



วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2568
Volume 51 No. 2 April - June 2025

- 198 เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์
Technology for Effective and Safe Pregnancy Care
- 208 ความเสมอภาคระหว่างเพศด้านการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน
Gender Equity in Vaccination Access
- 218 การอยู่อาศัยกับพ่อแม่กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของเยาวชน
Parental living arrangements and alcohol consumption, smoking behaviors among adolescents
- 229 การจัดการภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล (Infodemic) ด้วย Insight Unit
Infodemic Management by The Insight Unit under The Infodemic Management Project
- 244 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาพยาบาล
Risk Factors for Non-Communicable Diseases among Nursing Students
- 257 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง
Quality of life among hypertension patients at an urban Community Health Center
- 270 รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร
Immunization System Operational Model for Pharmacists
- 280 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
Dementia preventive behaviours promotion program
- 293 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
Cervical cancer screening
- 308 การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในบุคลากรกักการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
Personal compliance with the COVID-19 preventive guideline
- 327 การคัดกรองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนภายใต้กระบวนการยุติธรรมไทย
HIV/AIDS testing, and sexually transmitted disease prevention among children and youth within the Thai justice process
- 339 การบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย
Global Youth Tobacco Survey 2022
- 354 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า
Measures to Prevent and Control the Electronic Cigarette Epidemic
- 365 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อน ในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน
Acute diarrhea outbreak among youth athletes
- 378 โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) ในเรือนจำ
Influenza A (H1N1) in a Prison



สามารถส่งบทความผ่านระบบ Thaijo
ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ วารสารควบคุมโรค





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารควบคุมโรค

DISEASE CONTROL JOURNAL

E-ISSN 2651-1649

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2568

Volume 51 No. 2 Apr - Jun 2025

สารบัญ

หน้า
PAGE

CONTENTS

ThaiDPACC 2024

บทความพิเศษ

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์
ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
รณชัย คนบุญ

Review Article
Application of technology for effective and safe
pregnancy care
Ronnachai Khonboon

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเสมอภาคระหว่างเพศด้านการเข้าถึงบริการ
ฉีดวัคซีน ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19
พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ

Original Article
Gender equity in vaccination access during the
COVID-19 pandemic
Pahurat Kongmuang Taisuwan

ความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่อาศัยกับพ่อแม่กับ
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
ของเยาวชนในอำเภอแห่งหนึ่งเขตชนบทไทย
วัชรพร บุญประกอบ และคณะ

218 The relationship between living with parents and
alcohol consumption and smoking behaviors among
adolescents in a district in rural Thailand
Watchareepond Boonprakob, et al.

การทบทวนและถอดบทเรียนการจัดการภาวะ
การแพร่ระบาดของข้อมูล (Infodemic) ด้วย Insight
Unit ภายใต้โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของ
ข้อมูลกรมควบคุมโรค เพื่อการบูรณาการเข้ากับบริบท
กรมควบคุมโรค 2566-2567
กันทิลา ทวีวิทยการ และคณะ

229 Review and lessons learned from infodemic
management by the Insight Unit under the infodemic
management project for integrating into the context of
the Department of Disease Control, 2023-2024
Pantila Taweewigyakarn, et al.

ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในนักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ :
การศึกษาแบบสหสถาบัน
เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ และคณะ

244 Prevalence of risk factors for non-communicable
diseases among nursing students in northeast Thailand:
a multi-center study
Ueamporn Summart, et al.

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ กรกนก ทองทวี และคณะ	257	Factors associated with quality of life among Hypertensive patients at an urban community health center in Sisaket Hospital, Sisaket Province <i>Kornkanok Thongthawee, et al.</i>
ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 กัลยา สกุลไทย และคณะ	270	Results of developing immunization system operational model for pharmacists working in hospitals in Health Region 7 <i>Kanlaya Skulthai, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นพมาศ โกศล และคณะ	280	Effects of dementia preventive behaviours promotion program based on health belief model among older people at risk <i>Noppamas Koson, et al.</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พัทธธีรา เทพวงศ์ และคณะ	293	Factors associated with cervical cancer screening among women aged 30-60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province <i>Phattera Theppawong, et al.</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในบุคลากรกึ่งการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย อัศรพล ดีเลิศ และคณะ	308	Factors related to personal compliance with the COVID-19 preventive guideline for nursing home in Bangkok, Thailand <i>Akarapol Deelert, et al.</i>
กฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนภายใต้กระบวนการยุติธรรมไทย พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ และคณะ	327	Rules, regulations, and relevant provisions regarding health screenings, HIV/AIDS testing, and sexually transmitted disease prevention among children and youth within the Thai justice process <i>Pahuratn Kongmuang Taisuwan, et al.</i>



สารบัญ

หน้า
PAGE

CONTENTS

- การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย พ.ศ. 2565 339 Global youth tobacco survey 2022 for developing tobacco control policies in Thailand
เพื่อพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย
ชยนันท์ สิริธิบุศย์ และคณะ
Chayanan Sittibusaya, et al.
- การพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการ 354 Developing Measures to Prevent and Control the
แพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย
ชยนันท์ สิริธิบุศย์ และคณะ
Chayanan Sittibusaya, et al.
- การสอบสวนโรค Outbreak Investigation
- การสอบสวนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็น 365 Investigation of a cluster of acute diarrhea outbreak
กลุ่มก้อน ในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน ณ ที่พักนักกีฬา
ชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
มิถุนายน 2567
รัชดาภรณ์ ภาพวิจิตรศิลป์ และคณะ
Ratchadaporn Papwijitsil, et al.
- การสอบสวนการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ 378 An outbreak investigation of influenza A (H1N1) in
A (H1N1) ในเรือนจำแห่งหนึ่งจังหวัดเพชรบูรณ์
พฤษภาคม-กรกฎาคม 2567
ทรรศนะ ธรรมรส และคณะ
Tassana Thammaros, et al.

วารสารควบคุมโรค

เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่วิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค	
คณะที่ปรึกษา	นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์ แพทย์หญิงจุลพร จิระพงษา แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
หัวหน้าบรรณาธิการ	นายแพทย์อรรถพล ชีพลัทยาการ	นักวิชาการอิสระ
บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร รองศาสตราจารย์พอลใจ พัทธนิษฐ์ธรรม รองศาสตราจารย์ทรงพันธ์ เจริญประสงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพลินพิศ บุญยมาลิก รองศาสตราจารย์ทวีติยา สุจริตรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปาริชาติ สาลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์สร้อยสุดา เกสรทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ จอมพุก นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ นายมนูญ หิรัญสาลี นางสาวเพ็ญโฉม จำเรียงฤทธิ์ รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา รองศาสตราจารย์ประสิทธิ์ สิริพันธ์ นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข นายแพทย์สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ
หัวหน้าบรรณาธิการอำนวยการ	นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
บรรณาธิการอำนวยการ	เภสัชกรหญิงนัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร นางเกษร จารุจินดา	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เภสัชกรหญิงจันทนา พัฒนเภสัช นางสาวโยษิตา ฐิติวัฒนา นางสาวธัญญาวรรณ ชาติชนะ	นักวิชาการอิสระ กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
ติดต่อวารสาร	E-mail: ddc.journal@ddc.mail.go.th โทร. 0 2590 3963	
ที่อยู่สำนักงาน	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 88/21 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	
กำหนดเผยแพร่	ปีละ 4 ครั้ง หรือราย 3 เดือน มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม	

DISEASE CONTROL JOURNAL

Official Publication of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Objective:	To disseminate public health knowledges relating to surveillance, prevention, and control of diseases and health threats, and to provide a platform for exchanging knowledges among people who is interesting in or working in the disease control area.	
Consultants:	Visal Moolasart Chuleeporn Jiraphongsas Darin Areechokechai Benjamaporn Pinyopornpanich	Department of Disease Control Department of Disease Control Department of Disease Control Department of Disease Control
Editor in Chief:	Attapon Cheepsattayakorn	Academician
Editorial Board:	Wiwat Rojanapithayakorn Assoc. Prof. Porjai Pattanittum Assoc. Prof. Songphan Choemprayong Asst. Prof. Sakchai Chaimahapruk Asst. Prof. Plernpit Boonyamalik Assoc. Prof. Tavitiya Sudjaritruk Asst. Prof. Parichat Salee Asst. Prof. Soisuda Kasornthong Asst. Prof. Pornthip Chompook Yuthichai Kasetcharoen Manoon Hirunsalee Pensom Jumriangrit Assoc. Prof. Chaweewan Boonsuya Assoc. Prof. Prasit Leerapan Sombat Thanprasertsuk Somsak Thamthitiwat	Faculty of Medicine, Mahidol University Faculty of Public Health, Khon Kaen University Faculty of Arts, Chulalongkorn University Faculty of Medicine, Naresuan University Faculty of Public Health, Mahidol University Faculty of Medicine, Chiang Mai University Faculty of Medicine, Chiang Mai University Faculty of Public Health, Thammasat University Faculty of Public Health, Thammasat University Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration Thailand Ministry of Public Health-US CDC Collaboration Office of International Cooperation, Department of Disease Control Academician Academician Academician Academician
Managing Editors:	Auttakit Kamjanapiboonwong Naiyana Praditsithikorn Kasorn Jarujinda	Division of Innovation and Research, Department of Disease Control Division of Innovation and Research, Department of Disease Control Division of Innovation and Research, Department of Disease Control
Assistant Editors:	Juntana Pattanaphesaj Yosita Thitiwatthana Tanyawan Chatchana	Academician Division of Innovation and Research, Department of Disease Control Division of Innovation and Research, Department of Disease Control
Contact:	E-mail: ddc.journal@ddc.mail.go.th	Tel. (+66) 2590 3963
Mailing address:	Division of Innovation and Research, Department of Disease Control, Ministry of Public Health 88/21 Tiwanon Road, Talard Kwan, Muang, Nonthaburi 11000. Thailand	
Publishment Quarterly:	Four issues per year: January–March, April–June, July–September, October–December	

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารควบคุมโรค ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ขอบเขตรวมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นบทความพื้นฐาน นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานผู้ป่วย และสอบสวนโรค โดยเรื่องที่ส่งจะต้องไม่เคยเผยแพร่ หรือกำลังรอเผยแพร่ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการรับพิจารณาเรื่องต้นฉบับตามลำดับก่อนหลังในระบบ ThaiJo

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเผยแพร่

1. บทความที่ส่งเผยแพร่

บทความพื้นฐาน (Review article)

บทความที่ทบทวน หรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความรู้ใหม่ เรื่องที่น่าสนใจ จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

บทความรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทย และอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน (Results of operations)

รายงานประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (Case report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม (Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์หรือข้อสังเกต การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (informed consent) และเอกสารอ้างอิง

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation)

รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความเพื่อเผยแพร่

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์ (ไม่ต้องระบุคำนำหน้านาม) และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยกต่อท้ายชื่อสกุล เชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคน พร้อมทั้งใส่ชื่อสกุล อีเมล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ (Abstract)

การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ประมาณ 250-300 คำ และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงบรรณ ไม่อ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords)

เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่อง โดยย่อเหลือเพียงคำที่แสดงความสำคัญของเนื้อเรื่อง ที่สั้น กะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงเนื้อหาของเรื่องนั้น ๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมา ความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ไขปัญหา หรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจเขียนไว้ในส่วนนี้ได้ และวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

วัสดุและวิธีการศึกษา

อธิบายวัสดุของการศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงรายละเอียดแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้รับการศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ส่วนวิธีการศึกษานั้น ควรกล่าวถึง รูปแบบการศึกษาวิจัย การเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา เครื่องมือ หลักการที่ใช้ในการศึกษา เชิงคุณภาพ หรือปริมาณ แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อมั่น การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ อย่างชัดเจน ตู้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่หากตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง แผนภูมิ และภาพ จำนวนที่เหมาะสม 1-5 ตารางหรือภาพ มีการลำดับที่และชื่ออยู่ด้านบน

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการศึกษาวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่น่าผลไปใช้ประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้พิมพ์ต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นภาษาอังกฤษและระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการเอกสารอ้างอิงนั้น ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม และหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

การระบุรายการอ้างอิงในเนื้อความ ใช้หมายเลขที่ตรงกับรายการอ้างอิงท้ายบทความ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงโดยไม่ต้องเว้นวรรค โดยเริ่มจาก “(1)” เป็นอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ

3. รูปแบบการอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA. 1987;257:640-4.

3.2 การอ้างอิงหนังสือ หรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Nelson SA, Warschow. Protozoa and worms. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 3rd ed. New York: Elsevier; 2012. p. 1391-421.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

Sansiritaweessook G. Development of a surveillance system to prevent drowning based on the participation of communities at Ubon Ratchathani Province [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012. 391 p. (in thai)

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <https://.....>

ตัวอย่าง

Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือ หรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <https://.....>

ตัวอย่าง

Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: https://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_rising_out_of_pocket_spending_887.pdf

3.7 อื่น ๆ

ก. หน่วยงานราชการ หรือองค์กรระดับชาติ นานาชาติ เป็นผู้สนับสนุนการผลิตและเผยแพร่

ควรระบุชื่อหน่วยงานในตำแหน่ง สำนักพิมพ์ ทั้งนี้หากไม่ปรากฏชื่อสื่อชาติรวมอยู่ในชื่อหน่วยงาน ให้เพิ่มวงเล็บระบุรหัสประเทศแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษ 2 ตัว ตามมาตรฐาน ISO 3166 ตามหลังชื่อหน่วยงาน เช่น

Department of Disease Control (TH)

Department of Health (AU)

Centers for Disease Control and Prevention (US)

National Cancer Institute (TH)

ข. ในตำแหน่ง ผู้แต่ง หรือ บรรณาธิการ/editor มีการระบุชื่อหน่วยงาน

ข1. มีหน่วยงานย่อย หรือคณะกรรมการภายใต้หน่วยงาน

เรียงลำดับชั้นของหน่วยงาน โดยลำดับที่ใหญ่กว่าแสดงก่อน ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,” เช่น

Department of Disease Control (TH), Bureau of Epidemiology.

ข2. มีมากกว่า 1 หน่วยงาน

คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานด้วยเครื่องหมายอัฒภาค “;” เช่น

Infectious Disease Association of Thailand; Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.

4. การส่งบทความ (Submission)

4.1 การพิมพ์บทความ

บทความความยาวทั้งหมด ไม่เกิน 10 หน้า ใช้โปรแกรม Microsoft Word รูปแบบอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point การใช้จุดทศนิยม หากใช้ 1 หรือ 2 ตำแหน่ง ขอให้ใช้ให้เหมือนกันทั้งบทความ

อ้างอิงเอกสารเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

ตาราง ควรพิมพ์ ไม่ใช่ตารางที่เป็นภาพ มีลำดับที่และชื่อตาราง ปรากฏอยู่เหนือตาราง นำหน้าด้วยคำว่า “ตารางที่”

แผนภูมิ และภาพประกอบ ควรเป็นภาพสี และต้องมีความคมชัดสูง มีลำดับที่และชื่อแผนภูมิ/ภาพ ปรากฏอยู่ใต้แผนภูมิ/ภาพ นำหน้าด้วยคำว่า “ภาพที่”

4.2 การส่งบทความ

ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ วารสารควบคุมโรค www.tci-thaijo.org/index.php/DCJhttps://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/about/submissions

5. การพิจารณาบทความเพื่อเผยแพร่

5.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ประเมินบทความ (Reviewer) จำนวน 2 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยผู้พิมพ์รับแก้ไขบทความ (Revisions) ตามความคิดเห็นของผู้ประเมินบทความ ไม่น้อยกว่า 2 รอบ จึงแจ้งผลการพิจารณาเผยแพร่

5.2 บทความที่ได้ตอบรับการเผยแพร่ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ด้านวิชาการ และรูปแบบการเผยแพร่ให้สอดคล้องกับที่วารสารกำหนดอีกครั้งหนึ่ง (Copyediting) ผู้พิมพ์ต้องตรวจยืนยันต้นฉบับบทความในขั้นตอนนี้เสียก่อน กองบรรณาธิการจึงจะส่งบทความเข้าสู่กระบวนการจัดรูปแบบไฟล์ pdf และทำดัชนีข้อมูลสำหรับเผยแพร่ออนไลน์ (Production)

5.3 หลังจากบทความถูกจัดรูปแบบ pdf แล้ว กองบรรณาธิการอาจขอให้ผู้พิมพ์ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมได้ ผู้พิมพ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรเพื่อยืนยันความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาเป็นครั้งสุดท้ายก่อนเผยแพร่ออนไลน์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เผยแพร่ เฉพาะเนื้อหาที่ผ่านความเห็นชอบของกองบรรณาธิการเท่านั้น

5.4 ผลการพิจารณาเผยแพร่บทความ ทั้งที่ตอบรับและปฏิเสธ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ ผ่านทางกระทุสนทนา (Discussion) ในระบบออนไลน์ของวารสารควบคุมโรค

5.5 บทความที่ได้ตอบรับการเผยแพร่ (Accept Submission) หากผู้พิมพ์ต้องการหนังสือตอบรับอย่างเป็นทางการ ผู้พิมพ์สามารถแจ้งความต้องการและรายละเอียดทางกระทุสนทนา ทั้งนี้กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการเรียงลำดับการตีพิมพ์ เผยแพร่ ตามความเหมาะสม และความรวดเร็วในการจัดทำต้นฉบับบทความในขั้นตอน 5.2-5.3

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารควบคุมโรค ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจะต้องรับผิดชอบบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่ E-mail ที่ระบุในวารสารควบคุมโรค จะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในวารสารเท่านั้น และจะไม่ถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Author)

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่กับวารสารควบคุมโรคแล้ว
2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. หากบทความที่ขอรับการเผยแพร่เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง
6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลงบิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่เป็นผู้นิพนธ์ประสงค์จะขอบคุณก่อน

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Reviewers)

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงาน หรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน ผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาที่กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องใน

บทความพิเศษ

Review Article

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

Application of technology for effective and safe pregnancy care

รณชัย คนบุญ

Ronnachai Khonboon

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima

Rajabhat University

DOI: 10.14456/dcj.2025.16

Received: January 2, 2025 | Revised: April 1, 2025 | Accepted: April 2, 2025

บทคัดย่อ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่ร่างกายเปลี่ยนแปลง มีการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การดูแลที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่สามารถลดความเสี่ยงจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และการคลอดก่อนกำหนด ปัจจุบันการดูแลสตรีตั้งครรภ์ยังเผชิญกับความท้าทาย ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ และสังคม เทคโนโลยีถูกนำมาใช้เพื่อช่วยดูแลสตรีตั้งครรภ์ เช่น Telemedicine การพัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพ และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ บทความนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญและบทบาทของเทคโนโลยีต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปและกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โอกาสและความท้าทายในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี นำเสนอแนวทางการใช้งานเทคโนโลยีเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ใช้วิธีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยวิธี Narrative reviews วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Thematic analysis พบว่าพยาบาลควรมีการฝึกอบรมหรือเรียนรู้วัฒนธรรมเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ตรวจสอบเทคโนโลยีที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย บูรณาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้เข้ากับการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ส่งเสริมการรับข้อมูล แจ้งเตือนเมื่อพบความผิดปกติจากผลการใช้เทคโนโลยีได้

ติดต่อผู้พิมพ์ : รณชัย คนบุญ

อีเมล : ronnachai.k@nrru.ac.th

Abstract

Proper and timely care of pregnant women, who typically experience numerous physiological changes, including fetal growth and development during gestation can mitigate the risk of gestational diabetes, hypertension, and premature birth. Currently, caring of pregnant women still encounters numerous problems, including barriers to medical services and economic and societal limitations. To address these ongoing issues, technological advancements have been implemented to support the care of pregnant women. These include telemedicine, health applications, and artificial intelligence (AI). This article aims to look at the importance and roles of technology in maternity care, both normal and complicated pregnancy, as well as the pros and cons of using it. Additionally, it analyzes opportunity and challenges in implementing those technologies. It is also intended to offer ways to use technologies effectively and safely to improve healthcare.

The article utilizes a narrative review methodology and thematic analysis to investigate pertinent materials. To provide better care to mothers, nurses need to learn about new technologies, make sure that they are safe and appropriate, effectively incorporate these new technologies into traditional medical procedures and practices, and make it easier for people to share information while sending out alerts for problems identified by technology-based tools and instruments.

Corresponding: Ronnachai Khonboon

E-mail: ronnachai.k@nrru.ac.th

คำสำคัญ

เทคโนโลยี, การดูแลสตรีตั้งครรภ์, ประสิทธิภาพ, ความปลอดภัย

Keywords

technology, pregnancy care, effectiveness, safety

บทนำ

การดูแลสตรีตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่สามารถลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ได้ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ปัจจุบันการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ยังคงเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลาย⁽¹⁻²⁾ ไม่ว่าจะเป็นความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในบางพื้นที่ขาดบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแล ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงสถานการณ์โควิด 19 ที่นำมาสู่การแพร่กระจายเชื้อที่รวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการหลีกเลี่ยงการเข้าในพื้นที่โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽³⁾ ระบบบริการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดนั้น แพทย์และพยาบาลจะให้การดูแล คัดกรอง และรักษา ส่วนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ให้ความรู้สนับสนุน และติดตามเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ทั้งนี้สถานบริการหรือระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลศูนย์ จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ดูแลได้อย่างครบครัน ส่วนโรง

พยาบาลทั่วไป ระดับ S และ M1 นั้น การดูแลผู้รับบริการจะสามารถดูในกลุ่มภาวะแทรกซ้อนได้ในระดับปานกลาง ไม่รุนแรง โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2, F1, F2, F3 สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีความซับซ้อนของโรคมากนัก มีแพทย์และพยาบาลดูแล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9,878 แห่งที่มีการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้น จะให้พยาบาลดูแล ส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เป็นหลัก เมื่อทำการวิเคราะห์พบว่าประเทศไทยมีระบบเครือข่ายสถานพยาบาลที่เข้มแข็งในทุกระดับ จุดอ่อนพบว่ายังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ทั่วถึง มีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและความร่วมมือจากภาคเอกชนได้ รวมถึงอุปสรรคที่อาจพบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงเทคโนโลยีในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพ ถูกนำมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์มากขึ้น เช่น การใช้เทคโนโลยี telemedicine เพื่อให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังสุขภาพจากระยะทางไกล การพัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพที่ช่วยให้มารดาสามารถติดตามสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการประเมินความเสี่ยงและให้คำแนะนำที่เหมาะสม⁽⁴⁻⁶⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำคัญและบทบาทของเทคโนโลยีต่อกระบวนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เพื่อศึกษาข้อมูลการดูแลสตรีตั้งครรภ์โดยใช้เทคโนโลยีซึ่งในประเทศไทยพบค่อนข้างน้อย วิเคราะห์โอกาสและความท้าทายของการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ รวมถึงเสนอแนวทางในการใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์

การสืบข้อมูลดำเนินการโดยทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยวิธี narrative reviews ที่มุ่งเน้นการทบทวนบทความทางวิชาการในประเด็นเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์โดยการค้นหาเอกสาร สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Google Scholar เลือกบทความระหว่างปี 2560–2567 โดยใช้คำสืบค้นเป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ Pregnancy care technology, Maternal healthcare technology และ Digital health in pregnancy พิจารณากลุ่มประชากร โดยเลือกทั้งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากการสืบค้นพบว่ามีความจำนวน 587 เรื่อง และคัดเลือกเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษาจำนวน 19 เรื่อง จากนั้นทำการสรุป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Thematic analysis โดยจัดเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่มเพื่อการนำเสนออย่างเป็นระบบ สรุปผลและเสนอแนวทางการพัฒนาในอนาคต

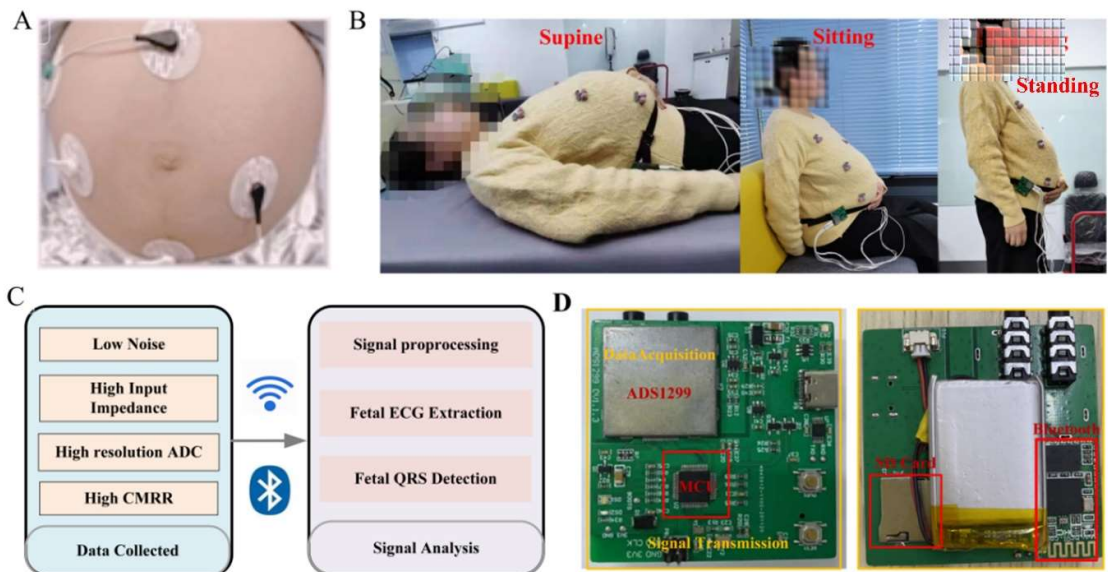
การศึกษารอบคลุม 4 ประเด็น คือ เทคโนโลยีการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพทางไกล Telehealth แอปพลิเคชันหรือเว็บล็อกให้ความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ และการใช้ไอโอที (Internet of Things, IoT) ในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ได้นำเสนอการวิเคราะห์โอกาสและความท้าทายของการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ รวมถึงเสนอแนวทางในการใช้เทคโนโลยีการ

ดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

เทคโนโลยีการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ระหว่างการตั้งครรภ์ มีการนำนวัตกรรมการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของทารกในครรภ์ (fetal electrocardiogram: FECG) มาใช้เพื่อวิเคราะห์อัตราการเต้นของหัวใจของทารก (fetal heart rate: FHR) เป็นตัวบ่งชี้การเจริญเติบโตและสุขภาพของทารกในครรภ์ เน้นหลักการของรูปแบบการดูแลแบบไม่ลุกล้ำ (non-invasive) โดยการบันทึกสัญญาณอัตราการเต้นของหัวใจจากหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์ ผ่านการติดตั้งอิเล็กโทรดด้วยอุปกรณ์พกพาหรือแบบสวมใส่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจทางหน้าท้องแบบพกพา (portable abdominal ECG: AECG) ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจของสตรีตั้งครรภ์และทารก เครื่องนี้ใช้การประมวลผลด้วยอัลกอริทึมขั้นสูง คือ adaptive dual threshold (ADT) และ independent component analysis (ICA) เพื่อแยกสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจของทารกออกจากสัญญาณของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นถึงความแม่นยำในการตรวจจับอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์โดยมีอัตราความไวจำเพาะในการตรวจจับถึงร้อยละ 99 โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม จะเป็นผู้ติดแผ่น electrode ที่หน้าท้อง และติดตามสัญญาณการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ แสดงในภาพที่ 1⁽⁷⁾ รวมถึงนวัตกรรมแผ่นแปะหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์ สามารถตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อุปกรณ์นี้ผสานการทำงานของอัลกอริทึมด้านการประมวลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จากเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และแสดงผลผ่านสมาร์ทโฟน สามารถติดตามสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์แบบทันที⁽⁸⁾



ภาพที่ 1 แผนผังโครงสร้างของระบบเฝ้าติดตามทารกในครรภ์⁽⁷⁾

Figure 1 The diagram of the fetal monitoring system frame⁽⁷⁾

แพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพทางไกล Telehealth

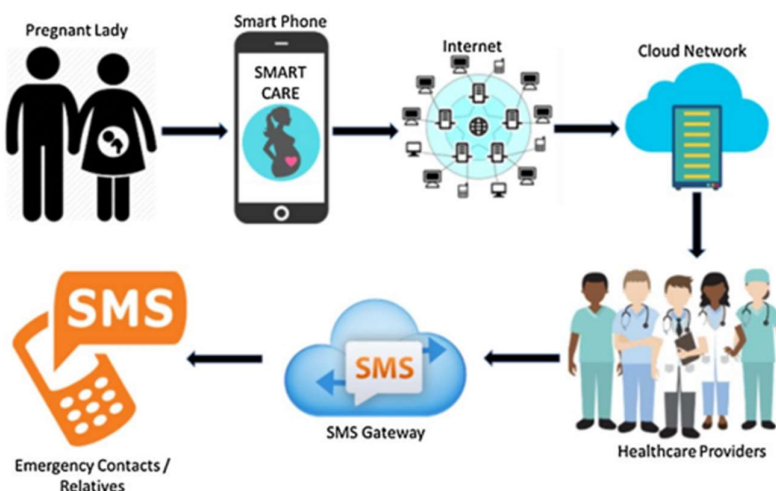
การดูแลสุขภาพทางไกลเริ่มมีความเด่นชัดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เนื่องจากป้องกันการติดเชื้อจากการเดินทางมายังโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด 19 ที่ผู้ป่วยเดินทางมาพบแพทย์ แพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพทางไกลมีการนำมาใช้อย่างหลากหลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ รวมถึงในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ การศึกษานวัตกรรมการดูแลสุขภาพทางไกลเน้นไปที่การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น และให้คำแนะนำผ่านข้อความหรือการพูดคุยกัน มีรายละเอียดดังนี้

แพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพทางไกลช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถติดตามสัญญาณชีพของสตรีตั้งครรภ์ได้ อุปกรณ์ประกอบด้วย เสื้อติดเซ็นเซอร์นาฬิกาตรวจจับการเต้นหัวใจ ค่าที่ได้คือ ความดันโลหิต น้ำหนัก และอัตราการเต้นของหัวใจทารก ซึ่งเป็นประโยชน์สำคัญโดยเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากอุปกรณ์ติดตามนี้ ที่บ้านจะถูกส่งไปยังผู้ให้บริการทางการแพทย์ในเวลาเรียลไทม์ จึงสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าสัญญาณชีพผิดปกติได้ทันทีที่มีภาวะระบบเฝ้าติดตามความเสี่ยง แสดงในภาพที่ 2⁽⁹⁾ มีการศึกษาโดยใช้กลุ่มนวัตกรรมการดูแลสุขภาพทางไกล (remote monitoring group) ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตไร้สาย เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล และเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าสามารถตรวจจับความเสี่ยง แนวโน้มอาการของภาวะความดันโลหิตสูงได้ ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแล และแนะนำเพื่อให้มารักขาในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลด้วย telemedicine เพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ ผ่านระบบแอปพลิเคชันในมือถือ และเว็บไซต์ให้คำปรึกษาต่างๆ ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้

แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ลดลงเกิดจากนวัตกรรมนี้จริงหรือไม่ หรือที่จริงแล้วภาวะซึมเศร้าที่ลดลงเกิดจากการให้คำปรึกษาของคนใกล้ชิด หรือการดูแล

อื่น ๆ ที่ไม่ได้ควบคุมตัวแปรในการศึกษา ด้วยว่าขาดการสังเกตพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างแท้จริง⁽¹¹⁾



ภาพที่ 2 ระบบเฝ้าติดตามความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ระยะไกล⁽⁹⁾

Figure 2 Architecture of remote pregnancy risk monitoring system⁽⁹⁾

แอปพลิเคชันหรือเว็บบล็อกให้ความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์

การศึกษาลงของการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและเว็บบล็อกของสตรีตั้งครรภ์ ไม่ใช่เพียงแค่เป็นการให้ความรู้เท่านั้น แต่ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันบางรายการ สามารถสร้างแรงจูงใจหรือปรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้ แนวโน้มของการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือเว็บบล็อกให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ ยังไม่สิ้นสุด สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เพราะความต้องการและบริบทของสตรีตั้งครรภ์ของแต่ละกลุ่ม ยังคงมีอยู่ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษาลงของการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและเว็บบล็อกของสตรีตั้งครรภ์ในประเทศตุรกี พบว่าสามารถให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ได้ เมื่อเปรียบเทียบการใช้งานระหว่างแอปพลิเคชันและเว็บบล็อก พบว่าระดับความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ ทั้งนี้การศึกษาลงของการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้ง

ครรภ์ส่วนใหญ่สามารถค้นหาแอปพลิเคชันในท้องตลาดออนไลน์ได้ด้วยตนเอง มีแอปพลิเคชันที่ตอบโจทย์และไม่ตอบโจทย์ตามความต้องการ ไม่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามภาวะสุขภาพ การแจ้งเตือน ซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากด้านความรู้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการความรู้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยศึกษาผ่านสมาร์ทโฟน⁽¹³⁾ นอกจากนี้การศึกษาลงประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน Healthy Moms ต่อการส่งเสริมการเพิ่มน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าแอปพลิเคชันไม่มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนัก แต่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มีดัชนีมวลการเกินเกณฑ์⁽¹⁴⁾ การใช้ไอโอที (IoT) ในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

ระบบไอโอที (IoT) มาจากคำว่า Internet of Things หมายถึง เทคโนโลยีที่เชื่อมต่ออุปกรณ์ต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต เพื่อควบคุมการทำงานหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลบางอย่างได้โดยอัตโนมัติ อาจเป็นอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน อุปกรณ์ที่มีเซ็นเซอร์ เครื่องมือที่สามารถ

วัดข้อมูลสัญญาณชีพ หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งข้อมูลที่ประเมินได้ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ไปยังระบบที่ทำการประมวลผลหรือเก็บข้อมูล ในเชิงระบบสุขภาพไอโอที มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแล สุขภาพสามารถตรวจสอบและตอบสนองต่อสถานการณ์ ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันมีการนำระบบไอโอทีมาใช้ในการดูแลสุขภาพ สตรีตั้งครรภ์ดังนี้

การนำระบบไอโอทีมาใช้ ในการเตือนให้สตรี ตั้งครรภ์รับประทานยาบำรุงการตั้งครรภ์ให้ตรงเวลา⁽¹⁵⁾ การใช้สายรัดข้อมือ (wristband) เพื่อรายงานข้อมูล ด้านสุขภาพด้านระยะเวลาในการทำกิจกรรม แบบแผน การนอนหลับ อัตราการเต้นของหัวใจของสตรีตั้งครรภ์⁽¹⁶⁾ รวมถึงการออกแบบนวัตกรรมแบบเสื้อผ้าให้สตรีตั้งครรภ์ สวมใส่ ซึ่งมีระบบการตรวจจับการเคลื่อนไหว (accelerometers) ระบบมีการเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) สำหรับการติดตามการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ แบบอัตโนมัติ ตอบสนองกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ด้วยตนเอง ใช้ระบบไอโอที เพื่อเชื่อมต่อหน่วยติดตาม เข้ากับศูนย์ควบคุม ถือว่าเป็นแพลตฟอร์มในการดูแล สุขภาพทารกในครรภ์แบบระยะไกลอีกชนิดหนึ่ง⁽¹⁷⁾

ความท้าทายและข้อควรพิจารณา

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรี ตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคที่เทคโนโลยีเข้ามา มีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลในระบสุขภาพ ได้นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่แนวโน้มการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้ เทคโนโลยีในประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อเทคโนโลยี หรือแอปพลิเคชัน สตรีตั้งครรภ์รู้สึกกังวลถึงความปลอดภัย และความไม่แม่นยำของเทคโนโลยีเพื่อการดูแล สตรีในระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ปัญหาของสตรีตั้ง ครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวานในระยะตั้งครรภ์ และปัญหา การคลอดก่อนกำหนดนั้น ในโรงพยาบาลแต่ละ ระดับ อาจพบปัญหา ความท้าทาย และแนวโน้มการพัฒนา ในอนาคตที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ปัญหา ความท้าทาย และแนวโน้มการพัฒนาในอนาคตของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

Table 1 Problems, challenges, and future development trends of different levels of hospitals

ระดับโรงพยาบาล	ปัญหาที่พบ	ความท้าทาย	แนวโน้มการพัฒนาในอนาคต
โรงพยาบาลเอกชน	ค่าใช้จ่ายสูง	พัฒนาแพ็คเกจบริการที่เหมาะสมเพื่อ ลดค่าใช้จ่าย/สร้างแรงจูงใจ	ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น AI และ Big Data เพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อน
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย	มีภาระงานสูงเนื่องจากเป็น ความคาดหวังในการทำวิจัย	พัฒนาเครือข่าย Telemedicine เชื่อม โยงกับรพ.ระดับล่าง	วิจัยและพัฒนาแนวทางใหม่ในการ ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป	ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะ ทางบางพื้นที่	สนับสนุนแพทย์และพยาบาลเฉพาะ ทางเพิ่มเติม	เพิ่มการใช้ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน
โรงพยาบาลชุมชน	มีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และ บุคลากร	เพิ่มการอบรมพยาบาลให้สามารถ ดูแลเบื้องต้นได้ดีขึ้น	ขยายการเข้าถึง Telemedicine และส่ง ต่อกรณีรุนแรงไปยังโรงพยาบาลใหญ่
รพ.สต.	ไม่มีแพทย์ประจำ พยาบาล ต้องดูแลแบบองค์รวม	สนับสนุนการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ แม่และเด็ก เพื่อติดตามสุขภาพสตรี ตั้งครรภ์	พัฒนาโมเดลการดูแลร่วมกับชุมชน และเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการ เฝ้าระวัง

เป็นความท้าทายที่น่าสนใจว่า หากมีการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้เพื่อติดตามสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นนวัตกรรมที่มีความแม่นยำและรวดเร็ว แต่ก็มีความท้าทายและข้อควรพิจารณาในการใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้ที่ต้องคำนึงถึง ความกังวลใจของสตรีตั้งครรภ์บางกลุ่ม อาจยังไม่เข้าใจวิธีการใช้งาน หรือความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์สวมใส่ บทบาทพยาบาลคือการให้ข้อมูลทำความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้งาน รวมถึงการให้ข้อมูลด้านการคุ้มครองความเป็นส่วนตัว และการเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่ต้องเป็นความลับ^(20,21) พบว่าในประเทศไทยมีการนำเทคโนโลยีเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์มาใช้ ในเรื่องการติดตามให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์หรือระบบออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เพื่อติดตามการเจริญเติบโตทารกในครรภ์ การนัดหมายเพื่อตรวจครรภ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ และการใช้อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพผ่านนาฬิกา smart watch เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่พบคือต้องมีการเสียค่าใช้จ่าย และขาดการยอมรับความแม่นยำของอุปกรณ์ต่อการตรวจสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ข้อควรพิจารณาในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้บทบาทของพยาบาลที่เหมาะสมต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลควรมีดังนี้⁽²¹⁻²²⁾

1. การฝึกอบรมหรือเรียนรู้นวัตกรรมเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ฝึกอบรมการใช้งานเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในระบบการสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชัน ระบบไอโอที เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย สามารถให้คำแนะนำได้

2. ตรวจสอบเทคโนโลยีที่มีความเหมาะสมและความปลอดภัยต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้

3. สามารถบูรณาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้เข้ากับการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ทำความเข้าใจว่าเทคโนโลยีไม่ควรทดแทนการดูแลสุขภาพที่มีอยู่แล้ว แต่ควรใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการช่วยในการติดตามและดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ให้ดียิ่งขึ้น

4. ส่งเสริมการรับข้อมูลและการใช้บริการสามารถให้ข้อมูลสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน รวมทั้งสามารถแจ้งเตือนเมื่อพบความผิดปกติจากผลการใช้เทคโนโลยี

แนวโน้มและการพัฒนาในอนาคต

เทคโนโลยีในอนาคต จะมีบทบาทต่อการช่วยดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยใช้องค์ความรู้ของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial Intelligence: AI) บูรณาการระบบการดูแล และนวัตกรรมใหม่ที่กำลังพัฒนาขึ้น ดังนี้^(4,7,10,17)

1. เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มีบทบาทในการช่วยตรวจจับและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การตรวจจับอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ การทำนายความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างการจัดครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปัญญาประดิษฐ์สามารถประมวลผลข้อมูลจากการติดตามสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

2. บูรณาการระบบการดูแล เชื่อมโยงข้อมูลจากแอปพลิเคชันสำหรับการตั้งครรภ์ ใช้ข้อมูลจากนวัตกรรมเซ็นเซอร์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทารก และแพลตฟอร์มดิจิทัลต่างๆ เข้ากับระบบคลินิกหรือโรงพยาบาล หรือใช้ระบบไอโอทีที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยสามารถทำให้ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถตรวจสอบสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกได้โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล

3. นวัตกรรมใหม่ที่กำลังพัฒนา ในรูปแบบเสื้อผ้าที่สวมใส่ เป็นอุปกรณ์แต่งตัว เครื่องประดับ หรือแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตของสตรีตั้งครรภ์

