
Kungnang Sangkhawan^{1*}

¹ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร 47210

¹ Kusuman Hospital, Kusuman District, Sakon Nakhon Province. 47210

* Corresponding Author: กึ่งนาง สังขวรรณ E-mail: kungnangrxubu@gmail.com

Received : 24 June 2025

Revised : 6 August 2025

Accepted : 8 August 2025

บทคัดย่อ

ยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) เป็นยาต้านไวรัสชนิด Nucleotide reverse transcriptase inhibitor ที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเป็นพิษ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการใช้ยา การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมในการลดอุบัติการณ์ภาวะไตเป็นพิษดังกล่าว โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม ศึกษาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ณ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยเปรียบเทียบข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม (กลุ่มละ 40 คน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้บริการทางเภสัชกรรม พบอุบัติการณ์ภาวะไตเป็นพิษลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 22.5% เหลือ 5.0% (p -value < 0.05) ตรวจพบ DRPs 10 รายการ แก้ไขได้ 9 รายการ (90.0%) DRPs ที่พบบ่อยที่สุด คือ การใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับการทำงานของไต ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64 \pm 0.49$) สรุปการให้บริการทางเภสัชกรรมแบบเป็นระบบสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยตรวจและแก้ไข DRPs รวมทั้งได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF

คำสำคัญ: การบริการทางเภสัชกรรม ทีโนโฟเวียร์ ปัญหาจากการใช้ยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะไตเป็นพิษ

Abstract

Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) is a nucleotide reverse transcriptase inhibitor widely used as an antiretroviral agent in the treatment of HIV-infected patients. However, its clinical use is limited by the risk of nephrotoxicity. This study aimed to evaluate the effect of pharmaceutical care on reducing the incidence of TDF-induced nephrotoxicity, comparing the incidence of nephrotoxicity before and after pharmaceutical care intervention, identifying drug-related problems (DRPs), and assessing the satisfaction of the multidisciplinary healthcare team. This quasi-experimental study was conducted among HIV-infected patients receiving TDF at

Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province, between October 2024 and March 2025. A total of 80 patients were included and divided into two groups: a pre-intervention group (n = 40) and a post-intervention group (n = 40). Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test. The results showed a statistically significant reduction in the incidence of nephrotoxicity following the pharmaceutical care intervention, decreasing from 22.5% to 5.0% (p-value < 0.05). A total of 10 DRPs were identified, of which 9 (90.0%) were successfully resolved. The most common DRP was inappropriate doses based on renal function. The multidisciplinary healthcare team reported a high level of satisfaction with the pharmaceutical care services, with a mean score of 4.64 ± 0.49 . In conclusion, structured pharmaceutical care significantly reduced the incidence of TDF-induced nephrotoxicity, effectively identified and resolved DRPs, and was well-received by the multidisciplinary healthcare team. These findings support the development of standardized pharmaceutical care protocols to enhance patient safety for HIV-infected patients receiving TDF.

Keywords: Pharmaceutical care, Tenofovir, Drug-related problems, HIV patients, Nephrotoxicity

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus; HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและในประเทศไทย แม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral drugs; ARV) จะมีความก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุยืนยาวขึ้น ยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) เป็นหนึ่งในยาที่มีประสิทธิภาพสูงและได้รับการบรรจุในสูตรยาหลักของประเทศไทย [1] อย่างไรก็ตาม การใช้ยา TDF มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเป็นพิษ ซึ่งพบได้บ่อยและรุนแรงกว่ายาต้านไวรัสในสูตรยาหลักตัวอื่น โดยกลไกการเกิดพิษต่อไตของยา TDF เกี่ยวข้องกับการทำลายเซลล์ท่อไตส่วนต้นโดยตรง (Tubulopathy) ซึ่งนำไปสู่ภาวะไตวายเฉียบพลันหรือเรื้อรังได้ [2] นอกจากนี้ปัญหาด้านไตแล้ว ยา TDF ยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นมวลกระดูก (Bone mineral density) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ภาวะไตเป็นพิษถือเป็นผลข้างเคียงที่สำคัญกว่าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้ [3, 4] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ร้อยละ 3.8 ถึง 28.6 [5, 6, 7] และความชุกของภาวะไตเป็นพิษอาจสูงถึงร้อยละ 37.3 [8] ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการทำงานของไตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น น้ำหนักตัวน้อย โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการใช้ยาอื่นที่มีผลต่อไตร่วมด้วย [3, 4] การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) จึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากการใช้ยา โดยการศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและการใช้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะไตเป็นพิษได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงช่วยลดต้นทุนการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมหาศาล เช่น ค่ารักษาภาวะไตวาย และค่าฟอกไต เป็นต้น [9, 10, 11]

สำหรับโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ยา TDF จำนวน 132 ราย (ร้อยละ 95.7) และพบภาวะไตเป็นพิษ 17 ราย (ร้อยละ 12.9) ในจำนวนนี้มี 2 ราย (ร้อยละ 1.5) ที่มีภาวะไตเป็นพิษที่รุนแรง ซึ่งจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่ายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการติดตามและปรับขนาดยา อีกทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังขาดมาตรฐานและขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคน

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงจากยา ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว และเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากการใช้ยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

1.1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

1.2 ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ที่ตรวจพบและผลการแก้ไข ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเภสัชกร เพื่อค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

การทำงานของไต (Renal function) หมายถึง ความสามารถของไตในการกรองของเสียรวมถึงการรักษาสมดุลของเกลือแร่และน้ำในร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่า Creatinine clearance (CrCl) โดยคำนวณจากสูตรของ Cockcroft & Gault ดังนี้

$$\frac{(140 - \text{Age}) \times \text{BW}}{72 \times \text{Serum creatinine}} \quad (\times 0.85 \text{ in Female})$$

ภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF หมายถึง ผลกระทบหรือความผิดปกติของการทำงานของไตที่อาจเกิดจากการใช้ยา TDF โดยมีค่า CrCl ลดลงจากค่าเริ่มต้นมากกว่าร้อยละ 25.0 ร่วมกับมีอาการ Fanconi's syndrome โดยมีภาวะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ภาวะ ได้แก่ การมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) หรือมีน้ำตาลในปัสสาวะในสภาวะที่น้ำตาลในเลือดปกติ (Normoglycemic glucosuria) หรือมีระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำ (Hypophosphatemia) ที่เกิดจากการสูญเสียทางปัสสาวะ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ภาวะไตเป็นพิษที่รุนแรง หมายถึง ผลกระทบหรือความผิดปกติของการทำงานของไตที่อาจเกิดจากการใช้ยา TDF โดยมีค่า CrCl ลดลงจากค่าเริ่มต้นมากกว่าร้อยละ 25.0 และมีค่า CrCl น้อยกว่า 30 mL/min

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งหมด 138 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและไม่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดออก โดยมีกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจ (Power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 40 คน และกลุ่มหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 40 คน

2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

2.1 ขั้นตอนที่ 1 (Screening) ผู้วิจัยทำการคัดกรองประชากรทั้งหมด 138 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด คงเหลือผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Eligible population) จำนวน 114 คน

2.2 ขั้นตอนที่ 2 (Sampling and Allocation) ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อจัดสรรเข้าเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิม (ข้อมูลย้อนหลังก่อนเริ่มงานวิจัย)

- กลุ่มหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 40 คน ซึ่งจะได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ICD10 รหัส B20–B22)
- 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสที่มี TDF เป็นส่วนประกอบ
- 4) มีผลการตรวจค่าการทำงานของไต (Creatinine clearance; CrCl) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย
- 5) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีค่าการทำงานของไต (CrCl) น้อยกว่า 50 mL/min
- 2) แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการ Fanconi's syndrome โดยมีภาวะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ภาวะ ได้แก่
 - 2.1 มีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) หรือ
 - 2.2 มีน้ำตาลในปัสสาวะแต่น้ำตาลในเลือดปกติ (Normoglycemic glucosuria) หรือ
 - 2.3 มีระดับฟอสเฟตในเลือดต่ำ (Hypophosphatemia) ที่เกิดจากการสูญเสียทางปัสสาวะ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ และอายุ) และข้อมูลด้านสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวอื่นที่มีผลต่อไต ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส สูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้ระยะเวลาที่ใช้อย่างน้อย 1 ปี มี TDF เป็นส่วนประกอบ ยาอื่นที่ใช้ร่วมที่มีผลต่อไต ค่า CrCl เริ่มต้น และระดับ CD4 เริ่มต้น)