วิจารณ์

หากนำเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์มาใช้ อาจเผชิญกับความท้าทายในเรื่องที่สตรีตั้งครรภ์บางรายไม่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการหรือใช้เทคโนโลยีด้วยระยะทางที่อยู่ห่างไกลจากผู้ให้ใช้ผลิตภัณฑ์

ประเทศไทยยังขาดบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีองค์ความรู้และเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงข้อจำกัดของบางพื้นที่ที่ไม่มีอินเทอร์เน็ต และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ บทความนี้ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เทคโนโลยีการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพลตฟอร์มการดูแลสุขภาพทางไกล Telehealth แอปพลิเคชันหรือเว็บบล็อกให้ความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ และการใช้ไอโอที (IoT) ในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ประเด็นที่น่าสนใจคือ การพัฒนานวัตกรรมที่สามารถตรวจวัดข้อมูลด้านสุขภาพโดยไม่ถูกลำเล้าเข้าไปในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ยังเป็นหัวข้อที่นักวิจัยหรือนักพัฒนาสามารถต่อยอดเพื่อการดูแลต่อไปได้ รวมทั้งบทบาทของพยาบาลต่อการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ต้องได้รับการฝึกอบรมหรือเรียนรู้เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย สามารถให้คำแนะนำได้^(18- 21)

สรุป

ประโยชน์ของการเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ โดยใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพทางไกล ลดความเสี่ยงอุบัติเหตุในการเดินทาง ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเมื่อเข้าพื้นที่สาธารณะ เสริมสร้างความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ในสังคมไทย ให้สามารถดูแลตนเองได้โดยใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ ทิศทางของเทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์จะมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ วินิจฉัยโรค ติดตามภาวะสุขภาพ มีการบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพในภาพใหญ่โดยใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นฐาน และพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ผ่านสมาร์ตโฟนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการจัดระบบเก็บข้อมูลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยต่อการโจรกรรมไซเบอร์ที่สูง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อประกอบการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์
2. ด้านการปฏิบัติงาน ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพทางไกลที่มีความเสถียรในด้านแพลตฟอร์มเพื่อป้องกันความสับสนต่อการใช้งาน รวมถึงพัฒนาระบบการแจ้งเตือน การติดตามผลที่รวดเร็ว เพื่อสามารถให้การดูแลได้ทันทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. Brooks SK, Weston D, Greenberg N. Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: rapid evidence review. Public health [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 24];189:26–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620304133>
2. Ricci S. Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing. Lippincott Williams & Wilkins [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=B4ogEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT30&dq=Essentials+of+maternity,+newborn,+and+women%27s+health+nursing.+Lippincott+Williams+%26+Wilkins&ots=KZzqz5b2aL&sig=IXmoqB8OpslHdH-GiLH-AFOQHajG>
3. Mc Dowell AM. Inequalities in health outcomes among users of prenatal care (Master's thesis) [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/80649>

4. Mapari SA, Shrivastava D, Dave A, Bedi GN, Gupta A, Sachani P, et al. Revolutionizing Maternal Health: The Role of Artificial Intelligence in Enhancing Care and Accessibility. *Cureus*. 2024;16(9):e69555.
5. Revathy JS, Mangaiyarkkarasi J. Pregnancy in the digital age: a new era of healthcare technologies. Predicting Pregnancy Complications Through Artificial Intelligence and Machine Learning [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 24];293–309. Available from: https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=GjfaEAAAQBA-J&oi=fnd&pg=PR1&dq=A+New+Era+of+Healthcare+Technologies.+Predicting+Pregnancy+Complications+Through+Artificial+Intelligence+and+Machine+&ots=ep5jp-gHrSL&sig=S7_dDrhpQOT7548ZIf0ckREu5Q
6. Mazaheri Habibi MR, Moghbeli F, Langarizadeh M, Fatemi Aghda SA. Mobile health apps for pregnant women usability and quality rating scales: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 24];24(34):1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-023-06206-z>
7. Zhang Y, Gu A, Xiao Z, Xing Y, Yang C, Li J, et al. Wearable fetal ECG monitoring system from abdominal electrocardiography recording. *Biosensors* [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 24];12(7):1–15. Available from: <https://www.mdpi.com/2079-6374/12/7/475>
8. Yoshida Y. UCI engineers develop wearable fetal monitoring technology [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://engineering.uci.edu/news/2022/11/uci-engineers-develop-wearable-fetal-monitoring-technology>
9. Veena S, Aravindhar DJ. Remote monitoring system for the detection of prenatal risk in a pregnant woman. *Wireless Personal Communications* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];119(2):1051–64. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11277-021-08249-x>
10. Lanssens D, Vandenberg T, Smeets C J, De Cannire H, Molenberghs G, Van Moerbeke A, et al. Remote monitoring of hypertension diseases in pregnancy: a pilot study. *JMIR mHealth and Health* [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 24];5(3):1–10. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2017/3/e25>
11. Nair U, Armfield NR, Chatfield MD, Edirippulige S. The effectiveness of telemedicine interventions to address maternal depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare* [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 24];24(10):639–50. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1357633X18794332>
12. Şat SÖ, SÖzbir ŞY. Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. *Midwifery* [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 24];62:273–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818301098>
13. Frid G, Bogaert K, Chen KT. Mobile health apps for pregnant women: systematic search, evaluation, and analysis of features. *Journal of medical Internet research* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];23(10):1–7. Available from: <https://www.jmir.org/2021/10/e25667/>

14. Sandborg J, Söderström E, Henriksson P, Bendtsen M, Henström M, Leppänen MH, et al. Effectiveness of a smartphone app to promote healthy weight gain, diet, and physical activity during pregnancy (Healthy Moms): randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];9(3):1–18. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2021/3/e26091/>
15. Bundi D, Thiga M, Mutua S. The role of IoT, blockchain, artificial intelligence and machine learning in maternal health. *Proceedings of the Kabarak University International Conference Computing and Information Systems 2021, Nakuru, Kenya* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];4th–8th October 2021. Available from: <http://ir.kabarak.ac.ke/handle/123456789/773>
16. Saarikko J, Niela-Vilen H, Ekholm E, Hamari L, Azimi I, Liljeberg P, et al. Continuous 7-month internet of things-based monitoring of health parameters of pregnant and postpartum women: prospective observational feasibility study. *JMIR formative research* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 24];4(7):1–11. Available from: <https://formative.jmir.org/2020/7/e12417/>
17. Zhao X, Zeng X, Koehl L, Tartare G, de Jonckheere J, Song K. An IoT-based wearable system using accelerometers and machine learning for fetal movement monitoring. In: 2019 IEEE International Conference on Industrial Cyber Physical Systems (ICPS) [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 24];299–304. Available from: <https://ieeexplore.ieee.org/document/8780301>
18. Flessa S, Huebner C. Innovations in health care—a conceptual framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];18(19):1–19. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/10026>
19. Jittitaworn W, Fox D, Catling C, Homer CS. Recognising the challenges of providing care for Thai pregnant adolescents: healthcare professionals’ views. *Women and Birth* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 24];33(2):182–90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519218316780>
20. Li J, Silvera-Tawil D, Varnfield M, Hussain MS, Math V. Users’ perceptions toward mHealth technologies for health and well-being monitoring in pregnancy care: qualitative interview study. *JMIR Formative Research* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 24];5(12):1–14. Available from: <https://formative.jmir.org/2021/12/e28628/PDF>
21. Vickery M, van Teijlingen E, Hundley V, Smith GB, Way S, Westwood G. Midwives’ views towards women using mHealth and eHealth to self-monitor their pregnancy: a systematic review of the literature. *European journal of midwifery* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 24];4(36):1–11. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7839093/pdf/EJM-4-36.pdf>
22. Bucher SL, Cardellichio P, Muinga N, Patterson JK, Thukral A, Deorari AK, et al. Digital Health Innovations, Tools, and Resources to Support Helping Babies Survive Programs. *Pediatrics*. 2020;146(Suppl 2):S165–82.

ความเสมอภาคระหว่างเพศด้านการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีน ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

Gender equity in vaccination access during the COVID-19 pandemic

พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ

Pahurat Kongmuang Taisuwan

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริ

Secretariat Office of the Royal Development

โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่

Projects Committee, Department of

เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์

Disease Control

กรมควบคุมโรค

DOI: 10.14456/dcj.2025.17

Received: January 6, 2025 | Revised: February 24, 2025 | Accepted: March 13, 2025

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ทำให้มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 704 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 7 ล้านคนทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพประชาชน ระบบสุขภาพ และเศรษฐกิจ รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด บทนิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการระบาดของโรคโควิด 19 กับความเสมอภาคระหว่างเพศด้านสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างทัศนคติ และความเสมอภาคระหว่างเพศในการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผลการศึกษา พบว่า สังคมไทยยังมีความเหลื่อมล้ำ และอัตราการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่สูงขึ้นในกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากการไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำกัด นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นำไปสู่การปฏิบัติด้านสาธารณสุขใหม่ ๆ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม ซึ่งมีความยากลำบากในกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางสังคมต่ำ การเข้าถึงวัคซีนเป็นอีกประเด็นสำคัญ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ โดยพบว่าในกลุ่ม LGBTQI และกลุ่มเพศหญิง ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่ากลุ่มเพศชาย (ร้อยละ 56.73, 52.64 และ 50.25 ในกลุ่ม LGBTQI กลุ่มเพศหญิง และเพศชาย ตามลำดับ) การศึกษานี้เน้นถึงความสำคัญของการสื่อสารความเสี่ยงในการส่งเสริมความเท่าเทียม ด้านการเข้าถึงวัคซีน โดยใช้กลยุทธ์ในการสร้างความไว้วางใจ และความโปร่งใส เพื่อให้ตอบสนองความต้องการ ที่หลากหลายของประชากร เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 และโรคติดต่ออื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ติดต่อผู้พิมพ์ : พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ

อีเมล : pk_taisu@yahoo.com

Abstract

Access to healthcare services is a challenge for all countries worldwide, including Thailand. Furthermore, the outbreak of emerging infectious diseases, particularly the COVID-19 pandemic from 2020

to 2025, led to over 704 million infections and more than 7 million deaths globally, severely impacting public health, health systems, and economies, especially among vulnerable populations, where disparities in access to healthcare and health equity are evident. This paper aims to study the effects of the COVID-19 pandemic on gender health equity and risk communication to foster positive attitudes and gender equity in health, as well as access to vaccination services during the COVID-19 outbreak. The study found that Thai society still experiences disparities, with higher rates of COVID-19 transmission among vulnerable groups due to non-compliance with medical advice and limited access to public health services. Additionally, the pandemic has changed human behavior, leading to new public health practices such as mask-wearing and social distancing, which are particularly challenging for those with lower socioeconomic status. Vaccine access is another critical issue that reflects these disparities, with LGBTQI groups and women facing greater difficulties in accessing COVID-19 vaccination services compared to men (56.73%, 52.64%, and 50.25% for LGBTQI, women, and men, respectively). In summary, this study emphasizes the importance of risk communication in promoting equitable access to vaccines. Strategies should focus on building trust, transparency, and inclusiveness in public health messaging to meet the diverse needs of all populations and to enhance the effectiveness of prevention and control measures for COVID-19, as well as other infectious diseases.

Correspondence: Pahurat Kongmuang Taisuan

E-mail: pk_taisu@yahoo.com

คำสำคัญ

การสื่อสารความเสี่ยง,ทัศนคติ, ความเสมอภาค, เพศสภาพ, วัคซีน, โรคโควิด 19, สัมประสิทธิ์จีนี

Keyword

risk communication, attitude, equity, gender, vaccine, COVID-19, Gini coefficient

บทนำ

ปัญหาทางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งคนบางกลุ่มมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเสียชีวิตมากกว่าคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่มีการระบาดของโรค เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ชายป่วยรุนแรงจากโควิด 19 และเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิง⁽²⁾ เพราะนอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชน ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม รัฐบาลไทยจึงได้ประกาศพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2545⁽³⁾ เพื่อให้มีการพัฒนาด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (human right) และด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นประชาชนชาวไทยให้ได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามของระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถามสิทธิและไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน (Universal Coverage for Emergency Patient: โครงการ UCEP) อย่างไรก็ตาม ประเด็นท้าทายที่สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ควรมีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การพัฒนาการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการ และการสร้าง

ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการ (Health Equity) ของผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเปิดประเทศเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและประชาคมโลก

Health Equity หรือความเสมอภาค ความเท่าเทียม และเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม ชนชั้น เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ หรือถิ่นที่อยู่อาศัย ให้ได้รับการบริการสุขภาพโดยปราศจากความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้หรือลดความเหลื่อมล้ำได้อีกทั้งหมายถึงการปราศจากซึ่งการขัดต่อความยุติธรรมและสิทธิพึงได้ส่วนบุคคล ทั้งนี้ระบบสุขภาพจึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค พัฒนาการทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติ สิ่งที่มีมักจะเกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ⁽¹⁾ ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากโรคระบาด หรือภัยพิบัติ คือ ข้อจำกัดและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข⁽⁴⁾ อย่างที่ปรากฏเมื่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก เช่น โรคซาร์ส โรคเมอร์ส โรคโควิด 19⁽⁵⁻⁶⁾

โรคโควิด 19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีรายงานผู้ป่วยยืนยันครั้งแรกที่ประเทศจีน เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2563 ก่อนกระจายไปทั่วโลก ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2568 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ทั่วโลก มากกว่า 704 ล้านราย เสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคโควิด 19 ในประเทศไทย รายงานผู้ป่วยยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั้งหมดกว่า 4.77 ล้านราย เสียชีวิตมากกว่า 34,000 คน โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมนุษย์

ให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิต ส่งผลต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข⁽⁷⁾ รวมทั้งระบบเศรษฐกิจ นอกจากนี้โรคโควิด 19 เพิ่มความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเกือบทุกประเทศ⁽⁴⁾ เกิดวิกฤติงานที่เลวร้ายที่สุดในรอบกว่า 90 ปี โดยมีประชากรโลกหลายร้อยล้านคนที่ตกงาน ไม่มีงานทำ โดยกลุ่มของผู้หญิง และชนกลุ่มน้อยได้รับผลกระทบมากที่สุด และทำให้เกิดคำถามด้านสิทธิมนุษยชนว่าปัจจุบันรัฐบาลทั่วโลกปกป้องสิทธิต่อสุขภาพของประชาชนด้วยการจำกัดสิทธิด้านอื่น ๆ หรือไม่ ทั้งสิทธิในการเดินทาง พบปะ รวมตัวในที่สาธารณะ หน้าที่การทำงาน และชีวิตในครอบครัวของเราด้วยการกักตัวอยู่บ้าน ห้ามเดินทาง การปิดสถานที่ทำงานและสถานศึกษา กฎหมายนานาชาติระบุถึงความจำเป็นที่จะต้องรับรองสิทธิของประชาชน⁽⁸⁾ แต่การรักษาสมดุลระหว่างสิทธิต่าง ๆ เพื่อให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้นั้นแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ⁽⁵⁾

มีการศึกษาความไม่เท่าเทียมที่เกิดจากการล็อกดาวน์เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด 19 ใน 70 ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ช่วงเดือนมีนาคม จนถึงต้นเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2020 โดยศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยนิวยอร์ก (Center on International Cooperation, New York University)⁽⁶⁾ พบความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของประชาชนจากการระบาดของโควิด 19 ได้แก่

1. ความเชื่อมั่น และการเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์การระบาดของโรค โดยพบสังคมที่ประชาชนเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์น้อย มีผลให้อัตราการระบาดของโควิด 19 สูง
2. คนที่มีรายได้น้อย และมีเงินเก็บออมต่ำ มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตช่วงล็อกดาวน์ไม่สามารถกักตัว และมีความเสี่ยงต่อการติดโรค
3. คนที่มีรายได้น้อย มักอาศัยอยู่รวมกันในพื้นที่แออัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การระบาดของโควิด 19
4. สังคมที่มีค่าสัมประสิทธิ์จีนิ (Gini coefficient) สูง ยิ่งมีความเหลื่อมล้ำในสังคม ส่งผลให้การ

เข้าถึงบริการสาธารณะยิ่งน้อย ถ้ามีการเข้าถึงบริการสาธารณะน้อย สังคมนั้นก็ยังมีแนวโน้มที่จะเจอการแพร่ระบาดสูง

5. ภายใต้อาณัติความเหลื่อมล้ำสูง มักจะมีคนกลุ่มหนึ่งที่ถูกลิดกั้นอย่างเป็นระบบ (systemic exclusion)

โดยสรุป ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบางส่งผลให้คนกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อโควิดสูงกว่าคนกลุ่มหลักของสังคม เพราะอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและความช่วยเหลือจากทางการได้เท่าคนอื่น ร่วมกับการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระบาดของโรคโควิด 19⁽¹⁻²⁾ ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพประชาชน ระบบสุขภาพ และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง⁽⁴⁾ โดยเฉพาะประชากรที่เปราะบาง⁽⁵⁻⁶⁾ รวมทั้ง ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของกลุ่มเพศสภาพต่าง ๆ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางแบบเร่งด่วน (cross-sectional, descriptive study, quick survey) ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เป็นแฟนเพจ “ไทยรู้สู้โควิด” ที่สมัครใจตอบแบบสอบถามผ่านการโพสต์ของแอตมินเพจ ระหว่างวันที่ 13-26 กรกฎาคม 2564

โดยผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่ม LGBTQI ในข้อคำถามที่เกี่ยวกับเพศ (sex) และปรับเปลี่ยนเป็นเพศสภาพ (gender) เพื่อเข้าใจบริบท และผลกระทบต่อโรคโควิด 19 รวมทั้งการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด 19

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และความครอบคลุมของการได้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

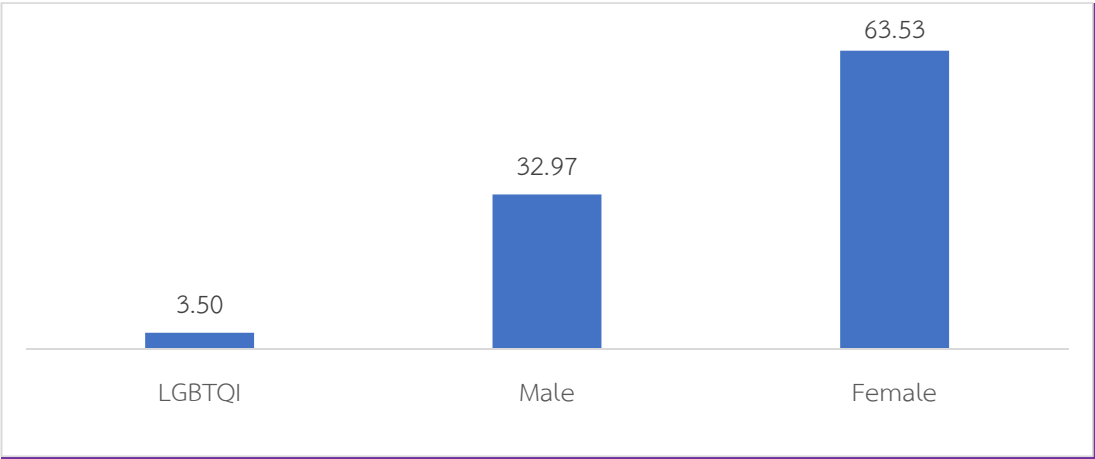
ผลการศึกษา

ข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด 19 โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานโดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค., the Centre for COVID-19 Situation Administration: CCSA) ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2564 โดยจำแนกตามเพศและอายุ พบว่า เพศชาย ร้อยละ 46.99 และเพศหญิง ร้อยละ 44.53 มีสัดส่วนติดเชื้อและเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน 1.01:1 ทั้งนี้ยังไม่สามารถระบุเพศได้อีกจำนวนหนึ่ง ร้อยละ 8.48

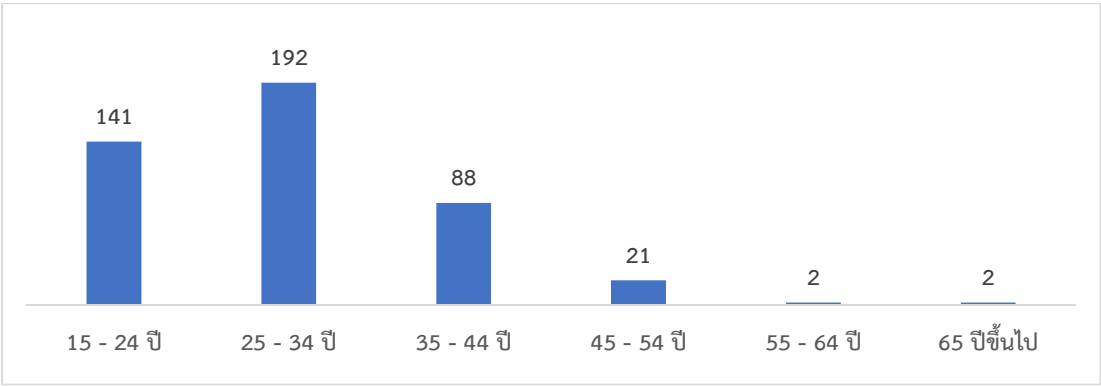
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเรื่องโรคโควิด 19 (ดีดีซีโพล หรือ กรมควบคุมโรคโพล, DDC Poll-Department of Disease Control Poll) ตั้งแต่ก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 ระหว่างการระบาดเป็นวงกว้างในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2563 จนถึงปัจจุบัน การสำรวจครั้งล่าสุด คือ การสำรวจการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเรื่องโรคโควิด 19 ทั้งหมด 41 ครั้ง โดยเป็นการสำรวจในพื้นที่ 5 ครั้ง และสำรวจผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต หรือออนไลน์ 36 ครั้ง รวมประชากรกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามทั้งหมด 140,713 คน เฉลี่ย 3,432 คน/ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะมีการเพิ่มประเด็นสอบถามตามสถานการณ์โรค กิจกรรมสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การฉีดวัคซีน การเปิดประเทศ การใช้ชีวิตวิถีใหม่ สำหรับการสำรวจการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเรื่องโรคโควิด 19 ออนไลน์ครั้งที่ 36 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13-26 กรกฎาคม 2564 ผู้เขียนได้เพิ่มกลุ่มของกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม จากเดิม 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย เพศหญิง LGBTQI และไม่ต้องการระบุเพศ ในข้อคำถามที่เกี่ยวกับ เพศ (sex) และปรับเปลี่ยนเป็น เพศสภาพ (gender) เพื่อเข้าใจ

บริบท และผลกระทบจากโรคโควิด 19 ของแต่ละกลุ่มคนในสังคมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด 19 ตามเพศสภาพ และกลุ่มประชากร มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 12,742 คน พบว่า กลุ่ม LGBTQI

ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 446 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50, เพศหญิง ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 8,095 คน คิดเป็นร้อยละ 63.53 และเพศชาย ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4,201 คน คิดเป็นร้อยละ 32.97 (ภาพที่ 1 และ 2)



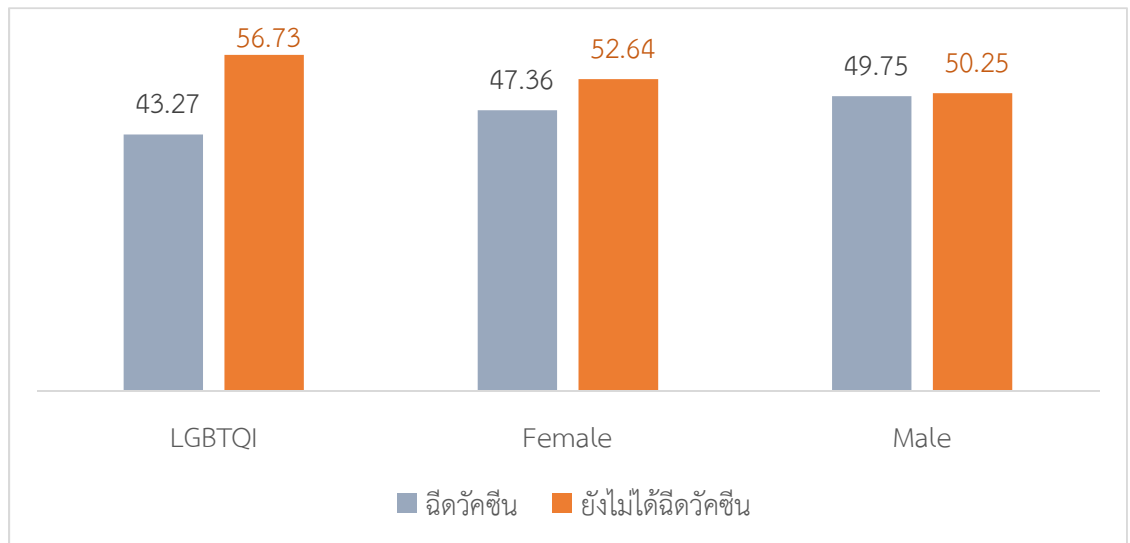
ภาพที่ 1 ร้อยละเพศสภาพที่ตอบแบบสอบถาม, DDC poll online ครั้งที่ 36
Figure 1 Percentage of response by gender, 36th DDC poll online



ภาพที่ 2 กลุ่มอายุของ LGBTQI ที่ตอบแบบสอบถาม, DDC poll online ครั้งที่ 36
Figure 2 LGBTQI who responded to the questionnaire by age, 36th DDC poll online

เมื่อสอบถามว่าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หรือยัง พบว่าในภาพรวมมีสัดส่วนการฉีดวัคซีนและไม่ฉีดวัคซีนโควิด 19 ใกล้เคียงกัน โดยฉีดวัคซีนแล้ว 6,117 คน คิดเป็นร้อยละ 48.01 และยังไม่ฉีดวัคซีน 6,625 คน คิดเป็นร้อยละ 55.99 แต่เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศสภาพ พบว่า กลุ่ม LGBTQI ฉีดวัคซีนแล้ว

193 คน คิดเป็นร้อยละ 43.27 และยังไม่ฉีด 253 คน คิดเป็นร้อยละ 56.73 กลุ่มเพศหญิง ฉีดวัคซีนแล้ว 3,834 คน คิดเป็นร้อยละ 47.36 และยังไม่ฉีด 4,261 คน คิดเป็นร้อยละ 52.64 และกลุ่มเพศชาย ฉีดวัคซีนแล้ว 2,090 คน คิดเป็นร้อยละ 49.75 และยังไม่ฉีด 2,111 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25 (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ร้อยละการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 แยกตามกลุ่มเพศสภาพ, DDC poll online ครั้งที่ 36

Figure 3 Percentage of COVID-19 vaccination services received by gender, 36th DDC poll online

วิจารณ์

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ทุกชนชั้น ทุกเพศ และทุกวัย ยังทำให้มนุษย์เปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต⁽⁴⁻⁵⁾ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ การเว้นระยะห่างทางกาย การไม่ทักทายกันด้วยการสัมผัสมือ กอด หรือจูบ ตามธรรมเนียมตะวันตก เป็นต้น เพื่อสกัดกั้นเนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด 19 ที่ติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลายจากจมูกหรือปาก จากการรายงานของ ศบค.⁽⁹⁾ พบสัดส่วนการติดเชื้อและเจ็บป่วยของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน 1.01:1 ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้เรียกร้องให้แต่ละประเทศให้มีการรายงาน และดำเนินการมาตรการป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับเพศสภาพ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีความแตกต่างกันของแต่ละประเทศ⁽¹¹⁾ สำหรับกลุ่ม LGBTQI ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งในสังคมที่คนในสังคม และสมาชิกในครอบครัวไม่ยอมรับ และปิดกั้นความหลากหลายทางเพศนี้ การจัดบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมจึงไม่ได้สอดคล้องกับความหลากหลาย

ทางเพศของกลุ่มประชากรนี้ รวมทั้งเมื่อกลุ่ม LGBTQI ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะโรคระบาด เช่น ติดเชื้อเจ็บป่วย ถูกให้ออกจากงาน หรือสถานที่ทำงานปิดชั่วคราว ต้องกลับไปใช้ชีวิตภายในครอบครัวที่ไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศ ยิ่งทำให้กลุ่ม LGBTQI มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19⁽¹²⁾

วัคซีนถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19^(11,13) เมื่อฉีดวัคซีนจะช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดความรุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิตได้ รวมทั้งอาจช่วยลดโอกาสการติดเชื้อและแพร่เชื้อได้ แม้คนทั่วโลกหวังว่าวัคซีนต้านโควิดจะช่วยนำโลกกลับสู่ความปกติ และคลี่คลายมาตรการควบคุมโรค ที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน การเข้าถึงวัคซีนก็เป็นกระบอกสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำของคนรวยและคนจนได้เป็นอย่างดี เห็นได้จากประเทศที่ร่ำรวยได้สั่งซื้อวัคซีนในล็อตแรกๆ และได้ฉีดวัคซีนให้ประชากรของตนเองแล้ว ในขณะที่ประเทศที่ยากจน ยังคงต้องรับวัคซีนจากความช่วยเหลือขององค์การอนามัยโลก และไม่สามารถสั่งซื้อวัคซีนในปริมาณที่เพียงพอกับประชากร

ของตัวเองได้ โครงการโคแวกซ์ (COVAX) จึงเกิดขึ้นมา^(11,13) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง องค์การพันธมิตรเพื่อวัคซีนกาวิ (GAVI) องค์การอนามัยโลก และกลุ่มพันธมิตรความร่วมมือด้านนวัตกรรมเพื่อรับมือโรคระบาด (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations: CEPI) เพื่อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตลอดจนการขนส่งและการจัดเก็บวัคซีน โดยยูนิเซฟเป็นผู้นำในการจัดหาวัคซีนให้กับประเทศที่มีรายได้ต่ำไปจนถึงประเทศที่มีรายได้ต่ำปานกลางกว่า 92 ประเทศ ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนการจัดหาวัคซีนให้กับประเทศที่มีรายได้สูงปานกลาง และประเทศที่มีรายได้สูงมากกว่า 97 ประเทศ ซึ่งทั้งหมดนี้ครอบคลุม 4 ใน 5 ของประชากรโลก วัคซีนสองพันล้านโดสแรกมุ่งไปที่การปกป้องดูแลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่ทำงานเพื่อสังคม ตลอดจนผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และเปราะบาง

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก⁽⁹⁻¹⁰⁾ โดยเฉพาะกลุ่มเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะทำงานแล้วได้ค่าแรงต่ำ ขาดความปลอดภัย และทำงานนอกระบบมากกว่าผู้ชาย⁽⁵⁻⁶⁾ อีกทั้งผู้หญิงส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพด้านสาธารณสุขและงานที่ต้องอยู่ในแนวหน้าของการต่อสู้กับโรคโควิด 19 อีกด้วยต้องเสี่ยงทั้งสุขภาพ ความปลอดภัยของตัวเองและครอบครัว ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การได้รับสนับสนุนจากภาครัฐในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งการเข้าถึงบริการการฉีดวัคซีน นอกจากนี้ การมีความรู้ ความเข้าใจ และรู้แหล่งข้อมูลในการเข้าถึงบริการดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางโรคโควิด 19 ให้ผ่านพ้นวิกฤตินี้ไปได้⁽¹⁴⁾

จากข้อมูลข้างต้นบ่งชี้ถึงความเท่าเทียมกัน ในความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด 19 และเจ็บป่วยของเพศ⁽¹⁵⁾ แต่พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ไม่เท่ากัน โดยพบว่ากลุ่ม LGBTQI มีอัตราการฉีดวัคซีนน้อยกว่าเพศชายและเพศหญิง อาจบ่งชี้ถึงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึง

บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตามเพศสภาพ^(11,13,16) ซึ่งเมื่อทบทวนข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็น LGBTQI พบว่า ต้องการฉีดวัคซีน แต่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจึงยังไม่ได้ฉีดวัคซีน การฉีดวัคซีนโควิดเป็นหนึ่งในหลาย ๆ มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคที่มีความสำคัญ เพราะวัคซีนจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยรุนแรง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตได้ รวมทั้งอาจช่วยลดโอกาสการติดเชื้อได้ด้วย ในกรณีนั้นนอกจากการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กลุ่มที่มีเพศสภาพที่มีความแตกต่างกันนี้เข้าถึงบริการให้มากที่สุด อีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้พวกเขาเหล่านี้มีความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกัน คือ การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เมื่อค้นหาสื่อความรู้ และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า การใช้ภาพสื่อความหมาย และเนื้อความบ่งชี้เพศสภาพ เฉพาะเพศชาย และเพศหญิง ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศสภาพอื่นแต่อย่างใด ในกลุ่มที่มีเพศสภาพที่ไม่ได้รับการยอมรับทางสังคม มักมีความคิดเห็นว่าตนเองเป็นคนอื่น ไม่เข้าพวก ถูกโดดเดี่ยว⁽¹²⁾ และยิ่งทำให้เกิดการละเลยในการเข้ารับบริการสาธารณะได้ ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยรักษาชีวิตของประชาชน คือการสื่อสารความเสี่ยง และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ประชาชนมีสิทธิที่จะรู้ว่าพวกเขาจะปกป้องตัวเองจากความเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิตอย่างไร และประชาชนต้องได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อปกป้องตนเอง บุคคลที่พวกเขารัก และคนที่อยู่รอบๆ จากการเจ็บป่วยและสูญเสียจากความเสี่ยง⁽²⁰⁻²¹⁾ ประสิทธิภาพของการสื่อสารยังสามารถลดผลกระทบต่อความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจ และนโยบายในระหว่างภาวะฉุกเฉินนั้นๆ ได้ ในการสื่อสารความเสี่ยง สิ่งที่สำคัญตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก พลัของประชาชน มีความสำคัญ⁽²⁻⁸⁾ เพราะการกระทำของประชาชนมีผลต่อการกำหนด

ทิศทางของภาวะฉุกเฉิน⁽²²⁻²⁴⁾

การป้องกันควบคุมโรคใด ๆ จะไม่ประสบความสำเร็จหากประชาชนไม่กระทำด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อเป็นแลกเปลี่ยนด้วยคนที่มีความเท่าเทียมกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจบริบทของประชาชนที่มีความแตกต่างหลากหลาย และมีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคและการจัดการภาวะฉุกเฉิน และสร้างความเชื่อมั่นเชื่อถือ⁽²⁵⁻²⁶⁾

ปัจจัยความสำเร็จในการการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเสริมสร้างทัศนคติ และความเสมอภาคระหว่างเพศ ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19^(20,22) ได้แก่

1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (objective) และแผนงาน เพื่อการสื่อสารเสริมสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อสร้างความเสมอภาคระหว่างเพศ ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

2) การกำหนดกลุ่มประชาชนเป้าหมาย (target determination) กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่ม LGBTQI และเพศหญิง

3) การกำหนดหัวเรื่อง (theme setting) และกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยง รวมทั้งสื่อที่ใช้ในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อสร้างความเสมอภาคระหว่างเพศ ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยการกำหนดประเด็นสาร และสื่อเป็นสัญลักษณ์ ข้อความสั้น ๆ หรือคำขวัญ

4) กำหนดช่วงระยะเวลา (timing) และช่องทางการสื่อสาร โดยสื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องผ่านทั้งทางสื่อหลัก และสื่อโซเชียลมีเดีย

5) การกำหนดสื่อและเทคนิคต่าง ๆ จะใช้สื่อเครื่องมือ หรือเทคนิคใดให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย

6) การกำหนดงบประมาณ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเงิน

สรุป

แม้ในภาวะปกติจะมีความไม่เท่าเทียมทางเพศเกิดขึ้นเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่สังคมยังไม่ให้การยอมรับในวงกว้าง เช่นกลุ่ม LGBTQI ซึ่งการสร้างเสมอภาคระหว่างเพศ ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ต้องใช้กลวิธีด้านการสื่อสารความเสี่ยงแบบสองทาง และสื่อสารเฉพาะข้อความที่เป็นบวก (positive message) การสื่อสารที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศสภาพ โดยให้ความสำคัญ และกำหนดประเด็นสารและวิธีการที่สอดคล้องกับบริบทสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทุกกลุ่มวัย และทุกเพศสภาพมีความรู้ มีความเข้าใจ มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคโควิดที่ถูกต้อง และเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนโควิด 19 ซึ่งจะนำมาสู่การป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางแบบเร่งด่วน (quick survey) ที่มุ่งหาค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งดำเนินงานในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค จึงควรศึกษาในช่วงเวลาไม่มีการระบาดของโรค หรือการเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบ

2. กลุ่มตัวอย่างคือผู้สมัครใจตอบแบบสอบถามออนไลน์ จึงอาจมีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนของกลุ่มประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่ม LGBTQI

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดทำชุดความรู้หรือข้อมูลในการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสร้างการรับรู้ และทัศนคติเชิงบวกที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนการสนับสนุนวัคซีนอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน โดยเฉพาะแฟนเพจ “ไทยรัฐโควิด” ที่มีส่วนสำคัญให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Emergency Response Framework. Geneva: World Health Organization; 2024.
- Thai National Institute of Health. COVID-19: why do men die more? [Internet]. [cited 2024 Dec 29] Available from: <http://www.tncathai.org/images/NCAB/ncab-article73.pdf> (in Thai)
- National Health Security Office (NHSO). The National Health Security Act B.E. 2545. [Internet]. [cited 2025 Jun 3] Available from: https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/257/files/rk/47_62/2547/15.pdf
- Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med*. 2020;8(7):659–61.
- Burström B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European journal of public health*. 2020;30(4):617–8.
- The 101. It's not just that COVID-19 affects inequality, but inequality also affects the spread of COVID-19 [Internet]. [cited 2024 Dec 28] Available from: <https://www.the101.world/inequality-causes-covid/> (in Thai)
- Bavli I, Sutton B, Galea S. Harms of public health interventions against COVID-19 must not be ignored. *BMJ*. 2020;371:m4074.
- World Health Organization. IHR 2005. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Centre for COVID-19 Situation Administration. COVID-19 situation report by the Epidemiology Division, Department of Disease Control. August 1, 2021. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
- World Health Organization. Gender and COVID-19: advocacy brief [Internet] 2020 [cited 2024 Dec 28] Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1
- de Oliveira BRB, da Penha Sobral AIG, Marinho MLM, Sobral MFF, de Souza Melo A, Duarte GB. Determinants of access to the SARS-CoV-2 vaccine: a preliminary approach. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):183.
- Punnavit C, Prasertphai D, Thirakul PK, Amphaiphan U. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of LGBT+. The 13th National Academic Conference; July 8–9, 2021; Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand. (in Thai)
- Carter MA, Biro S, Maier A, Shingler C, Guan TH. COVID-19 vaccine uptake in Southeastern Ontario, Canada: monitoring and addressing health inequities. *J Public Health Manag Pract*. 2022;28(6):615–23.
- Moore JT, Luna-Pinto C, Cox H, Razi S, St Louis ME, Ricaldi JN, et al. Promoting health equity during the COVID-19 pandemic, United States. *Bull World Health Organ*. 2022;100(2):171–3.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Crisis and emergency risk communication. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
- Leung TY, Sharma P, Adithipyangkul P, Hosie

- P. Gender equity and public health outcomes: the COVID-19 experience. *J Bus Res.* 2020;116: 193–8.
17. Adebisi YA, Rabe A, Lucero-Prisco DE. Risk communication and community engagement strategies for COVID-19 in 13 African countries. *Health Promot Perspect.* 2021;11(2):137–47.
 18. Ataguba OA, Ataguba JE. Social determinants of health: the role of effective communication in the COVID-19 pandemic in developing countries. *Glob Health Action.* 2020;13(1):1788263.
 19. Department of Disease Control. Public health emergency communication manual. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2010. (in Thai)
 20. Department of Disease Control. Public health emergency communication manual. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2011. (in Thai)
 21. Taisuwat KT, Gleepkomut K, Trivijitsilp S, Sri-umpan T. Crisis risk communication manual for diseases and health threats. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2018. (in Thai)
 22. Taisuwat KT, Duangpasuk K, Trivijitsilp S, Sri-umpan. Summary of the academic conference on risk communication in response to Ebola virus disease and emerging infectious diseases in collaboration with the World Health Organization, Thailand Office, and Department of Disease Control. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. (in Thai)
 23. Taisuwat KT, Gleepkomut K, Trivijitsilp S, Sri-umpan T. Knowledge set on communication in disease: Risk communication for Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV). Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. (in Thai)
 24. Taisuwat KT, Duangpasuk K, Trivijitsilp S, Sri-umpan. Knowledge set on communication in disease: risk communication for Ebola virus infection. Bangkok: National Buddhism Office Printing House; 2015. (in Thai)
 25. Taisuwat KT, Duangpasuk K, Trivijitsilp S, Sri-umpan. Risk communication for diseases and health threats: case study of avian influenza in the avian influenza operation manual for medical and public health personnel (revised edition). Bangkok: Veterans Affairs Organization Printing House; 2015. p. 139–62. (in Thai)
 26. Taisuwat KT, Duangpasuk K, Trivijitsilp S, Sri-umpan. Risk communication for diseases and health threats: case study of Zika virus infection in the Zika virus infection prevention and control manual for medical and public health personnel, 2016. Bangkok: Veterans Affairs Organization Printing House; 2016. p. 118–35. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่อาศัยกับพ่อแม่กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการ
สูบบุหรี่ของเยาวชนในอำเภอแห่งหนึ่งเขตชนบทไทยThe relationship between living with parents and alcohol consumption and smoking
behaviors among adolescents in a district in rural Thailandวัชรินทร์ บุญประกอบ¹Watchareepond Boonprakob¹เพียงพิมพ์ ปันระสี²Phiangphim Punrasi²¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแม่แตง¹Nongmaetaeng Subdistrict Health Promotion
Hospital²มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์²Mahidol University, Nakhonsawan Campus

DOI: 10.14456/dcj.2025.18

Received: March 31, 2025 | Revised: May 13, 2025 | Accepted: May 14, 2025

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นับเป็นพฤติกรรมสุขภาพด้านลบของบุคคล วัยเยาวชนนับว่าเป็นช่วงอายุที่มีการเริ่มต้นพฤติกรรมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อันจะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ปัจจัยเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มีหลากหลาย รวมทั้งปัจจัยด้านการอยู่อาศัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ในพื้นที่อำเภอหนึ่งในเขตชนบทของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่ได้มาจากการสุ่ม จำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามลักษณะทั่วไปบุคคล แบบสอบถามลักษณะการอาศัยอยู่กับคนในครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคว์สแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่า ๆ กัน อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 71.4 ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 28.6 เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 78.3 และสูบบุหรี่ร้อยละ 38.7 ในขณะที่เยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 62.5 และสูบบุหรี่ร้อยละ 21.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่า มีความสัมพันธ์กับการอยู่อาศัยกับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสรุปได้ว่าการที่เยาวชนไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังพฤติกรรมดังกล่าวให้กับเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่เพื่อเป็นการป้องกันและลดสาเหตุของโรคและภัยสุขภาพอันเกิดจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในเยาวชนอย่างจริงจัง

ติดต่อผู้พิมพ์ : เพียงพิมพ์ ปันระสี

อีเมล : phiangphim@gmail.com

Abstract

Alcohol consumption and smoking are considered negative health behaviors. Adolescence is a period marked by the initiation of these behaviors, with a clear increasing trend that can lead to illness. The causal factors for alcohol consumption and smoking are diverse, including residential factors. This cross-sectional analytical study aims to analyze and determine the relationship between alcohol consumption and smoking behaviors among adolescents living with parents versus those not living with parents in a rural district of Thailand. The sample consisted of 370 randomly selected adolescents aged 15–18 years. Data collection instruments included questionnaires on general personal characteristics, living arrangements with family members, and alcohol consumption and smoking behaviors. Data were collected in March 2024 and analyzed using descriptive statistics and chi-square tests. Results indicated that the sample was equally distributed between males and females. It was found that 71.4% of participants lived with their parents, while 28.6% did not. Adolescents who did not live with their parents demonstrated significantly higher rates of alcohol consumption and smoking compared to those living with parents. Specifically, among adolescents not living with parents, 78.3% consumed alcohol and 38.7% smoked, whereas among youth living with parents, 62.5% consumed alcohol and 21.6% smoked. Correlation analysis revealed a statistically significant relationship between alcohol consumption and smoking behaviors and living arrangements with parents ($p < 0.05$). In conclusion, adolescents not living with their parents exhibited higher rates of alcohol consumption and smoking compared to those living with parents. Therefore, preventive activities and surveillance measures should be implemented for adolescents not living with parents to prevent and reduce causes of diseases and health risks arising from alcohol consumption and smoking behaviors in this vulnerable population.

Correspondence: Phiangphim Punrasi

E-mail: phiangphim@gmail.com

คำสำคัญ

เยาวชน, ดื่มแอลกอฮอล์, สูบบุหรี่,
อยู่อาศัยกับพ่อแม่

Keywords

adolescents, alcohol consumption, tobacco smoking,
living with parents

บทนำ

การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยเป็นปัญหาสำคัญของสังคมปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมที่สำคัญคือผลกระทบด้านสุขภาพของเยาวชน จากการสำรวจผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ปี 2564 ของประเทศไทยพบว่า พฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บต่างๆ อันเป็นผลมาจากการ

ดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงในสังคม โรคตับ มะเร็งปอด โรคปอดอักเสบ ติดเชื้อ อุ้งลมโป่งพอง ซึ่งประเทศไทยมีสถิติการดื่มสุรามากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนการสำรวจปี 2564 พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 28.0 (15.9 ล้านคน) และสูบบุหรี่ร้อยละ 17.4 (9.9 ล้านคน) ภูมิภาคที่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด ได้แก่ ภาคเหนือร้อยละ 33.1 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.3

กรุงเทพมหานครร้อยละ 27.3 ภาคกลางร้อยละ 26.8 และภาคใต้ร้อยละ 16.6 (ต่ำสุด) อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกคือ 20.4 ปี (ชาย 19.6 ปี, หญิง 22.9 ปี) วัยรุ่นเริ่มดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เฉลี่ยที่อายุ 15.6 ปี และ 15.9 ปี ตามลำดับ⁽¹⁾

การศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา การศึกษาความชุก และการศึกษาผลกระทบในด้านต่างๆ ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 ในประเทศไทย รายงานถึงแนวโน้มของอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูงขึ้น โดยมีประมาณ 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.0 พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้นมากโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนและเยาวชน โดยมีประมาณ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์และบุหรี่ได้ง่าย การสูบบุหรี่พบในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เพศชายมีอัตราการดื่มและสูบสูงกว่าเพศหญิงหลายเท่า⁽²⁾ การศึกษาเกี่ยวกับการอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ของกลุ่มเยาวชนที่อายุไม่เกิน 18 ปี ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ให้กำเนิด มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 46.3 สาเหตุของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มีผลมาจากการหย่าร้างของพ่อแม่⁽³⁾ การอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น รวมถึงคนที่ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และสารเสพติดในกลุ่มคนอเมริกันแอฟริกัน⁽⁴⁾

การศึกษาข้อมูลของเยาวชนเกี่ยวกับการไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ผู้ให้กำเนิด โดยแบ่งเป็นไม่ได้อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่อ้อยละ 23.53 อยู่กับพ่อร้อยละ 16.7 อยู่กับแม่อ้อยละ 4.74 ไม่ทราบข้อมูลร้อยละ 1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่สูงสุดร้อยละ 59.46 รองลงมาคือภาคเหนือร้อยละ 49.7 กลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ก็มีอัตราการเข้าถึงแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.9 เข้าถึงการสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.4 และยังมีปัญหาด้านยาเสพติด

อีกมาก⁽²⁾ การศึกษาของ Kristjansson และคณะพบว่า กลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อและแม่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มีสาเหตุเนื่องจากการทะเลาะวิวาทในครอบครัว⁽³⁾ แต่ในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ก็สามารถมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ได้จาก วิธีการเลี้ยงดูของพ่อและแม่ รวมไปถึงการตั้งกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตของบุตร นอกจากนี้จะมีส่งผลให้มีการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่แล้วยังส่งผลให้มีการใช้สารเสพติดอีกด้วย⁽⁵⁾ วัยรุ่นเรียนรู้พฤติกรรมจากการสังเกตและจำลองแบบจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม อิทธิพลจากเพื่อน วัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน การกดดันจากเพื่อน มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ อิทธิพลจากครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารในครอบครัว และคุณภาพความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก ครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง การย้ายถิ่นของพ่อแม่ไปทำงาน หรือการเสียชีวิตของพ่อแม่⁽⁶⁾

ในชุมชนชนบทของประเทศไทยมีเด็กและเยาวชนที่ไม่ได้ถูกเลี้ยงดูหรืออาศัยอยู่กับพ่อแม่มีจำนวนมากขึ้น สาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น พ่อแม่ไปทำงานต่างพื้นที่ พ่อแม่เสียชีวิต การหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ หรือแม่กระทำการทอดทิ้ง ทำให้ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติต้องเป็นเป็นผู้เลี้ยงดู ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการอาศัยอยู่กับพ่อแม่และไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่หรือไม่ และ มีความแตกต่างกันอย่างไร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่กับการอยู่อาศัยกับบิดามารดาของเยาวชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ให้กับเยาวชนที่ในพื้นที่ชนบทต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

งานวิจัยใช้การศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ประชากรที่ศึกษาเป็นเยาวชนที่มีอายุ 15-18 ปี มี

ภูมิสำเนาในอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนทั้งสิ้น 370 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ชั้นภูมิที่อยู่ในสถานศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 และที่อยู่นอกสถานศึกษา ขั้นตอนที่ 2 เทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่าง (proportional random sampling) ในแต่ละโรงเรียนและในชุมชน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) จนได้จำนวนตัวอย่างตามขนาดที่คำนวณไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามโดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ให้เลือกตอบจำนวน 9 ข้อ (2) ข้อมูลการอยู่อาศัยในครอบครัวแบบให้เลือกตอบจำนวน 8 ข้อ (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 15 ข้อ (4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ให้เลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ และ (5) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบให้เลือก 3 ระดับ คือเป็นจริงมาก เป็นจริงบางส่วน และไม่เป็นจริง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ด้วยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ในแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องมากกว่า 0.5 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ จำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ

เท่ากับ 0.876 หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เมื่อผ่านการรับรองทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 7 - 31 มีนาคม 2567

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-CIRB) เลขที่ 2024/020.0603 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยเครื่องมือทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistics Software (SPSS) Version 29.0.2.0⁽²⁰⁾ License: IBM SPSS Statistics ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการอยู่อาศัย ในครอบครัวและปัจจัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เปรียบความแตกต่างของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และที่ไม่ได้ อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่และไม้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ กับพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ของเยาวชนผู้ในอำเภอแห่งหนึ่งของเขตชนบทไทยด้วยด้วยการทดสอบ chi-square test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 370 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.3 และเพศชาย ร้อยละ 49.7 อายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 18 ปี อายุเฉลี่ย 16.5 ปี โดยส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 53.0 กำลังศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.1 และไม่ได้อยู่ในสถานศึกษา ร้อยละ 8.9 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 264 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.4 จำแนกได้เป็นอาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ ร้อยละ 45.1 อาศัยอยู่กับแม่ ร้อยละ

18.9 และอาศัยอยู่กับพ่อ ร้อยละ 12.7 ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับตายาย ร้อยละ 47.3 ปู่ย่า ร้อยละ 33.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เยาวชนอยู่อาศัยเฉลี่ย 5 คน ในครอบครัวที่เยาวชนอาศัยอยู่ด้วยพบว่า มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.6 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบร้อยละ 66.2

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนพบว่า เคยมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.1 โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกคือ 14.09 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มดื่ม คือ 9 ปี สาเหตุหลักของการดื่มครั้งแรก คือ เพื่อนชวน ร้อยละ 21.6 อยากลอง ร้อยละ 20.3 และดื่มเพื่อความสนุกสนาน ร้อยละ 17.6 ด้านความถี่ในการดื่ม ส่วนใหญ่ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 34.9 รองลงมา คือ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 19.2 และดื่มทุกวัน ร้อยละ 5.1 ช่วงเวลาที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ กลางคืนถึงเช้า ร้อยละ 48.1 ปริมาณการดื่มเฉลี่ย 8.4 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง สูงสุด 34.3 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เยาวชนนิยมดื่มมากที่สุด คือ เบียร์ ร้อยละ 26.2 เหล้าแดง ร้อยละ 15.4 และเหล้าขาว ร้อยละ 12.4 โดยส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อนผู้ชาย ร้อยละ 44.3 และเพื่อนผู้หญิง ร้อยละ 31.8 สถานที่ดื่มเป็นประจำคือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 33.2 และบ้านตนเอง ร้อยละ 13.5 แหล่งที่มาของเงินที่ใช้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มาจากพ่อแม่ ร้อยละ 25.9 และการทำงานพิเศษ ร้อยละ 20.3 แหล่งที่ซื้อแอลกอฮอล์เป็นประจำคือร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 65.1 โดยมีค่าใช้จ่ายในการซื้อต่อครั้งอยู่ที่ 51-100 บาท ร้อยละ 25.7 และ 101-200 บาท ร้อยละ 18.6 เหตุผลที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ คือ ดื่มเพื่อ

สังสรรค์ ร้อยละ 51.6 และคลายเครียด ร้อยละ 18.1

ผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีจำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 11.4 ปี สาเหตุหลักของการสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ อยากลอง ร้อยละ 23.3 และเพื่อนชวน ร้อยละ 21.08 ชนิดบุหรี่ที่เยาวชนสูบบุหรี่ในปัจจุบันมากที่สุดคือ บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 50.54 รองลงมาคือ บุหรี่ซอง ร้อยละ 25.9 ความถี่ในการสูบส่วนใหญ่คือ ทุกวัน ร้อยละ 42.9 และ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 24.3 โดยมีปริมาณการสูบต่อวัน คือ 2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 36.7 และ 1 ครั้ง/วัน ร้อยละ 28.8 แหล่งที่ซื้อบุหรี่เป็นประจำคือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 25.4 ร้านขายของชำ ร้อยละ 23.5 และร้านขายบุหรี่ไฟฟ้าโดยเฉพาะ ร้อยละ 20.5 สถานที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 26.5 บ้านตนเอง ร้อยละ 20.5 ส่วนในโรงเรียนมักสูบบุหรี่ในห้องน้ำ ร้อยละ 77.6 และห้องเรียน ร้อยละ 22.4 แหล่งที่มาของเงินที่ใช้ซื้อบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากการทำงานพิเศษ ร้อยละ 18.0 และพ่อแม่ ร้อยละ 11.6 โดยมีค่าใช้จ่ายในการซื้อต่อครั้งส่วนใหญ่อยู่ที่ 51-100 บาท ร้อยละ 29.4 เหตุผลที่ยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ติด ร้อยละ 30.8 คลายเครียด ร้อยละ 26.2 และตามเพื่อน ร้อยละ 7.6

ผลการสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมด้วยจำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.6 สารเสพติดที่ใช้จำแนกคือ ัญญา จำนวน 124 ราย คิดเป็น ร้อยละ 86.7 พืชกระท่อม จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การใช้สารเสพติดชนิดอื่นนอกเหนือจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชน ในอำเภอแห่งหนึ่งเขตพื้นที่ชนบทไทย (n=370)

Table 1 Substance use other than alcohol consumption and tobacco smoking of adolescents in a rural district of Thailand (n=370)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้สารเสพติดประเภทอื่น		
ใช้	143	38.6
ไม่ใช้	227	61.3
สารเสพติดที่ใช้		
กัญชา	124	86.7
กระท่อม	19	13.3

ผลการสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่า ปัจจัยที่เยาวชนมีความคิดเห็นว่าเป็นจริงมาก คือ (1) มีร้านค้าร้านสะดวกซื้อจำหน่ายแอลกอฮอล์ในชุมชน จำนวน 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ (2) มีการจัดจำหน่ายทุกเวลาตามความต้องการ จำนวน 219 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.2 (3) มีงานรื่นเริง งานเทศกาล จำนวน 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.7 (4) ได้รับเป็นค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือลีน นำใจในการทำงาน จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.7 และ (5) บุคคลในครอบครัวมีการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ จำนวน 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.1 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ และเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ พบว่า มีความแตกต่างกัน คือ เยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 264 คน ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 สูบบุหรี่จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ส่วนเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับพ่อแม่ จำนวน 106 คน ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.3 สูบบุหรี่จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.7 ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีอัตราของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ แสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ จำแนกตามการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ในอำเภอเขตแห่งหนึ่งเขตพื้นที่ชนบทไทย (n=370)

Table 2 Alcohol consumption and cigarette smoking among adolescents living with and without parents in a rural district area of Thailand (n=370)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	264	71.4
ดื่มแอลกอฮอล์	165	62.5
สูบบุหรี่	57	21.6
ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่	106	28.6
ดื่มแอลกอฮอล์	83	78.3
สูบบุหรี่	41	38.7

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่พ่อแม่และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในอำเภอแห่งหนึ่งในพื้นที่ชนบทไทยพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ $p < 0.05$ โดยพบว่า เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 78.3 และ 62.5 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่กับพ่อแม่และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของเยาวชน
ในอำเภอแห่งหนึ่งเขตพื้นที่ชนบทไทย (n=370)

Table 3 Correlation between Living with parents or not and alcohol consumption behaviors among adolescents in a rural district of Thailand (n=370)

ตัวแปรที่ศึกษา	N	ดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	X ²	df	p-value
การอาศัยอยู่กับพ่อแม่						
อยู่	264	165 (62.5%)	99 (37.5%)	8.545 ^a	1	<0.003*
ไม่ได้อยู่	106	83 (78.3%)	23 (21.7%)			

*p<0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่กับพ่อแม่และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของเยาวชนในอำเภอแห่งหนึ่งในพื้นที่ชนบทไทย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ โดยพบว่า เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่สูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 38.7 และ 21.6 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่กับพ่อแม่และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในอำเภอ
พื้นที่ชนบทแห่งหนึ่ง (n=370)

Table 4 Correlation between Living with parents or not and tobacco smoking behaviors among adolescents in a rural district of Thailand (n=370)

ตัวแปรที่ศึกษา	N	สูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	x ²	df	p-value
อาศัยอยู่กับพ่อแม่						
อยู่	264	57 (21.6%)	207 (78.4%)	11.343 ^a	1	<0.001*
ไม่ได้อยู่	106	41 (38.7%)	65 (41.3%)			

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ในอำเภอแห่งหนึ่งเขตพื้นที่ชนบทไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 15-18 ปี จำนวน 370 ราย มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. อัตราการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนผลการศึกษาแสดงให้เห็นอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ที่สูงในกลุ่มเยาวชน โดยพบว่า เยาวชนที่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีมากถึงร้อยละ 67.1 และที่เคยสูบบุหรี่มีร้อยละ 26.28 ซึ่งเป็นอัตราที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า มีเยาวชนไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 60-

70 และเคยสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 20-30⁽⁸⁾

2. อายุที่เริ่มบริโภคครั้งแรก ประเด็นที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือ อายุเฉลี่ยที่เริ่มบริโภคครั้งแรกที่ต่ำมาก โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกคือ 14.09 ปี (ต่ำสุด 9 ปี) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 11.4 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมองกำลังพัฒนาและมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบจากสารเสพติดเหล่านี้ ซึ่งสมองของเยาวชนที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการเสพติดได้มากกว่าผู้ใหญ่ สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกลดลงเรื่อยๆ โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีอัตราการดื่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

3. การอยู่อาศัยกับพ่อแม่ ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่า (ร้อยละ 78.3 เทียบกับ 62.5) เยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่า (ร้อยละ 38.7 เทียบกับ 21.6) ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงความสำคัญของการกำกับดูแลและการสนับสนุนจากพ่อแม่ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (Social control theory) ที่เสนอว่าความผูกพันกับสถาบันครอบครัวมีส่วนช่วยลดแนวโน้มการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน นอกจากนี้อิทธิพลของบุคคลรอบข้างและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ของเยาวชน โดยพบว่า สาเหตุหลักของการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ เพื่อนชวนและอยากลอง บุคคลที่อยู่อาศัยด้วยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 73.6 และสูบบุหรี่ร้อยละ 66.2 เยาวชนส่วนใหญ่บริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ที่บ้านเพื่อนและบ้านตนเอง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา กุสุมภ์ และสุลี ทองวิเชียร พบว่า มีการดื่มสุราของบิดามารดา พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ และเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura ที่เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยการสังเกตและเลียนแบบจากบุคคลที่มีอิทธิพลรอบข้าง⁽¹⁰⁾

4. ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ การเข้าถึงที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเยาวชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ได้อย่างสะดวก โดยแหล่งที่มาหลักของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ ร้านขายของชำในหมู่บ้าน (ร้อยละ 65.1) และแหล่งที่มาของบุหรี่คือ อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 25.4) และร้านขายของชำ (ร้อยละ 23.5) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เนื่องจากเยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15–18 ปี ซึ่งยังไม่ถึงอายุที่กฎหมายกำหนดให้สามารถซื้อหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

และบุหรี่ได้แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีกฎหมายควบคุมการบริโภคทั้งบุหรี่และแอลกอฮอล์ในเยาวชนที่อายุไม่เกิน 20 ปี แต่กียังไม่สามารถควบคุมการบริโภคได้จริง สอดคล้องกับรายงานจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พบว่า แม้จะมีการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี แต่เยาวชนไทยยังสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย โดยร้านค้ากว่าร้อยละ 60 ยังขายให้กับเยาวชนโดยไม่ขอดูบัตรประชาชน⁽¹¹⁾

5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคประเด็นที่น่าสนใจคือ ที่พบในกลุ่มเยาวชนกรณีของบุหรี่ที่พบว่า บุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่นิยมมากที่สุด (ร้อยละ 50.54) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับกระแสสังคมและการตลาดรูปแบบใหม่ที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) พบแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและมหาวิทยาลัย⁽¹²⁾ และรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีผลอย่างมากต่อการเพิ่มขึ้นของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน⁽¹³⁾ National Youth Tobacco Survey ในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี 2017–2023 โดยได้รับอิทธิพลจากการตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์และรสชาติที่หลากหลาย⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้เทคโนโลยีดิจิทัลนับว่าเป็นสิ่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงต่อการสื่อสารทางการตลาด ทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลของยาสูบ แอลกอฮอล์ บุหรี่ไฟฟ้า และกัญชาจากช่องทางของ social network และ เว็บไซต์ของแบรนด์ผ่านแพลตฟอร์มอย่าง Instagram, Facebook, Twitter และ YouTube ซึ่งผลการศึกษาพบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการตลาดทางสื่อสังคมออนไลน์กับอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน โดยอินฟลูเอนเซอร์มีบทบาทสำคัญในการทำให้บุหรี่ไฟฟ้าดูเป็นแฟชั่นและเป็นที่ยอมรับทางสังคม⁽¹⁵⁾

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนในพื้นที่ชนบทคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและการเข้าถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง: การมีร้านค้าจำหน่ายแอลกอฮอล์ในชุมชน การจัดจำหน่ายตลอดเวลาตามความต้องการ การมีงานรื่นเริงและเทศกาล การได้รับเป็นค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ของเยาวชน แหล่งที่มาของเงินที่ใช้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มาจากพ่อแม่ และการทำงานพิเศษ ค่าใช้จ่ายในการซื้อต่อครั้งส่วนใหญ่อยู่ที่ 51-100 บาท ซึ่งเป็นจำนวนที่เยาวชนสามารถเข้าถึงได้ ปัจจัยที่เยาวชนมองว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ คือ การมีร้านค้าร้านสะดวกซื้อจำหน่ายแอลกอฮอล์ในชุมชน และการจัดจำหน่ายตลอดเวลาตามความต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางสังคม อิทธิพลของเพื่อน การมีร้านค้าจำหน่ายใกล้สถานศึกษา และการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด⁽¹⁶⁾

7. การใช้สารเสพติดร่วม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มีแนวโน้มใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยในอัตราที่สูง) โดยส่วนใหญ่เป็นกัญชาและกระท่อม สะท้อนถึงแนวคิด “ทฤษฎีประตูสู่ยาเสพติด” (Gateway theory)⁽¹⁷⁾ ที่เสนอว่าการใช้สารเสพติดที่ถูกมองว่ามีความรุนแรงน้อยกว่าเช่น แอลกอฮอล์และบุหรี่ อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่มีความรุนแรงมากขึ้น

สรุปได้ว่าเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยในครอบครัวที่มีพ่อแม่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่มากกว่าคนที่อาศัยในครอบครัวที่มีพ่อแม่ และการที่มีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนมีพฤติกรรม

ดังกล่าวสูงกว่าในครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ พฤติกรรมของเยาวชนเกิดจากการสังเกตและเลียนแบบจากบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ได้โดยง่ายและสะดวกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชนในพื้นที่ชนบทไทย

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนชนบทไทยควรมีระบบการดูแล เฝ้าระวัง เด็กและเยาวชนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ป้องกันแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งแอลกอฮอล์ บุหรี่ รวมถึงสารเสพติดอื่นๆ ส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกันการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของเยาวชน เป็นแบบอย่างที่ดีและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

หน่วยงานภาครัฐควรมีการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังจริงจัง และเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยเฉพาะในร้านขายของชำและร้านสะดวกซื้อ ตลอดจนการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าทางอินเทอร์เน็ต ในชุมชนเขตพื้นที่ชนบท

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีการรณรงค์และให้ความรู้แก่เยาวชนเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงวัยที่สมองกำลังพัฒนา และมีการสอนทักษะชีวิตให้กับเยาวชน เพื่อให้เยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาให้สามารถเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์และบุหรี่

หน่วยงานด้านการศึกษาและวิจัย ควรสร้างองค์ความรู้หรือนวัตกรรมในการป้องกัน แก้ไขปัญหาอันเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์และบุหรี่ยที่สอดคล้องกับสภาวะการณ์ปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Annual report 2023 [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1528320240129105408.pdf> (in Thai)
2. National Statistical Office. Survey of tobacco and alcohol behavior of population 2021 [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 5]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail.pdf. (in Thai)
3. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP, Helgason AR. Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: assessing the importance of family conflict. *Acta Paediatrica*. 2009;98(3):537–42.
4. Mays SA. The influence of family structure and transitions on parenting, income, residential mobility, and substance initiation in early adolescence: a comparison of Caucasian and African American youth [Internet]. 2011 [cited 2011 May 1]. Available from: <https://scholar-scompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3370&context=etd>
5. De Looze M, Van Den Eijnden R, Verdurmen J, Vermeulen-Smit E, Schulten I, Vollebergh W, et al. Parenting practices and adolescent risk behavior: rules on smoking and drinking also predict cannabis use and early sexual debut. *Prevention Science*. 2012;13:594–604.
6. Chatphiromdesh S. A study of alcohol consumption behavior of bachelor's and master students [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4816.pdf> (in Thai)
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30:607–10.
8. Health Systems Research Institute. Thai health survey [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 9]. Available from: <https://www.hsri.or.th/Infographic/356> (in Thai)
9. Kusoom W, Thongvichean S. Smoking and alcohol consumption behaviors among undergraduate students in Bangkok Metropolitan and Nakhonratchasima Province *Thai Journal of Nursing*. 2019;68(4):30–9 (in Thai)
10. Bandura A. Psychology for teacher [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 15]. Available from: <https://psychologyearlychild.blogspot.com>
11. Centre for Alcohol studies. Alcohol outlet density and adolescent drinking behaviors in Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://cas.or.th/content?id=28> (in Thai)
12. Tobacco Control Research (TRC). Cigarette news updates [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 25]. Available from: <https://www.trc.or.th/th> (in Thai)
13. Thai Health Promotion Foundation. Wake up and understand the hazards of vaping and E-cigarettes [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/> (in Thai)
14. American Council on Science and Health. National youth tobacco survey [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://mgonline.com/online/section/detail/9680000001757>
15. Jackson KM, Janssen T, Gabrielli J. Media/Marketing influences on adolescent and young

- adult substance abuse. *Curr Addict Rep.* 2018;5(2):146-57.
16. Department of Disease Control (TH). Report on alcohol control operations [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf> (in Thai)
17. Sheehy C. Gateway Drugs: examples, warning signs, & avoidance strategies [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 30]. Available from: <https://www.therecoveryvillage.com>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การทบทวนและถอดบทเรียนการจัดการภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล (Infodemic)

ด้วย Insight Unit ภายใต้โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล

กรมควบคุมโรค เพื่อการบูรณาการเข้ากับบริบทกรมควบคุมโรค 2566-2567

Review and lessons learned from infodemic management by the Insight Unit under

the infodemic management project for integrating into the context of the

Department of Disease Control, 2023-2024

กันทิลา ทวีวิทยการ¹Pantila Taweewigyakarn¹อารยา ญาณพิบูลย์²Araya Yanpiboon²จอมขวัญ โยธาสุมทร²Jomkwan Yothasamut²¹กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน¹Division of Disease Control in Emergencies,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

²มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ²International Health Policy Foundation

DOI: 10.14456/dcj.2025.19

Received: March 5, 2025| Revised: May 14, 2025| Accepted: May 14, 2025

บทคัดย่อ

ในช่วงปี 2566-2567 กรมควบคุมโรคได้ดำเนินโครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล โดยจัดตั้ง Insight Unit เพื่อเฝ้าระวังข้อมูลจากสื่อออนไลน์และจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกเพื่อสนับสนุนการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของข้อมูล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและถอดบทเรียนการทำงานของ Insight Unit เพื่อให้ข้อเสนอต่อการเปลี่ยนผ่านจากการดำเนินงานในลักษณะโครงการไปสู่งานประจำภายใต้บริบทของกรมควบคุมโรค เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานใน Insight Unit เจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรค ที่มีส่วนสนับสนุนในการปฏิบัติงานของ Insight Unit และผู้บริหารกรมควบคุมโรคจำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กรอบแนวคิด FHI 360 Research Utilization Framework ผลการศึกษาพบว่า Insight Unit เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศ จึงมีความกังวลเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญที่กรมควบคุมโรคจำเป็นต้องสานต่อ กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้ Insight Unit ได้แก่ การรับฟังสังคมจากสื่อออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก บางส่วนมีความทับซ้อนกับกิจกรรมที่กรมควบคุมโรคดำเนินการอยู่ในช่วงระยะเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงพฤษภาคม 2567 Insight Unit จัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และประเด็นโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ รวมจำนวน 14 ฉบับ โดยยังพบความท้าทายเรื่องการคัดเลือกประเด็นที่ใช้เฝ้าระวังข้อมูล แหล่งข้อมูลมีจำกัด การวิเคราะห์ข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงกับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนขาดแผนการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งจากแผนงานโรคและผู้บริหาร การพัฒนากระบวนการทำงานจากลักษณะโครงการสู่งานประจำในบริบทกรมควบคุมโรค จึงควรบูรณาการเข้ากับหน่วยงานที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ

อยู่เดิม และขยายความร่วมมือไปสู่หน่วยงานอื่นในกรม เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายการใช้งานของรายงานข้อมูลเชิงลึก รวมถึงมีการประเมินผลลัพธ์และประสิทธิผลของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ติดต่อผู้พิมพ์ : กันทิลา ทวีวิทยการ

อีเมล : alitnap@hotmail.com

Abstract

During 2023–2024, the Department of Disease Control (DDC) initiated an infodemic management project by establishing the Insight Unit to conduct social listening and publish insight reports. This study aimed to describe the structure, processes, outcomes, and challenges of the Insight Unit and to provide recommendations for its transition from a temporary project to a regular function within the DDC. Using a qualitative approach, the researchers interviewed 12 personnel who were Insight Unit staff, DDC officials, and DDC executives, applying the FHI 360 Research Utilization Framework to guide data collection and analysis. This framework encompasses key aspects of establishment, evidence generation, dissemination, and institutionalization of the Insight Unit and its function. The study found that the Insight Unit relied on external funding, raising concerns about its sustainability. Despite this, both executives and staff valued its role and importance and recognized the need for ongoing efforts to manage information in public health. The Insight Unit's activities included social listening, data analysis, and generating insight reports. Between July 2023 and May 2024, the unit produced 14 reports focused on COVID–19 vaccines and other health issues, identifying public perceptions and concerns. However, challenges included selecting relevant topics, limited data sources, minimal application of behavior theories, and a lack of a strategic plan for report use. To enhance its sustainability and effectiveness, the study recommended integrating the Insight Unit's activities with the existing DDC function, expanding partnerships across relevant disciplines, and creating clear guidelines for report dissemination and usage. Additionally, continuous evaluation of the infodemic management system's outcomes and effectiveness is essential to measure impact and ensure alignment with public health goals. The transition would enable the DDC to use the Insight Unit's findings in policymaking and improve Thailand's response to infodemic challenges, thus benefiting public health response.

Correspondence: Pantila Taweewigyakarn

E-mail: alitnap@hotmail.com

คำสำคัญ

การแพร่ระบาดของข้อมูล, รายงานข้อมูลเชิงลึก, หน่วย Insight Unit, กรมควบคุมโรค

Keywords

infodemic, Insight Report, Insight Unit, Department of Disease Control

บทนำ

ภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล (infodemic) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่มีข้อมูลและข่าวสารล้นเกินทั้งออนไลน์และออฟไลน์ ทั้งข้อมูลที่เป็นความจริงรวมถึงข่าวลือ ข้อมูลที่ผิด (misinformation) และการบิดเบือนข้อมูล (disinformation)⁽¹⁾ นอกจากนั้นแล้ว ยังครอบคลุมถึงการที่สังคมขาดข้อมูลที่จำเป็นท่ามกลางความล้นหลามข้อมูลอีกด้วย (information void)⁽²⁾ ดังนั้น ภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูลจึงเป็นความท้าทายต่อการป้องกันควบคุมโรคในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเอื้อต่อการส่งต่อข้อมูลกันอย่างแพร่หลาย ข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่อย่างมากมาย อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคผ่านกลไกต่างๆ ได้ เช่น การสร้างความเชื่อบางอย่างในกลุ่มประชากรและบุคลากรทางการแพทย์ การลดทอนความน่าเชื่อถือของคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุข ตลอดจนการสร้างควมวิตกกังวลในประชากร⁽³⁾

ในช่วงต้นของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีการศึกษาสถานการณ์ของภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารในสื่อออนไลน์พบว่า ในช่วง 4 เดือนแรกของการระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลกมีข้อมูลข่าวสารในสื่อออนไลน์มากกว่า 2,000 รายการ ซึ่งถูกรายงานใน 25 ภาษา จาก 87 ประเทศ ซึ่งร้อยละ 89 ของข้อมูลเหล่านี้เป็นข่าวลือ รองลงมาได้แก่ ข้อความที่กล่าวถึงทฤษฎีสมคบคิดและข้อความที่เป็นการตีตรา ตามลำดับ โดยข่าวลือที่พบมากที่สุดเป็นข่าวลือที่เกี่ยวข้องกับช่องทางการแพร่ระบาดของโรค รองลงมา ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค การรักษา และสาเหตุของโรค⁽⁴⁾

เนื่องจากการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญในการควบคุมโรค ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา จึงได้สนับสนุนให้กรมควบคุมโรคดำเนินการโครงการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล เพื่อสร้างองค์ความรู้และทดลองรูปแบบการจัดการภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล เพื่อเป็นรูปแบบต้นแบบที่อาจนำไปสู่การขยายผลให้เข้ากับระบบงานที่มีอยู่ภายใต้กรมควบคุมโรคต่อไป หนึ่งในกิจกรรม

ที่มีการดำเนินงานภายใต้โครงการดังกล่าว ได้แก่ การจัดตั้ง Insight Unit ที่มีหน้าที่จัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก (Insight Report) เพื่อนำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหาร กรมควบคุมโรคพร้อมข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการบรรจุการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลเข้าไปในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ทางระบาดวิทยา ซึ่งการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวัดและติดตามผลกระทบจากการระบาดของข้อมูลโดยการรับฟังสังคม (social listening) (2) การตรวจจับการแพร่ระบาดของข้อมูลและอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นว่าการแพร่ระบาดของข้อมูลนั้นๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร และมีผลต่อพฤติกรรมของคนในสังคมอย่างไร (3) การตอบโต้หรือให้มาตรการเพื่อบรรเทาผลกระทบหรือปกป้องประชาชนจากการแพร่ระบาดของข้อมูลนั้นๆ (4) การประเมินมาตรการและส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวหรือฟื้นฟู (resilience) ต่อการแพร่ระบาดของข้อมูล และ (5) การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนบทเรียนการดำเนินงานไปสู่พื้นที่และบริบทอื่นๆ⁽⁵⁾

กระบวนการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกถูกจัดอยู่ในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การตรวจจับการแพร่ระบาดของข้อมูลและอธิบายผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดของข้อมูล องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของรายงานข้อมูลเชิงลึกว่าเป็นรายงานการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น การฟังสังคม งานวิจัย การสำรวจ ฯลฯ เพื่อระบุว่าประชาชน ชุมชน ระบบสาธารณสุขและสังคมได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของข้อมูลในหัวข้อนั้นๆ อย่างไร ข้อมูลที่กำลังแพร่ระบาดอยู่นั้นจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลอื่นๆ ที่แพร่อยู่ในชุมชนอย่างไรบ้าง ตลอดจนให้คำแนะนำต่อแผนงานโรคหรือศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินว่าควรมีมาตรการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของข้อมูลนั้นๆ ดังนั้น รายงานข้อมูลเชิงลึกนี้จึงต้องมีการจัดทำขึ้นอย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ และอาจต้องมีการทำซ้ำในประเด็นคล้ายเดิมเป็นระยะๆ

เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของข้อมูลที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ในบางครั้งอาจเรียกว่า rapid infodemic Insight Report⁽⁶⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและถอดบทเรียนการทำงานของ Insight Unit ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกภายใต้โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลฯ กรมควบคุมโรค ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2567 โดยประเด็นที่ทบทวน ได้แก่ การก่อตั้ง การผลิตผลผลิต การส่งต่อข้อมูลและการสร้างความยั่งยืน เพื่อให้ข้อเสนอต่อการพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อเปลี่ยนผ่านจากการดำเนินงานในลักษณะโครงการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศในช่วงระยะเวลาจำกัดไปสู่การทำงานประจำภายใต้บริบทของกรมควบคุมโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดย

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านทางโปรแกรมประชุมออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างใช้เวลาโดยประมาณ 30–45 นาที เลือกประชากรศึกษาด้วยวิธีจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามความเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของการศึกษา และเป็นผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการรวม 12 คน จาก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานใน Insight Unit จำนวน 5 คน 2) เจ้าหน้าที่ของกรมควบคุมโรคที่มีส่วนสนับสนุนในการปฏิบัติงานของ Insight Unit จากกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน และสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 คน และ 3) ผู้บริหารที่มีโอกาสได้ใช้ประโยชน์จากรายงานข้อมูลเชิงลึกจากกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 คน สัมภาษณ์จนกระทั่ง

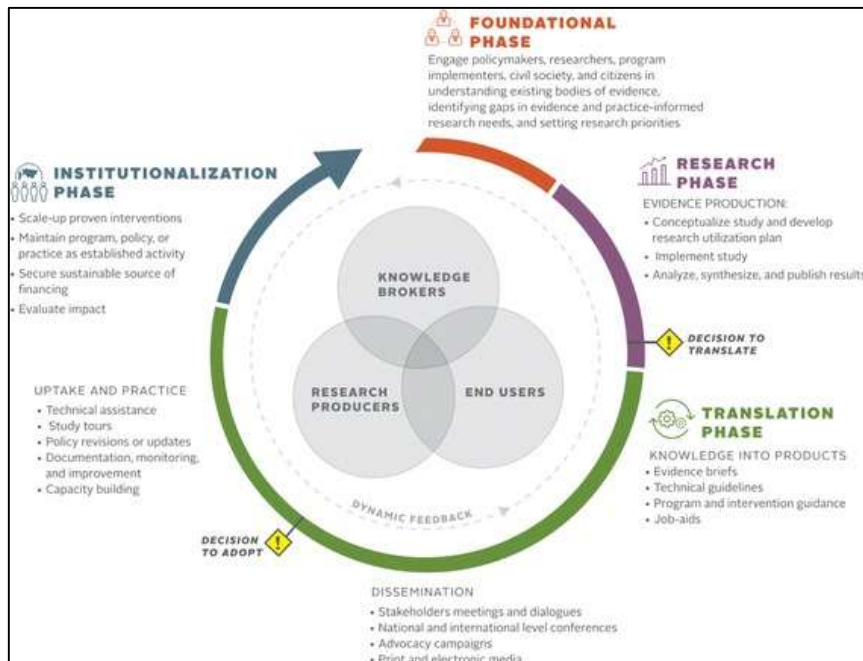
พบว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูล ในระหว่างเดือนมีนาคม–พฤษภาคม 2567 โดยชุดคำถามประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการก่อตั้ง Insight Unit กระบวนการการทำงานของ Insight Unit ประกอบด้วยขั้นตอนการเลือกหัวข้อการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำรายงาน ชัดความสามารถของ Insight Unit มุมมองต่อความยั่งยืนของ Insight Unit และปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลโดยการบันทึกเทปที่มีการเข้ารหัสซึ่งมีเพียงคณะผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้

2. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารโครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลฯ กรมควบคุมโรค ขั้นตอนการดำเนินการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก รายงานข้อมูลเชิงลึกที่ Insight Unit ได้จัดทำระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 จำนวน 14 ฉบับ โดยเก็บข้อมูลเรื่องหัวข้อโรคและภัยสุขภาพที่ทำ องค์ประกอบและเนื้อหาของรายงานข้อมูลเชิงลึก แหล่งข้อมูลที่ใช้และลักษณะของคำแนะนำ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) ใช้กรอบแนวคิด the FHI 360 research utilization framework⁽⁷⁾ (ภาพที่ 1) ซึ่งเป็นกรอบที่อธิบายการนำข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การก่อตั้ง (foundation phase) 2) การวิจัยหรือการผลิตหลักฐานเชิงประจักษ์ (research phase) 3) การแปลหรือส่งต่อข้อมูล (translational phase) และ 4) การสร้างสถาบัน (institutionalization phase) ซึ่งในการศึกษานี้ หมายความว่า การสร้างหรือทำให้มีหน่วยที่มีหน้าที่จัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกต่อเนื่องหรือการสร้างวัฒนธรรมที่มีความต้องการใช้รายงานข้อมูลเชิงลึกเพื่อการตัดสินใจหรือสนับสนุนมาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าว มีผู้มีบทบาทหลัก 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ผลิตข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) นายหน้าความรู้หรือผู้อำนวยความสะดวก (knowledge brokers) และ 3) ผู้ใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (end users) ซึ่งในการศึกษานี้ หมายถึง 1) ผู้ปฏิบัติงานใน Insight Unit 2) เจ้าหน้าที่