2) แบบบันทึกข้อมูลการเกิดภาวะไตเป็นพิษ ซึ่งประกอบด้วย ค่าการทำงานของไตก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

3) แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาจากการใช้ยาที่ตรวจพบ (สั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ และสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต) และผลการแก้ไข (หยุดการสั่งใช้ยา TDF และปรับขนาดยา TDF ให้เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต)

4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นแบบประเมินที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย

- ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ 1.00

- ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดสอบกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลอื่นที่รับผิดชอบคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.816

- เกณฑ์การประเมินระดับความพึงพอใจ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert โดยกำหนดคะแนนความพึงพอใจ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับต่ำ

4. การรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยรวบรวมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (HOSxP) และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น

2) ข้อมูลการเกิดภาวะไตเป็นพิษ ผู้วิจัยรวบรวมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (HOSxP) และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น

3) ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาที่ตรวจพบและผลการแก้ไข ผู้วิจัยรวบรวมจากแบบบันทึกการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านระบบ Google form และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น

4) ข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ผู้วิจัยให้ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ รวม 5 คน ทำแบบประเมินหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมครบ 6 เดือน

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน: ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (HOSxP) เพื่อหาอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษในผู้ป่วยที่ใช้ยา TDF ในโรงพยาบาล ก่อนเริ่มการวิจัย (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

2) ทบทวนวรรณกรรม: ศึกษาค้นคว้าความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3) ประชุมทีมและทบทวนแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้:

- จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์) เพื่อนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์และผลการทบทวนวรรณกรรม

- ทีมร่วมกันทบทวนแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ของโรงพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น จากการประยุกต์ใช้แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 [1] ซึ่งประกอบด้วย:

- ◆ แนวทางการเริ่มใช้หรือหยุดยา TDF
- ◆ แนวทางการปรับขนาดยา TDF ในผู้ป่วยไตบกพร่อง
- ◆ แนวทางการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ (ค่าไต โปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ ระดับฟอสเฟต)

4) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย:

- QR Code: จัดทำ QR Code ติดบนซองยา เพื่อให้ผู้ป่วยสแกนศึกษาข้อมูลยา TDF เพิ่มเติม
- ระบบแจ้งเตือน: สร้างข้อความแจ้งเตือนในระบบ HOSxP เพื่อให้แพทย์ทราบภาวะการทำงานข้อใดของผู้ป่วยแต่ละราย
- แบบบันทึก Google form: สร้างแบบฟอร์มออนไลน์สำหรับบันทึกข้อมูลการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ และปัญหาจากการใช้ยา

5) ชี้แจงทีม: ประชุมทีมสหวิชาชีพอีกครั้งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ

1) ให้บริการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น: ทีมสหวิชาชีพเริ่มให้บริการผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2568)

2) บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรม:

- ตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา TDF
- หากพบปัญหา (เช่น ขนาดยาไม่เหมาะสม) จะปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดหรือพิจารณาเปลี่ยนยา
- ออกบัตรแพ้ยา (ADR Card) และบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP กรณีมีการหยุดยา
- ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

1) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

- เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม
- รวบรวมข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ที่ตรวจพบและผลการแก้ไข

2) ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการให้บริการทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปผล

1) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้

2) สรุปผลและจัดทำรายงาน: สรุปผลการวิจัย วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนางานในอนาคต

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา และข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test ในการทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย และทดสอบความแตกต่างของการเกิดภาวะไตเป็นพิษ ระหว่างก่อนและหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งหมด 80 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการให้บริการทางเภสัชกรรม และกลุ่มหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม กลุ่มละ 40 คน โดยมีลักษณะทั่วไป ดังนี้

กลุ่มก่อนการให้บริการทางเภสัชกรรม ($n = 40$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) มีอายุเฉลี่ย 44.00 ± 8.65 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.50 kg/m^2 ขึ้นไป (ร้อยละ 82.5) ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อไต (ร้อยละ 65.0) และไม่มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 60.0) สูตยาต้านไวรัสที่ได้รับส่วนใหญ่