กรมควบคุมโรคที่มีส่วนสนับสนุนงานของ Insight Unit และ 3) ผู้บริหารที่มีโอกาสได้ใช้ประโยชน์จากรายงาน ข้อมูลเชิงลึก ตามลำดับ โดยมีการ coding theme ย่อย

ภายใต้กรอบ research utilization framework โดยใช้ Microsoft Excel ในการจัดการข้อมูล



ภาพที่ 1 FHI 360 framework⁽⁷⁾

Figure 1 FHI 360 framework⁽⁷⁾

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนแหล่งงบประมาณจากศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันเพื่อการพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย (certificate of approval) เลขที่ IHRP 2023099 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

1) การก่อตั้ง Insight Unit

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าโครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล กรมควบคุมโรคได้รับสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้ โดยศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึง

สิงหาคม 2567 เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการตอบโต้ภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นหลัก โดยมี Insight Unit เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ ทำให้จุดเน้นของโครงการในระยะแรกมุ่งเน้นประเด็นการตอบโต้ภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนโควิด 19 เท่านั้น ขอบเขตของผู้มีส่วนร่วมเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนโควิด 19 ได้แก่ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาสุขภาพ และกองโรคติดต่อทั่วไป (กลุ่มโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน) ทำให้การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่นๆ ภายในกรมควบคุมโรคยังจำกัด ต่อมาหลังจากกรมควบคุมโรคลดระดับการตอบสนองต่อโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 เป็นต้นมา ในช่วงปีที่ 2 ของโครงการ จึงมีการขยายขอบเขตของวัตถุประสงค์

โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลให้ครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ นอกเหนือจากเรื่องวัคซีนโควิด 19

Insight Unit ภายใต้โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลฯ กรมควบคุมโรค มีโครงสร้างซึ่งประกอบด้วยสมาชิกตำแหน่งต่าง ๆ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก ดังนี้ (1) ผู้จัดการ (Insight Unit manager) 1 ตำแหน่ง (2) เจ้าหน้าที่สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (health communicator) 1 ตำแหน่ง (3) เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลจากสื่อออนไลน์ (social media officer) 1 ตำแหน่ง และ (4) ผู้ประสานงานโครงการ จำนวน 2 ตำแหน่ง โดยอาศัยแหล่งทุน เครื่องมือและกระบวนการที่ได้รับการสนับสนุนและฝึกอบรมจากศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ซึ่งทั้ง 4 ตำแหน่งดังกล่าวได้เปิดรับสมัครผู้มีพื้นฐานการศึกษาด้านสาธารณสุขระดับปริญญาตรีขึ้นไป โดยไม่ได้กำหนดให้ต้องมีพื้นฐานการศึกษาด้านการสื่อสาร

โครงการการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลฯ กรมควบคุมโรค ได้สร้างกลไกความมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกับระบบงานที่มีอยู่เดิมด้วยการให้มีเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคจากทั้ง 3 หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ ได้ร่วมสนับสนุนการปฏิบัติงานกับ Insight Unit ในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งานเฝ้าระวังสื่อ งานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และงานจัดการข้อมูล เพื่อเรียนรู้

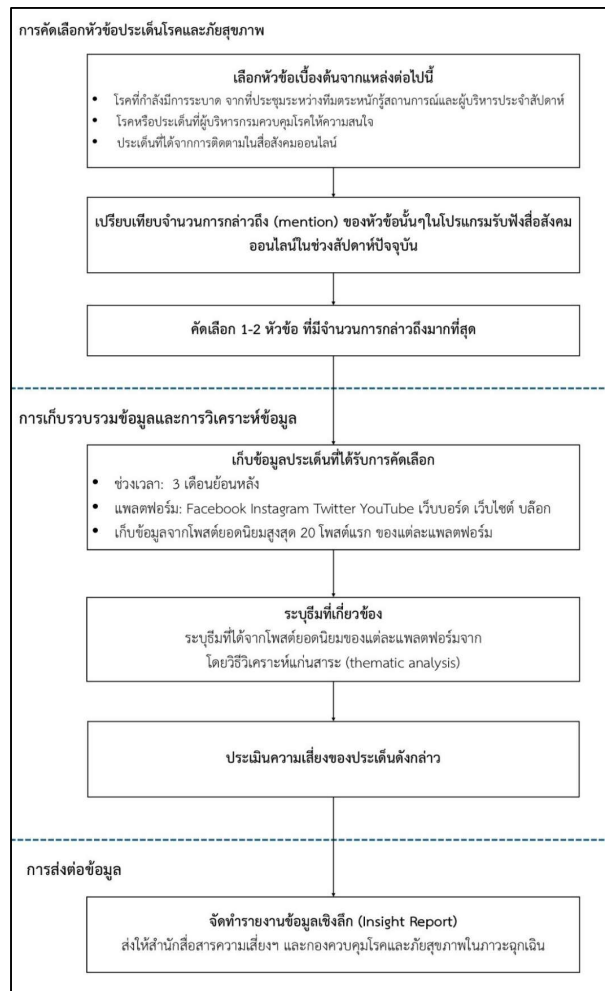
กระบวนการโดยมีเป้าหมายเพื่อจะได้บูรณาการเข้ากับกระบวนการประจำหลังจากโครงการสิ้นสุดในเดือนสิงหาคม 2567

ก่อน Insight Unit เริ่มดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2566 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน Insight Unit และเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรคที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของ Insight Unit ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย (UNICEF Thailand) โดยได้รับการอบรมในหัวข้อต่อไปนี้ ได้แก่ การรับฟังสังคม การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล การออกแบบการให้คำแนะนำ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคม

2) การวิจัยหรือการผลิตหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1) วิธีการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก

ในช่วงเริ่มต้น Insight Unit ได้ประยุกต์ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรม และออกแบบวิธีการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกให้เข้ากับโครงสร้างและบริบทการทำงานภายใต้ 3 หน่วยงานของกรมควบคุมโรค โดยมีความถี่ในการออกรายงานที่กำหนดไว้ทุก 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นช่วงเริ่มปฏิบัติงาน ต้องเพิ่มระยะเวลาในการจัดทำรายงานเพื่อให้มีคุณภาพจึงปรับเป็นเดือนละ 1 ครั้ง โดยขั้นตอนของการคัดเลือกประเด็น เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน โดยสังเขปตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กระบวนการการคัดเลือกประเด็น เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและส่งต่อข้อมูลระหว่างการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก

Figure 2 Process of topic selection, data collection, analysis, and dissemination of Insight Report

2.2) รายงานข้อมูลเชิงลึก (Insight Report) ผลผลิตของ Insight Unit

จากการทบทวนรายงานข้อมูลเชิงลึก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 จำนวน 14 ฉบับ ที่ Insight Unit ได้จัดทำ พบหัวข้อที่ได้จัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก ได้แก่ วัคซีนโควิด 19 วัคซีนในเด็ก การล้างพิษวัคซีน โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคฝีดาษวานร โรคไข้หวัดใหญ่ และพิษจากการสัมผัสแคดเมียมจากกรณีที่พบสถานที่เก็บแคดเมียมในชุมชน

หัวข้อในรายงานข้อมูลเชิงลึกที่ Insight Unit จัดทำ ประกอบด้วย สรุปประเด็นสำคัญ อารมณ์ความรู้สึก

(เช่น เชิงลบ เชิงบวก เป็นกลาง) และปฏิกิริยาของประชาชน (เช่น ลับสน กังวล กลัว) ตลอดจนผลกระทบ ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และผลการประเมินความเสี่ยง และข้อเสนอแนะ

ขีดความสามารถของ Insight Unit สามารถเฝ้าระวังข้อมูลจากโปรแกรมรับฟังทางสังคม วิเคราะห์แนวโน้มของธีมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาและสามารถจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกได้ อย่างไรก็ดี ไม่พบผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอ้างอิงทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ ในรายงานข้อมูลเชิงลึก

2.3) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการดำเนินงานของ Insight Unit

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารในระดับกรมควบคุมโรคเห็นว่า มีโอกาสที่จะนำข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากรายงานข้อมูลเชิงลึกไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย กระบวนการรับฟังสังคมและเครื่องมือที่ใช้ในหน่วย Insight Unit ได้รับการยอมรับและเสียงสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องว่ามีประสิทธิภาพในการสืบค้นแหล่งข้อมูล และสามารถใช้ติดตามแนวโน้มของการระบาดของข้อมูลได้

การศึกษานี้ได้พบอุปสรรคของ Insight Unit ดังนี้

1) ขาดแนวปฏิบัติและวิธีการ ได้แก่ จุดตัดสินใจและเกณฑ์การตัดสินใจในการเลือกประเด็นข้อมูลข่าวสารมาเข้ากระบวนการจัดทำรายงานเชิงลึก และจุดตัดสินใจและเกณฑ์การตัดสินใจในการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารเหล่านั้น โดยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานให้ความเห็นว่าจุดตัดสินใจและเกณฑ์การตัดสินใจทั้งสองเรื่อง ต้องอาศัยประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็น และไม่สามารถใช้สถิติหรือข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจได้

การขาดแนวปฏิบัติดังกล่าว ส่งผลให้ผลผลิตในรูปแบบของรายงานที่ผ่านมาอาจไม่เป็นไปตามรูปแบบที่คาดหวังเมื่อเปรียบเทียบกับตัวอย่างที่เห็นขณะที่ได้รับการฝึกอบรม รวมถึงผลผลิตอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลผู้กำหนดนโยบายในกรมควบคุมโรค

“...ความท้าทายหนึ่ง คิดว่าอาจจะเป็นเรื่องคุณภาพผลงานของเรา (Insight Report) ไม่รู้ว่าทำไมได้ถูกนำไปใช้ขนาดนั้นในตอนนั้น มันอยู่ที่วิธีการนำเสนอด้วยไหมหรือเนื้อหาของรายงาน แต่ทางเราก็คงพยายามที่จะ report สิ่งที่เราได้เห็น สิ่งที่เราได้ทำ social listening มา แต่ในการทำงานของเราเองก็มีหลายอย่างที่ค่อนข้างใหม่ มันไม่ได้มีเกณฑ์ที่จะมาวัดขนาดนั้นว่า เรื่องนี้ควร concern แค่ไหน engage เท่าไหร่ควรจะ report อะไร

ในตัวรายงานจะมีการประเมินความเสี่ยงของหัวข้อนั้น ๆ แต่ก็ไม่มีเกณฑ์แน่ชัดว่าอันนี้คือ เสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย มันคือการตีความด้วยเนื้อหา ด้วย engagement ของทางทีมเอง พอมันไม่มี guideline ขนาดนั้น มันจะมีผลในการนำไปใช้ต่อ บางทีทีมคิดว่ามันค่อนข้างรุนแรง แต่มันอาจไม่รุนแรงในมุมมองของผู้บริหารก็ได้...” (ISU_12)

“...ปัญหา คือ เราไม่มี guideline ที่แน่ชัด เรื่องระยะเวลาหรือวิธีการเก็บข้อมูล เพราะระยะเวลาเก็บข้อมูลจากการ train โดย CDC ก็ไม่เหมือนกับของเรา เราก็เคยสอบถามไปว่าจริง ๆ แล้วระยะเวลาเก็บข้อมูลควรเป็นเท่าไร เพื่อให้ได้ข้อมูล report หนึ่ง ซึ่งตัวเขาเองก็ไม่สามารถให้คำตอบที่แน่ชัดได้ มันก็ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของเราเลย ซึ่งมองว่าค่อนข้างยาก...” (ISU_12)

2) ขาดแนวทางสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับ ซึ่งในขณะดำเนินโครงการ นอกจากการขาดการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญในหน่วยอื่น ๆ ของกรมควบคุมโรคแล้ว ยังพบความไม่เพียงพอของที่ปรึกษาทั้งจำนวน เวลา และสาขาความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะความเชี่ยวชาญในเรื่องการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยผู้ใช้ข้อมูลเห็นว่าในรายงานข้อมูลเชิงลึก ควรเพิ่มข้อมูลในเชิงทฤษฎี ความเชื่อมโยงตรรกะ เหตุผล ซึ่งอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพนอกเหนือจากข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้นำเสนอในรายงาน รวมถึงข้อมูลจากการวิเคราะห์ของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะประเด็นจะช่วยทำให้ผู้ใช้ข้อมูลเห็นความสำคัญ ความเชื่อมโยงได้มากขึ้น ทั้งนี้สามารถเพิ่มการแสดงความสำคัญของประเด็นที่เลือกโดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือมุมมองเชิงวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญมาสนับสนุนการคัดเลือกประเด็นที่เลือกไปทำรายงานข้อมูลเชิงลึก ซึ่งความเห็นของผู้ใช้ข้อมูลและผู้ปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยเน้นส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน

“...สิ่งที่ต้องการจริง ๆ คือที่ปรึกษาเรื่องการ

วิเคราะห์ข้อมูลว่าในมุมมองของการทำสื่อมั่นคงมองเรื่องนี้ว่าเป็นยังไง ที่ผ่านก็ปรึกษาพี่ในกอง แต่บางเรื่องที่เราต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะจริง ๆ ที่จะเกี่ยวกับกองอื่น ๆ มันยังยากอยู่ที่จะขอข้อมูลเพิ่มจากเขา...” (ISU_12)

“...Insight Unit ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลและการตอบสนองที่จำเป็นต้องปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือสนับสนุนในการวิเคราะห์ข้อมูล ที่จำเป็นต้องมีคนที่มีประสบการณ์ในการช่วยคัดกรองข้อมูลให้มีคุณภาพ ก็จะสามารถทำให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีน้ำหนักมากขึ้น...” (ISU_05)

“...เรื่องกำลังคน อาจจะต้องมี supervisor ผู้มีประสบการณ์ด้านสื่อสาร ด้าน behavior ซึ่งตอนนี้ด้านสื่อสารเรามี แต่ไม่มีที่ปรึกษาด้าน behavior เพื่อมาช่วยเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น...” (ISU_11)

“...ยังไม่เห็นการนำทฤษฎีไปจับกับข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงของสถานการณ์และ behavior ของคน แต่ก็เคยขอคำปรึกษาจาก CDC ว่าจะให้หน้าทฤษฎีมาจับยังงัย ซึ่งตรงนี้ต้องมีผู้เชี่ยวชาญมาช่วย...” (ISU_11)

“...ที่ผ่านมาเราเคยขอให้หมอในผู้ใหญ่ในกรมช่วยดูให้ (เป็นที่ปรึกษา) แต่ท่านก็ค่อนข้างมีงานเยอะไม่ค่อยมีเวลาดูให้ เราเลยดึงกลับมาทำเอง ก็อาศัยว่าถ้าทาง CDC comment มาแบบนี้เราก็จะเรียนรู้จากข้อ comment ของเขานกว่ามันจะถูกต้อง แต่ถึงตอนนี้ report เรายังไม่สามารถเผยแพร่ออกไปได้...” (ISU_07)

3) การแปลผลและส่งต่อข้อมูล (translational phase)

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าลักษณะของผลผลิตหรือผลงานที่ทำโดย Insight Unit ภายใต้โครงการมีเพียงหนึ่งรูปแบบ ได้แก่ รายงานข้อมูลเชิงลึกซึ่งอยู่ในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์แบบสไลด์นำเสนอ ซึ่งหลังจาก Insight Unit จัดทำรายงานเชิงลึกแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลที่ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ให้ข้อเสนอแนะ

สำหรับแก้ไขเพิ่มเติม เช่น ให้บรรยายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รายละเอียดความชุกและแนวโน้มของความรู้สึกหรือความคิดเห็นของประชาชน และการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ที่พบกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น โดยในช่วงแรกมีช่องทางในการนำเสนอรายงานเชิงลึกในที่ประชุมทีมตระหนักรู้สถานการณ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค และผู้บริหารของกรมควบคุมโรค ซึ่งภายหลังมีการปรับรูปแบบโดยใช้เป็นการส่งรายงานข้อมูลเชิงลึกนี้ให้กับสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ เพื่อคัดกรองและคัดเลือกประเด็นสำคัญไปนำเสนอในที่ประชุมดังกล่าวแทนเพื่อลดความซ้ำซ้อนของประเด็นที่นำเสนอในที่ประชุม

อย่างไรก็ดี ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ายังขาดแผนการใช้ประโยชน์ของรายงานข้อมูลเชิงลึกที่ชัดเจน รวมถึงแนวปฏิบัติ และวิธีการของการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล ซึ่งต้องการการพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ส่งผลต่อกลยุทธ์การเผยแพร่ผลงาน รวมถึงการออกแบบผลผลิตของทีม เนื่องจากขาดเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะผลิตความรู้เพื่อไปนำเสนอใครบ้าง นอกจากนั้นผู้ใช้ข้อมูลยังมีความคาดหวังต่อรายงานข้อมูลเชิงลึกให้สามารถแสดงข้อมูลเชิงลึกได้ มีความทันเวลา และน่าเชื่อถือ

“...รายงาน (Insight Report) ของเราถูกให้ปรับแก้อย่างไม่สิ้นสุดจากทาง CDC คือเขาน่าจะอยากได้ output เหมือนที่เขาทำ ซึ่งทางผู้บริหารเราไม่มี requirements ว่าอยากได้คำตอบจากอะไร แต่เป็นฝั่งเขามากกว่าที่เขาไปเปรียบเทียบกับบริบทของเขามากกว่า โดยที่เขาเป็นหน่วยงานเฉพาะที่ทำเรื่องนี้ เราก็พยายามบอกเขาว่า 100 steps ที่เขาทำ เราทำไม่ได้หมดในบริบทประเทศไทยนะ เพราะบริบทเราไม่เหมือนกัน...” (ISU_07)

4) การสร้างสถาบัน (institutionalization phase)

ขอบเขตงานของงานรับฟังเสียงสังคมและการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล เป็นเรื่องที่กรมควบคุมโรคโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ ได้ดำเนินการโดยมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ มีการเฝ้าระวังข้อมูล

ข่าวสารจากแพลตฟอร์มออนไลน์ แต่มีข้อแตกต่างในเชิงระเบียบวิธีที่ใช้ รวมถึงผลผลิต และแนวทางการใช้ประโยชน์ที่ต่างกัน เช่น ขอบเขตของสำนักสื่อสารความเสี่ยงจะกว้างกว่า โดยดูหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค ในขณะที่รายงานเชิงลึกจาก Insight Unit จะมีการคัดเลือกประเด็นที่จำเป็นจะต้องมีการติดตามในระยะยาว และลงลึกในรายละเอียดการวิเคราะห์มากกว่า

“การทำงานในมิติของรูปแบบงานของ Insight Unit ยังมีความทับซ้อนกันกับสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ ที่ดำเนินงานเรื่องนี้เป็นงานหลัก ทำให้ Insight Report อาจยังไม่มีน้ำหนักและยังไม่ได้รับความสนใจที่มากพอจากผู้บริหาร” (ISU_07)

ผู้บริหารได้สะท้อนให้เห็นว่าความสามารถในการรับฟังเสียงสังคมและการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล เป็นสิ่งสำคัญที่กรมควบคุมโรคควรสานต่อ โดยเฉพาะการเผยแพร่ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ โดยกรมควบคุมโรคเป็นกรมวิชาการที่มีศักยภาพและโครงสร้างจำเป็นต่างๆ ที่จะริเริ่มการดำเนินงาน ผลงานที่ผ่านมาของ Insight Unit ได้แก่ การใช้กระบวนการและเครื่องมือรับฟังเสียงสังคม การผลิตรายงานข้อมูลเชิงลึก ไปจนถึงศักยภาพของบุคลากรและทีมงานเป็นที่รับทราบและยอมรับจากผู้บริหารทั้งกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน และสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ

“...การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพให้กระจ่างและเชื่อถือได้สำคัญ โดยเน้นว่าข้อมูลที่ออกมาจากกรมต้องมีความน่าเชื่อถือและมีการตรวจสอบก่อนที่จะเผยแพร่...การมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร รวมถึงวิธีการวิเคราะห์และทดสอบที่จำเป็นในการสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ...” (ISU_10)

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า นอกจากการเห็นความสำคัญของผู้บริหารแล้ว การจัดสรรทรัพยากรและการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนแก่เจ้า

หน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังมีความจำเป็นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ อยู่ระหว่างการพัฒนาหลักสูตรการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลเพื่อใช้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

วิจารณ์

กิจกรรมที่เกิดขึ้นภายใต้ Insight Unit เป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นโอกาสที่กรมควบคุมโรคจะได้ต่อยอดและพัฒนางานเรื่องการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลต่อไป และด้วยเทคโนโลยีในปัจจุบัน เป็นเรื่องง่ายที่จะมีผู้มีอิทธิพลด้านการสื่อสารเกิดขึ้น ความเสี่ยงด้านข้อมูลจึงเป็นความเสี่ยงที่อาจอยู่เหนือความควบคุม การจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลจึงควรเป็นกิจกรรมที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค อย่างไรก็ตามการเป็นกิจกรรมภายใต้โครงการซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกและมีกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดชัดเจน ทำให้มีความท้าทายเรื่องความยั่งยืนซึ่งเป็นความท้าทายที่พบได้ในโครงการต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุนในระยะเริ่มต้นจากแหล่งทุนต่างประเทศ⁽⁸⁾

นอกเหนือจากความต่อเนื่องของแผนและงบประมาณแล้ว ความสอดคล้องกับระบบที่มีอยู่เดิมและการทำให้ผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งที่คุ้มค่าและเข้าถึงได้ ยังเป็นกลยุทธ์สำคัญของความยั่งยืนของโครงการหลังจากแหล่งงบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกสิ้นสุดลง⁽⁹⁾

การบูรณาการกิจกรรมเข้ากับงานที่กรมควบคุมโรคเคยดำเนินการอยู่จึงอาจเป็นแนวทางที่เป็นไปได้มากกว่าการตั้งกลุ่มงานใหม่ในลักษณะเป็นกลุ่มเฉพาะเหมือนลักษณะที่ดำเนินการภายใต้โครงการ การบูรณาการงานเรื่องการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลเข้าไปในหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญอยู่อย่างสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ อาจทำให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไปในอนาคตรวมถึงการขยายการปฏิบัติไปสู่ระดับภูมิภาคได้ง่ายขึ้นผ่านเครือข่ายปฏิบัติงานสื่อสารความเสี่ยงที่มีอยู่ก่อนแล้ว⁽¹⁰⁾ และยังคงสอดคล้องกับ

การจัดโครงสร้างในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคโควิด 19 ขององค์การอนามัยโลก ที่จัดการกิจการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลไว้รวมกับการกิจสื่อสารความเสี่ยง⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคควรลงทุนเพิ่มเพื่อพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถ ทั้งด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ตลอดจนเครื่องมือและเทคโนโลยีเพื่อการรับฟังทางสังคมและจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ แม้สำหรับในช่วงที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน กิจกรรมนี้ยังคงมีความสำคัญในการเข้าใจพฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภัยสุขภาพต่าง ๆ⁽¹²⁾

ในการทำงานของ Insight Unit มีกิจกรรมที่ทับซ้อนกับภารกิจที่สำคัญสื่อสารความเสี่ยงฯ ได้ดำเนินการอยู่ เช่น การรับฟังสังคม การประเมินความเสี่ยงของข่าวสาร การตอบโต้ข่าวที่ไม่เป็นความจริง เป็นต้น ซึ่งสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ จำเป็นต้องตั้งขอบเขตในการดำเนินงานดังกล่าวให้ครอบคลุมกับประเด็นโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคต้องรับผิดชอบ แต่สำหรับการทำรายงานเชิงลึกนั้น ต้องมีการเก็บข้อมูลในประเด็นที่สนใจเพื่อติดตามในระยะยาว จากหลากหลายแพลตฟอร์ม สำหรับนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อระบุว่าข้อมูลที่เห็นว่ามีผลกระทบนั้น จะส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชนอย่างไร หรือเพื่อหาสาเหตุว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดของข้อมูลประเด็นนั้นๆ หรือแม้แต่การวิเคราะห์ว่าการแพร่ระบาดของข้อมูลชุดหนึ่งอาจสะท้อนว่าสังคมหรือประชาชนกำลังขาดข้อมูลโดยอยู่หรือไม่ ซึ่งต้องมีการใช้ทรัพยากรในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลมากขึ้น ซึ่งหากมีทรัพยากรที่จำกัด ก็อาจทำได้เฉพาะเรื่องที่มีความสำคัญเท่านั้น

ดังนั้น การสร้างวัฒนธรรมในการใช้งานและจัดทำรายงานเชิงลึก อาจขยายการมีส่วนร่วมเรื่องการจัดจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลจากเรื่องวัคซีนโควิด 19 ไปสู่ประเด็นอื่นที่กรมควบคุมโรครับผิดชอบ เพราะเป้าหมายสูงสุดของการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลคือ การที่ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง

และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการค้นหาและคัดเลือกประเด็นหรือช่องว่างที่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังข้อมูลสำหรับแต่ละโรคหรือภัยสุขภาพ ที่จะเชื่อมโยงไปสู่มาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรค จากความท้าทายในเรื่องของการเลือกหัวข้อและเป้าหมายในการจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกในแต่ละสัปดาห์ อาจแก้ไขได้ด้วยการสร้างความมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในกรมควบคุมโรค ให้เข้ามามีบทบาทในการกำหนดหัวข้อในการเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารตลอดจนจุดตัดสินใจว่าควรจะมีการเผยแพร่ข้อมูลจากรายงานข้อมูลเชิงลึกให้หน่วยงานใดรับทราบ ซึ่งหากเทียบเคียงกับระบบเฝ้าระวังโรคแล้ว การกำหนดหัวข้อในการเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารก็จะคล้ายคลึงกับการกำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าหัวข้อที่ทำการเฝ้าระวังเป็นหัวข้อที่คุ้มค่ากับการลงทุนในทรัพยากรและมีเป้าหมายในการใช้ข้อมูล ซึ่งควรมีการกลั่นกรองและพิจารณาโดยคณะกรรมการของหน่วยงาน⁽¹³⁾ นอกจากหัวข้อแล้ว การกำหนดประเด็นหลักและประเด็นย่อยของการเฝ้าระวังข้อมูลในหัวข้อนั้นๆ ควรถูกร่วมกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญเช่นกัน ตัวอย่างเช่น การเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารกรณีโรคโควิด-19 ในประเทศฝรั่งเศสได้กำหนด Social listening taxonomy หรือประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังข้อมูลประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก และ 35 ประเด็นย่อย เช่น ประเด็นหลัก ได้แก่ มาตรการ และมีประเด็นย่อยของมาตรการ เช่น การตรวจวินิจฉัย มาตรการส่วนบุคคล มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง เป็นต้น⁽¹⁴⁾ เพื่อให้ทิศทางการเก็บข้อมูลนำไปสู่การใช้ประโยชน์ที่ชัดเจนในด้านกระบวนการทำงาน ในการเก็บข้อมูล อาจเพิ่มจำนวนแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ โดยในการดำเนินงานของ Insight Unit ใช้ข้อมูลจากเครื่องมือรับฟังทางสังคมซึ่งเก็บข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์เป็นหลัก เช่น สื่อสังคม หรือสำนักข่าวที่เผยแพร่เนื้อหาข่าวออนไลน์ และมีการนำข้อมูลจากสายด่วนโทรศัพท์บำบัด

อย่างไรก็ตาม ยังขาดการนำเข้าสู่ข้อมูลจากงานวิจัย การสำรวจระยะสั้น การวัดการค้นหาเว็บไซต์ (Search trend) และการวัดการเข้าชมเว็บไซต์ (Web metrics)⁽¹⁵⁾ ซึ่งการขยายแหล่งข้อมูลอาจหมายถึงทรัพยากรที่ต้องใช้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การเลือกประเด็นเพื่อเฝ้าระวัง และจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลจึงต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าด้วย

ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล Insight Unit ยังขาดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ เข้ามาอธิบายและคาดการณ์ปรากฏการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งก็เป็นสิ่งที่พบในการฝึกอบรมเรื่องการวิเคราะห์การแพร่ระบาดของข้อมูลในต่างประเทศเช่นกัน ว่าแม้มีการสอนหัวข้อนี้ระหว่างฝึกอบรม แต่ไม่ได้นำมาใช้ระหว่างปฏิบัติงานจริง⁽¹⁶⁾ แม้ในรายงานเชิงลึก ฉบับท้ายๆ ก็ยังไม่พบการวิเคราะห์ดังกล่าวชัดเจน อาจเป็นไปได้ว่าการฝึกอบรมระยะสั้นอาจยังไม่เพียงพอสำหรับกระบวนการนี้ ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคคลเฉพาะด้านเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ และกำหนดโครงสร้างการวิเคราะห์ และรายงาน ข้อมูลเชิงลึกให้เป็นมาตรฐาน โดยในหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเยอรมนี คณะที่มีหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ประกอบด้วย ผู้มีพื้นฐานด้านระบาดวิทยาภาคสนาม พฤติกรรมศาสตร์ และจิตวิทยา⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลจึงอาจนำไปสู่การทบทวนศักยภาพและสาขาความเชี่ยวชาญของบุคลากรกรมควบคุมโรค ว่ามีความหลากหลายเพียงพอ และมีกลไกที่จะนำผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เหล่านั้นมาทำงานร่วมกันเพื่อวิเคราะห์และจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลหรือไม่

หาก Insight Unit มีการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูล ที่มีการกำหนดประเด็นสำคัญทั้งประเด็นหลัก และประเด็นย่อย และมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย จะทำให้ทีมสามารถเข้าใจสาเหตุของภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล และสามารถออกแบบข้อเสนอแนะในรายงาน

เชิงลึกได้ตรงประเด็นกับข้อมูลที่สังคมกำลังต้องการ ซึ่งอาจเป็นทั้งมาตรการด้านสื่อสารหรือมาตรการควบคุมโรคอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับหน่วยงานที่ดำเนินงานรับฟังสังคมและจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึกพบว่าหน่วยงานที่เป็นผู้จัดทำรายงานเชิงลึกถึงแม้สามารถให้ข้อเสนอแนะในรายงานได้ แต่ก็ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินมาตรการเหล่านั้นด้วยตนเอง⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอย่างครอบคลุมจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากแผนงานโรคในหลายส่วนของกระบวนการ ทั้งนี้ อาจตั้งเป็นรูปแบบของคณะทำงาน หรือการให้มีลักษณะของงานเฝ้าระวังและจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอยู่ในหน่วยงานที่เป็นแผนงานโรคในอนาคต

การพัฒนาแผนการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายจากรายงานข้อมูลเชิงลึก จะทำให้ผู้จัดทำรู้สึกว่าเป็นการทำงานที่มีเป้าหมาย ทั้งนี้ การนำไปใช้ประโยชน์ดังกล่าวควรมีการจัดประชุมปรึกษาหารือเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ใช้อข้อมูล เพื่อให้ตอบโจทย์ของผู้ใช้อข้อมูล และควรมีการประเมินผลกระทบของภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล⁽¹⁸⁾ ตลอดจนการประเมินการดำเนินงานด้านการรับฟังสังคมและการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลภายในกรมควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของกระบวนการทำงานและเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความยั่งยืนต่อไป

การศึกษานี้ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากมีหน่วยงานในกรมควบคุมโรคเกี่ยวข้องกับการจัดตั้ง และได้เห็นผลผลิตของ Insight Unit อยู่จำกัด จึงอาจทำให้ขาดข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในกรมควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลแต่ไม่ได้มีประสบการณ์ร่วมกับ Insight Unit โดยตรง

ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษานี้ คือ

1) เสนอให้สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ ดำเนินงานด้านการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลต่อหลังจากโครงการสิ้นสุดลง เพราะเมื่อพิจารณาบริบทการดำเนินงานของ

ประเทศไทย พบว่าสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักที่มีการดำเนินกิจกรรมบางส่วนตามกระบวนการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอยู่บ้างแล้ว เช่น กระบวนการรับฟังสังคม หรือกระบวนการสื่อสารโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีอำนาจหน้าที่และทรัพยากรที่พร้อมดำเนินงาน และ 2) เสนอให้ผู้บริหารกรมควบคุมโรคตั้งคณะทำงานร่วม โดยเริ่มต้นจากประเด็นด้านโรคและภัยสุขภาพหนึ่งก่อนเพื่อเป็นต้นแบบในการขยายการดำเนินงานไปสู่ประเด็นอื่นๆ ต่อไป เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานเชิงลึก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านจิตวิทยาและด้านระบาดวิทยา ซึ่งจะช่วยให้รายงานเชิงลึกมีความถูกต้องเหมาะสมและเข้ากับบริบทของการทำงาน

การจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอยู่ในความสนใจทั้งในมุมมองผู้กำหนดนโยบาย และสังคมไทย โดยเฉพาะช่วงหลังเหตุการณ์โควิด 19 จึงถือเป็นโอกาสในการดำเนินงานที่ดีที่จะได้แรงสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งนี้ศักยภาพด้านการรับฟังสังคมที่ได้สะสมมาตลอดโครงการ ทั้งภายในหน่วย insight unit และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับโครงสร้างของกรมควบคุมโรคเองที่มีหน่วยงานย่อยในระดับเขตและยังมีหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ เช่น หน่วยงานในระดับจังหวัดหรือท้องถิ่น ยังเป็นอีกกลไกการทำงานหนึ่งที่จะสนับสนุนการสร้างสถาบันหรือวัฒนธรรมของการใช้ประโยชน์จากรายงานข้อมูลเชิงลึกได้เป็นอย่างดี

สรุป

โครงสร้างของการทำงานของ Insight Unit เป็นโครงสร้างใหม่ภายใต้โครงการที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศ ดำเนินการเฝ้าระวังข้อมูลจากการรับฟังสังคม วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานข้อมูลเชิงลึก ซึ่งกระบวนการบางส่วนทับซ้อนกับกิจกรรมที่ทำอยู่ในสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ โดยยังพบความท้าทายในเรื่องของการคัดเลือกประเด็นที่ใช้

เฝ้าระวังข้อมูล การมีแหล่งข้อมูลจำกัด และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงกับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ และยังแผนการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งจากแผนงานโรคและผู้บริหาร การพัฒนากระบวนการทำงานจากลักษณะโครงการสู่งานประจำในบริบทกรมควบคุมโรค จึงควรบูรณาการเข้ากับหน่วยงานที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญอยู่เดิม และขยายความร่วมมือไปสู่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมหลากหลายวิชาชีพ เช่น ผู้เชี่ยวชาญจากแผนงานโรค นักระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและจิตวิทยาเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายการเผยแพร่ใช้งานของรายงานข้อมูลเชิงลึก รวมถึงควรมีการประเมินผลกระทบของภาวะการแพร่ระบาดของข้อมูล และผลลัพธ์และประสิทธิผลของระบบการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Jessica Kolis และ Atsuyoshi Ishizumi ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ที่สนับสนุนด้านองค์ความรู้ด้านการจัดการการแพร่ระบาดของข้อมูล รวมถึงให้คำแนะนำในการพัฒนาการศึกษาครั้งนี้ การได้รับคำแนะนำจากทั้งคู่เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การศึกษานี้มีคุณค่าต่อการพัฒนางานการจัดการแพร่ระบาดของข้อมูลของกรมควบคุมโรค

ขอขอบคุณศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาสุขภาพ และกลุ่มการจัดการข้อมูลภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูล รวมถึงทรัพยากรที่จำเป็นในการทำการศึกษา ทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ขอขอบคุณกลุ่มพัฒนานักกระบาดวิทยา ภาคสนาม กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และ

นายแพทย์เจษฎา ธนกิจเจริญกุล กองควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ที่ได้จัด
กิจกรรมพัฒนาการเขียนบทความวิชาการและให้
คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเขียนบทความวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Thailand. What is infodemic? [Internet] 2021 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.facebook.com/WHOThailand/posts/what-is-an-infodemic-in-fodemic-information-epidemic-is-an-over-abundance-of-inform/3831016243585903/>
2. The Lancet Public Health. Rethinking information ecosystems and infodemics. The Lancet Public Health [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 6];9(6):e345. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2468266724001063/fulltext>
3. Pian W, Chi J, Ma F. The causes, impacts and countermeasures of COVID-19 “Infodemic”: A systematic review using narrative synthesis. Inf Process Manag. 2021;58(6):102713.
4. Islam MS, Sarkar T, Khan SH, Mostofa Kamal AH, Hasan SMM, Kabir A, et al. COVID-19-Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. Am J Trop Med Hyg. 2020;103(4):1621–9.
5. World Health Organization. WHO competency framework building a response workforce to manage infodemics. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. World Health Organization, the United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). How to build an infodemic insights report in six steps [Internet] 2023 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370317/9789240075658-eng.pdf?sequence=1>
7. Kim C, Wilcher R, Petruneu T, Krueger K, Wynne L, Zan T. A research utilisation framework for informing global health and development policies and programmes. Health Res Policy Syst. 2018;16(1):9.
8. Sudathip P, Dharmarak P, Rossi S, Promda N, Newby G, Larson E, et al. Leveraging geo-referenced malaria information to increase domestic financial support for malaria elimination in Thailand. Malar J [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 5];21(1):1–15. Available from: <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-022-04227-1>
9. The Global Fund. Guidance Note Sustainability, Transition and co-financing [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 5] Available from: https://resources.theglobalfund.org/media/13890/cr_sustainability-transition_guidancenote_en.pdf
10. Bunchum A, Boonchutima Smith. Public health risk communication of the Department of Disease Control: lessons learned on communicating risks in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation, Thailand. Journal of The Office of DPC7 Khon Kaen [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 12];31(3):80–91. (in Thai) Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/273206/185774>
11. Purnat TD, Nguyen T, Ishizumi A, Yau B, White B, Cecchini S, et al. Delivering actionable infodemic insights and recommendations for the COVID-19 pandemic response. Weekly epidemiological record. 2022;97(27):313–24.
12. Chiou H, Voegeli C, Wilhelm E, Kolis J, Brookmeyer K, Prybylski D, et al. The future of

- infodemic surveillance as public health surveillance. *Emerging Infectious Diseases* [Internet]. [cited 2025 Apr 9];28(13):S121–8. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2813.220696>
13. Department of Health and Aged Care (AU). Protocol for making a change to the national notifiable diseases list (NNDL) in Australia [Internet]. 2015 [cited 2024 Nov 6] Available from: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/06/protocol-for-making-a-change-to-the-national-notifiable-diseases-list-in-australia.pdf>
14. Purnat TD, Vacca P, Czerniak C, Ball S, Burzo S, Zecchin T, et al. Infodemic Signal Detection During the COVID-19 Pandemic: Development of a Methodology for Identifying Potential Information Voids in Online Conversations. *JMIR Infodemiology*. 2021;1(1):e30971.
15. Kolis J, Brookmeyer K, Chuvileva Y, Voegeli C, Juma S, Ishizumi A, et al. Infodemics and Vaccine Confidence: Protocol for Social Listening and Insight Generation to Inform Action. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;10:e51909.
16. Lohiniva AL, Sibenberg K, Austero S, Skogberg N. Social Listening to Enhance Access to Appropriate Pandemic Information Among Culturally Diverse Populations: Case Study From Finland. *JMIR Infodemiology*. 2022;2(2):e38343.
17. Boender TS, Schneider PH, Houareau C, Wehrli S, Purnat TD, Ishizumi A, et al. Establishing infodemic management in Germany: a framework for social listening and integrated analysis to report infodemic insights at the National Public Health Institute. *JMIR Infodemiology* [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 6];3:e43646. Available from: <https://infodemiology.jmir.org/2023/1/e43646>
18. Wilhelm E, Ballalai I, Belanger ME, Benjamin P, Bertrand-Ferrandis C, Bezbaruah S, et al. Measuring the Burden of Infodemics: Summary of the Methods and Results of the Fifth WHO Infodemic Management Conference. *JMIR Infodemiology*. 2023;3:e44207.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาพยาบาล

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : การศึกษาแบบสหสถาบัน

Prevalence of risk factors for non-communicable diseases among nursing students
in northeast Thailand: a multi-center studyเอี่ยมพร สุ่มมัตย์¹Ueamporn Summart¹ขวัญจิรา อินกว่าง¹Khwanchira Inkwang¹มนธิตา แสงเรืองเอก²Monthida Sangruangake²รักษุสดา ชูศรีทอง¹Ruksuda Choosrithong¹วาริรัตน์ วรรณโพธิ์¹Wareerat Wannapoe¹¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด¹Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี²Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

DOI: 10.14456/dcj.2025.20

Received: February 16, 2025 | Revised: May 13, 2025 | Accepted: May 14, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในนักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในนักศึกษาพยาบาล 3,750 คน จาก 15 สถาบันการศึกษายพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอนุมานในการประมาณค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำเสนอค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับเพศ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแคว์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,750 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 มีอายุเฉลี่ย 20.29 ± 2.12 ปี ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ คุณภาพการนอนระดับต่ำ ร้อยละ 100 พฤติกรรมเนือยนิ่ง ร้อยละ 98.4 (95% CI: 97.9-98.8) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ ร้อยละ 79.5 (95% CI: 78.1-80.8) ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเนือยนิ่ง และระดับกิจกรรมทางกาย ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง สามารถนำไปใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้นและลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ติดต่อผู้พิมพ์ : ขวัญจิรา อินกว่าง
อีเมล : khwanchira.thesis@gmail.com

Abstract

The objective of this study was to identify prevalence of risk factors for non-communicable diseases (NCDs) among nursing students. This analytical cross-sectional study recruited 3,750 Thai nursing students from 15 universities located in the Northeast of Thailand using multi-stage simple random sampling. The data was collected using self-administered questionnaires between June and September 2024. Data was analyzed using descriptive statistics which include number, percentage, mean, and standard deviation. The prevalence of risk factors for NCDs was estimated with 95% confidence interval (CI), and the association between risk factors and gender was analyzed using Pearson chi-square tests. The results showed that of 3,750 nursing students, 92.3% were female with a mean age 20.3 ± 2.12 years. The top three prevalence of risk factors for NCDs were low quality of sleep (100.0%), sedentary lifestyle (98.4%; 95% CI: 97.9–98.8), and a low level of eating habits (79.5%; 95% CI: 78.1–80.8). Risk factors significantly associated with gender were body mass index, eating habits, sedentary lifestyle, and physical activity. Findings from this study revealed that the prevalence of risk factors for NCDs among nursing students was high. It should be used as information for developing health promotion programs to reduce risk factors and promoting appropriate behaviors to improve healthy lifestyle behaviors and reduce the incidence of NCDs among this population.

Correspondence: Khwanchira Inkwarg

E-mail: khwanchira.thesis@gmail.com

คำสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, นักศึกษาพยาบาล,
พฤติกรรมเนือยนิ่ง, ระดับกิจกรรมทางกาย

Keywords

Non-communicable diseases, Nursing students,
Sedentary lifestyle, Physical activity

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นโรคที่มีสาเหตุหลักจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โรค ไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก 41 ล้านคน⁽¹⁾ ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร 17 ล้านคน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี และการตายก่อนวัยอันควรนั้นมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม สุขภาพในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น⁽²⁾

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพ อันดับหนึ่งของประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก อัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคดังกล่าวมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตสูง ที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด

และโรคเบาหวาน ในปี 2561 เท่ากับร้อยละ 7.3 ร้อยละ 4.0 และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ⁽³⁾ สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก มุ่งเน้นปัจจัยเสี่ยง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคทางเดิน หายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สำคัญ 4 ภาวะ คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกินและอ้วน โดยพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดภาวะเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับ เปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ จากการสำรวจสุขภาพคนไทย โดยการตรวจ ร่างกายครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน (BMI มากกว่า 25 kg/m^2) เมื่อเปรียบเทียบ

กับการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ในเพศชาย ร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มักเกิดขึ้นในช่วงที่กำลังเรียนในระดับอุดมศึกษา และมีความคล้ายคลึงกันในทุกๆ ประเทศทั่วโลก⁽⁵⁾ การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา 24 ประเทศ ในทวีปแอฟริกา อเมริกา และเอเชีย พบว่า ความชุกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ การมีกิจกรรมทางกายระดับน้อยลง รongลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง 3-5 ปัจจัย⁽⁶⁾ Chen และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษา คือ ความเครียด เพศ การศึกษาระดับปริญญาตรี การศึกษาของ N. Akseer และคณะ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยรุ่น คือ ปัญหาด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ ภาวะอ้วนลงพุง⁽²⁾ สำหรับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ประเทศไทย จำนวน 350 คน มีคะแนนความรู้ และทัศนคติด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางและมีภาวะน้ำหนักเกินจนถึงอ้วน ร้อยละ 8.90⁽⁸⁾

เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นหลักสูตรที่ศึกษาในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติกับผู้ป่วย การเรียนการสอนลักษณะนี้ ส่งผลให้เกิดความเครียดและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต สมรรถนะด้านร่างกาย รวมทั้งแบบแผนการนอนหลับและการสำเร็จการศึกษา จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ระดับความเครียดสูง ร่วมกับการมีปัญหาทางจิตของนักศึกษาอุดมศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ⁽⁹⁾ และจากการศึกษานำร่องในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 314 คน

มีพฤติกรรมการกินระดับต่ำ ร้อยละ 96.8 พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ ร้อยละ 72.2 และมีภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 11.7 เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ ที่ผ่านมาพบรายงานการศึกษาภาวะโภชนาการเกิน พฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละสถาบันเท่านั้น ยังไม่ปรากฏรายงานการสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาพยาบาล ประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประมาณค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังให้เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีสุขภาพที่ดีเป็นต้นแบบและเป็นผู้นำในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender และคณะ⁽¹⁰⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 ในสถาบันศึกษา 15 สถาบัน ทั้งในภาครัฐและเอกชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 6,700 คน ต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนักศึกษาพยาบาล อายุ 18 ปีขึ้นไป สัมผัสใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามภายหลังอ่านคำอธิบาย และเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรจำกัด⁽¹¹⁾ โดย ประชากรเป้าหมายคือนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในสถาบันรัฐบาลและเอกชน 15 สถาบัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนประมาณ 6,700 คน

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากร

P = ค่าสัดส่วนของ NCDs (ในที่นี้คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2) ได้มาจากความชุกการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน Adolescent เท่ากับ 14.4% ($P = 0.14$)⁽¹²⁾

d = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดที่ 0.01

$Z_{1-\alpha/2}$ = คลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

แทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 2,737 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 15 ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 3,220 ราย

เนื่องจากการศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาแบบสหสถาบันซึ่งแต่ละสถาบันมีจำนวนนักศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อความเป็นตัวแทนที่ดี จึงทำการเก็บตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังต่อไปนี้ ชั้นที่ 1 สุ่มแบ่งชั้นภูมิ (proportional stratified sampling) จากสถาบันการศึกษา 15 สถาบัน โดยแต่ละสถาบันคือชั้นภูมิ โดยขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนของนักศึกษาพยาบาลแต่ละสถาบัน ชั้นที่ 2 จัดทำกรอบตัวอย่างจากรหัสนักศึกษาในแต่ละสถาบัน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบ systematic simple random sampling ในชั้นตอนนี้ต้องมีการสุ่มตัวเลขเริ่มต้นก่อน เช่น สุ่มได้หมายเลข 2 จะเป็นกลุ่มตัวอย่างคนแรก คนต่อมาคือลำดับที่ 2+2 คือ 4 เป็นต้น จนครบจำนวนในแต่ละสถาบัน จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้อ่านคำถามและเลือกคำตอบเอง โดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม 15–20 นาที โดยในครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจากทั้งหมด 15 สถาบัน และทำการตรวจสอบข้อมูลแล้วสามารถนำเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น

3,570 คน เพื่อความเป็นตัวแทนที่ดีของนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงนำเข้ามาในการศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ที่พักอาศัยปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารดัดแปลงจากแบบสอบถามของ นพวรรณ เปียชื่อและคณะ⁽¹³⁾ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ มีทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบบ 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดระดับคะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่กินเลย 2 คะแนน หมายถึง กินบางวัน (1–2 วันต่อสัปดาห์) 3 คะแนน หมายถึง กินบ่อยครั้ง (3–4 วันต่อสัปดาห์) 4 คะแนน หมายถึง กินเป็นประจำ (5–6 วันต่อสัปดาห์) และ 5 คะแนน กินทุกวัน หมายถึง กินทุกวัน คะแนนเต็ม 120 คะแนน แล้วนำมาจัดกลุ่ม หากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 96.00 คะแนนขึ้นไป (ตั้งแต่ร้อยละ 80) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 72.00–95.99 คะแนน (ร้อยละ 60–79) และ พฤติกรรม การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 72.00 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁴⁾ ในคนอายุ 18–64 ปี ดังนี้ ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายแบบหนักมาก (vigorous intensity) น้อยกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งรวมถึง กิจกรรมการทำงาน งานบ้าน การเดินทาง จัดเป็นมีความเฉื่อยชาทางกาย (inactive activity)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ จากการศึกษาของเยาเวพา ซูถึง⁽¹⁵⁾ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับ 2 ข้อ ระยะเวลาการนอนหลับ 1 ข้อ ความต่อเนื่องของการนอนหลับ 3 ข้อ ความรู้สึกต่อการนอนหลับ 3 ข้อ และผลต่อการทำกิจกรรมในตอนกลางวัน 2 ข้อ และคำถามเชิงบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับ 1 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 1-44 คะแนน คะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า โดยรวมคะแนนรายข้อ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้ดังนี้ คุณภาพการนอนสูง คะแนนระหว่าง 35-44 คะแนน คุณภาพการนอนปานกลาง คะแนนระหว่าง 26-34 คะแนน และคุณภาพการนอนระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1-25 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการประเมินระดับความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20)⁽¹⁶⁾ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า แบบ 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-100 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงบุคคลมีระดับความเครียดมากขึ้นเท่านั้น การแปลผลดังนี้ ความเครียดระดับรุนแรง ได้คะแนนตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดในระดับสูง ระดับคะแนน 42-61 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 24-41 คะแนน และมีความเครียดระดับน้อย ระดับคะแนน 0-23 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร⁽¹³⁾ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.83 ในการศึกษาครั้งนี้

หาความเชื่อมั่นซ้ำได้เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ได้หาความเชื่อมั่นซ้ำได้เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 013/2567 วันที่ให้การรับรอง 15 มกราคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ประชุมกับผู้ร่วมวิจัยจากสถาบันต่างๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจกแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ มีสิทธิถอนตัวได้โดยไม่ต้องระบุเหตุผล ข้อมูลจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ในส่วนของพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย เป็นต้น นำคะแนนมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาจัดกลุ่มตามเกณฑ์

2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการประมาณค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำเสนอด้วยค่าความชุกและช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square โดยได้มีการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ดังนี้คือ เป็นการหาความสัมพันธ์ข้อมูล

แน่นับ ที่มีค่าคาดหวังต้องไม่เท่ากับ 0 กรณีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้การทดสอบความสัมพันธ์โดย Fisher exact test รายงานขนาดความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ Crude Odd Ratio (Crude OR) กำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,295 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 อายุเฉลี่ย 20.29 ± 2.12 ปี กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 มากที่สุด จำนวน 1,208 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=3,570)

Table 1 Baseline characteristics of the samples (n=3,570)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	275	7.7
หญิง	3,295	92.3
2. อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	20.29 (± 2.12)	
3. ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ปี 1	1,208	33.8
ปี 2	1,060	29.7
ปี 3	761	21.3
ปี 4	541	15.2
4. สถานที่พักอาศัย		
หอพักในมหาวิทยาลัย	2,567	72.6
นอกมหาวิทยาลัยและอื่น ๆ	1,003	27.4
5. ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)		
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	5,000 (1,000 : 18,000)	
6. ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	2,557	71.6
ดื่ม	1,013	28.4
7. การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	3,442	96.4
สูบ	128	3.6
8. สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรัง		
ไม่มี	3,177	84.7
มี	573	15.3
9. ประเภทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
เบาหวาน	239	41.7
ความดันโลหิตสูง	302	52.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	32	5.6

2. ประเมินค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย การนอนหลับระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3,510 คน คิดเป็นร้อยละ 98.4 (95% CI: 97.9-98.8) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ คุณภาพ รายนะเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประมาณค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาพยาบาล (n=3,570)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
1. มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน			
ไม่มี	2,807	78.6	75.6-81.6
มี	763	21.4	17.0-24.0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	21.0 (±3.5)		
2. มีภาวะอ้วนลงพุง			
ไม่มี	3,131	87.7	86.6-88.8
มี	439	12.3	11.2-13.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	69.8 (±9.2)		
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
ต่ำ	2,839	79.5	78.1-80.8
ปานกลาง	718	20.1	18.8-21.5
สูง	13	0.4	0.2-0.7
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.1 (±8.0)		
4. พฤติกรรมเนือยนิ่ง			
ไม่มี	60	1.7	1.3-2.2
มี	3,510	98.4	97.9-98.8
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.2 (±3.4)		
5. ระดับกิจกรรมทางกาย			
เฉื่อยชา (inactive)	2,556	71.6	70.1-78.2
ปกติ (Active)	1,014	28.4	26.9-29.9
6. คุณภาพการนอนหลับ			
ต่ำ	3,570	100.0	100.0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	30.7 (±3.5)		
7. ระดับความเครียด			
น้อย	120	3.3	2.7-3.9
ปานกลาง	1,224	34.3	32.8-35.9
สูง	1,530	42.9	41.3-44.6
รุนแรง	696	19.5	18.2-20.8
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.4 (1±5.3)		
8. การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	3,442	96.4	95.3-96.6
สูบ (เคยสูบหรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่)	128	3.6	3.0-4.2
9. ดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม	2,557	71.6	69.5-72.5
ดื่ม	1,013	28.4	26.9-29.7

3. ความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ระดับกิจกรรมทางกายระดับเฉื่อยชา การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=3,570)

Table 3 Gender differences in the prevalence of risk factors of non-communicable diseases (n=3,570)

ปัจจัยเสี่ยง	เพศหญิง (n=3,295)		เพศชาย (n=275)		X ² /Crude OR	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน					27.46	<0.001
ไม่มี	2,625	81.7	182	66.2	1	
มี	670	18.3	93	33.8	2.00	
2. มีภาวะอ้วนลงพุง					19.30	0.821
ไม่มี	2,891	87.7	240	87.3	1	
มี	404	12.3	35	12.7	0.65	
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					4.55	0.003
ปานกลาง-สูง	662	20.1	69	25.1	1	
ต่ำ	2,633	79.9	206	74.9	1.34	
4. พฤติกรรมเนือยนิ่ง					29.72	0.009
ไม่มี	50	1.6	10	3.6	1	
มี	3,245	98.4	265	96.4	2.89	
5. ระดับกิจกรรมทางกาย					24.95	<0.001
เฉื่อยชา (Inactive)	2,395	72.7	161	58.6	1	
ปกติ (Active)	900	27.3	114	41.4	1.88	
6. คุณภาพการนอนหลับ					NA	NA
ต่ำ	3,295	100.0	275	100.0	NA	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	30.72 (±3.53)					
7. ระดับความเครียด					2.23	0.289
น้อย-ปานกลาง	1,252	38.0	92	33.5	1	
สูง-รุนแรง	2,043	62.0	183	66.5	1.22	
8. การสูบบุหรี่					17.84	<0.001
ไม่สูบ	3,188	96.8	254	92.3	1	
สูบ (เคยสูบหรือปัจจุบันยังสูบอยู่)	107	3.2	21	7.6	1.54	
9. ดื่มแอลกอฮอล์					13.07	<0.001
ไม่ดื่ม	2,386	72.4	171	62.1	1	
ดื่ม	909	27.6	104	37.9	1.60	

วิจารณ์

การศึกษานี้นำแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender และคณะ⁽¹⁰⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งได้อธิบายว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ได้รับอิทธิพลจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัวมีประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ตัวแปรตามคือ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน ความเครียด คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมเนือยนิ่งระดับกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรหลักที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรกลุ่มนี้คือ ความแตกต่างระหว่างเพศ ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญคือ

1. ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ คุณภาพการนอนหลับในระดับต่ำ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ ตามลำดับ

คุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคุณภาพการนอนหลับระดับต่ำ อาจมีสาเหตุมาจากความเครียด ในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงร้อยละ 62.4 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากขึ้น ทำให้มีการหลั่งแอดรีนาลีนและคอร์ติโคสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการหายใจ ความดันโลหิตและความตึงตัวของ

กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับบ่อยครั้งและไม่สามารถนอนหลับต่อไปได้⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) อาศัยอยู่ในหอพักของสถาบันการศึกษาซึ่งมีความแออัด และไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับได้ เช่น แสง เสียงรบกวน การระบายอากาศ⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่รายงานว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี^(9,18)

พฤติกรรมเนือยนิ่ง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.4 นั่งทำกิจกรรมติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป และมีระดับกิจกรรมทางกายในระดับเนือยชา (inactive) ร้อยละ 71.6 อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะการเรียนที่ต้องนั่งฟังการบรรยาย และลักษณะการเรียนในระดับอุดมศึกษาที่ส่งผลต่อความเครียด งานที่ได้รับมอบหมายเพิ่มขึ้นและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาปฏิเสธการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาเกี่ยวกับระดับกิจกรรมทางกายเป็นปัญหาที่พบได้ในระดับโลก โดยในนักศึกษาทุก ๆ 10 คน จะมีกิจกรรมทางกายในระดับเนือยชาเฉลี่ย 4 คน⁽¹⁹⁾ ยังมีรายงานการศึกษาว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกอีกด้วย⁽²⁰⁾ ความชุกของกิจกรรมทางกายในระดับเนือยชาในนักศึกษากลุ่มนี้อาจเกิดมาจากหลายปัจจัย เช่น จากการแข่งขันในตลาดแรงงานที่ต้องการบุคลากรที่มีทักษะการสืบค้นและใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ส่งผลให้นักศึกษาเหล่านี้มีกิจกรรมอยู่หน้าสื่อออนไลน์ การนั่งหรืออยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาคครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่รายงานว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และระดับกิจกรรมทางกายในระดับต่ำ^(4,21) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบในแอฟริกาใต้รวบรวม 15 รายงานการศึกษพบว่านักศึกษาร้อยละ 35.0 (95% CI: 33.4–36.3) ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 39.0 (95% CI: 33.4–36.3) มีระดับกิจกรรมทางกายในระดับเนือยชา⁽¹⁹⁾

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.5 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ รับประทานผักและผลไม้ปริมาณน้อย ร่วมกับการรับประทานอาหารโซเดียมสูง สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบของอาหารแปรรูปที่มีจำหน่ายทั่วไปและเป็นที่นิยมของนักศึกษา เนื่องจากความสะดวกในการบริโภค เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศที่รายงานว่า นักศึกษากลุ่มนี้มีพฤติกรรมกินไม่ดี^(3,21-22) นอกจากนี้มีรายงานว่า พฤติกรรมการกินที่ไม่ดี มักเกิดขึ้นในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษา ซึ่งต้องมีการปรับตัวเผชิญกับความเครียด นอกจากนี้อาหารสุขภาพมักมีราคาแพงกว่าและหาได้ยากกว่าอาหารแปรรูปประเภทอื่นๆ⁽²³⁾

ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ตั้งแต่ 23 kg/m²) และภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 21.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 12.3 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเพศหญิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ในเพศชาย ร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8⁽⁴⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศ^(21,24)

ความเครียด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 62.4 ซึ่งมีสาเหตุมาจากลักษณะของหลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมนุษย์ ตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงมีภาวะซับซ้อน การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และความคาดหวังต่อการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ ภาวะเครียดยังส่งผลต่อพฤติกรรมการกิน ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนตามมา ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า เพศชายมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และภาวะเครียดระดับสูงถึงรุนแรงมากกว่า

เพศหญิง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Chen และคณะ⁽⁷⁾ ทำการศึกษาในนักศึกษาอุดมศึกษา และพบว่า เมื่ออยู่ในภาวะเครียดเพศชายจะมีการตอบสนองกับภาวะเครียด โดยจะมีการหลั่งสารจากต่อมใต้สมองและคอร์ติซอล และนักศึกษาเพศชายมักจะสูญเสียการควบคุมตนเองในการควบคุมพฤติกรรมกิน การออกกำลังกาย ได้น้อยกว่าเพศหญิง

การสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างมีผู้ที่สูบบุหรี่ (รวมถึงยังสูบบุหรี่หรือเคยสูบ) ร้อยละ 3.6 ซึ่งความชุกต่ำกว่ารายงานการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาสาขาอื่นๆ อาจมีสาเหตุมาจากกฎระเบียบของสถาบัน การศึกษาทางการแพทย์และนโยบายด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายมีความชุกการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.4 โดยสาเหตุของการดื่มแอลกอฮอล์มาจากการดื่มเพื่อเข้าสังคมและแรงกดดันจากเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการสำรวจปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษามหาวิทยาลัยเดลี⁽²⁶⁾

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 2 พฤติกรรมขึ้นไป โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นร่วมกันมากที่สุดคือ มีระดับกิจกรรมทางกาย ในระดับเฉื่อยชา (Inactive) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁾

2. ความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาภาคตะวันออกเฉิยเหนือ

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบไปด้วย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง มีกิจกรรมทางกายระดับเฉื่อยชา การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ จากรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ใน

ระดับสูง โดยเกือบทั้งหมดรายงานว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเนือยนิ่งและระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าเพศชาย^(19,21,27) ยกเว้นภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ที่เพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เพศชายมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากกว่าเพศหญิง⁽²⁸⁾ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาจาก 24 ประเทศ ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกของการสูบบุหรี่และภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาเพศชาย⁽⁶⁾

สรุป

นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง 3 อันดับแรกคือ คุณภาพการนอนหลับระดับต่ำ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ ซึ่งสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น เพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายการเป็นเหตุและผลของปัจจัยเสี่ยง การศึกษารุ่นต่อไปควรเป็นการศึกษาเชิงทดลองผลของโปรแกรมการลดพฤติกรรมเสี่ยง หรือการศึกษาติดตามผลไปข้างหน้า (prospective cohort study)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs,

sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>

2. Akseer N, Mehta S, Wigle J, Chera R, Brickman ZJ, Al-Gashm S, et al. Non-communicable diseases among adolescents: current status, determinants, interventions and policies. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–20.
3. Charoendee K, Boriboon N, Butchumsang A, Rungreung S. Annual report 2023, Bureau of Non-Communicable Diseases. Bangkok: Akson Graphic and Design; 2023. (in Thai)
4. Ekaplakorn W, editor. The 6th Thai national health examination survey 2019–2020. 1st ed. Bangkok: Akson Graphic and Design; 2021. (in Thai)
5. Essa H, El-Shemy MBA. Prevalence of lifestyle-associated risk factors for non-communicable diseases and its effect on quality of life among nursing students, faculty of nursing, Tanta University. *Int J Adv Res*. 2015;3(5):429–46.
6. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and correlates of multiple behavioral risk factors of non-communicable diseases among university students from 24 countries. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(4):857–66.
7. Chen Y, Liu X, Yan N, Jia W, Fan Y, Yan H, et al. Higher academic stress was associated with increased risk of overweight and obesity among college students in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5559.
8. Chabuakam N. Nutritional knowledge, attitudes toward food, eating behaviors, and nutritional status of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sappasitthiprasong. Racha-

- wadee J. 2019;1:18–29. (in Thai)
9. Yiğitalp G. Determination of sleep quality, fatigue and related factors in nursing students. *J Nurs Midwifery Sci.* 2021;8(3):212–8.
 10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New York: Pearson; 2006.
 11. Ngamjaras C. Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
 12. Jaruratanasirikul S, Thammaratchuchai S, Puwanant M, Mo-suwan L, Sriplung H. Progression from impaired glucose tolerance to type 2 diabetes in obese children and adolescents: a 3–6 year cohort study in southern Thailand. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 2];29(11):1267–75. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpem-2016-0195/html>
 13. Piaseu N, Tatsanachantatane D, Kittipoom S, Putwatana P. Nutritional knowledge, attitude toward food, food behavior, and nutritional status among nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2009;15(1):48–59. (in Thai)
 14. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
 15. Chuthung Y. Effect of listening to adapted Thai music on sleep quality among elderly residents in a nursing home. *Boromarajonani College of Nursing Bangkok Journal.* 2004;1:15–30. (in Thai)
 16. Mahattanirankul S, Poompaisalchai W, Tapanya P. Research report on the development of a stress measurement tool. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital; 1997. (in Thai)
 17. Nanchai J, Kraisri N, Sombun L, Thongsawat T. Predictive factors of sleep quality among nursing students. *Nurs J (Manila).* 2017;44(Suppl 2):49–59. (in Thai)
 18. Photaras D. Factors associated with sleep quality among nursing students. *Burapha Nurs J.* 2021;25(1):25–36. (in Thai)
 19. Florence GE, Derman WE, Popperwell JM, Kunorozva L, Gomez-Ezeiza J. Prevalence of health risk behaviours related to non-communicable diseases amongst South African university students: a systematic review. *J Public Health.* 2023;45(4):1042–55.
 20. Khamaiseh A, ALBashtawy M. Prevalence of obesity and physical inactivity behaviors among nursing students in Mutah University, Jordan. *World J Med Sci.* 2015;12(2):95–102.
 21. Monteiro LZ, Varela AR, Spinola M da S, Carneiro M de LA, Oliveira DMS de, Toledo JO de. High prevalence of risk factors for non-communicable diseases in university students of nursing courses. *Cad Saúde Coletiva.* 2023;31(1):e30040429.
 22. Emhj. World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2022 [cited 2022 Aug 12]. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in adults: key findings from the Pakistan STEPS survey. Available at: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-24-2018/volume-24-issue-1/prevalence-of-risk-factors-for-noncommunicable-diseases-in-adults-key-findings-from-the-pakistan-steps-survey.html>
 23. Caso D, Miriam C, Rosa F, Mark C. Unhealthy eating and academic stress: The moderating effect of eating style and BMI. *Health Psychol*

- Open. 2020;7(2):2055102920975274.
24. Tapera R, Merapelo MT, Tumoyagae T, Maswabi TM, Erick P, Letsholo B, et al. The prevalence and factors associated with overweight and obesity among University of Botswana students. *Cogent Med.* 2017;4(1): 1357249.
25. Urbanetto J de S, Rocha PS da, Dutra RC, Maciel MC, Bandeira AG, Magnago TSB de S. Stress and overweight/obesity among nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27: e3177.
26. Chakma JK, Gupta S. Lifestyle practice and associated risk factors of noncommunicable diseases among the students of Delhi University. *Int J Health Allied Sci.* 2017;6(1):20.
27. Armocida B, Monasta L, Sawyer S, Bustreo F, Segafredo G, Castelpietra G, et al. Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(6):367–83.
28. Souza LPSE, Hermsdorff HHM, Miranda AEDS, Bressan J, Pimenta AM. Alcohol consumption and overweight in Brazilian adults – CUME Project. *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 3):4835–48.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors associated with quality of life among Hypertensive patients at an urban community health center in Sisaket Hospital, Sisaket Province

กรกนก ทองทวี¹Kornkanok Thongthawee¹สุภาวดี ทองทวี¹Supawadee Thongthawee¹นฤมล กิ่งแก้ว²Naruemol Kingkaew²¹โรงพยาบาลศรีสะเกษ¹Sisaket Hospital²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี²Sirindhorn College of Public Health,

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

Ubon Ratchathani Province,

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Faculty of Public Health and Allied

Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute,

Ministry of Public Health

DOI: 10.14456/dcj.2025.21

Received: February 28, 2025 | Revised: May 15, 2025 | Accepted: May 15, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ จำนวน 240 คน ความตรงของเนื้อหา 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ ค่าความเที่ยงรวม 0.87 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test, Student's t test และใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณหาปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี (เพศชาย ร้อยละ 70.7 และเพศหญิง ร้อยละ 67.6) กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และประกอบธุรกิจส่วนตัว มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 74.4 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ พบว่า การออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ (OR=2.49, 95% CI: 1.36-4.55), ทักษะการตัดสินใจระดับต่ำ (OR=0.043, 95% CI: 0.003-0.611) และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ.ในระดับต่ำ (OR=15.37, 95% CI: 1.41-167.87) สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ. จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิทยาโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อเสนอแนะ

และแนวทางเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ติดต่อผู้พิมพ์ : นฤมล กิ่งแก้ว

อีเมล : nkingkaew@scphub.ac.th

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine factors associated with the quality of life among hypertensive patients at an urban community health center in Sisaket Hospital, Sisaket Province. Data collection was conducted between December 2024 and January 2025. A systematic random sampling method was used to select 240 samples. Content validity was assessed, with all items achieving a content validity index (CVI) of at least 0.67. The total reliability score was 0.87. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for analysis, along with inferential statistical methods such as the Chi-square test, Fisher's exact test, Student's t test, and multivariate logistic regression analysis. The statistical significance level was set at $p<0.05$. The results indicated that the samples had a good quality of life (Male=70.7% and Female=67.6%, respectively). Additionally, individuals with a bachelor's degree or higher and those who are self-employed demonstrated a good quality of life (74.4% and 80.0%, respectively). Multivariate logistic regression analysis revealed significant factors influencing quality of life, including exercising fewer than three days per week (adjusted odds ratio [OR]=2.49, 95% confidence interval [CI]: 1.36–4.55), low decision-making skills (OR=0.043, 95% CI: 0.003–0.611), and low overall health literacy regarding the "3E, 2S, 1D" behavioral framework (Eating habits, Emotional management, Exercise, Stop smoking, Stop drinking alcohol consumption and Dental examination) (OR=15.37, 95% CI: 1.41–167.87). Based on these findings, it is recommended that interventions be developed to promote physical activity among hypertensive patients, enhance health literacy related to the "3E, 2S, 1D" behavioral framework, and implement psychological support programs led by experts to provide guidance on effective decision-making skills. These strategies could contribute to improving the overall quality of life of hypertensive patients.

Correspondence: Naruemol Kingkaew

Email: nkingkaew@scphub.ac.th

คำสำคัญ

โรคความดันโลหิตสูง, คุณภาพชีวิต, ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง, ศรีสะเกษ

Keywords

hypertension, quality of life, urban community health center, Sisaket

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึง 43 ล้านคน หรือร้อยละ

75.0 ของการเสียชีวิตเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และร้อยละ 73.0 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁽¹⁾ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประชากรอายุ

ระหว่าง 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.3 พันล้านคน คิดเป็น 1,616 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾

รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (อัตรา 19,632.59 ต่อประชากรแสนคน) เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 พบว่าอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เท่ากับ 13,361.1, 13,940.2, 14,618.0 และ 15,109.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่เท่ากับ 1,180.8, 1,070.5, 1,032.9 และ 1,160.44 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 โดยมีอัตรา 10,125.61, 10,930.54, 11,778.28 และ 12,315.92 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดศรีสะเกษเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และนอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในช่วงปีเดียวกันเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1,080.30, 1,121.16, 1,136.17 และ 1,114.06 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁴⁾ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ 2563-2565 จำนวน 766, 918 และ 1,170 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 7,604.48, 9,113.47 และ 11,615.21 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยยังควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีเพียงร้อยละ 44.74 ซึ่งถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 60.0 ของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾

วิธีป้องกันระดับความดันโลหิตสูงได้ใช้หลัก 3อ. 2ส. 1ฟ คือ อ.1 อาหาร ควรเลือกกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ไม่หวานจัด อ.2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที อ.3 ทำจิตใจให้สงบเพื่อจัดการความเครียด ส.1 คือไม่สูบบุหรี่ ส.2 คือ

ไม่ดื่มสุรา ฟ.1 คือการดูแลรักษาฟันสูตร 222 แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง นานครั้งละ 2 นาที ไม่กินหรือไม่ดื่มหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง และควรรับการตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง⁽²⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มเป็นประจำ พักผ่อนน้อย และมีความเครียดสะสม ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่⁽⁵⁾ ทำให้ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ยาก เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระด้านเศรษฐกิจและการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁽⁶⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ส่วนความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารในรูปแบบวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง⁽⁸⁾ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลต่างๆ ในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ⁽⁹⁾ และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จำนวน 516 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอและดีเยี่ยม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับดีถึง 2.13 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ⁽¹⁰⁾ จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. และความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. ที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,001 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบค่าประชากร⁽¹¹⁾ ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{(p(1-P))}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{(p(1-P))}{N}}$$

$$n = \frac{(0.29(1-0.29))}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{(0.29(1-0.29))}{1001}}$$

กำหนดให้ n เท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ N เท่ากับ ประชากร (1,001 คน) P เท่ากับ สัดส่วนประชากรที่ต้องการสู่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.0⁽⁷⁾ Z เท่ากับ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (1.96) และ e เท่ากับ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบโดยการจับสลากเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นเริ่มจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างหมายเลข 2 กำหนดช่วง

(interval) ของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยบวกไปทีละ 3 ได้กลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 2, 5, 8, 11, ... และจนครบ 240 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนตามระบบ ICD10 กลุ่ม I10 และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อมและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ต่อเดือน (บาท) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (บาท) ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพช่องปาก) เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ จำนวน 21 ข้อ โดยแบ่งกลุ่มอาหารรสหวาน มัน เค็ม ออกเป็น 3 ตัวเลือก ได้แก่ (0) ไม่รับประทาน (1) รับประทาน 1 วัน/สัปดาห์ และ (2) รับประทานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 วันต่อสัปดาห์ การออกกำลังกาย เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ (0) ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน/สัปดาห์ และ (1) ออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์ และ (0) ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที/ครั้ง และ (1) ออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง

อารมณ์ ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งสิ้น 0-15 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ดังนี้ เป็นประจำ ให้ 3 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และเป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี ให้ 0 คะแนน จากนั้นแปลผลคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน มีความเครียดเล็กน้อย 5-7 คะแนน มีความเครียดปานกลาง 8-9 คะแนน มีความเครียดมาก และ 10-15 คะแนน มีความเครียดมากที่สุด

การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก สูบบุหรี่ ได้แก่ (0) ไม่สูบ (1) สูบ การดื่มสุรา ได้แก่ (0) ไม่ดื่ม (1) ดื่ม และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ได้แก่ (0) ไม่เคยไป (1) เคยไปมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นคำถามปลายเปิด และสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ (1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2) บัตรประกันสังคม (3) สิทธิข้าราชการ และ (4) สิทธิอื่น ๆ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม 30. 2ส. 1พ. เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹³⁾ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก 33 ข้อ โดย (1) น้อยที่สุด (2) น้อย (3) ปานกลาง (4) มาก และ (5) มากที่สุด คำถามเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19, 20, 22 และ 34 โดย (5) น้อยที่สุด (4) น้อย (3) ปานกลาง (2) มาก และ (1) มากที่สุด

การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. 1พ. มีค่าคะแนนสูงสุด 185 คะแนน และค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเท่ากับร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (148–185 คะแนน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 60.0–79.0 (111–147 คะแนน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ เท่ากับร้อยละ 60.0 (0–160 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization quality of life assessment instrument–BREF–THAI: WHOQOL–BREFTHAI) โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อ คำถามประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย (ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24) ด้านจิตใจ

(ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ข้อ 13, 14 และ 25) และด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22) ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะไม่นับรวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน⁽⁶⁾ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ได้แก่ (1) ไม่เลย (2) เล็กน้อย (3) ปานกลาง (4) มาก และ (5) มากที่สุด และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 ได้แก่ (5) ไม่เลย (4) เล็กน้อย (3) ปานกลาง (2) มาก และ (1) มากที่สุด

การแปลผล

คุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26–130 คะแนน⁽⁶⁾ โดยคุณภาพชีวิตไม่ดี เท่ากับ 26–60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง เท่ากับ 61–95 คะแนน และคุณภาพชีวิตดี เท่ากับ 96–130 คะแนน อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษา พบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 กลุ่ม ได้แก่ คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตระดับดี ไม่มีรายงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน แบบสอบถามมีค่าความตรงของเนื้อหาตั้งแต่ 0.67–1.0 ขึ้นไปทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน การทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายสิทธิประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบ

ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับโดยข้อมูลที่น่าเสนอเป็นเพียงการนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น และมีเพียงนักวิจัยที่เข้าถึงข้อมูลนั้นได้ ข้อมูลจะเก็บรักษาไว้อย่างน้อย 1 ปี

สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test, Student's t test และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การศึกษานี้ ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

เอกสารรับรองเลขที่ 048/2567 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างเคร่งครัดหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 68.8 (165/240) และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 (75/240) เพศชายมีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 70.7 เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 67.6 กลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และประกอบธุรกิจส่วนตัวมีคุณภาพชีวิตระดับดี สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่ม ร้อยละ 74.4 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ รายได้ต่อเดือน รายได้ รวมของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ความเครียด การออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน ต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายมากกว่า 30 นาที ต่อวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วย ความเครียด และพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ. ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษกับระดับคุณภาพชีวิต

Table 1 Personal characteristics, duration of illness, stress and "3E, 2S, 1D" behavioral practices among hypertensive patients at an urban community health center, Sisaket Hospital, Sisaket Province, and their quality of life levels

ตัวแปร	รวม (n=240)	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิต ระดับดี	p-value
		n=75 (ร้อยละ)	n=165 (ร้อยละ)	
เพศ				0.616
ชาย	92	27 (29.3)	65 (70.7)	
หญิง	148	48 (32.4)	100 (67.6)	
อายุ (ปี)	60.35±9.494	62.56±8.626	59.35±9.723	0.015*
รายได้ต่อเดือน (บาท)	14,840.04± 13,388.208	12,133.47± 14,600.097	16,070.30± 12,655.411	0.034*
รายได้รวมของครอบครัว (บาท)	21,973.42± 24,461.793	15,377.60± 18,641.172	24,971.52± 261,97.209	0.005*
ระยะเวลาการป่วย	9.90±7.213	11.13±7.907	9.34±6.827	0.074
ความเครียด	2.03±2.412	2.65±2.831	1.75±2.146	0.007*
สถานภาพสมรส				0.994
โสด	49	15 (30.6)	34 (69.4)	
แต่งงาน	143	45 (31.5)	98 (68.5)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	48	15 (31.2)	33 (68.8)	
ระดับการศึกษา				0.042*
ประถมศึกษา	85	27 (31.8)	58 (68.2)	
มัธยมศึกษา	38	18 (47.4)	20 (52.6)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	117	30 (25.6)	87 (74.4)	

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการป่วย ความเครียด และพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ. ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษกับระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

Table 1 Personal characteristics, duration of illness, stress and "3E, 2S, 1D" behavioral practices among hypertensive patients at an urban community health center, Sisaket Hospital, Sisaket Province, and their quality of life levels (continue)

ตัวแปร	รวม (n=240)	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง n=75 (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิต ระดับดี n=165 (ร้อยละ)	p-value
อาชีพ				0.132
รับราชการ	40	10 (25.0)	30 (75.0)	
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	25	5 (20.0)	20 (80.0)	
เกษตรกร	35	8 (22.9)	27 (77.1)	
รับจ้างทั่วไป/อื่นๆ	140	52 (37.1)	88 (62.9)	
การรับประทานอาหารหวาน				0.301
ไม่รับประทาน	61	17 (27.9)	44 (72.1)	
1 วัน/สัปดาห์	130	46 (35.4)	84 (64.6)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน/สัปดาห์	49	12 (24.5)	37 (75.5)	
การรับประทานอาหารมัน				0.073
ไม่รับประทาน	26	4 (15.4)	22 (84.6)	
1วัน/สัปดาห์	179	56 (31.3)	123 (68.7)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน/สัปดาห์	35	15 (42.9)	20 (57.1)	
การรับประทานอาหารเค็ม				0.069
ไม่รับประทาน	26	3 (11.5)	23 (85.5)	
1วัน/สัปดาห์	119	41 (34.5)	78 (65.5)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน/สัปดาห์	95	31 (32.6)	64 (67.4)	
การออกกำลังกาย (วัน/สัปดาห์)				<0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน/สัปดาห์	142	32 (22.5)	110 (77.5)	
น้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์	98	43 (43.9)	55 (56.1)	
การออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง)				0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที/ครั้ง	155	37 (23.9)	118 (76.1)	
น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง	85	38 (44.7)	47 (55.3)	
การสูบบุหรี่				b0.178
ไม่สูบ	235	72 (30.6)	163 (69.4)	
สูบ	5	3 (60.0)	2 (40.0)	
การดื่มแอลกอฮอล์				0.621
ไม่ดื่ม	184	59 (32.1)	125 (67.9)	
ดื่ม	56	16 (28.6)	40 (71.4)	
การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน				0.114
ไม่เคยไป	179	51 (28.5)	128 (71.5)	
ไปมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/ปี	61	24 (39.3)	37 (60.7)	

Data are presented as number (%), อายุ รายได้ต่อเดือน รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความเครียด
นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD)

p-valuea by chi-square, p-valueb by fisher's exact test or p-valuec by student's t-test *p<0.05

ความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ($p=0.10$) ทักษะการสื่อสาร ($p=0.001$) และความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. ($p=0.015$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Table 2 The relationship between health literacy, its components, and the quality of life among hypertensive patients at an urban community health center in Sisaket Hospital, Sisaket Province