คือ TLD (TDF+3TC+DTG) (ร้อยละ 82.5) โดยมีระยะเวลาการใช้ยาที่มี TDF เป็นส่วนประกอบ เฉลี่ย 4.93 ± 2.79 ปี ไม่มียาอื่นที่เข้าร่วมที่มีผลต่อไต (ร้อยละ 92.5) สำหรับค่าการทำงานของไตเริ่มต้น พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า CrCl ต่ำกว่า 90 mL/min (ร้อยละ 57.5) ส่วนระดับภูมิคุ้มกันเริ่มต้น พบว่ามีระดับ CD4 ตั้งแต่ 350 cells/mm³ ขึ้นไป (ร้อยละ 82.5)

กลุ่มหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (n = 40) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.5) มีอายุเฉลี่ย 43.00 ± 11.10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.50 kg/m² ขึ้นไป (ร้อยละ 82.5) ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อไต (ร้อยละ 65.0) และไม่มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 70.0) สูตรยาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ TLD (TDF+3TC+DTG) (ร้อยละ 80.0) และมีระยะเวลาการใช้ยาที่มี TDF เป็นส่วนประกอบ เฉลี่ย 4.90 ± 3.06 ปี ไม่มียาอื่นที่เข้าร่วมที่มีผลต่อไต (ร้อยละ 90.0) สำหรับค่าการทำงานของไตเริ่มต้น พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า CrCl ต่ำกว่า 90 mL/min (ร้อยละ 60.0) ส่วนระดับภูมิคุ้มกันเริ่มต้น พบว่า มีระดับ CD4 ตั้งแต่ 350 cells/mm³ ขึ้นไป (ร้อยละ 75.0)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการให้	หลังการให้	p-value
	บริบาลฯ (n = 40)	บริบาลฯ (n = 40)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	16 (40.0)	19 (47.5)	0.478
หญิง	24 (60.0)	21 (52.5)	
อายุ; $\bar{X} \pm S.D.$	44.00 $\pm$ 8.65	43.00 $\pm$ 11.10	
ต่ำกว่า 50 ปี	10 (25.0)	11 (27.5)	0.853
50 ปีขึ้นไป	30 (75.0)	29 (72.5)	
ดัชนีมวลกาย; $\bar{X} \pm S.D.$	22.83 $\pm$ 4.13	22.41 $\pm$ 4.09	
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	7 (17.5)	7 (17.5)	1.000
18.50 kg/m ² ขึ้นไป	33 (82.5)	33 (82.5)	
โรคประจำตัวอื่นที่มีผลต่อไต			
ไม่มี	26 (65.0)	26 (65.0)	1.000
มี	14 (35.0)	14 (35.0)	
โรคเบาหวาน	0 (0.0)	1 (2.5)	
โรคเบาหวาน และไขมันสูง	4 (10.0)	3 (7.5)	
โรคเบาหวาน ไขมันสูง และความดันโลหิตสูง	1 (2.5)	1 (2.5)	
โรคความดันโลหิตสูง	1 (2.5)	1 (2.5)	
โรคความดันโลหิตสูง และไขมันสูง	1 (2.5)	0 (0.0)	
โรคไขมันสูง	7 (17.5)	8 (20.0)	
ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส			
ไม่เคย	24 (60.0)	28 (70.0)	0.329
เคย	16 (40.0)	12 (30.0)	

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการให้	หลังการให้	p-value
	บริบาลฯ (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	บริบาลฯ (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	
สูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้			
สูตรยา TLD (TDF+3TC+DTG)	33 (82.5)	32 (80.0)	0.773
สูตรยาอื่นๆ	7 (17.5)	8 (20.0)	
TEEVIR (TDF+FTC+EFV)	5 (12.5)	4 (10.0)	
TDF+3TC+LPV/r	1 (2.5)	2 (5.0)	
TDF+AZT+DTG	0 (0.0)	1 (2.5)	
TDF+AZT+LPV/r	0 (0.0)	1 (2.5)	
TDF+EFV+3TC	1 (2.5)	0 (0.0)	
ระยะเวลาที่ใช้ยาที่มี TDF; $\bar{X} \pm S.D.$	4.93 $\pm$ 2.79	4.90 $\pm$ 3.06	
น้อยกว่า 2 ปี	4 (10.0)	6 (15.0)	0.739
2 ปีขึ้นไป	36 (90.0)	34 (85.0)	
ยาอื่นที่ใช้ร่วมที่มีผลต่อไต			
ไม่มี	37 (92.5)	36 (90.0)	1.000
มี	3 (7.5)	4 (10.0)	
ยาในกลุ่ม ACEIs (Enalapril)	1 (2.5)	1 (2.5)	
ยาในกลุ่ม NSAIDs (Naproxen, Ibuprofen)	2 (5.0)	3 (7.5)	
ค่า CrCl เริ่มต้น; $\bar{X} \pm S.D.$	91.67 $\pm$ 31.24	94.38 $\pm$ 36.27	
90 mL/min ขึ้นไป	17 (42.5)	16 (40.0)	0.823
ต่ำกว่า 90 mL/min	23 (57.5)	24 (60.0)	
50-59 mL/min	5 (12.5)	3 (7.5)	
60-69 mL/min	6 (15.0)	6 (15.0)	
70-79 mL/min	9 (22.5)	12 (30.0)	
80-89 mL/min	3 (7.5)	3 (7.5)	
ระดับ CD4 เริ่มต้น; $\bar{X} \pm S.D.$	558.13 $\pm$ 241.01	579.58 $\pm$ 301.76	
350 cells/mm ³ ขึ้นไป	33 (82.5)	30 (75.0)	0.534
ต่ำกว่า 350 cells/mm ³	7 (17.5)	10 (25.0)	

2) อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษ

จากการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า กลุ่มก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม มีผู้ป่วยเกิดภาวะไตเป็นพิษจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 22.5) ในขณะที่กลุ่มหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น มีผู้ป่วยเกิดภาวะไตเป็นพิษ ลดลงเหลือเพียง 2 ราย (ร้อยละ 5.0) และเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าการลดลงของอุบัติการณ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 80)

การเกิดภาวะ ไตเป็นพิษ	ก่อนการให้บริบาลฯ	หลังการให้บริบาลฯ	χ^2	p-value
	(n = 40)	(n = 40)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เกิด	9 (22.5)	2 (5.0)	5.165	0.024*
ไม่เกิด	31 (77.5)	38 (95.0)		

*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ที่ตรวจพบและผลการแก้ไข

ในระหว่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งนี้ ได้มีการตรวจพบปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยกลุ่มหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม) โดยสามารถแก้ไขปัญหาค่าได้ 9 ราย (ร้อยละ 90.0 ของ DRPs ทั้งหมด) ซึ่งจำแนกประเภทของปัญหาและผลการแก้ไขได้ดังนี้

1) การสั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ ตรวจพบจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 30.0 ของ DRPs ทั้งหมด) โดยเภสัชกรได้เสนอแนะให้แพทย์หยุดการสั่งใช้ยา TDF และเปลี่ยนเป็นยาต้านไวรัสสูตรอื่นที่เหมาะสม ซึ่งได้รับการแก้ไขทั้งหมด 3 ราย (ร้อยละ 100)

2) การสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ โดยตรวจพบจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 70.0 ของ DRPs ทั้งหมด) เภสัชกรได้เสนอแนะให้แพทย์มีการปรับขนาดยา ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 85.7) สำหรับอีก 1 ราย (ร้อยละ 14.3) แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่ายังมีความจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดเดิม แต่ให้มีการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ที่ตรวจพบและผลการแก้ไข (n = 10)

ประเภทของ DRPs	จำนวนที่พบ (ราย)	ผลการแก้ไข (ราย)	ร้อยละการแก้ไข
สั่งใช้ยาในผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้	3	3	100
สั่งใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม	7	6	85.7
รวม	10	9	90.0

4) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

จากการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ รวม 5 คน ต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 ± 0.49 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งหัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การบริบาลทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเป็นพิษ และการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา (DRPs) ได้ โดยได้คะแนนเฉลี่ย 4.80 ± 0.45 ส่วนหัวข้อที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ควรขยายงานบริบาลทางเภสัชกรรมไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 4.40 ± 0.55 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการให้บริการทางเภสัชกรรม (n = 5)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
1. การบริการทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ได้	4.80	0.45	96.0	มากที่สุด
2. การบริการทางเภสัชกรรมสามารถช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ได้	4.80	0.45	96.0	มากที่สุด
3. ท่านพอใจกับการมีเภสัชกรเป็นที่ปรึกษาเรื่องการใช้ยาร่วมอยู่ในทีมสหวิชาชีพ	4.60	0.55	92.0	มากที่สุด
4. ควรขยายงานบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพิ่มขึ้น	4.40	0.55	88.0	มากที่สุด
5. โดยรวมท่านพอใจกับการพัฒนางานบริการทางเภสัชกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	4.60	0.55	92.0	มากที่สุด
รวม	4.64	0.49	92.8	มากที่สุด

อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ประสิทธิภาพของการบริการทางเภสัชกรรมต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษ

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษในผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 22.5 ในช่วงก่อนการให้บริการทางเภสัชกรรม เหลือเพียงร้อยละ 5.0 ในช่วงหลังการดำเนินงาน (p -value < 0.05) ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการสร้างแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามค่าการทำงานของไต การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการแทรกแซงอย่างทันต่วงที่เมื่อพบปัญหาในการใช้ยา

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับในประเทศไทย เช่น การศึกษาของวิบูลย์ อยู่ยงวัฒนา และคณะ [10] ที่โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังฯ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษได้ นอกจากนี้ อุบัติการณ์ที่พบในกลุ่มก่อนการให้บริการทางเภสัชกรรม ร้อยละ 22.5 ยังอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของไกลรุ่ง สุทธารักษ์ [5] และดวงรัตน์ สุวรรณ, และอัครวัฒน์ กรจิระเกษมสานต์ [6] ซึ่งเป็นการยืนยันว่าการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การที่อุบัติการณ์ลดลงอย่างชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก ตามแนวคิดการบริการทางเภสัชกรรมของ Hepler และ Strand [12] ที่มุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ ในปัจจุบันมียา Tenofovir alafenamide (TAF) ซึ่งเป็นยา Tenofovir รุ่นใหม่ที่มีผลกระทบต่อไตและกระดูกน้อยกว่า TDF อย่างมีนัยสำคัญ [1] การเปลี่ยนยาจาก TDF เป็น TAF จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหาภาวะไตเป็นพิษโดยตรง อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงยา TAF ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีข้อจำกัดด้านราคาที่สูงกว่าและมีเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่เฉพาะเจาะจง [13] ดังนั้น แนวทางของโรงพยาบาลจึงยังคงให้ความสำคัญกับการใช้ยา TDF อย่างปลอดภัยและคุ้มค่าที่สุดเป็นอันดับแรก โดยจะพิจารณาเปลี่ยนเป็น

ยา TAF เป็นรายการณี โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหรือผู้ที่เริ่มแสดงอาการของภาวะไตเป็นพิษแล้ว การให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่เข้มข้นดังเช่นในงานวิจัยนี้ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงสามารถใช้ยา TDF ซึ่งเป็นยาหลักที่มีประสิทธิภาพได้อย่างปลอดภัยและยาวนานขึ้น ช่วยชะลอหรือหลีกเลี่ยงความจำเป็นในการเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าได้

2) การตรวจพบและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยา (DRPs)

จากการดำเนินงาน พบปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยกลุ่มหลัง การให้บริบาลทางเภสัชกรรม) โดยสามารถแก้ไขปัญหได้ถึง 9 ราย (ร้อยละ 90.0 ของ DRPs ทั้งหมด) ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต (7 ราย) รองลงมา คือ การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ (3 ราย) การค้นพบและแก้ไข DRPs เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า หากไม่มีกระบวนการตรวจสอบโดยเภสัชกร ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะยังคงได้รับยาในขนาดหรือเงื่อนไขที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อไตได้