ตัวแปร	รวม (n=240)	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง n=75 (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิต ระดับดี n=165 (ร้อยละ)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ				0.010*
สูง (28-35 คะแนน)	91	18 (19.8)	73 (80.2)	
ปานกลาง (21-27 คะแนน)	102	40 (39.2)	62 (60.8)	
ต่ำ (0-20 คะแนน)	47	17 (36.2)	30 (63.8)	
ความรู้ความเข้าใจ				0.059
สูง (24-30 คะแนน)	79	17 (21.5)	62 (78.5)	
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	124	43 (34.7)	81 (65.3)	
ต่ำ (0-17 คะแนน)	37	15 (40.5)	22 (59.5)	
ทักษะการสื่อสาร				0.001*
สูง (24-30 คะแนน)	15	6 (40.0)	9 (60.0)	
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	129	27 (20.9)	102 (79.1)	
ต่ำ (0-17 คะแนน)	96	42 (43.8)	54 (56.2)	
ทักษะการตัดสินใจ				b0.274
สูง (24-30 คะแนน)	5	3 (60.0)	2 (40.0)	
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	180	53 (20.9)	127 (79.1)	
ต่ำ (0-17 คะแนน)	55	19 (43.8)	36 (56.3)	
การจัดการตนเอง				0.787
สูง (20-25 คะแนน)	100	29 (29.0)	71 (71.1)	
ปานกลาง (15-19 คะแนน)	117	39 (33.3)	78 (66.7)	
ต่ำ (0-14 คะแนน)	23	7 (30.4)	16 (69.6)	
ทักษะการเข้าถึงสื่อ				b0.950
สูง (28-35 คะแนน)	3	1 (33.3)	2 (66.7)	
ปานกลาง (21-27 คะแนน)	135	43 (31.9)	92 (68.1)	
ต่ำ (0-20 คะแนน)	102	31 (30.4)	71 (69.6)	
ความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม				0.015*
สูง (148-185 คะแนน)	16	4 (25.0)	12 (75.0)	
ปานกลาง (111-147 คะแนน)	149	38 (25.5)	111 (74.5)	
ต่ำ (0-110 คะแนน)	75	33 (44.6)	42 (56.0)	

Data are presented as number (%)

p-value by fisher's exact test

* $p<0.05$

ปัจจัยสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (stepwise selection) เพื่อหาโมเดลที่ดีที่สุด โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย ความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ (OR=2.49, 95% CI: 1.36–4.55), ทักษะการตัดสินใจระดับต่ำ (OR=0.043, 95% CI: 0.003–0.611), และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ.ในระดับต่ำ (OR=15.37, 95% CI: 1.41–167.87) มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณระหว่างการออกกำลังกาย ทักษะการตัดสินใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษจังหวัดศรีสะเกษ (n=240)

Table 3 Multiple logistic regression analysis of physical activity, decision skill, and health literacy in relation to the quality of life among hypertensive patients at an Meuang Community Health Center in Sisaket Hospital, Sisaket Province (n=240)

ตัวแปร	OR	95% CI	p-value
การออกกำลังกาย (วัน/สัปดาห์)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน/สัปดาห์	1.00	reference	
น้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์	2.49	1.36–4.55	0.003*
ความเครียด			
ต่ำ	1.00	reference	
ปานกลาง	1.45	0.67–3.12	0.341
ทักษะการสื่อสาร			
สูง	1.00	reference	
ปานกลาง	0.17	0.029–1.06	0.058
ต่ำ	0.38	0.06–2.57	0.323
ทักษะการตัดสินใจ			
สูง	1.00	reference	
ปานกลาง	0.13	0.01–1.51	0.102
ต่ำ	0.043	0.003–0.611	0.020*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม			
สูง	1.00	reference	
ปานกลาง	5.80	0.66–50.92	0.102
ต่ำ	15.37	1.41–167.87	0.020*

OR: adjusted Odds ratio, 95% CI: 95% confidence interval

*p<0.05

วิจารณ์

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี และอายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 225 ราย ที่ทำการศึกษาาระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2563⁽⁷⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่ารายได้ต่อเดือน และรายได้รวมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน และผลประโยชน์อื่น ๆ ที่เป็นธรรมและเพียงพอจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตที่ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 423 คน ที่รักษาในโรงพยาบาล Addis Ababa ประเทศเอธิโอเปีย ในปี 2568 ว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 Ethiopian Birr มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 3,000 Ethiopian Birr ถึง 1.75 เท่า⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของชนกันท์ แสนสุนนท์ และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์⁽⁷⁾ ไม่พบความสอดคล้องระหว่างระดับการศึกษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 423 คน ที่รักษาในโรงพยาบาล Addis Ababa ประเทศเอธิโอเปียในปี 2568 ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าถึง 3.477 เท่า⁽¹⁴⁾

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลต่อการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อครั้งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์สมการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึง 2.49 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานในจังหวัดสระบุรี จำนวน 543 ราย พบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ ในทางตรงกันข้ามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายแบบคาดิโอ เช่น การเดินกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 37 รายในประเทศสเปน พบว่า การออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ ระดับปานกลาง หรือระดับสูง อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศสเปนนี้ยังพบข้อจำกัดเช่น เครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตยังมีค่าที่สูงกว่ามาตรฐานจนเกินไปและควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง⁽¹⁶⁾

ความเครียดส่งผลต่อการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น การปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การมีความเครียดสะสมเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไมเกรน นอนไม่หลับ และโรคสมองและระบบประสาทเสื่อม⁽¹⁷⁾ เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยเฉลี่ย 2.03 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.412 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความเครียดเล็กน้อย ความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศที่มีรายได้ต่ำ จำนวน 183 ราย ซึ่งพบว่า ไม่ว่าจะเป็นความเครียดน้อย หรือความเครียดมาก ปัจจัยนี้ล้วนปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งสิ้น⁽¹⁸⁾

การมีความรอบรู้สุขภาพในระดับดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในระดับปานกลาง และทักษะการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการตัดสินใจในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง⁽¹⁹⁾ ทักษะการตัดสินใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับมือกับความเครียดอย่างเหมาะสม และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยมีทักษะการตัดสินใจที่ดี จะสามารถประเมินข้อมูลสุขภาพเลือกแนวทางที่เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การศึกษาของชนกันันท์ แสนสุนนท์ และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์⁽⁷⁾ กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างของความรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่กลับพบว่าความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 105 ราย ในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และจากการทดสอบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยดังกล่าวด้วยเครื่องมือทดสอบคุณภาพชีวิต MINICHAL พบว่า ร้อยละ 46.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของพวกเขาทั้งสิ้น จากการศึกษาแบบ Scoping review จำนวน 4,887 บทความ พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรได้ร่วมกันกำหนดนโยบาย หรือแนวทางเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ⁽²⁰⁾

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างศึกษาในพื้นที่เดียวยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในจังหวัดได้ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณอาจมีตัวแปรบางตัวที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตัวแปรอื่น และรูปแบบของการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางที่ยังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุอย่างชัดเจนได้

สรุป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ร้อยละ 68.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.2 จากการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ พบว่าการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ทักษะการตัดสินใจระดับต่ำ และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมเกี่ยวกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. 1พ. ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเผชิญกับการเลือกแนวทางการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องท่ามกลางข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อท้องถิ่น และข้อมูลที่หลากหลายจากหลายแหล่ง ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ. 2ส. 1พ. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการประเมินข้อมูล วิเคราะห์ผลกระทบของทางเลือก และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การปรับพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และการรับมือกับความเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ และทำการศึกษาถึงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ดังกล่าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Annual report on NCDs 2022. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
- Sisaket Provincial Public Health Office. Percentage of hypertensive patients with well-controlled blood pressure [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 27]. Available from: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=2e3813337b6b5377c-2f68affe247d5f9&cat_id=cf7d9da207c-0f9a7ee6c4fe3f09f67dd (in Thai)
- Office of Disease Control Region 10. Ministry of Public Health inspection report for the fiscal year 2023 [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 27]. Available from: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_summary/2023-07-12-04-49-21.pdf (in Thai)
- Rama Channel. Avoiding risk factors for hypertension [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/เลี้ยงความดันสูง> (in Thai)
- Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-THAI: World Health Organization quality of life assessment (short version, Thai) [Internet]. 2002 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. (in Thai)
- Sansunon C, Suwannaphan K. Factors associated with the quality of life of hypertensive patients in Ban Phai District, Khon Kaen Province. Academic Journal of Community Public Health. 2021;7(2):42-61. (in Thai)
- Choeisuan W. Health literacy: concepts and application in nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(3):183-97. (in Thai)
- Thongma P. Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(1):50-62. (in Thai)
- Prachaiboon T, Banchonhattakit P, Sirisuwan P, Namuang A, Heebkaew Padchasuwan N, Sukrueangkul A. Association between health literacy and quality of life among the elderly in upper northeastern. Health Science Journal of Thailand. 2022;4(2):48-56. (in Thai)
- Cochran WG. Sampling techniques. Oxford: John Wiley; 1953.

12. Ministry of Public Health. Stress assessment form (ST-5) [Internet]. [cited 2025 Feb 27]. Available from: https://kkhos.moph.go.th/kk-hos/data_office/ST5.pdf. (in Thai)
13. Kwanmuang K, Treepetchsriurai N. Health literacy. Bangkok: Samcharoen Panich; 2011.
14. Ahmed SM, Berhane A, Fekade J. Health-related quality of life and associated factors among hypertensive patients attending public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2024. *Curr Probl Cardiol*. 2025;50(1):102890.
15. Pragodpol P, Suwannanaka Y, Chaiyarit A, Sosom B, Seethan S, Sroisrisawat M, et al. Quality of life among patients with and without complications from chronic diseases and approaches to enhance their quality of life [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 19]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>. (in Thai)
16. Martínez-Meñaca A, Mora-Cuesta VM, Iturbe-Fernández D, Sáinz-Ezquerro Belmonte B, Fernández-Cavia G, Gallardo-Ruiz MJ. Quality of life and the cardiopulmonary exercise test in pulmonary arterial hypertension patients. *Arch Bronconeumol*. 2024;60(4):253–5.
17. Azarfarin M, Moradikor N, Salatin S, Sarailoo M, Dadkhah M. Stress-related neurodegenerative diseases: Molecular mechanisms implicated in neurodegeneration and therapeutic strategies. In: *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2025 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612325000111>.
18. Ames SC, Jones GN, Howe JT, Brantley PJ. A prospective study of the impact of stress on quality of life: an investigation of low-income individuals with hypertension. *Ann Behav Med*. 2001;23(2):112–9.
19. Cangussú LR, Sartori Alho EA, Silva AL, Fonsêca DV, Lopes JM, Barbosa RH de A, et al. Low health literacy and quality of life in patients with systemic arterial hypertension. *Dialogues Health*. 2022;1:100036.
20. Simões CF, Lopes LPN, Lara LDS, Cortês AL. Health literacy for elderly patients with high blood pressure: a scoping review. *Res Soc Adm Pharm*. 2024;20(9):846–59.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

Results of developing immunization system operational model for pharmacists working in hospitals in Health Region 7

กัลยา สกุลไทย¹Kanlaya Skulthai¹ประณัฐพงศ์ กัปกรณ์โทก²Pranathapong Kabkrathok²¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
กรมควบคุมโรค¹Office of Disease Prevention and
Control Region 7 Khon Kaen,
Department of disease control²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
สถาบันพระบรมราชชนก²Sirindhorn College of Public Health,
Phitsanulok Province,
Praboromarajchanok Institute

DOI: 10.14456/dcj.2025.22

Received: March 13, 2025 | Revised: May 19, 2025 | Accepted: May 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 (Research; R1) สำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร ขั้นตอนที่ 2 (Development; D1) พัฒนาหลักสูตรเภสัชกรงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ขั้นตอนที่ 3 (Research; R2) ทดลองใช้หลักสูตร ขั้นตอนที่ 4 (Development; D2) ติดตามประเมินผลหลังการอบรม เภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล และผู้บังคับบัญชา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม แบบประเมินติดตามหลังการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่าขั้นตอนที่ 1 สำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร จำนวน 54 คน มีความต้องการด้านความรู้เรื่องวัคซีน หลักการให้วัคซีน ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น มากที่สุด ร้อยละ 77.8 และ 66.7 ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหลักสูตรโดยประยุกต์จากหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ปี 2561 จำนวน 6 บทเรียน ขั้นตอนที่ 3 อบรมเภสัชกร ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน รูปแบบบรรยายและฝึกปฏิบัติ แบบ onsite จำนวน 44 คน และ online จำนวน 62 คน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมทั้งแบบ onsite และ online มีระดับค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขั้นตอนที่ 4 สัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาต่อบุคลากรที่ผ่านการอบรมและความคิดเห็นของผู้ผ่านการอบรม พบว่ามีการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และผลประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คลังวัคซีนเภสัชกรรมโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 สามารถ

พัฒนาศักยภาพเภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล ส่งผลต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ประณัฐพงศ์ กักระโทก

อีเมล : pranatthapong.ka@scphpl.ac.th

Abstract

This study aimed to develop a model to enhance the immunization system capacity for pharmacists working in hospitals in Health Region 7. The curriculum model was designed and developed, ensuring the model is appropriate to the needs of pharmacists engaged in immunization working in the hospital. The research and development study consists of 4 steps. Step 1, research phase 1 (R1), a survey of the pharmacists' developmental needs was conducted. Step 2, development phase 1 (D1), a curriculum model was designed and developed for building pharmacists' capacity in immunization work. Step 3, research phase 2 (R2), the curriculum model was trialed in practice to assess its effectiveness in building pharmacists' capacities. Step 4, development phase 2 (D2), the results from the curriculum trials were evaluated, which included the assessment of pharmacists' training, the immunization system, follow-up after training, and feedback from supervisors. The tools used include pre- and post-training tests, as well as post-training evaluation forms. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. Regarding the needs assessment survey of 54 pharmacists in step 1, the greatest demand expressed by pharmacists was for knowledge in vaccines and vaccination principles (77.8%), followed by vaccine management and cold chain systems (66.7%). Step 2 involved the development of a curriculum based on the pharmacists' interest areas, that was adapted from the National Vaccine Institute's 2018 immunization program for healthcare workers, consisting of 6 lessons. In step 3, pharmacists were trained for 2 days using both onsite (44 participants) and online (62 participants) formats. Both on-site and online participants had significantly higher post-training knowledge levels compared to pre-training (p -value<0.001). Finally, step 4 involved interviewing supervisors and trainees, the feedback indicated that trainees were able to appropriately apply the knowledge and skills gained from the training to their work. The assessment of the immunization standards, including vaccine storage and pharmacy practices in hospitals, showed a 100% pass rate. The program successfully enhanced the capabilities of pharmacists working on immunization in hospitals, which in turn contributed to the provision of high-quality vaccines to the target population.

Correspondence: Pranatthapong Kabkrathok

E-mail: pranatthapong.ka@scphpl.ac.th

คำสำคัญ

การพัฒนาแบบ, งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, การวิจัยและพัฒนา

Keywords

model development, Expanded Program on Immunization (EPI), research and development

บทนำ

โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (National Immunization Program: NIP) ดำเนินการตามคำแนะนำของคณะกรรมการสร้างภูมิคุ้มกันโรคภายใต้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการบริการวัคซีนพื้นฐานแก่เด็กทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย โดยเน้นวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไขหวัดใหญ่ ไขสมองอักเสบเจอี มะเร็งปากมดลูก และโรคเอดส์ (ข้อมูลเดือนมกราคมปี 2568) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบบริการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายในประเทศทุกคนได้รับวัคซีนตามที่กำหนด และให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นหน่วยบริการหลัก⁽¹⁾ เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI) ของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ (1) การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น (2) มาตรฐานคุณภาพการให้บริการวัคซีน และ (3) การบันทึกข้อมูลการได้รับวัคซีน⁽²⁾ รวมทั้งการประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ได้ตามเกณฑ์ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด 77 อำเภอ มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 79 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S และ M1) 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2, F1, F2 และ F3) 71 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 1 แห่ง ในปีงบประมาณ 2565 มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 55 อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ 71.42) และปีงบประมาณ 2566 ดำเนินการเพิ่มอีก 4 อำเภอ รวมเป็น 59 อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ 76.62) ซึ่งเกณฑ์การประเมินครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อคงคุณภาพของวัคซีนให้มีประสิทธิภาพไปจนถึงผู้รับบริการ (2) การให้บริการ เพื่อการให้บริการที่ถูกต้อง ปลอดภัย และการป้องกันกรณีการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การบันทึกข้อมูล เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้

ครบถ้วนและถูกต้อง ในการติดตาม ตรวจสอบ และวางแผน เพื่อคงรักษาระดับมาตรฐานการปฏิบัติงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (3) การพัฒนาคลังวัคซีนให้ได้ตามมาตรฐานในโครงการความมั่นคงด้านวัคซีน⁽³⁾

แนวทางการจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยได้จัดให้มีบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรเป้าหมายทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ นโยบายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญ คือ การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมจำนวนโรคให้มากที่สุด ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมายสูงสุด ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน⁽⁴⁾ ดังนั้น องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานทั้งการให้บริการวัคซีน การจัดเก็บรักษาคุณภาพของวัคซีน การเบิกจ่ายวัคซีน การจัดทำทะเบียนรายงาน และการติดตามความปลอดภัยจากการใช้วัคซีนเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ จึงจะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพ ถูกต้อง และบรรลุเป้าหมายของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือ ประชาชนได้รับการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันสูงพอที่จะป้องกันโรคได้⁽⁵⁾ การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสถาบันวัคซีนแห่งชาติได้จัดทำเนื้อหาหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2561 โดยมีเนื้อหาจำนวน 7 บทเรียน⁽⁶⁾ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถศึกษาด้วยตนเองและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั่วประเทศ ประกอบด้วย เกสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้บริการวัคซีนทุกระดับ ทั้งนี้ เกสัชกรเป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการคลังเพื่อเก็บรักษาคุณภาพของวัคซีน การให้ความรู้ด้านวัคซีนกับผู้ปฏิบัติงาน หลักการให้วัคซีน และการติดตามอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างระบบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่สูงชัน การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในพื้นที่มีแนวโน้มลดลงต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 สำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาของเภสัชกร ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้หลักสูตร และขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินผลหลังการอบรม เภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลและผู้บังคับบัญชา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนอย่างน้อย 1 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane กรณียุทธค่าประชากรเป้าหมายชัดเจน และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม จำนวน 44 คน⁽⁷⁾ ทั้งนี้เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหายหรือถอนตัว จึงปรับเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพสำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยทำการสำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพสำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลนำมาวางแผนการพัฒนารูปแบบ

2) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร เป็นแบบปรนัย จำแนกตามบทเรียน 6 บท ได้แก่ (1) ความรู้พื้นฐานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

(2) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (3) วัคซีนและหลักการให้วัคซีน (4) ประเมินการวัคซีนเพื่อให้บริการและอัตราสูญเสียวัคซีน (5) วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และ (6) อาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บทละ 10 ข้อ รวมจำนวน 60 ข้อ จำแนกเป็นด้านความรู้ (Knowledge) 30 ข้อ ด้านทัศนคติ (Attitude) 12 ข้อ และด้านปฏิบัติ (Practice) 18 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha)⁽⁹⁾ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินผลหลังการอบรมร้อยละ 60 หรือ 36 คะแนนขึ้นไป

3) แบบประเมินติดตามผลภายหลังการอบรมหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร โดยการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและผู้บังคับบัญชาในระดับสูงขึ้นไป 1 ระดับ เช่น หัวหน้ากลุ่มหรือหัวหน้างานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบติดตามผลภายหลังการอบรมหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกรด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ผ่านการอบรมซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น (โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1) และโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (โรงพยาบาลชุมชนระดับ F3) ภายหลังการอบรมเสร็จสิ้นในระยะเวลา 3-6 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ระดับองค์กร⁽¹⁰⁾

4) แบบประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการประเมินผลงานจริงจากการประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

(1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สำหรับตัวแปรไม่ต่อเนื่องในการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง

ในการวิเคราะห์คะแนนการทดสอบความรู้จากการทดลองใช้หลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร และ (2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้หลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 (Research; R1) สํารวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร

ข้อมูลที่สํารวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร มีผู้ตอบแบบสํารวจ จำนวน 54 คน ($n=54$) เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.8 เพศชายร้อยละ 22.2 ช่วงอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 55.6 ช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 25.9 ช่วงอายุ 31–40 ปี ร้อยละ 18.5 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 66.7 ระดับปริญญาโท 31.55 ระดับปริญญาเอกร้อยละ 1.9 ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.7 ระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 21.1 มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 2.2 มีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพสำหรับเภสัชกร ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เรียงตามลำดับ ดังนี้ (1) ความรู้เรื่องโรคและวัคซีน หลักการให้วัคซีน ร้อยละ 77.8 (2) การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความ

ตารางที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร

Table 1 Curriculum development of expanded program on immunization for pharmacists			
หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2561 สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)		หลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น	
บทเรียน	เวลา (ชั่วโมง)	บทเรียน	เวลา (ชั่วโมง)
1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	2	1. ความรู้พื้นฐานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	2
2. โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและวัคซีนพื้นฐาน	2.5	2. โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	1
-	-	3. วัคซีนและหลักการให้วัคซีน	1.5
3. ประเมินการวัคซีนเพื่อให้บริการ	1.5	4. ประเมินการวัคซีนเพื่อให้บริการและอัตราสูญเสียวัคซีน	2
4. ทะเบียนรายงานที่สำคัญในการให้บริการวัคซีน	2	-	-
5. วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	3	5. วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น	3
6. การเตรียมการและการให้บริการวัคซีน	3	-	-
7. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	2	6. อาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	2.5

เย็น ร้อยละ 66.7 (3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 55.6 และ (4) การประมาณการวัคซีนเพื่อให้บริการและอัตราสูญเสียวัคซีน ร้อยละ 31.5

ขั้นตอนที่ 2 (Development; D1) พัฒนาหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร

จากผลการสำรวจความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเภสัชกร (ขั้นตอนที่ 1) พบว่ามีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพสำหรับเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เรื่องความรู้เรื่องโรคและวัคซีน หลักการให้วัคซีน สูงที่สุด (ร้อยละ 77.8) จึงได้มีการพัฒนาหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยปรับจากเนื้อหาหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2561 ของสถาบันวัคซีนแห่งชาติ หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาจำนวน 6 บทเรียน ได้แก่ (1) ความรู้พื้นฐานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (2) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (3) วัคซีนและหลักการให้วัคซีน (4) ประเมินการวัคซีนเพื่อให้บริการและอัตราสูญเสียวัคซีน (5) วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และ (6) อาการภายหลังการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รายละเอียดดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 (Research; R2) ทดลองใช้ หลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร

การทดลองใช้หลักสูตรโดยการอบรมหลักสูตร
สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาอบรม 2 วัน

ในรูปแบบบรรยายและฝึกปฏิบัติ มีผู้เข้ารับการอบรม
จำนวน 106 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพื้นที่เขต
สุขภาพที่ 7 จำนวน 58 คน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
นอกพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 48 คน รายละเอียดดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามหน่วยงานและปีที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (n=106)

Table 2 Distribution of training participants by organization and years of expanded program on immunization experience (n=106)

พื้นที่	เวลาปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (คน)					สถานที่ปฏิบัติงาน (แห่ง)				
	จำนวน (คน)	น้อยกว่า 5 ปี	5-10 ปี	มากกว่า 10 ปี	ศูนย์/เขตสุขภาพ	สสจ.	รพ. จังหวัด	รพ. อำเภอ	รพ.สต.	รพ. เอกชน
ในเขตสุขภาพที่ 7										
จ.กาฬสินธุ์	9	7	2	0	0	1	0	8	0	0
จ.ขอนแก่น	24	12	10	2	3	2	0	15	2	2
จ.มหาสารคาม	11	8	2	1	0	0	3	7	0	1
จ.ร้อยเอ็ด	14	7	7	0	0	1	0	13	0	0
นอกเขตสุขภาพที่ 7	48	32	16	0	3	0	4	36	2	3
รวม	106	66	37	3	6	4	7	79	4	6

ผู้เข้ารับการอบรมรูปแบบ Onsite จำนวน 44
คน มีระดับค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการ
อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และ
ผู้เข้ารับการอบรมรูปแบบ Online จำนวน 62 คน มีระดับ

ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รายละเอียดดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลักสูตรฯ รูปแบบ Onsite และ Online

Table 3 Score comparison of curriculum knowledge by onsite and online learning

รายการ	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน-หลัง				df	ค่า t	p-value
	ก่อนการอบรมฯ		หลังการอบรมฯ				
	คะแนนเฉลี่ย	SD	คะแนนเฉลี่ย	SD			
ทดสอบความรู้หลักสูตรฯ	24.93	6.30	37.70	6.84	43	11.39	0.000*
รูปแบบ Onsite 44 คน							
ทดสอบความรู้หลักสูตรฯ	24.00	5.68	38.84	5.81	61	18.53	0.000*
รูปแบบ Online 62 คน							

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ขั้นตอนที่ 4 (Development; D2) ติดตาม ประเมินผลหลังการอบรม เภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล และผู้บังคับบัญชา

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้เข้ารับการอบรม ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.5 มาจากโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งจัดเป็นประเภทโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จึงได้เลือกตัวแทนโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F3) 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งทั้ง 2 แห่ง มีความพร้อมและตอบรับ เข้าร่วมการประเมินติดตามผล โดยใช้แบบประเมิน ติดตามผลภายหลังการอบรมหลักสูตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกร ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สำหรับผู้บังคับบัญชา โรงพยาบาลละ 1 คน และ ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ผ่านการอบรม โรงพยาบาลละ 1 คน

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้บังคับบัญชา การประเมินผล 7 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงานในหน้าที่ 2) สามารถนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานที่มีปัญหาและอุปสรรค 3) เมื่อกลับมาปฏิบัติงานหลังจากการอบรม ผลการปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาของท่าน 5) ท่านคิดว่าประโยชน์ที่ผู้ใต้บังคับบัญชาของท่านได้รับจากการอบรมในหลักสูตรนี้บรรลุผลตามความคาดหวังของท่าน 6) หลักสูตรนี้คุ้มค่ากับเวลาและค่าใช้จ่าย และ 7) ผู้ใต้บังคับบัญชาของท่านที่ผ่านการฝึกอบรม สามารถลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงานได้และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่าผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดในทุกด้าน และได้ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้และทักษะที่ได้ไปปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ในการให้คำปรึกษา แนะนำและปรับใช้ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งกล่าวแสดงความชื่นชมในผลการปฏิบัติงาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรการอบรม แสดงถึงหลักสูตรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและเหมาะสมกับผู้เข้าอบรม และสามารถเพิ่มศักยภาพเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานด้านวัคซีน

ทำให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการอบรม ได้อย่างถูกต้องและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ผ่านการอบรม การประเมินผล 5 ด้าน ได้แก่ 1) ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาตนเอง 2) ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน 3) ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงานของท่าน 4) ท่านได้นำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ร่วมงาน และ 5) ท่านคิดว่าโดยภาพรวมท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ พบว่าผู้ผ่านการอบรมมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดในด้านสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน ผู้ผ่านการอบรมมีความคิดเห็นในระดับมากในด้านได้นำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ร่วมงาน และโดยภาพรวมท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการบริหารจัดการวัคซีนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้วัคซีนมีประสิทธิภาพจนกระทั่งถึงผู้มารับบริการ และสามารถกำกับติดตาม คำแนะนำ ปรึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับวัคซีนแก่หน่วยบริการต่างๆ ในเครือข่ายได้และได้แนวทางในการตรวจประเมินจุดบริการวัคซีน การดูแลระบบลูกโซ่ความเย็น มีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติงาน และสามารถนำความรู้ต่างๆ ที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานงานวัคซีน อยากให้มีการจัดอบรมแบบนี้ในทุกๆ ปี เนื่องจากมีเภสัชกรใหม่ๆ ที่มารับงานนี้

นอกจากนี้ การประเมินผลงานจริงจากการประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คลังวัคซีน

เภสัชกรรม กำหนดเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และตอนที่ 2 การให้บริการวัคซีน พบว่าคลังวัคซีน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น และคลังวัคซีน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100

วิจารณ์

การพัฒนาองค์ความรู้แก่เภสัชกรซึ่งเป็นบุคลากรในขณะทำงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน และน่าจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย

จากการศึกษาพบว่า เภสัชกรผู้ผ่านการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนาตนเอง พัฒนาการปฏิบัติงาน ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ โดยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อวัคซีนที่มีประสิทธิภาพจนถึงผู้มารับบริการและสามารถกำกับติดตามให้คำแนะนำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับวัคซีนแก่หน่วยบริการในเครือข่ายและได้แนวทางในการตรวจประเมินจุดบริการวัคซีน ต้องการให้มีการจัดอบรมแบบนี้ในทุกๆ ปี เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และมีเภสัชกรที่มารับงานมารับผิดชอบงานใหม่ ในส่วนการประเมินผลงานจริงจากการประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และการให้บริการวัคซีน ซึ่งคลังวัคซีน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น และคลังวัคซีน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 โดยในขั้นตอนการทดลองใช้หลักสูตร (Research; R2) สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁽¹¹⁾ คุณลักษณะของแต่ละคนเป็นสิ่งที่ปรับปรุงได้ เพื่อให้แต่ละคนและทั้งกลุ่มมีระดับการเรียนรู้ที่สูงขึ้น และการศึกษาของพัชนี สมพงษ์⁽¹²⁾ พบว่าผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้ที่ได้รับหลังการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ในขั้นตอนติดตามประเมินผลหลังการอบรม เภสัชกรที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาล และผู้บังคับบัญชา (Development; D2) สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิต จำปาศักดิ์⁽¹³⁾ พบว่าการมีความรู้และทักษะทางวิชาการ รวมทั้งได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จรวมทั้งการศึกษาของยุวธิดา ม่วงเจริญ⁽¹⁴⁾ พบว่าความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาต่อการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มความมั่นใจในการให้บริการของบุคลากร มีการร่วมกันทำงานเป็นทีม ส่งผลให้ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพุดิธร มาลาทอง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษากระบวนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการ ดำเนินกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การศึกษาบริบทพื้นที่ (2) การจัดประชุมทำแผนปฏิบัติการ (3) การปฏิบัติตามแผนฯ (4) การนิเทศติดตาม (5) การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานฯ (6) การเปรียบเทียบผล (7) สรุปปัญหาอุปสรรค พบว่ากระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และผลการประเมินมาตรฐานซึ่งปัจจัยของความสำเร็จ คือ การอบรมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ มีการร่วมกันทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่ายและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร และสมคิด เพชรชาติ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการบริหารจัดการวัคซีนของคลังวัคซีนโรงพยาบาล ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยศึกษาเชิงสำรวจคลังวัคซีนโรงพยาบาลระดับอำเภอโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ของกรมควบคุมโรค เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโดยภาพรวมจำนวน 19 แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในข้อที่ไม่ผ่านจะเป็นประเด็น

การให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบในเครือข่าย การนิเทศติดตามการบริหารจัดการ จึงต้องพัฒนาการนิเทศติดตามงานให้มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง

กลไกการดำเนินงานของเภสัชกรชุมชนสามารถนำมาปรับวิธีการแก้ไขปัญหาคาดการณ์งานวัคซีนตามข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ 3) ประกาศ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ให้เพิ่มเติมความต่อไปนี้ เป็นข้อ 16 แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2561 และข้อ 16 การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและมอบหมายโดยผ่านการฝึกอบรมตามที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อแก้ไขสภาพปัญหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน โดยใช้กลไกการดำเนินงานของเภสัชกรชุมชน พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัส และไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $OR=1.91$, 95% $CI:1.26-2.87$ และ $OR=2.18$, 95% $CI:1.37-3.46$ ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ เภสัชกรชุมชนยังสามารถเพิ่มความเข้าใจถึงความจำเป็นในการได้รับวัคซีนนิวโมคอกคัสและเพิ่มอัตราการได้รับวัคซีนนิวโมคอกคัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$)⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการครอบคลุมการได้รับวัคซีน ลดอัตราการสูญเสียวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็น และโลจิสติกส์

ควรมีการศึกษาต่อไปในรูปแบบบูรณาการกับ คลัสเตอร์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี (ลดเสี่ยง ลดโรค ลดป่วย/พิการ ลดตาย) ได้ทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยความสะดวก ผู้อำนวยความสะดวก และผู้ช่วยผู้อำนวยความสะดวก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7

จังหวัดขอนแก่น และผู้บริหาร เภสัชกรและผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH), Bureau of General Communicable Diseases. Vaccine-preventable diseases action plan. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
2. Department of Disease Control (TH), Bureau of General Communicable Diseases. Standard operation procedure for immunization. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025. (in Thai)
3. The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. Report of Pharmacy Department in fiscal year 2023. Khon Kaen: Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen; 2023. (in Thai)
4. Ministry of Public Health (TH), Office of the Permanent Secretary. Developing system guidelines for primary care pharmacy of family pharmacist in fiscal year 2022–2024 [internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2022 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files> (in Thai)
5. Department of Disease Control (TH), Bureau of General Communicable Diseases. Textbook of vaccine and immunization 2019. 3rd ed. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019. (in Thai)
6. National Vaccine Institute. Workshop curriculum for immunization officer. 3rd ed. Nonthaburi: National Vaccine Institute; 2018. (in Thai)
7. Komoltri C. Sample size calculation. Journal of

- Mental Health of Thailand. 2012;20(3);192–8. (in Thai)
8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
9. Kanjanawasee S. Classical test theory. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
10. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco, CA; Berrett-Koehler Publishers; 2006.
11. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
12. Somphong P. An evaluation of training program of nursing specialty in nurse practitioner (primary medical care), Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University [thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. 112 p. (in Thai)
13. Jampasak S. Developing health service model of health promotion and prevention for children from birth to 5 years in well-baby clinic of primary health care network, Phichit Hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2018;43(6);30–7. (in Thai)
14. Muangjaroen Y. Evaluation of the residency training program of the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Ve-ridian E-Journal, Silpakorn University. 2015; 8(1);1059–74. (in Thai)
15. Malatong P. Process of developing standards for expanded program on immunization in primary health care stage of the contracting unit of primary health care in Chamni District, Buriram Province. Academic Journal of Community Public Health. 2021;7(3);73–85. (in Thai)
16. Phetchatree S. Evaluation of the quality of vaccine management of hospital vaccine storages in three southernmost provinces (Pattani, Yala and Narathiwat) in 2020. Bulletin of the Department of Medical Sciences. 2021;63(4);836–45. (in Thai)
17. Thai Government Gazette. The pharmacy council of Thailand regulation regarding prescribing conditions and restrictions for pharmacy license issue 3 in 2021 [internet]. Bangkok: Office of the Council of State; 2022 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/592703> (in Thai)
18. Sheer RL, Nau DP, Dorich N, Boyer AD, Pickering M, Patrick JK, et al. Medicare advantage-pharmacy partnership improves influenza and pneumococcal vaccination rates. Am J Manag Care. 2021;27(10):425–31.
19. Abu-rish EY, Arakat NA. The impact of pharmacist-led educational intervention on pneumococcal vaccine awareness and acceptance among elderly in Jordan. Hum Vaccin Immunother. 2021;17(4):1181–9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Effects of dementia preventive behaviours promotion program based on health belief model among older people at risk

นพมาศ โกศล

Noppamas Koson

อลงกรณ์ เปกาฬี

Alongkorn Pekalee

มนีรัตน์ ธีระวิวัฒน์

Manirat Therawiwat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2025.23

Received: April 11, 2025 | Revised: May 17, 2025 | Accepted: May 27, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุชาวไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถป้องกันได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละเท่ากัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมแบบเผชิญหน้า และกิจกรรมผ่านทางระบบออนไลน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ติดต่อผู้พิมพ์ : ออลงกรณ์ เปกาฬี

อีเมล : alongkorn.pek@mahidol.ac.th

Abstract

Dementia is a significant problem among Thai older adults. Behavior modification is one possible prevention approach. This quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design aimed to study

the effectiveness of a dementia preventive behaviors promotion program among at-risk older adults, by integrating the concept of Health Belief Model and social support theory. The sample consisted of 62 older adults who were at risk for dementia, was equally divided into an experimental and a comparison group. The experimental group received an 8-week dementia preventive behaviors promotion program, consisting of face-to-face and online activities. The comparison group received routine health care. Data was collected using interview questionnaires Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Chi-square test and t-test. The results showed that after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores of perceived susceptibilities to dementia, perceived severity of dementia, perceived benefits of preventive behaviors, cues to action, perceived self-efficacy, and dementia preventive behaviors than before the experiment and the comparison group ($p<0.05$). Meanwhile, perceived barriers to performing dementia preventive behaviors were significantly lower than before the experiment and the comparison group ($p<0.05$). The findings highlight the effectiveness of the program in encouraging dementia preventive behaviors among older adults at risk.

Correspondence: Alongkorn Pekalee

E-mail: alongkorn.pek@mahidol.ac.th

คำสำคัญ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

Keywords

health promotion program, dementia prevention, older adults, health belief model, social support

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5-8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 80 ปี⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.4⁽²⁾ ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อแรงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ในประเทศไทย เฉลี่ย 151,000 บาทต่อคนต่อปี และผู้ดูแลต้องใช้เวลาเฉลี่ย 13.5 ชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการทำงานและรายได้ของครอบครัว⁽³⁾ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง โดยพบว่าร้อยละ 40-60 ของผู้ดูแลมีภาวะเครียดและซึมเศร้า⁽⁴⁾ สำหรับผู้ป่วยเองภาวะสมองเสื่อมไม่เพียงส่งผลกระทบต่อความสามารถทางสติปัญญาเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดข้อมูลด้านการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่เป็นระบบ การศึกษาจึงเลือกจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่ศึกษาเพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว ข้อมูลระบุว่าประชากรสูงอายุในจังหวัดเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 17.5 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 21.2 ในปี 2566⁽⁶⁾ ข้อมูลจากการคัดกรองด้านความคิดและความจำในผู้สูงอายุระหว่างปี 2564-2566 พบความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.44, 0.76 และ 2.09 ตามลำดับ และในปี 2567 พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.27 ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยมองว่าเป็นเพียง

อาการปกติของผู้สูงวัยทำให้ขาดการเตรียมพร้อมในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวและชุมชน⁽⁷⁾ ซึ่งแตกต่างจากพื้นที่อื่นที่มีแนวทางการป้องกันและดูแลที่ชัดเจนกว่า การศึกษาภาวะสมองเสื่อมและความพิการในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ การไม่ทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการขาดการติดตามตรวจสุขภาพเป็นระยะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่าภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลมักมีความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการเปลี่ยนแปลงปกติของวัยและภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการขาดการคัดกรองที่เป็นระบบในชุมชน⁽⁹⁾ ซึ่งความเชื่อดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล⁽¹⁰⁻¹¹⁾ แนวคิดนี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาของ Merrilees และคณะ⁽¹²⁾ ที่พัฒนาระบบการดูแลแบบครอบคลุม (Care Ecosystem) แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ Health Belief Model ส่งผลในการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ Lertkratoke และคณะ⁽¹³⁾ ในบริบทไทย พบว่าโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการที่ประยุกต์หลักการส่งเสริมความเชื่อมั่นและความรู้ในการดูแลสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ยังเป็นอีกหนึ่งแนวคิดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ การศึกษาของ Wang และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุเนื่องจากช่วยลดความเครียด เพิ่มแรงจูงใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การให้ความรู้เป็นหลัก แต่ยังขาดการพัฒนาทักษะและการสร้างความตระหนักในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁵⁾ รวมทั้งยังเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเผชิญหน้าเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นภาระในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้พัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผ่านการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และการการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และใช้กิจกรรมที่หลากหลายจัดกิจกรรมทั้งแบบเผชิญหน้าร่วมกับกิจกรรมแบบออนไลน์เพื่อลดภาระในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัยและพื้นที่ศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว พบผู้ที่มีความเสี่ยง จำนวน 3,628 คน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูล ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน รวม เป็น 62 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการศึกษาในพื้นที่ที่มีประชากรกระจายตัวในหลายระดับ โดยขั้นที่ 1 สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่ออำเภอทั้งหมดในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้อำเภอร่อนพิบูลย์ ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ ได้ตำบลเสาชิง และเลือกแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้ตำบลหินตก โดยพิจารณาจากลักษณะทางประชากรและระยะห่างที่เพียงพอเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) พักอาศัยในพื้นที่อำเภอร่อนพิบูลย์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีคะแนนจากแบบคัดกรอง Mini-Cog ≤ 3 คะแนน⁽¹⁶⁾ 4) สามารถสื่อสารและปฏิบัติตามคำสั่งได้ 5) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวรุนแรง 6) ไม่มีภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อมหรือความผิดปกติทางจิตเวช 7) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารเลขที่ MUPH 2024-172 (ลงวันที่ 3 มกราคม 2025) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาได้รับ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการถอนตัวหากไม่สมัครใจ ตลอดจนการนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะ

ส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วัดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 6 ข้อ (เช่น “ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าคนวัยอื่น”) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 8 ข้อ (เช่น “ท่านคิดว่าโรคสมองเสื่อมทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้”) การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง-ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง จำนวน 8 ข้อ (เช่น “ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้สดทุกวัน”) การมีกิจกรรมทางกายประจำจำนวน 7 ข้อ และการทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง จำนวน 8 ข้อ โดยถามความถี่ในการปฏิบัติในรอบ 1 สัปดาห์ แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงได้ค่าความเที่ยง 0.79 การรับรู้ความรุนแรงได้ค่าความเที่ยง 0.82 การรับรู้ประโยชน์ได้ค่าความเที่ยง 0.85 การรับรู้อุปสรรคได้ค่าความเที่ยง 0.81 การรับรู้สิ่งชักนำได้ค่าความเที่ยง 0.83 การรับรู้ความสามารถตนเองได้ค่าความเที่ยง 0.87 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ค่าความเที่ยง 0.92

การดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่ที่ศึกษา และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดึงจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จากนั้นประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้บริหารและทีมสุขภาพในพื้นที่ และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยจัดอบรมการใช้เครื่องมือวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยคือต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ทำงานกับผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีประสบการณ์การใช้แบบคัดกรอง Mini-Cog หาก

ผู้สูงอายุมีปัญหาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำตำบลให้การช่วยเหลือทันที

ขั้นตอนการทดลอง ก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ในสัปดาห์แรกของเดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่	กิจกรรม
1	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 1 (150 นาที) : ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สาเหตุ อาการ และปัจจัยเสี่ยง ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ การวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม และการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น
2	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การส่งเสริมให้แชร์ประสบการณ์การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง และการติดตามการบันทึกอาหารที่รับประทาน
3	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งวิดีโอสาธิตการออกกำลังกายอย่างง่าย และการติดตามการออกกำลังกาย
4	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 2 (90 นาที) : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การวิเคราะห์อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข การสาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรมฝึกสมองเพิ่มเติม และการให้กำลังใจ
5	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมฝึกสมอง การส่งคลิปวิดีโอและเกมฝึกสมอง และการส่งเสริมให้แชร์ประสบการณ์การทำกิจกรรมฝึกสมอง
6	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ : การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การส่งคลิปเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และการติดตามการปฏิบัติ
7	กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ : การทบทวนพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด การส่งเสริมให้แชร์ความก้าวหน้าและประสบการณ์ และการให้กำลังใจ
8	กิจกรรมแบบพบหน้าครั้งที่ 3 (90 นาที) : การสรุปประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม การตั้งเป้าหมายระยะยาวในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การมอบประกาศนียบัตรและของที่ระลึก และการประเมินผล

หลังการทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent Samples t-test

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในตัวแปรผลลัพธ์ภายในกลุ่มเดียวกัน (ก่อนและหลังการทดลอง) ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent Samples t-test กำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศหญิง

มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 80.6 และ 58.1 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 66.73 ± 5.13 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 66.1) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.4) ด้านสถานภาพสมรสและอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 85.5) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 74.2) โดยมีรายได้เฉลี่ย $3,914.52 \pm 3,250.97$ บาทต่อเดือน ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพเป็นหลัก (ร้อยละ 67.7) และได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ (ร้อยละ 61.3) ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่พบว่าอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 74.2) และมีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 83.9) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 61.5) และบุตร (ร้อยละ 32.7) ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 85.5 และ 80.6 ตามลำดับ) ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=62$)

Table 1 General characteristics of the sample classified by experimental and control groups ($n=62$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=31$) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=31$) จำนวน (ร้อยละ)	<i>p</i> -value
เพศ ^a			0.097
ชาย	6 (19.4)	13 (41.9)	
หญิง	25 (80.6)	18 (58.1)	
อายุ ^b			0.142
60–69	19 (61.3)	22 (71.0)	
70–79	10 (32.3)	7 (22.6)	
80 ขึ้นไป	2 (6.4)	2 (6.4)	
การศึกษา ^a			0.459
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	23 (74.2)	23 (74.2)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (16.1)	6 (19.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่า	3 (9.7)	2 (6.4)	
สถานภาพ ^a			0.355
โสด	1 (3.2)	2 (6.5)	
สมรส	28 (90.3)	25 (80.6)	
หม้าย/หย่า/แยก	2 (6.5)	4 (12.9)	
อาชีพ ^a			0.372
เกษตรกร	25 (80.6)	21 (67.7)	
รับจ้างทั่วไป	4 (12.9)	7 (22.6)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (6.5)	3 (9.7)	
แหล่งรายได้หลัก ^c			
รายได้จากการประกอบอาชีพ	22 (71.0)	20 (64.5)	0.781
เงินสนับสนุนจากภาครัฐ	18 (58.1)	20 (64.5)	0.792
เงินช่วยเหลือจากครอบครัว	15 (48.4)	13 (41.9)	0.797

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62) (ต่อ)

Table 1 General characteristics of the sample classified by experimental and control groups (n=62) (Continue)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value
	(n=31) จำนวน (ร้อยละ)	(n=31) จำนวน (ร้อยละ)	
ลักษณะที่อยู่อาศัย ^c			
อยู่กับคู่สมรส	24 (77.4)	22 (71.0)	0.462
อยู่กับบุตร/หลาน	14 (45.2)	12 (38.7)	0.611
มีผู้ดูแลหลัก	27 (87.1)	25 (80.6)	0.732
โรคประจำตัว ^c			
มี	25 (80.6)	27 (87.1)	
ไม่มี	6 (19.4)	4 (12.9)	
พฤติกรรมเสี่ยง			
สูบบุหรี่	3 (9.7)	6 (19.4)	0.420
ดื่มแอลกอฮอล์	5 (16.1)	7 (22.6)	0.316

หมายเหตุ ^aวิเคราะห์ด้วย Chi-square test; ^bวิเคราะห์ด้วย Independent Samples t-test; ^cตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ก่อนและหลังการทดลอง) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมลดลงจาก 15.03 เป็น 10.18 ($p<0.001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมพบว่าเพิ่มจาก 63.00 เป็น 77.06 ($p<0.001$) ในกลุ่มควบคุมพบว่าทุกตัวแปรที่ศึกษาไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

Table 2 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors within experimental and control groups, before and after the experiment

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		t (p-value)	กลุ่มเปรียบเทียบ		t (p-value)
	n=31			n=31		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
	mean (SD)	mean (SD)		mean (SD)	mean (SD)	
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	8.11	10.06	6.071	8.11	8.14	0.118
	(2.28)	(2.55)	(<0.001)	(2.28)	(2.30)	(0.907)
การรับรู้ความรุนแรง	11.21	13.76	6.022	11.21	11.25	0.092
	(2.98)	(4.11)	(<0.001)	(2.98)	(3.00)	(0.928)
การรับรู้ประโยชน์	17.69	20.00	3.908	17.69	17.75	0.124
	(3.39)	(3.44)	(<0.001)	(3.39)	(3.41)	(0.902)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

Table 2 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors within experimental and control groups, before and after the experiment (Continue)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		t (p-value)	กลุ่มเปรียบเทียบ		t (p-value)
	n=31			n=31		
	ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)		ก่อนทดลอง mean (SD)	หลังทดลอง mean (SD)	
การรับรู้อุปสรรค	15.03	10.18	-8.129	15.03	15.10	0.116
	(3.95)	(1.86)	(<0.001)	(3.95)	(3.97)	(0.908)
การรับรู้ความสามารถตนเอง	16.45	19.76	5.872	16.45	16.50	0.127
	(3.25)	(2.24)	(<0.001)	(3.25)	(3.28)	(0.899)
พฤติกรรม	21.83	26.39	5.241	21.83	21.90	0.082
	(4.65)	(3.42)	(<0.001)	(4.65)	(4.68)	(0.935)
รับประทานอาหาร	19.76	24.83	5.628	19.76	19.82	0.093
	(5.12)	(3.96)	(<0.001)	(5.12)	(5.15)	(0.926)
ออกกำลังกาย	21.41	25.84	5.019	21.41	21.48	0.108
	(4.86)	(3.75)	(<0.001)	(4.86)	(4.89)	(0.914)
การฝึกสมอง	21.83	26.39	5.241	21.83	21.90	0.082
	(4.65)	(3.42)	(<0.001)	(4.65)	(4.68)	(0.935)

ผลการวิเคราะห์ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่า ($p<0.001$) พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมและคะแนน

ในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

Table 3 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors between experimental and control groups after the experiment

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	mean	SD	t	df	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง	10.06	2.55	3.248	60	0.002
	กลุ่มเปรียบเทียบ	8.14	2.30			
การรับรู้ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง	13.76	4.11	2.792	60	0.007
	กลุ่มเปรียบเทียบ	11.25	3.00			
การรับรู้ประโยชน์	กลุ่มทดลอง	20.00	3.44	2.627	60	0.011
	กลุ่มเปรียบเทียบ	17.75	3.41			
การรับรู้อุปสรรค	กลุ่มทดลอง	10.18	1.86	-6.313	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	15.10	3.97			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง (ต่อ)

Table 3 Comparison of mean scores of health beliefs and dementia preventive behaviors between experimental and control groups after the experiment (Continue)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	mean	SD	t	df	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง	19.76	2.24	4.524	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	16.50	3.28			
การรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง	36.42	3.65	4.135	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	32.10	4.75			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	32.65	2.84	6.685	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	28.19	2.52			
การฝึกสมอง	กลุ่มทดลอง	27.74	2.48	6.326	60	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	23.19	3.24			

วิจารณ์

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยผลวิจัยแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้ว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในบางตัวแปรจะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลอง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ให้เกิดการปฏิบัติและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การที่ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไม่สูงมากนัก อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น (8 สัปดาห์) และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) ทั้งด้านการศึกษาและอาชีพ โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรกรมการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ

การรับรู้ความรุนแรงในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม การใช้สื่อวีดิทัศน์และอินโฟกราฟิกที่สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเองและผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมได้ชัดเจนขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Merrilees และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าระบบการดูแลแบบครอบครัว (Care Ecosystem) ที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูล การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ Lertkratoke และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีประสิทธิภาพในการรักษาคุณภาพชีวิตและลดภาระของผู้ดูแล ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคลดลงเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะสมอง

เสื่อมและการฝึกทักษะการแก้ปัญหา เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแชร์ความสำเร็จในกลุ่มไลน์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่หลากหลาย เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง การออกกำลังกาย และการฝึกสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นประโยชน์และเรียนรู้วิธีการจัดการกับอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดหลักของ Health Belief Model ที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าทำให้การศึกษาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการช่วยปรับปรุงการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่มุ่งเน้นการกระตุ้นและติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ การใช้สื่อเตือนความจำ เช่น ปฏิทินบันทึกกิจกรรม คู่มือการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการส่งข้อความกระตุ้นเตือนเป็นประจำ โดยในการศึกษานี้ได้จัดให้มีการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁸⁾ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินผ่านกิจกรรมกลุ่ม การติดตามทางโทรศัพท์ และกลุ่มไลน์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการให้กำลังใจการรับฟัง และการแสดงความเห็นอกเห็นใจช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murayama และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Fratiglioni และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอ

ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม การให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จ การให้คำชมเชยและให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และการฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽²¹⁾ ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมาจากแหล่งที่มา 4 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับประสบการณ์ตรง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำชมเชยหรือการใช้คำพูดชักจูง และ 4) การได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ รวมถึงการศึกษาของ Gitlin และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน ร่วมกับการให้การศึกษาและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในผู้หญิงและกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การทำกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมอง รองลงมาคือการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ⁽²³⁾ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngandu และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การฝึกสมองและการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจและปฏิบัติได้ง่ายกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจาก การฝึกสมองสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การเล่นเกมฝึกสมอง การอ่านหนังสือหรือการทำงานฝีมือ ซึ่งสอดคล้องกับความชอบและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีข้อจำกัดมากกว่า เช่น ความเคยชินในการรับประทานอาหาร การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง และอิทธิพลของครอบครัวต่อการเตรียมอาหาร

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำการศึกษา ในระยะติดตามผลในระยะสั้น คือ 8 สัปดาห์ไม่ได้ดำเนินการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทจังหวัด นครศรีธรรมราช ที่มีความเฉพาะเจาะจงทางวัฒนธรรม ที่อาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ลักษณะแตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ได้แก่ การศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาแตกต่างกัน หรือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างๆ นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรเน้นการสนับสนุน จากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคนในครอบครัว ให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เนื่องจาก การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นส่วนสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมอง เสื่อมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมในโปรแกรมที่ครอบคลุมการ ปรับเปลี่ยนในทุกองค์ประกอบ ของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ครบ ทั้ง 4 ด้าน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบ

ความสำเร็จ การนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการ ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ควรคำนึงถึงการปรับให้เหมาะสม กับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการ พัฒนากลไก เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2022. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
3. Office of the National Economic and Social Development Council. The 13th National Economic and Social Development Plan (2023–2027). Bangkok: NESDC; 2022. (in Thai)
4. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. National Statistical Office. Survey of Elderly in Thailand 2021. Bangkok: NSO; 2022. (in Thai)
6. Health Insurance System Research Office. Report on Healthcare Expenditure for Elderly Population in Thailand. Bangkok: HISRO; 2023. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Thailand Healthy Ageing Strategic Plan (2023–2027). Nonthaburi: MoPH; 2022. (in Thai)
8. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chongwisal S, Chakorn T, et

- al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. *BMC Neurol.* 2013;13:3.
9. Tanglakmankhong K, Hampstead BM, Prasun-nakarn S, Seesing S, Potempa K. Cognitive screening assessment in Thai older adults: a prospective study of the reliability and validity of the Abbreviated Mental Test. *J Health Res.* 2022; 36(6):1027–37.
10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.* 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
11. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2 (4):328–35.
12. Merrilees JJ, Bernstein A, Dulaney S, Heunis J, Walker R, Rah E, et al. The Care Ecosystem: Promoting self-efficacy among dementia family caregivers. *Dementia (London).* 2020;19(6):1955–73.
13. Lertkratoke S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Nanthamongkolchai S. Effectiveness of Thai integrated care program for older adults with dementia in the community: a quasi-experimental study. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2021;25 (4):510–524. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/249108>
14. Wang HX, Jin Y, Hendrie HC, Liang C, Yang L, Cheng Y, et al. Late life leisure activities and risk of cognitive decline. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(2):205–13.
15. Chaiwong P, Sungkarat S, Rattakorn P, Munkhetvit P. Cognitive assessment and intervention in occupational therapy for Thai older adults with neurocognitive disorders. *J Associated Med Sci.* 2022;55(2):16–22.
16. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive ‘vital signs’ measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(11):1021–7.
17. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER 3rd, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2011;26(11):1297–304.
18. House JS. *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
19. Murayama H, Nishi M, Matsuo E, Nofuji Y, Shimizu Y, Taniguchi Y, et al. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Soc Sci Med.* 2013;98:247–52.
20. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol.* 2004;3(6):343–53.
21. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: W.H. Freeman; 1997.
22. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist.* 2001;41(1):4–14.
23. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1–47.

24. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-63.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

Factors associated with cervical cancer screening among women
aged 30-60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province

พัทธธิดา เทพวงศ์

Phattera Theppawong

พิลาสินี วงษ์นุช

Pilasinee Wongnuch

พีรदनย์ ศรีจันทร์

Peeradone Srichan

สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ

School of Health Science,

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Mae Fah Luang University

DOI: 10.14456/dcj.2025.24

Received: March 1, 2025 | Revised: May 1, 2025 | Accepted: May 29, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 414 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ chi square และ Logistic Regression จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 43.0 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้รับบริการที่มีเชื้อชาติไทยจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้รับบริการเชื้อชาติอื่น 2.46 เท่า (95% CI: 1.55-3.90) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มิอาชีพเกษตรกร 1.71 เท่า (95% CI: 1.12-2.60) และผู้รับบริการที่มีความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้รับบริการที่มีความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางถึงต่ำ 2.30 เท่า (95% CI: 1.34-3.97) งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ อันเนื่องมาจากมีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ข้อจำกัดทางด้านภาษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และยังเป็นกลุ่มที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นควรเพิ่มการตรวจคัดกรองในกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มที่มีเชื้อชาติอื่น ๆ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรุนแรงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชนในพื้นที่

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิลาสินี วงษ์นุช

อีเมล : pilasinee.won@mfu.ac.th

Abstract

This research aims to study factors associated with the accessibility of cervical cancer screening among wom– en aged 30–60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province. A cross–sectional study was conducted between April and September 2024. A total of 414 participants living in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province, were recruited. Data collection was conducted using a validated questionnaire, and data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, including chi–square tests and logistic regression, were used to identify factors associ– ated with cervical cancer screening. The study found that 43.0% of the participants had undergone cervical cancer screening. Analysis revealed that Thai ethnic women were 2.46 times more likely to undergo cervical cancer screening compared to women of other ethnicities (95% CI: 1.55–3.90). Non–farmers were 1.71 times more likely to undergo screening than farmers (95% CI: 1.12–2.60). Additionally, women with a high perceived severity of cervical cancer were 2.30 times more likely to be screened compared to those with moderate to low perceived severity (95% CI: 1.34–3.97). This study demonstrates that cervical cancer screening rates were lower in border or remote areas, mostly due to limited access to health information and services. These areas also had significant ethnic minority populations who face challenges such as language barriers and limited healthcare access. Furthermore, most of them were farmers who reported that accessing screening services was inconvenient, and their perception of risk and severity of cervical cancer tended to be moderate to low. Therefore, screening service access should be enhanced for ethnic minorities, non–Thai populations, and farmers. Public health efforts should also emphasize the increasing perceptions about the severity and potential consequences of cervical cancer for the populations.

Correspondence: Pilasinee Wongnuch

Email: pilasinee.won@mfu.ac.th

คำสำคัญ	Keywords
โรคมะเร็งปากมดลูก, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, เชื้อชาติ, สุขภาพชายแดน	cervical cancer, cervical cancer screening, perceived severity, ethnicity, border health

บทนำ

โรคมะเร็งถือว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 9.6 ล้านคน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วย

รายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านราย พบว่าเป็นมะเร็งปอด 2.1 ล้านคน มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านคน มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านคน และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านคน อีกทั้งยังพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 9.6 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน⁽¹⁾

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งของสถิติสุขภาพคนไทย⁽²⁾ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี 2554-2563 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งในผู้หญิง ที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก โดยข้อมูลสถิติในประเทศไทย ปี 2563 มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ในผู้หญิงไทย จากข้อมูลสถิติ ปี 2564 พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และในจังหวัดเชียงใหม่ 7.86 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นพื้นที่ชายแดนมีความหลากหลายทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรหญิง 100,000 คน ดังนี้ อำเภอเชียงของ 12.47 ราย อำเภอเวียงแก่น 10.82 อำเภอเชียงแสน 6.98 ราย ซึ่งอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกของอำเภอเชียงของ อำเภอเวียงแก่น และอำเภอเชียงแสนเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับประเทศ⁽²⁾

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกจะลดลงได้ หากมีการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ของการตรวจติดตามที่เหมาะสม และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ โดยสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 16 และ 18 โดยพบสูงถึง ร้อยละ 70 ซึ่งการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้เกือบทั้งหมดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเชื้อจะเข้าทางผิวที่มีรอยแผล หรือรอยถลอก แต่ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 จะหายได้เองภายใน 2 ปี โดยการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในกรณีที่เชื้อไวรัสไม่หายไป เป็นการติดเชื้อแบบฝังแน่น ในระยะเวลานาน 5-10 ปี จะทำให้เซลล์ปากมดลูกมีความผิดปกติ และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ด้านกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งหวังให้มีการตรวจคัดกรองที่ทั่วถึง ครอบคลุมร้อยละ 80

แก่กลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ โดยได้กำหนดในตัวชี้วัดสาขาโรคมะเร็ง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2566-2570 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองทุก ๆ 5 ปี⁽⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้จากการศึกษาในหลายพื้นที่ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี คือ ช่วงอายุ⁽⁵⁾ ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร⁽⁶⁾ ประวัติการคุมกำเนิด⁽⁷⁾ ระดับการศึกษา⁽⁸⁾ สถานภาพสมรส⁽⁵⁾ จำนวนสมาชิกในครอบครัว⁽⁹⁾ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค⁽⁸⁾ การรับรู้ความรุนแรงของโรค⁽¹⁰⁾ การรับรู้ประโยชน์⁽¹⁰⁾ และอุปสรรคของการตรวจคัดกรอง⁽¹⁰⁾ การรับรู้ศักยภาพแห่งตน⁽¹¹⁾ รวมถึงสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ⁽¹²⁾

ข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการคัดกรองในประเทศไทย (ข้อมูลสถิติ ปี 2561-2565)⁽¹³⁾ พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดเชียงใหม่มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 74.46 มี 17 อำเภอ ที่ผ่านตัวชี้วัด และมีเพียง 1 อำเภอที่พบว่าร้อยละของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองไม่ผ่านตามเกณฑ์ คือ อำเภอเวียงแก่น เมื่อย้อนดูสถิติการเข้ารับบริการคัดกรองในอำเภอเวียงแก่นพบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตามตัวชี้วัด พ.ศ. 2563-2565 กำหนดให้ต้องมีผู้เข้ารับการเข้าคัดกรองมากกว่าร้อยละ 60 มีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียงร้อยละ 60.96⁽¹⁴⁾ และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตามตัวชี้วัด พ.ศ. 2566-2570 กำหนดให้ต้องมีผู้เข้ารับการเข้าคัดกรองมากกว่าร้อยละ 60 แต่มีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียงร้อยละ 57.36 โดยมีสถิติการเข้ารับบริการคัดกรองปี 2566 รายตำบล ดังนี้ ตำบลม่วงยาย ร้อยละ 71.52 ตำบลหล่ายงาว ร้อยละ 66.87 ตำบลท่าข้าม ร้อยละ 58.60 และตำบลปอ ร้อยละ 47.43⁽¹³⁾ จะเห็นได้ว่ามีเพียง 2 ตำบลเท่านั้นที่จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองผ่าน

เกณฑ์ตัวชี้วัด โดยอีก 2 ตำบลที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดคือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ ซึ่งเป็นตำบลที่พบว่ามีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดในอำเภอเวียงแก่น อยู่ที่ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติ ปี 2564⁽²⁾

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่มีรายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงเป็นอำเภอที่มีอัตราการตายโดยโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าระดับจังหวัดและประเทศ อีกทั้งยังเป็นอำเภอที่มีประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยความสำคัญและเร่งด่วนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยคาดว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยให้บริการทางสุขภาพ สามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่อไปได้

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การศึกษาภาคตัดขวาง ศึกษาในประชากรเพศหญิงอายุ 30-60 ปีอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนระหว่างไทย-ลาว ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแทนค่าซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ $e=0.05$ ร่วมกับการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 414 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย

ตำบลละ 1 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาตั้ง ตำบลปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหล่ายงาว ตำบลหล่ายงาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม ตำบลท่าข้าม

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเพศหญิงอายุ 30-60 ปี หลังจากได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมการศึกษาแล้ว ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เพศหญิงอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหล่ายงาว และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น มากกว่า 1 ปี ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นบุคคลที่เคยผ่าตัดมดลูกและมีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะที่เป็นมะเร็ง เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญในงานวิจัยได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด ซึ่งมีค่าการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของวารสารศิริธรรมานุกุล⁽⁸⁾ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ⁽¹⁵⁾ (health belief model) ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค การรับรู้ศักยภาพแห่งตน และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ ทั้งหมด 43 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งมีค่าการหาความเที่ยงตรงตาม

เนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.92 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เริ่มต้นจากการได้ รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ดำเนินการ ติดต่อประสานงานกับพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย ขอบบัญชีรายชื่อ และทำการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากบัญชีรายชื่อ

ดำเนินการชี้แจงการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มเป้าหมายโดย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบเองตามความเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรในการศึกษา ดังนี้ ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย อายุ ชนชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ถึงประโยชน์ในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง การรับรู้ถึง อุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง การรับรู้ ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรอง และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ ตัวแปรตาม คือ การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยทำการบันทึกจากประวัติการเข้ารับบริการตรวจคัด กรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ในการควบคุมคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตรวจทานความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ตรวจสอบ

ความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการวิจัย EC 24037-18 ลงวันที่ 4 เมษายน 2567 และสิ้นสุด ในวันที่ 3 เมษายน 2568

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่า สูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Chi-square และ logistic regression สำหรับใช้ในการ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-60 ปี จำนวน 193 คน (ร้อยละ 46.6) เชื้อชาติไทยมากที่สุด จำนวน 284 คน (ร้อยละ 68.6) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 395 คน (ร้อยละ 95.4) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 163 คน (ร้อยละ 39.4) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 262 คน (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 177 คน (ร้อยละ 42.8) สถานภาพแต่งงาน และอยู่ด้วยกัน จำนวน 318 คน (ร้อยละ 76.8) เคยตั้ง ครรภ์มีบุตร จำนวน 394 คน (ร้อยละ 95.2) มีจำนวน บุตรอยู่ระหว่างช่วง 1-3 คน จำนวน 322 คน (ร้อยละ 77.8) ไม่มีการคุมกำเนิด จำนวน 169 คน (ร้อยละ 40.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง จำนวน 211 คน (ร้อยละ 51.0) มีการ รับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับสูง จำนวน 329 คน (ร้อยละ 79.5) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการเข้ารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

จำนวน 373 คน (ร้อยละ 90.1) มีการรับรู้ถึงอุปสรรค
เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับ
ต่ำ 217 คน (ร้อยละ 52.4) มีการรับรู้ศักยภาพแห่ง
ตนเองในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกอยู่ในระดับสูง จำนวน 307 คน (ร้อยละ 74.2) มี
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจในการเข้ารับบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง 246 คน
(ร้อยละ 59.4) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=414)

Table 1 General Information (n=414)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30-39	88	21.3
40-49	133	32.1
50-60	193	46.6
mean=47.27, SD=8.394, min=30, max=60		
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ		
ไทย	284	68.6
ม้ง	69	16.7
จีนยูนาน	15	3.6
เมี่ยน	9	2.2
อาข่า	2	0.5
อื่น ๆ	35	8.4
ศาสนา		
พุทธ	395	95.4
คริสต์	16	3.9
อิสลาม	1	0.2
อื่น ๆ	2	0.5
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	80	19.3
ประถมศึกษา	163	39.4
มัธยมศึกษา	112	27.1
อนุปริญญา	10	2.4
ปริญญาตรี	43	10.4
อื่น ๆ	6	1.4
อาชีพ		
เกษตรกร	262	63.3
ค้าขาย	56	13.5
รับจ้าง	50	12.1
รับราชการ	17	4.1
แม่บ้าน	14	3.4
อื่น ๆ	15	3.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=414) (ต่อ)

Table 1 General Information (n=414) (Continue)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	177	42.8
5,001-10,000	148	35.7
10,001-15,000	50	12.1
15,001 ขึ้นไป	39	9.4
สถานภาพสมรส		
โสด	16	3.9
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	318	76.8
แต่งงานแต่ไม่อยู่ด้วยกัน	12	2.9
ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	19	4.6
หม้าย	27	6.5
หย่าร้าง/แยกทาง/เลิกรา	22	5.3
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร		
ไม่มี	20	4.8
มี	394	95.2
จำนวนบุตร		
0	20	4.8
1-3 คน	322	77.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน	72	17.4
mean=2.45, SD=1.607, min=0, max=9		
การคุมกำเนิด		
ไม่ได้คุม	169	40.8
ทำหมันหญิง	87	21.0
ยาเม็ดคุมกำเนิด	81	19.6
ยาฉีดคุมกำเนิด	61	14.7
ถุงยาง	12	2.9
ยาฝังคุมกำเนิด	3	0.7
ใส่ห่วงอนามัย	1	0.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (n=414)

Table 2 Data based on the health belief model (n=414)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับต่ำ	9	2.2
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลาง	194	46.9
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับสูง	211	51.0
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ	3	0.7
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง	82	19.8
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	329	79.5
การรับรู้ถึงประโยชน์		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ	0	0
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง	41	9.9
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	373	90.1
การรับรู้ถึงอุปสรรค		
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ	217	52.4
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง	165	39.9
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	32	7.7
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน		
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ	4	1.0
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับปานกลาง	103	24.9
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	307	74.2
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ		
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ	9	2.2
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับปานกลาง	159	38.4
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง	246	59.4

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติไคสแควร์ ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้ อายุ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ศักยภาพแห่งตน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414)

Table 3 Relationship between demographic information, health beliefs, and cervical cancer screening participation (n=414)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2566		X ²	p-value
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
	(n=236)	(n=178)		
อายุ			11.84 ^a	0.003*
30-39 ปี	63 (71.6)	25 (28.4)		
40-49 ปี	77 (57.9)	56 (42.1)		
50-60 ปี	96 (49.7)	97 (50.3)		
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ			19.97 ^a	<0.001*
ไทย	141 (49.6)	143 (50.4)		
ชนชาติพันธุ์อื่น	95 (73.1)	35 (26.9)		
ศาสนา			0.31 ^a	0.579
พุทธ	224 (56.7)	171 (43.3)		
อื่น ๆ	12 (63.2)	7 (36.8)		
การศึกษา			4.46 ^a	0.035*
ไม่ได้รับการศึกษา	54 (67.5)	26 (32.5)		
ได้รับการศึกษา	182 (54.5)	152 (45.5)		
อาชีพ			7.90 ^a	0.005*
เกษตรกร	163 (62.2)	99 (37.8)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร	73 (48.0)	79 (52.0)		
รายได้			3.34 ^a	0.068
ต่ำกว่า 5,000 บาท	110 (62.1)	67 (37.9)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท	126 (53.2)	111 (46.8)		
สถานภาพสมรส			0.29 ^a	0.591
โสด/หย่าร้าง/แยกทาง/เลิกรา/หม้าย/แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	46 (59.7)	31 (40.3)		
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	190 (56.4)	147 (43.6)		
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร			0.42 ^a	0.517
ไม่มี	10 (50.0)	10 (50.0)		
มี	226 (57.4)	168 (42.6)		
จำนวนบุตร			15.41 ^a	<0.001*
0 คน	10 (50.0)	10 (50.0)		
1-3 คน	170 (52.8)	152 (47.2)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คนขึ้นไป	56 (77.8)	16 (22.2)		
การคุมกำเนิด			1.31 ^a	0.253
คุมกำเนิด	134 (54.7)	111 (45.3)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	102 (60.4)	67 (39.6)		

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414) (ต่อ)

Table 3 Relationship between demographic information, health beliefs, and cervical cancer screening participation (n=414) (Continue)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2566		X ²	p-value
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
	(n=236)	(n=178)		
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			5.01 ^a	0.025*
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	127 (62.6)	76 (37.4)		
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง	109 (51.7)	102 (48.3)		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก			11.08 ^a	<0.001*
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	62 (27.9)	23 (27.1)		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	174 (52.9)	155 (47.1)		
การรับรู้ถึงประโยชน์			3.50 ^a	0.061
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง	29 (70.7)	12 (29.3)		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	207 (55.5)	166 (44.5)		
การรับรู้ถึงอุปสรรค			0.02 ^a	0.896
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ-ปานกลาง	191 (56.8)	145 (43.2)		
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	18 (58.1)	13 (41.9)		
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน			4.17 ^a	0.041*
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ-ปานกลาง	70 (65.4)	37 (34.6)		
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	166 (54.1)	141 (45.9)		
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ			0.09 ^a	0.767
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง	95 (57.6)	70 (42.4)		
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง	138 (56.1)	108 (43.9)		

หมายเหตุ * p<0.05, a Chi-square test

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่อายุ 30-60 ปี พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจ โดยกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็น 1.833 เท่า (95% CI: 1.03-3.26) และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็น 2.546 เท่า (95% CI: 1.48-4.38) กลุ่มตัวอย่างที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 2.753 เท่า (95% CI: 1.75-4.33) กลุ่มที่

ได้รับการศึกษา เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็น 1.735 เท่า (95% CI: 1.04-2.90) กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้าง เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 2.096 เท่า (95% CI: 1.14-3.86) กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับราชการ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 3.019 เท่า (95% CI: 1.08-8.12) กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 3.293 เท่า (95% CI: 1.09-9.91) กลุ่มที่มีจำนวนบุตร 0-4 คน เข้ารับการตรวจคัดกรอง

มากกว่ากลุ่มที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คน คิดเป็น 3.717 เท่า (95% CI: 1.75–7.90) และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง คิดเป็น 1.564 เท่า (95% CI: 1.06–2.31) กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำปานกลาง คิดเป็น 2.401 เท่า (95% CI: 1.42–4.06) กลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับต่ำ-ปานกลาง คิดเป็น 1.607 เท่า (95% CI: 1.02–2.54) ดัง

แสดงในตารางที่ 4 เมื่อดำเนินการวิเคราะห์หลายตัวแปร ตัวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยด้านชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ โดยกลุ่มที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์หรือเชื้อชาติอื่น 2.46 เท่า (95% CI: 1.55–3.90) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มิอาชีพเกษตรกร 1.71 เท่า (95% CI: 1.12–2.60) และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำปานกลาง คิดเป็น 2.30 เท่า (95% CI: 1.34–3.97) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414)

Table 4 Univariate and multivariate analysis of factors associated with cervical cancer screening service (n=414)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
อายุ (ปี)						
30–39	1.00					
40–49	1.833	1.03–3.26	0.040*			
50–60	2.546	1.48–4.38	<0.001*			
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ						
ไทย	2.753	1.75–4.33	<0.001*	2.46	1.55–3.90	<0.001*
ชนชาติพันธุ์อื่น	1.00			1.00		
ศาสนา						
พุทธ	1.309	0.50–3.39	0.580			
ศาสนาอื่น	1.00					
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1.00					
ได้รับการศึกษา	1.735	1.04–2.90	0.036*			
อาชีพ						
เกษตรกร	1.00			1.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร	1.78	1.19–2.67	0.005*	1.71	1.12–2.60	0.013*
รายได้ (บาท)						
ต่ำกว่า 5,000	1.00					
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001	1.446	0.97–2.15	0.068			

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n= 414) (ต่อ)

Table 4 Univariate and multivariate analysis of factors associated with cervical cancer screening service (n=414) (Continue)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
สถานภาพสมรส						
โสด หย่าร้าง แยกทาง เลิกรา หมาย์/แต่งงานแต่ไม่ได้ อยู่ด้วยกัน	1.00					
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	1.148	0.69-1.90	0.591			
จำนวนบุตร (คน)						
0	3.50	1.24-9.88	0.018*			
1-3	3.13	1.72-5.69	<0.001*			
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ขึ้นไป	1.00					
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร						
ไม่มี	1.345	0.55-3.31	0.518			
มี	1.00					
การคุมกำเนิด						
คุมกำเนิด	1.261	0.85-1.88	0.253			
ไม่ได้คุมกำเนิด	1.00					
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก						
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง	1.564	1.06-2.31	0.025*			
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก						
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00			1.00		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	2.40	1.42-4.06	0.001*	2.30	1.34-3.97	0.003*
การรับรู้ถึงประโยชน์						
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	1.938	0.96-3.92	0.065			
การรับรู้ถึงอุปสรรค						
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.051	0.50-2.22	0.896			
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	1.00					
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน						
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	1.607	1.02-2.54	0.042*			
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ						
มีสิ่งชักนำและแรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีสิ่งชักนำและแรงจูงใจระดับสูง	1.062	0.71-1.58	0.767			

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ อาชีพ และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 43.0 นั้น นับเป็นอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดที่มากกว่าร้อยละ 60 สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณิ ปิ่นนาค⁽¹⁶⁾ ศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสว่าง จังหวัดสุรินทร์ พบว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกล ที่มีระยะห่างจากสถานบริการ มากกว่า 10 กิโลเมตรขึ้นไปนั้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง หรือการไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น ส่งผลทำให้มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญชัย พรหมฤทธิ์⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 57.1 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการไม่เพียงพอ และไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ทั้งนี้ อำเภอยางชุมน้อยจัดเป็นพื้นที่เขตชายแดน พื้นที่ห่างไกล มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่นๆ อันเนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ อีกทั้งในพื้นที่ห่างไกลยังพบว่ามีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ทั้งข้อจำกัดทางด้านภาษา ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ

ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติไทยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา อรรถอนุชิต⁽¹⁸⁾ ทำการศึกษาการชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงเมื่อมีอาการผิดปกติกับตัวเองหรือไม่สบายนั้น จะเลือกการรักษาตัวเองด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลักของชุมชนก่อน คือ พิธีกรรมบำบัด สมุนไพรบำบัด และโภชนาบำบัด มากกว่าการเข้ารับบริการในสถานบริการ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าชนชาติ/เชื้อชาติอื่นๆ จะให้ความสำคัญการกับรักษาด้วยวิธีธรรมชาติก่อน จะเข้ารับบริการในสถานบริการก็ต่อเมื่ออาการไม่ทุเลาหรือแย่ลง จากการศึกษาของ Datta ศึกษาความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้หญิงจากชนชาติพันธุ์อื่น ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าในการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีความจำเป็น ก้าวและรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปตรวจ ปัญหาด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ และการศึกษาด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นคนงาน⁽²⁰⁾ พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น เนื่องจากแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มักจะถูกจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มิใช่เกษตรกร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอาชีพที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากที่สุดคือ คือ อาชีพเกษตรกร และมากกว่าอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน ซึ่งในพื้นที่อำเภอยางชุมน้อยอาชีพหลักของคนในพื้นที่คืออาชีพเกษตรกร อีกทั้งกลุ่มอาชีพเกษตรกรให้เหตุผลว่าไม่สะดวกเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากถึง 250 ราย (ร้อยละ

95.4) และยังพบว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมนั้น มีระดับความรู้ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครออยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 51.5) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมนั้นยังขาดการรับรู้โอกาสการเกิดโรค และมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการ จึงไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุนรินทร์ สีกุด⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรง มีผลเชิงบวกกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของโรคจากเพื่อนบ้าน และตามสื่อต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของพุดิตา พรหมวิอินทร์⁽²¹⁾ ที่รายงานว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่มเคยตรวจคัดกรอง และกลุ่มไม่เคยตรวจ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ยังไม่มีอาการของมะเร็งปากมดลูกแสดง

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลยังมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำ ดังนั้น เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรเพิ่มการคัดกรองในกลุ่มชนชาติพันธุ์ กลุ่มชาติอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม ร่วมกับการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute (TH), Department of Medical Services. National cancer control programme 2018–2022. Bangkok: National Cancer Institute; 2018. (in Thai)
2. Health Information System Development Office (TH). The situation of cancer mortality in Thai health statistics 2011–2020 [Internet]. [cited 2024 Oct 30]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01575713&tp=13_52563 (in Thai)
3. Laohutanon P. Guidelines for screening, diagnosis, and treatment of cervical cancer. Bangkok: National Cancer Institute; 2018. (in Thai)
4. National Cancer Institute (TH), Department of Medical Services. Service plan 2023–2027. Bangkok: National Cancer Institute; 2023. (in Thai)
5. Juntawong N, Tridech P, Siri S, Tridech C. Factors related to receiving cervical cancer screening services among women aged 30–60 years in Muang District, Pathumthani Province. Journal of Phrapokklao Nursing Colleg. 2017; 28(1):63–79. (in Thai)
6. Phoethong S. Factors associated with cervical cancer screening of women in Langsuan, Chumphon. Region 11 Medical Journal. 2018;32(2):965–80. (in Thai)
7. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi Province. Journal of Public Health. 2013;43(2):175–87. (in Thai)
8. Sirithammanukul W. Reasons for service utilization and health belief in cervical cancer prevention among females undergoing the cervical cancer prevention and surveillance project of Chulabhorn

- hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(1):126–44. (in Thai)
9. Pornsinsiriruck S, Therawiwat M, Iamee N. Factors related to cervical cancer screening behavior among Thai-Muslim women Krabi Province. Journal of Health Education. 2011;34(2):55–67. (in Thai)
 10. Seegud P. Factors related to cervical cancer screening service among women risk group, Ban Mai Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition). 2021;36(1):37–47. (in Thai)
 11. Rungrueang P. Factors related to cervical cancer screening behavior among at risk group of women never been screened within the past 3 years. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University. 2015;2(2):36–49. (in Thai)
 12. Watcharaphimolmit K, Poum A. Health literacy effecting to cervical cancer screening among women in Nongpaklong Sub-district, Nakhon Pathom Province. Science and Technology Northern Journal. 2023;4(3):31–43. (in Thai)
 13. Chiang Rai Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30–60 years in Chiang Rai Province, 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 9]. Available from: https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0 (in Thai)
 14. Chiang Rai Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30–60 years in Chiang Rai Province, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 9]. Available from: https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0 (in Thai)
 15. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly. 1998;15(2): 175–83.
 16. Pinnark P. Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: A case study of women aged 30–60 years in Na Pho Sub-district, Sawi District, Chumphon Province. Journal of Health Research and Innovation. 2020;38(1):118–31. (in Thai)
 17. Promrith K. The health service model for Thai-Laos border communities, Banhok district, Uttaradit Province. Science and Technology Northern Journal. 2022;3(1):1–16. (in Thai)
 18. Arttanuchit S, Jeharsae R. Folk health care practice: A case study of Lahu ethnicity in Chiangrai Province. Academic Services Journal, Prince of Songkla University. 2022;30(2):155–64. (in Thai)
 19. Datta GD, Pana MP, Mayrand MH, Glenn B. Racial/ethnic inequalities in cervical cancer screening in the United States: An outcome reclassification to better inform interventions and benchmarks. Prev Med. 2022;159:107055.
 20. Joob B, Wiwanitkit V. Cervical cancer screening among migrant workers: A summary of recorded data from a medical center in Thailand. Multidisciplinary Cancer Investigation. 2020;4(1):30–1.
 21. Phomwiin P. A comparison of knowledge and perception of health belief In cervical cancer screening among women in Samutprakan Province. Nursing Journal CMU. 2015;42(3):84–94. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
ในบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทยFactors related to personal compliance with the COVID-19 preventive guideline
for nursing home in Bangkok, Thailandอักรพล ดีเลิศ¹Akarapol Deelert¹มธุรส ทิพยมงคลกุล²Mathuros Tipayamongkhogul²จิรพันธ์ จันทร์จร¹Jiraphan Junjhon¹พีรยา เอกจริยวัฒน์¹Peeraya Ekchariyawat¹¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล¹Faculty of Public Health, Mahidol University²สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล²ASEAN Institute for Health Development,

Mahidol University

DOI: 10.14456/dcj.2025.25

Received: April 2, 2025 | Revised: June 4, 2025 | Accepted: June 5, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากแบบจำลองเชิงสังคมนิเวศ (socio-ecological model) ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างบุคคล และระดับชุมชน/องค์กร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตามมาตรการฯ ได้แก่ อาชีพ/ตำแหน่งงาน โดยกลุ่มผู้ดำเนินการมีการปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มผู้ให้บริการ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) 8.6 เท่า (95% CI: 0.1-0.2) ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ปฏิบัติตามมาตรการดีกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ 3.9 เท่า (95% CI: 1.4-4.2) ผู้ที่ได้รับแรงกระตุ้นทางสังคมมีการปฏิบัติตามมาตรการฯ สูงกว่า 3.3 เท่า (95% CI: 1.7-6.1) และผู้ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมีการปฏิบัติตามมาตรการฯ ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยอบรม 6.7 เท่า (95% CI: 1.3-10.9) ดังนั้น ควรสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรการฯ ในกลุ่มผู้ประกอบการและผู้ดำเนินการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อโรคโควิด 19 สถานประกอบการควรมีการจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวบุคลากรในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีกลไกความร่วมมือในการสนับสนุนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นให้สถานประกอบการที่ขาดแคลน และสนับสนุนทางวิชาการเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการ

ติดต่อผู้พิมพ์ : อักรพล ดีเลิศ

อีเมล : akarapolboomnaja@gmail.com

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the factors associated with adherence to COVID-19 control measures among personnel working in elderly care or dependent care facilities in Bangkok. A total of 374 participants were selected, and data were collected using a questionnaire developed based on the Socio-Ecological Model, covering individual, interpersonal, and community/organizational factors. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression, with a statistical significance level set at 0.05. The study found that several factors were significantly associated with compliance with COVID-19 control measures. Specifically, occupational role or position was a strong predictor: administrative personnel were 8.6 times (95% CI: 0.1–0.2) less likely to comply with the measures compared to direct care providers. Participants with a positive attitude toward COVID-19 prevention were 3.9 times (95% CI: 1.4–4.2) more likely to adhere to the measures than those with a negative attitude. Participants who received social support were 3.3 times (95% CI: 1.7–6.1) more likely to adhere to the measures than those who did not. Individuals who had undergone training were 6.7 times (95% CI: 1.3–10.9) more likely to comply with the measures than those who had not. Therefore, it is essential to raise awareness of preventive practices among business operators and administrative staff, promote positive attitudes toward COVID-19, and ensure that regular training is conducted in care facilities. In addition, family involvement should be encouraged to support health behaviors among personnel. Mechanisms for collaboration should be established to provide necessary resources and medical supplies to under-resourced facilities. Academic and technical support should also be strengthened to improve the standards of elderly care in such establishments.