ประเด็นที่น่าสนใจอีกอย่างคือ การพบปัญหาขนาดยาที่ไม่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไตเป็นจำนวนมากนี้ อาจสะท้อนถึงสาเหตุเชิงระบบที่ลึกซึ้งกว่าความผิดพลาดส่วนบุคคล เหตุผลที่เป็นไปได้คือ แพทย์อาจไม่คุ้นเคยกับการคำนวณค่า CrCl เพื่อปรับขนาดยาเป็นประจำ หรืออาจเกิดจากระบบแจ้งเตือนเดิมในโปรแกรม HOSxP ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการแสดงผลค่าการทำงานของไตที่เปลี่ยนแปลงไปให้เห็นอย่างชัดเจน ดังนั้น การที่เภสัชกรเข้ามาทำหน้าที่ตรวจสอบและคำนวณค่า CrCl ให้กับผู้ป่วยทุกรายก่อนการจ่ายยา จึงเป็นการสร้างปราการด่านที่สองที่สำคัญในการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนนี้ ซึ่งการเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงเหล่านี้ จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการป้องกันที่ดีขึ้นในอนาคต เช่น การปรับปรุงระบบแจ้งเตือนในโปรแกรม HOSxP ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือการจัดอบรมทบทวนความรู้แก่ทีมแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวัธน์ ศรีประทีปบัณฑิต [9] ที่แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพบปัญหาเรื่องการสั่งใช้ยา TDF ในขนาดที่ไม่เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต มากกว่าการสั่งใช้ยา TDF ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ (7 ราย เทียบกับ 3 ราย) สะท้อนถึงความสำคัญของการติดตามค่าการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุทิน กายะ [14] ที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้โปรแกรมติดตามค่าการทำงานของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TDF นอกจากนี้ อัตราการแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่สูงถึงร้อยละ 90.0 แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือที่ดีระหว่างเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบริบาลทางเภสัชกรรม ตามที่การศึกษาของกมลรัตน์ ณ หนองคาย [15] ได้กล่าวถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อการประเมิน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.64 ± 0.49 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงที่สุดคือ การที่ระบบบริบาลทางเภสัชกรรมมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตเป็นพิษ และสามารถช่วยป้องกัน/แก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับผลลัพธ์เชิงปริมาณที่กล่าวมาข้างต้น

จากผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจนี้ ยืนยันว่าทีมสหวิชาชีพมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีเภสัชกรเข้ามามีบทบาทในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริธร แสงเนตร [16] ที่พบว่าทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการมีเภสัชกรร่วมดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจในระดับสูงนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะสะท้อนถึงการยอมรับในบทบาทและความไว้วางใจซึ่งกันและกันภายในทีม ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การขยายงานบริบาลทางเภสัชกรรมไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่น อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือความพร้อมในการขยายงาน

สรุป

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะไตเป็นพิษจากยา TDF ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตเป็นพิษ ตรวจพบและแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษานี้สนับสนุน ความสำคัญของบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและควรนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. ควรมีการขยายผลการดำเนินงาน (Scale-up) ไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยการจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติและจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา TDF ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในวงกว้าง
2. เพื่อเพิ่มความยั่งยืนและลดภาระงานของบุคลากร ควรพัฒนาระบบสนับสนุนในโปรแกรม HOSxP ให้เป็นอัตโนมัติยิ่งขึ้น อาทิการสร้าง Dashboard สรุปข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การแจ้งเตือนเมื่อถึงกำหนดนัดตรวจ การทำงานของไต และระบบ Pop-up แจ้งเตือนแพทย์และเภสัชกรเมื่อพบค่าที่ผิดปกติ
3. ควรพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่หลากหลายและเข้าถึงง่ายเพิ่มเติมจาก QR code ที่มีอยู่ เช่น อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้นหรือแผ่นพับ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพไตของตนเอง อย่างจริงจัง
4. เพื่อรักษาคุณภาพการบริการให้เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้ (Refresher training) ให้แก่ทีมสหวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงองค์ความรู้ให้ทันสมัยและเป็นเวที แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบการวิจัยที่เข้มแข็งขึ้น เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบ มีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental with control group) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์กับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการใช้โปรแกรมนี้ ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรออกแบบการวิจัยเพื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มเดิมต่อเนื่องในระยะยาว (เช่น 3 - 5 ปี) เพื่อประเมิน อุตการณ์ของภาวะไตเป็นพิษที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง รวมถึงประเมินความยั่งยืนของแนวทางการบริบาลทาง เภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น
3. ควรพิจารณาเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการทำงานของท่อไตส่วนต้น (Proximal tubule) ที่ละเอียดขึ้น เช่น ระดับฟอสเฟตในปัสสาวะและในเลือด เพื่อให้สามารถตรวจจับความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และมีความแม่นยำยิ่งขึ้น
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในมุมมองของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย โดยประเมินผลลัพธ์ที่สำคัญต่อผู้ป่วย โดยตรง (Patient outcomes) เช่น การประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องผลข้างเคียงต่อไต พฤติกรรมการดูแล ตนเอง และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสามารถทำได้ทั้งเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก และเชิงปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม อันจะทำให้การพัฒนาารูปแบบบริการ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง และเป็นไปตามแนวทางของการดูแลโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)
5. ควรมีการศึกษาต่อยอดในด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยทำการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมนี้ เพื่อแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมว่า การลงทุนในทรัพยากร (เช่น เวลาของเภสัชกร และการพัฒนาระบบ) สามารถนำไปสู่การประหยัดค่าใช้จ่าย

ในการรักษาภาวะไตวายเรื้อรัง การฟอกไตหรือการเปลี่ยนไปใช้ยารักษาในระยะเวลายาวได้อย่างไร ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์นี้จะเป็นหลักฐานสำคัญในการผลักดันให้รูปแบบบริการดังกล่าวกลายเป็นนโยบายในระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ที่ได้สนับสนุนข้อคิดเห็นในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณเภสัชกรโกวิท สีหาคม หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ช่วยชี้แนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงธีรารัตน์ พลราชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุสุมาลย์ ที่ผลักดันให้เกิดงานวิจัยนี้จนสำเร็จ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ โดยมติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ตามเอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-015

การอ้างอิง

กึ่งนาง สังขวรรณ. ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อการป้องกันภาวะไตเป็นพิษจากยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 137-50.

Sangkhawan K. Impact of pharmaceutical care on the prevention of tenofovir disoproxil fumarate induced nephrotoxicity in HIV-infected patients at Kusuman Hospital, Sakon Nakhon Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 137-50.

เอกสารอ้างอิง

- [1] เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล, และรังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ไชน. 2565.
- [2] วิศิษฐ์ ดันหยง, พีรยศ ภมรศิลป์ธรรม, และฉัตรชัย ฉันทไพศาล. ทีโนโฟเวียร์และพิษต่อไตระดับเซลล์. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา. 2560; 22(2): 248-59.
- [3] เชิดชัย สุนทรภาส, ภิญญ มุตสิกพันธ์, และรัชฎาพร สุนทรภาส. ปัจจัยเสี่ยงของความเป็นพิษต่อไตในผู้ป่วยที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์โดโซพรอกซิลฟูมาเรท ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2566; 33(2): 102-11.
- [4] สิริลักษณ์ จันทะระ, อนิวัต ชุมนิรัตน์, นฤมล อนุมาศ, วารณี ธีระกุล, และอภิรดี แซ่ลิ้ม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัส. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(3): 482-90.
- [5] ไกลรุ่ง สุทธารักษ์. อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยเอชไอวี ที่ใช้ยา Tenofovir โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2562; 28(1): 29-40.
- [6] ดวงรัตน์ สุวรรณ, และอัครวัฒน์ กรจิระเกษมสานต์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tenofovir ในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2563; 11(2): 173-85.

- [7] ปรัตตา ศรีสมบัติ, ทวนธน บุญลือ, และอุไรวรรณ อกนิษฐ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของไตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(2): 162-74.
- [8] Asirvatham ES, Ranjan V, Garg C, Sarman CJ, Periasamy M, Yeldandi V, and et al. A review of tenofovir disoproxil fumarate associated nephrotoxicity among people living with HIV: Burden, risk factors and solutions. Clinical Epidemiology and Global Health. 2024; 25(1): 1-5.
- [9] ศิริวัลย์ ศรีประทีปบัณฑิต. การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567; 30(1): 54-67.
- [10] วิบูลย์ อยู่ยงวัฒนา, ศิรนนต์ พลเยี่ยมหาญ, และประภาศรี อารยะพงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจาก Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลนครพนม. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2565; 28(1): 1-14.
- [11] Stottlemeyer BA, Tran T, Suh K, and Kane-Gill SL. A systematic review of the costs of drug-associated acute kidney injury and potential cost savings with nephrotoxin stewardship prevention strategies. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2025; 117(4): 989-1004.
- [12] Hepler CD, and Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American journal of hospital pharmacy. 1990; 47(3): 533-43.
- [13] มณฑินี วสันตอุโปภากร, ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร, และชมนาด มโนไพบุรณ์. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2564.
- [14] อนุทิน ก่ายะ. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมติดตามค่าไตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567; 30(2): 153-66.
- [15] กมลรัตน์ ณ หนองคาย. การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566; 29(3): 153-64.
- [16] ศศิธร แสงเนตร. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563; 4(8): 1-12.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131