Correspondence: Akarapol Deelert

E-mail: akarapolboomnaja@gmail.com

คำสำคัญ

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง, โควิด 19, มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

Keywords

nursing home, COVID-19, preventive and control measures for COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นครั้งแรก ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 และแพร่กระจายไปทั่วโลก โรคโควิด 19⁽¹⁾ เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 และก่อให้เกิดอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง⁽²⁾ รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรวมทั่วโลกในช่วงเดือนมีนาคม 2565 อยู่ที่ประมาณ 770 ล้านคน และจำนวนผู้เสียชีวิตรวมอยู่ที่ประมาณ 7 ล้านคน⁽³⁾ ในภูมิภาคเอเชียมีลักษณะคล้ายคลึงกับระดับโลก จำนวนผู้ติดเชื้อ ในทวีปเอเชีย อยู่ที่ประมาณ 250 ล้านคน และจำนวนผู้เสียชีวิตรวมอยู่

ที่ประมาณ 3.5 ล้านคน⁽⁴⁾ ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ ประมาณ 4.76 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 30,000 คน⁽⁵⁾ ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคมะเร็ง ในกลุ่มอายุ 65–84 ปี มีอัตราการตายร้อยละ 10 และกลุ่มที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีอัตราการตายร้อยละ 10–27⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยกำหนด มาตรการและแนวทางการบริหารจัดการโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนับเป็นพื้นที่เสี่ยง⁽⁷⁾ ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ที่มี ภาวะติดเชื้อ⁽⁸⁾ ซึ่งกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะ

ทั้งนี้ทั้งประเทศที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย มีจำนวน 279 แห่ง และมีความหนาแน่นของกิจการ ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีกิจการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 256 แห่ง⁽⁹⁾ จากรายงานสถานการณ์ในกิจการ การดูแลผู้สูงอายุ ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2565 พบอัตรา ป่วยด้วยโควิด 19 ในผู้สูงอายุ 16,915 ต่อ 100,000 ประชากร⁽⁸⁻⁹⁾ การปฏิบัติตามการป้องกันโรคของ บุคลากรเหล่านี้ จึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ ของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคในกิจการการ ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในกิจการและชุมชน

แบบจำลองเชิงสังคมนิเวศกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁰⁾ เป็นแบบจำลองที่นำมาใช้ในการ วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ในอดีต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตามระดับของแบบ จำลองเชิงสังคมนิเวศ ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ⁽¹¹⁻¹³⁾ อายุ⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษา⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ โรคประจำตัว⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ อาชีพ/ตำแหน่งงาน^(19,20) การสูบบุหรี่⁽²⁰⁾ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19⁽²¹⁻²²⁾ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคโควิด 19⁽²¹⁻²²⁾ และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19⁽²³⁾ (2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19⁽¹⁴⁾ และ (3) ปัจจัย ระดับชุมชนหรือองค์กร ได้แก่ การฝึกอบรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและ ควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุและ ผู้มีภาวะพึ่งพิง⁽²⁴⁾ และการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล⁽²⁵⁾ สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 และส่งผลต่อการ ติดเชื้อของบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหาก ไม่มีการดำเนินการวิจัยอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน และการแพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัว หรือคนใกล้ชิด โดยไม่ตั้งใจและอาจนำมาสู่การระบาดในกิจการดูแล ผู้สูงอายุฯ เกิดความเสี่ยงในผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง และเกิดความสูญเสียทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขได้⁽²⁶⁾

ความเข้าใจต่อสถานการณ์การปฏิบัติตาม

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการ ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ของบุคลากรในกิจการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นข้อมูล ที่เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของกิจการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการป้องกันและควบคุม โรคของประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เช่น โรคโควิด 19 ต่อไปในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับ การปฏิบัติและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ บุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ใน พื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ภาคตัดขวางเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน 2566

1. ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคลากร กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 265 แห่ง

2. ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรของสถานดูแลผู้สูง อายุในกรุงเทพมหานคร จำนวนประชากรทั้งหมด 2,962 คน ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรเพื่อประมาณสัดส่วน หนึ่งในกลุ่มตัวอย่างของ Daniel⁽²⁷⁾ โดยคำนวณขนาด ตัวอย่างที่เพียงพอ ดังนี้

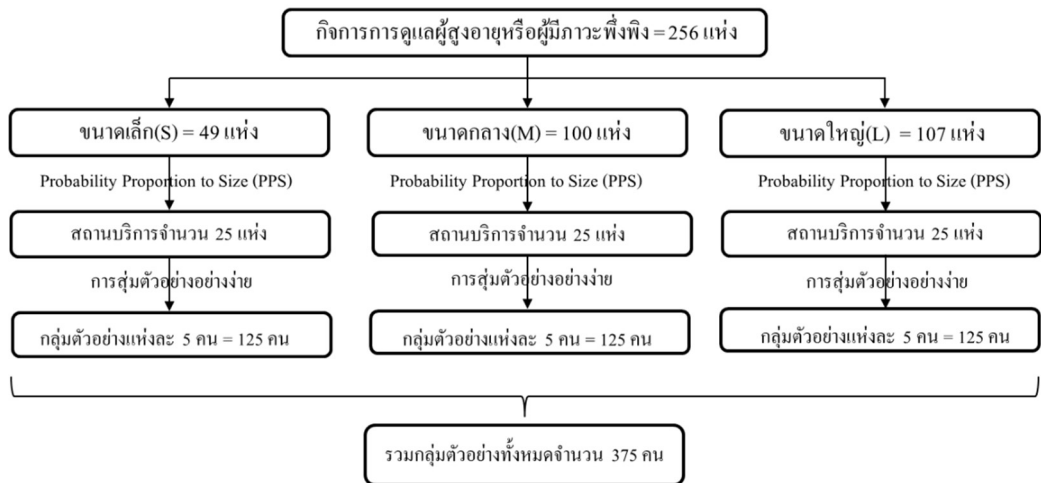
$$n = \frac{(2,962)(1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}{(2,962-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}$$

n = 340 ตัวอย่าง

และผู้วิจัยได้ขอขออนุญาตการไม่ตอบกลับในการสำรวจทาง
ไปรษณีย์ร้อยละ 10⁽²⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 375 คน

สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี stratified two-stage
probability proportional to size (PPS) ตามขนาดของ
กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 3 ขนาด
ได้แก่ ขนาดเล็ก (S) ขนาดกลาง (M) และขนาดใหญ่
(L) นำรายชื่อสถานบริการแต่ละกลุ่มขนาดเรียงลำดับ

และคัดเลือกด้วยวิธี probability proportion to size (PPS)
เลือก 25 สถานบริการ จากขนาดของกิจการการดูแลผู้สูง
อายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง
บุคลากรในแต่ละกิจการโดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย
โดยจับฉลากรายชื่อบุคลากรในกิจการฯ ละ 5 คน จน
ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 375 คน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

Figure 1 Sampling process

เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)

- 1) เป็นบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือ
ผู้มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจ
ตอบแบบสอบถามการวิจัยหลังจากลงนามในใบยินยอม
เข้าร่วมการวิจัย
- 2) เป็นผู้มีสัญชาติไทย
- 3) มีประสบการณ์การทำงานในกิจการการดูแล
ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 6 เดือน ณ วันที่
เข้าร่วมการวิจัย
- 4) เป็นบุคลากรทุกเพศ ที่มีอายุตั้งแต่ 18-60
ปี ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

เป็นบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มี
ภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร ที่อยู่ในระหว่างการลา
ทุกประเภท

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม
ชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล
จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อ
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีจำนวน 10 ข้อ
เป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูก
ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง
0-10 การแบ่งกลุ่มคะแนน เป็น 3 ระดับ ได้แก่
ระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
(0-5 คะแนน) ระดับพอใช้คะแนนร้อยละ 60-79 (6-7
คะแนน) ระดับดีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
(มากกว่าเท่ากับ 8 คะแนน) และทัศนคติเกี่ยวกับ
โรคโควิด 19 มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า
(rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถาม
เชิงบวก “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน, “ไม่แน่ใจ”

ให้ 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบการให้คะแนนเป็นในทางตรงกันข้าม คะแนนอยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน โดยการแบ่งเกณฑ์ร้อยละเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (3-8 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) ระดับดีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าเท่ากับ 12 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยระหว่างบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ หากปฏิบัติ “ทุกครั้ง” ให้ 3 คะแนน “บางครั้ง” ให้ 2 คะแนน “ไม่เคย” ให้ 1 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน โดยการแบ่งเกณฑ์ร้อยละเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (6-10 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (11-14 คะแนน) ระดับดีจะมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าเท่ากับ 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร มีจำนวน 2 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การฝึกอบรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มีจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบ checklist แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ หากปฏิบัติ “ทุกครั้ง” ให้ 3 คะแนน “บางครั้ง” ให้ 2 คะแนน “ไม่เคย” ให้ 1 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน โดยการแบ่งเกณฑ์ร้อยละเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-27) คะแนน ระดับปานกลางคะแนนร้อยละ 60-79 (28-35) คะแนน ระดับดีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มากกว่าเท่ากับ 36 คะแนน)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่กลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า (1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีค่าเท่ากับ 0.72 (2) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีค่าเท่ากับ 0.73 (3) ปัจจัยระหว่างบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.93 (4) ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร มีค่าเท่ากับ 0.82 และ (5) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.78 และตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ multivariable logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลใช้วิธีการ selection และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ stepwise logistic regression โดยเริ่มจากโมเดลที่มีตัวแปรอิสระทั้งหมด แล้วตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ออกทีละตัว จนได้โมเดลที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบ multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระก่อนเข้าสู่โมเดล เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและเชื่อถือได้

5. การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใบรับรองเลขที่ MUPH2022-146 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 370 คน ร้อยละ 84.3 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปี ร้อยละ 32.3 โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 39.95 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.9 โรคประจำตัวโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.2 จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 45.6 เป็นผู้ดำเนินการสถานประกอบการ ร้อยละ 36.5 มีจำนวนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเฉลี่ยที่ 21.5 คน ร้อยละ 97.3 ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ครบ 2 เข็มหรือมากกว่า 2 เข็ม มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.3 และ

2 ใน 3 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ระดับความรู้ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แรงกระตุ้นทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

ระดับความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แรงกระตุ้นทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จากบุคลากร 375 คน ร้อยละ 90.1 มีความรู้ในระดับดี และร้อยละ 62.7 มีทัศนคติอยู่ในระดับดี 2 ใน 3 มีแรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค โควิด 19 อยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แรงกระตุ้นทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โควิด 19 ภาพรวม

Table 1 Overall knowledge level, attitudes toward COVID-19, social motivation, and preventive behaviors against COVID-19

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของบุคลากร		
	ดี	พอใช้/ปานกลาง	ไม่ดี/ต้องปรับปรุง
ความรู้	338 (90.1)	37 (9.9)	0 (0.0)
ทัศนคติ	235 (62.7)	135 (36.0)	5 (1.3)
แรงกระตุ้นทางสังคม	258 (68.8)	75 (20.0)	42 (11.2)
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19	225 (60.0)	150 (40.0)	0 (0.0)

ในส่วนของการรู้รายประเด็นของบุคลากรกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ถูกต้อง ร้อยละ 100 ในเรื่องโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส และเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายผ่านละอองทางเดินหายใจและการสัมผัสใกล้ชิดจากผู้ติดเชื้อ รองลงมา คือ ทราบว่าอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และหายใจถี่ เป็นอาการที่พบบ่อย และระยะ

ฟักตัวนานที่สุดสำหรับโรคโควิด 19 คือ 14 วัน ร้อยละ 98.7 ตามลำดับ แต่ทั้งนี้ พบร้อยละ 75.1 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนั่งหรือยืนเว้นระยะ 1 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และร้อยละ 80.7 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาปฏิบัติงานช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 รายข้อ (n=374)

Table 2 Individuals working in the nursing home in Bangkok categorized by knowledge about COVID-19 for each item (n=374)

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
1	โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส	374	100
2	เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายผ่านละอองทางเดินหายใจและการสัมผัสใกล้ชิดจากผู้ติดเชื้อ	374	100
3	อาการไข้ ไอ เจ็บคอ และหายใจถี่ เป็นอาการที่พบบ่อย	369	98.7
4	ระยะฟักตัวนานที่สุดสำหรับโรคโควิด 19 คือ 14 วัน	369	98.7
5	ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถเกาะอยู่บนพื้นผิว เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู และปุ่มกดลิฟต์	363	97.1
6	การได้รับวัคซีนทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคโควิด 19	357	95.5
7	สัมผัสขยะจากห้องพักของผู้สูงอายุไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	343	91.7
8	การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ล้างมือช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	321	85.8
9	การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาปฏิบัติงานช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	302	80.7
10	การนั่งหรือยืนเว้นระยะ 1 เมตรช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	281	75.1

ในส่วนของทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19 ราย ประเด็นของบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19 เห็นด้วย ร้อยละ 81.8 ในเรื่องบุคลากรของสถานประกอบการทุกคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมา คือ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จะสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้ ร้อยละ 79.9 ตามลำดับ แต่ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 44.1 กังวลว่าจะนำเชื้อโควิดจากที่ทำงานไปแพร่ให้คนในครอบครัวและ ร้อยละ 48.1 กลัวติดเชื้อโควิด19 เมื่อเข้าใกล้หรือให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 2019 ที่อยู่ระหว่างรอส่งต่อโรงพยาบาลตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 บุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19 (n=374)

Table 3 Individuals working in the nursing home in Bangkok categorized by attitude towards COVID-19 (n=374)

ลำดับ	ทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19	ทัศนคติ					
		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	บุคลากรของสถานประกอบการทุกคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	306	81.8	32	8.6	36	9.6
2	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จะสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้	299	80.0	60	16.0	15	4.0
3	บุคลากรของสถานประกอบการที่ติดเชื้อโควิด 2019 เกิดจากความประมาทเลินเล่อ	262	70.1	36	9.6	76	20.3
4	กลัวติดเชื้อโควิด19 เมื่อเข้าใกล้หรือให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 2019 ที่อยู่ระหว่างรอส่งต่อโรงพยาบาล	180	48.1	47	12.6	147	39.3
5	กังวลว่าจะนำเชื้อโควิดจากที่ทำงานไปแพร่ให้คนในครอบครัว	165	44.1	119	31.8	90	24.1

ในส่วนของแรงกระตุ้นทางสังคมรายประเด็น เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 ของบุคลากร กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัด กรุงเทพมหานคร พบว่า มีแรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 ทางบวก ร้อยละ 73.5 ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย ครอบครัวยังจะตักเตือนหรือขอร้องให้สวมใส่ รองลงมา คือ การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เพื่อนร่วมงานจะตักเตือน

หรือขอร้องให้ท่านล้างมือ ร้อยละ 64.2 ตามลำดับ แรงกระตุ้นทางลบ ร้อยละ 52.7 บุคลากรไม่เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลครอบครัวยังจะตักเตือนหรือขอร้องให้ท่านเว้นระยะห่างระหว่าง รองลงมา คือ การไม่เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลเพื่อนร่วมงานของท่านจะตักเตือนหรือขอร้องให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลร้อยละ 60.2 และ ร้อยละตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามแรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 (n=374)

Table 4 Individuals working in the nursing home in Bangkok categorized by social motivation behind their behaviors towards COVID-19 prevention (n=374)

ลำดับ	แรงกระตุ้นทางสังคม	แรงกระตุ้นทางสังคม					
		ทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การสวมหน้ากากอนามัย ครอบครัวยังจะตักเตือนหรือขอร้องให้สวมใส่	275	73.5	68	18.2	31	8.3
2	การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ครอบครัวยังจะตักเตือนหรือขอร้องให้ล้างมือ	267	71.4	81	21.6	26	7.0
3	การไม่เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลครอบครัวยังจะตักเตือนหรือขอร้องให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล	240	64.2	91	24.3	43	11.5
4	การสวมหน้ากากอนามัย เพื่อนร่วมงานจะตักเตือนหรือขอร้องให้สวมใส่	232	62.1	100	26.7	42	11.2
5	การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เพื่อนร่วมงานจะตักเตือนหรือขอร้องให้ล้างมือ	240	64.2	91	24.3	43	11.5
6	การไม่เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลเพื่อนร่วมงานจะตักเตือนหรือขอร้องให้เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล	225	60.2	101	27.0	48	12.8

ในส่วนของการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา

2019 ร้อยละ 94.9 รูปแบบการอบรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 อบรมผ่านทางชุดวิดิทัศน์/ระบบออนไลน์ ร้อยละ 65.3 ได้รับการอบรมมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 60.3 และมีระยะเวลาการฝึกอบรม 1 วัน ร้อยละ 46.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร (n=374)

Table 5 Training in preventing and controlling coronavirus 2019 according to the measures on COVID-19 prevention and control of the staff of the nursing home in Bangkok (n=374)

ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
1. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19		
เคย	355	94.9
ไม่เคย	19	5.1
2. รูปแบบการอบรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 (n=355)		
การฝึกตัวต่อตัวแบบเห็นหน้า	110	31.0
ผ่านทางชุดวีดิทัศน์/ระบบออนไลน์	245	69.0
3. จำนวนครั้งของการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 (n=355)		
1 ครั้ง	141	39.7
มากกว่า 1 ครั้ง	214	60.3
4. ระยะเวลาของการฝึกอบรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 (n=355)		
น้อยกว่า 1 วัน	96	27.0
1 วัน	175	49.3
มากกว่า 1 วัน	84	23.7

ในส่วนของการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ได้แก่ ถุงมือ ร้อยละ 93.3 รองลงมา คือ สบู่ล้างมือ แอลกอฮอล์และหน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.7 ตามลำดับ ส่วนที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ ได้แก่ รองเท้าหรือถุงสวมใส่เท้า ร้อยละ 11.5

รองลงมา คือ เสื้อคลุมและแว่นตาหรือกระจังหน้า (face shield) ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ แต่ทั้งนี้พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามในสถานประกอบการขนาดกลาง จำนวน 3 แห่ง ไม่ได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรที่จำเป็นคือ สบู่ล้างมือ แอลกอฮอล์เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย และถุงมือ ร้อยละ 4 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัด กรุงเทพมหานคร (n=374)

Table 6 Medical supplies and personal protective equipment support for individuals working in the nursing home in Bangkok (n=374)

รายการ	การสนับสนุน					
	มีเพียงพอ		มีไม่เพียงพอ		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สบู่ล้างมือ แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ	343	91.7	16	4.3	15	4.0
หน้ากากอนามัย	343	91.7	16	4.3	15	4.0
เสื้อคลุม	290	77.6	59	15.7	25	6.7
แว่นตาหรือกระจังหน้า (Face Shield)	291	77.8	58	15.5	25	6.7
ถุงมือ	349	93.3	10	2.7	15	4.0
หมวกคลุมผม	328	87.7	25	6.7	21	5.6
รองเท้าหรือถุงสวมใส่เท้า	305	81.5	26	7.0	43	11.5
ถุงขยะ/ถังขยะสีแดง	328	87.7	26	7.0	20	5.3

ในส่วนของท่านระดับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 รายละเอียด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติมากที่สุดในเรื่องขณะปฏิบัติงานในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสวมใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ หลังจากใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ท่านจะทิ้งมันลงในถังขยะหรือถุงขยะที่มีสีแดง ร้อยละ 91.2 และการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์หลังการจัดการหรือปฏิบัติงาน

กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย ร้อยละ 90.4 ตามลำดับ และพบว่าการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการจับมือหรือสัมผัสร่างกายกับผู้อื่น ร้อยละ 13.9 และหากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ จะแจ้งโรงพยาบาลทันที ร้อยละ 9.1 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 บุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (n=374)

Table 7 Individuals working in the nursing home in Bangkok categorized by compliance with COVID-19 preventative guidelines (n=374)

ลำดับ	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19	การปฏิบัติ					
		ทุกวัน/ทุกครั้ง		บางวัน/บางครั้ง		ไม่เคย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนอยู่แออัดบ่อยแค่ไหน เช่น ตลาดนัด รถโดยสารสาธารณะ เป็นต้น	27	7.2	288	77.0	59	15.8
2	การพบปะกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหาร การประชุม/อบรม เป็นต้น	38	10.2	279	74.6	57	15.2
3	การหลีกเลี่ยงการจับมือหรือสัมผัสร่างกายกับผู้อื่น	165	44.1	157	42.0	52	13.9
4	การแยกการรับประทานอาหารกับเพื่อนหรือครอบครัวของท่าน	101	27.0	246	65.8	27	7.2
5	การเว้นระยะห่างในการติดต่อ/พูดคุยกับผู้สูงอายุ และพนักงานด้วยกันเอง	218	58.3	150	40.1	6	1.6
6	การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ก่อนการจัดการหรือปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	327	87.4	36	9.6	11	2.9

ตารางที่ 7 บุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (n=374) (ต่อ)

Table 7 Individuals working in the nursing home in Bangkok categorized by compliance with COVID-19 preventative guidelines (n=374) (continue)

ลำดับ	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19	การปฏิบัติ					
		ทุกวัน/ทุกครั้ง		บางวัน/บางครั้ง		ไม่เคย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์หลังการจัดการหรือปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย	338	90.4	25	6.7	11	2.9
8	หากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ จะแจ้งโรงพยาบาลทันที	251	67.1	89	23.8	34	9.1
9	การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เวลาต้องให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง หรืออยู่ในพื้นที่ โถงทางเดิน ห้องพัก บ่อยเพียงใด	297	79.5	66	17.6	11	2.9
10	ขณะปฏิบัติงานในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลดังต่อไปนี้						
10.1	หน้ากากอนามัย	364	97.3	10	2.7	0	0.0
10.2	ถุงมือ	295	78.9	79	21.1	0	0.0
10.3	เสื้อคลุม	188	50.3	150	40.1	36	9.6
10.4	Face shield (กระจังหน้า)	154	41.2	187	50.0	33	8.8
10.5	หมวกคลุมผม	175	46.8	159	42.5	40	10.7
10.6	รองเท้าบูทหรือถุงสวมรองเท้า	149	39.8	132	35.3	93	24.9
11	เมื่อเลิกงานจะถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและเปลี่ยนชั้นใหม่	331	88.5	43	11.5	0	0.0
12	การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งก่อนเข้าปฏิบัติงานในกิจการ	332	88.8	37	9.9	5	1.3
13	เมื่อเลิกงานทำความสะอาดร่างกายก่อนกลับบ้านหรือที่พัก	281	75.1	65	17.4	28	7.5
14	หลังจากใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ท่านจะทิ้งมันลงในถังขยะหรือถุงขยะที่มีสีแดง	341	91.2	22	5.9	11	2.9

3. ระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 จำแนกรายปัจจัย

จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 375 ราย พบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล เพศชายร้อยละ 62.7 มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคสูงกว่าเพศหญิง โดยเพศหญิงมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 59.5 กลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป โดยมีการปฏิบัติในระดับดีถึงร้อยละ 73.1 ขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆ มีการปฏิบัติในระดับดีที่ต่ำกว่า เช่น กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีการปฏิบัติในระดับดีเพียงร้อยละ 55.6 ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 66.2 ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยซึ่งมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 58.6 ผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 45.5

ซึ่งต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่มีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 60.4 ระดับการศึกษาที่สูงมีแนวโน้มทำให้การปฏิบัติในการป้องกันโรคดี โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 70.7 ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาด้านต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติในระดับดีเพียงร้อยละ 63.6 ผู้ประกอบการมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 81.7 ในขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแม่บ้าน/พนักงานต้อนรับมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 63.4 ผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มหรือมากกว่า มีการปฏิบัติในระดับดีถึงร้อยละ 60.3 ซึ่งผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนมีการปฏิบัติในระดับดีเพียงร้อยละ 50.0 ในด้านความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ร้อยละ 60.4 ผู้ที่มีความรู้ดีมีการปฏิบัติในระดับดี ผู้ที่มีความรู้ไม่ดี/พอใช้มีการปฏิบัติในระดับ

ดีร้อยละ 56.8 และผู้ที่มิทศนคตติมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 54.0 ด้านปัจจัยระหว่างบุคคล ร้อยละ 70.9 ของผู้ที่ได้รับแรงกระตุ้นทางสังคมดีจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานมีการปฏิบัติในระดับดี ขณะที่ผู้ที่ต้องปรับปรุง/ปานกลางมีการปฏิบัติในระดับดีร้อยละ 35.9 และด้านปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร ร้อยละ 63.4 ของผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 มีการปฏิบัติที่ดี ขณะที่ผู้ที่มิเคยได้รับการฝึกอบรมมีการปฏิบัติที่ดีร้อยละ 27.8 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 จำแนกรายปัจจัย

Table 8 Preventive behavior levels against COVID-19 classified by risk factors

ปัจจัย	จำนวนรวม (ร้อยละ)	ระดับการปฏิบัติ	
		ต้องปรับปรุง/พอใช้	ดี
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ			
ชาย	59 (15.7)	22 (37.3)	37 (62.7)
หญิง	316 (84.3)	128 (40.5)	188 (59.5)
อายุ			
ต่ำกว่า 20 ปี	36 (9.6)	16 (44.4)	20 (55.6)
20-30 ปี	58 (15.5)	27 (46.6)	31 (53.4)
31-40 ปี	82 (21.9)	34 (41.5)	48 (58.5)
41-50 ปี	121 (32.3)	52 (43.0)	69 (57.0)
51 ปีขึ้นไป	78 (20.8)	21 (26.9)	57 (73.1)
โรคประจำตัว			
มี	71 (18.9)	24 (33.8)	47 (66.2)
ไม่มี	304 (81.1)	126 (41.4)	178 (58.6)
การสูบบุหรี่			
สูบ	11 (2.9)	6 (54.5)	5 (45.5)
ไม่สูบ	364 (97.1)	144 (39.6)	220 (60.4)
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษา	88 (23.5)	32 (36.4)	56 (63.6)
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	41 (10.9)	21 (51.2)	20 (48.8)
ปริญญาตรี	171 (45.6)	75 (43.9)	96 (56.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	75 (20.0)	22 (29.3)	53 (70.7)
อาชีพ/ตำแหน่งงาน	145 (38.7)		
ผู้ดูแลผู้สูงอายุแม่บ้าน/พนักงานต้อนรับ		53 (36.6)	92 (63.4)
ผู้ดำเนินการ	137 (36.5)	80 (58.4)	57 (41.6)
ผู้ประกอบการ	93 (24.8)	17 (18.3)	76 (81.7)
การได้รับวัคซีน			
ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม หรือมากกว่า 2 เข็ม	365 (97.3)	145 (39.7)	220 (60.3)
ไม่ได้รับวัคซีน	10 (2.7)	5 (50.0)	5 (50.0)

ตารางที่ 8 ระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด 19 จำแนกรายปัจจัย (ต่อ)

Table 8 Preventive behavior levels against COVID-19 classified by risk factors (continue)

ปัจจัย	จำนวนรวม (ร้อยละ)	ระดับการปฏิบัติ	
		ต้องปรับปรุง/พอใช้	ดี
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19			
ดี	338 (90.1)	134 (39.6)	204 (60.4)
ไม่ดี/พอใช้	37 (9.9)	16 (43.2)	21 (56.8)
ทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19			
ดี	235 (62.7)	108 (46.0)	127 (54.0)
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	140 (37.3)	42 (30.0)	98 (70.0)
ปัจจัยระหว่างบุคคล			
แรงกระตุ้นทางสังคม			
ดี	258 (68.8)	75 (29.1)	183 (70.9)
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	117 (31.2)	75 (64.1)	42 (35.9)
ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร			
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19			
เคย	339 (90.4)	124 (36.6)	215 (63.4)
ไม่เคย	36 (9.6)	26 (72.2)	10 (27.8)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กรกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านอาชีพ/ตำแหน่งงาน พบว่า ผู้ดำเนินการมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุแม่บ้าน/พนักงานต้อนรับ 0.14 (95% CI: 0.05–0.3) เนื่องจากจากหน้าที่และบริบทของการทำงานที่แตกต่างกัน โดยผู้ดำเนินการจะมีหน้าที่ในการควบคุมดูแลการบริการรวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและการจัดมาตรการการป้องกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานประกอบการละ 1 คนจึงมีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกับบุคลากรหรือผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุแม่บ้าน/พนักงานต้อนรับ และทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19 พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ดีมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สูงกว่าผู้ที่มี

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ไม่ดี 3.9 เท่า (95% CI: 2.1–7.2)

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ที่มีแรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ดีมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สูงกว่าผู้ที่มีแรงกระตุ้นทางสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ไม่ดี 3.3 เท่า (95% CI: 1.7–6.1)

ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร ได้แก่ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 6.7 เท่า (95% CI: 1.7–26.92) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

Table 9 The relationship between personal, interpersonal, and community/organizational factors and compliance with COVID-19 prevention and control measures

ปัจจัย	การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19			
	COR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ		0.71		0.69
ชาย	1.11 (0.6-2.0)		1.87 (0.77-4.5)	
หญิง	1		1	
อายุ		0.12		0.55
ต่ำกว่า 20 ปี	1		1	
20-30 ปี	0.93 (0.4-2.2)		0.96 (0.3-2.6)	
31-40 ปี	0.67 (0.5-2.6)		2.50 (0.6-9.9)	
41-50 ปี	0.77 (0.5-2.3)		1.80 (0.4-7.2)	
51 ปีขึ้นไป	0.05 (0.9-5.2)		3.10 (0.6-16.2)	
โรคประจำตัว		0.44		0.28
มี	1		1	
ไม่มี	0.79 (0.4-1.4)		1.60 (0.7-3.7)	
การสูบบุหรี่		0.32		0.37
สูบ	0.54 (0.1-1.8)		0.47 (0.1-2.4)	
ไม่สูบ	1		1	
อาชีพ/ตำแหน่งงาน		<0.001		<0.001
ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้าน/ พนักงานต้อนรับ	1		1	
ผู้ดำเนินการ	0.41 (0.2-0.6)		0.14 (0.05-0.3)	
ผู้ประกอบการ	2.60 (1.3-4.8)		2.57 (0.6-4.4)	
ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19		0.68		0.72
ดี	1.15 (0.5-0.7)		0.43 (0.2-1.1)	
ไม่ดี/พอใช้	1		1	
ทัศนคติเกี่ยวกับโควิด 19		0.002		<0.001
ดี	0.50 (0.3-0.7)		3.90 (2.1-7.2)	
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	1		1	
ปัจจัยระหว่างบุคคล				
แรงกระตุ้นทางสังคม		<0.001		<0.001
ดี	4.36 (2.7-6.9)		3.30 (1.7-6.1)	
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	1		1	
ปัจจัยระดับชุมชนหรือองค์กร				
การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19		<0.001		0.01
เคย	4.50 (2.1-9.6)		6.70 (1.7-26.2)	
ไม่เคย	1		1	

นัยสำคัญทางสถิติพิจารณาที่ค่า $p < 0.05$, COR=Crude odds ratio, AOR=adjusted odds ratio, CI=Confidence interval

โดยสรุปจากผลการศึกษา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ/ตำแหน่งงาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แรงกระตุ้นทางสังคม และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งตอบวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วิจารณ์

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ภายใต้แบบจำลองเชิงสังคมนิเวศกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ecological model) สามารถสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคในหลายระดับอย่างเป็นระบบ แต่ละระดับดังนี้ ระดับบุคคล (individual level) พบกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น ผู้ดูแล แม่บ้าน และพนักงานต้อนรับ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าผู้ดำเนินการถึง 8.6 เท่า (95% CI: 0.1–0.2) ซึ่งอธิบายได้จากระดับความเสี่ยงของการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่กระตุ้นให้เกิดความระมัดระวังมากขึ้น⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ บุคลากรที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคโควิด 19 ยังมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการได้ดีกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบถึง 3.9 เท่า (95% CI: 1.4–4.2)^(13–14,21,32) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้อาศัยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจก่อให้เกิด ความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามได้ เนื่องจากผู้ตอบอาจมีแนวโน้มที่จะประเมินตนเองในทางที่ดี หรือให้คำตอบที่สอดคล้องกับสิ่งที่ตนคิดว่าผู้วิจัยคาดหวัง หรือที่สังคมยอมรับมากกว่า โดยเฉพาะในบริบทของโรคระบาดที่มีความตึงเครียดทางสังคมสูง จึงอาจทำให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรการสูงเกินความเป็นจริงเมื่อเทียบกับพฤติกรรมจริง

ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal level) ปัจจัยทางสังคม เช่น การตักเตือนหรือแรงกระตุ้นจาก

เพื่อนร่วมงานและครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ได้รับแรงกระตุ้นในเชิงบวกมีโอกาสปฏิบัติตามมาตรการฯ สูงกว่าถึง 3.3 เท่า (95% CI: 1.7–6.1)^(29–31) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างบุคลากรกับผู้สูงอายุ หรือระหว่างเพื่อนร่วมงานกันเอง อาจนำไปสู่การละเลยมาตรการเว้นระยะห่างโดยไม่ตั้งใจ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันหรือทำงานในพื้นที่จำกัดร่วมกันหลายคน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ทางสังคมในบางกรณีกลับกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19^(23,33–35)

ระดับชุมชนหรือองค์กร (community & organizational level) พบการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมีการปฏิบัติตามมาตรการสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมถึง 6.7 เท่า (95% CI: 1.3–10.9)^(14,37–38) อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่สำคัญในระดับองค์กรคือการขาดการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ แอลกอฮอล์เจล ซึ่งสถานประกอบการบางแห่งยังไม่จัดหาอย่างเพียงพอ ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างครบถ้วน แม้จะมีความรู้หรือทัศนคติที่ดีแล้วก็ตาม ทั้งนี้ บริบทของกรุงเทพมหานครที่มีความหนาแน่นของประชากร พื้นที่จำกัด และข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานของสถานดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในการให้บริการที่ต้องใช้แรงงานร่วมกัน เช่น การพลิกตัวหรืออาบน้ำผู้สูงอายุ ซึ่งยากต่อการรักษาระยะห่างทางกายภาพ การออกแบบพื้นที่หรือการจัดสรรทรัพยากรด้านโครงสร้างจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาควบคู่กับการส่งเสริมพฤติกรรมของบุคลากร

ระดับนโยบาย (policy level) แม้จะมีแนวนโยบายด้านสาธารณสุขที่ส่งเสริมมาตรการควบคุมโรคอย่างชัดเจน แต่การนำไปปฏิบัติในระดับสถานประกอบการยังมีความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะด้านการจัดสรร

เวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์จำเป็นที่มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคโควิด 19 หากไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคไม่สามารถดำเนินได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การกำหนดนโยบายควรคำนึงถึงการสนับสนุนอย่างทั่วถึง ควบคู่กับการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างยั่งยืน

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกของประเทศไทย ที่ศึกษาในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในภาคเอกชน และเป็นหนึ่งในไม่กี่งานที่ศึกษาบุคลากรในกิจการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงในบริบทของไทย ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคลากรในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ/ตำแหน่งงาน ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แรงกระตุ้นทางสังคม และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ซึ่งมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล : ควรส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันโรคติดต่อในบุคลากรของกิจการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อกระตุ้นความตระหนักและการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งสนับสนุนการสร้างแรงกระตุ้นทางสังคม เช่น การจัดทำสื่อหรือป้ายเตือน และควรมีการจัดการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อทบทวนองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวของบุคลากร ในการสนับสนุนและเสริมแรงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้กำลังใจ การดักเตือน และการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นทางสังคมในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี

ระดับองค์กร: กำหนดแนวทางปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) ที่สอดคล้องกับมาตรการควบคุมโรค โดยเฉพาะในกิจกรรมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ และควรสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างเพียงพอและทั่วถึง โดยเฉพาะหน้ากากอนามัย ถุงมือ เจลล้างมือ

ระดับนโยบาย: กระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณาสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการสนับสนุนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แก่สถานประกอบการที่ขาดแคลน รวมถึงการกำกับติดตาม และพัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรค ในสถานดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดระบบสนับสนุนทางวิชาการและการจัดอบรม เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลในภาพรวม

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลระยะหลังของการระบาดโรคโควิด 19 ผู้ตอบแบบสอบถามบางรายได้รับการฉีดวัคซีนมาแล้ว อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และสถานการณ์การระบาดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปตามสถานการณ์ในช่วงนั้นๆ และผลการศึกษาที่ได้ อาจไม่สามารถนำไปใช้กับบุคลากรกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ทั้งหมด เนื่องจากลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการและการบริโภคสื่อฯ มีความแตกต่างกันตามบริบทของสถานประกอบการนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med. 2020;382(13):1199–207.
2. Kampf G, Bruggemann Y, Kaba HEJ, Steinmann J, Pfaender S, Scheithauer S, et al. Potential sources, modes of transmission and effectiveness

- of prevention measures against SARS-CoV-2. *J Hosp Infect.* 2020;106(4):678–97.
3. World Health Organization. COVID-19 epidemiological update–edition 169 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Apr 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-169>
 4. Ministry of Public Health of Thailand. Number of novel coronavirus (COVID-19) confirmed, recovered, and death cases in Thailand as of March 17, 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 23]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1099913/thailand-number-of-novel-coronavirus-cases/> (in Thai)
 5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 Jun 17 [cited 2025 Apr 3]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/\(in Thai\)](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/(in Thai))
 6. Kulsoontorn K, Wingpat K, Bodeerat C. Guidelines for caring the elderly during a COVID-19 pandemic. *J Roi Kaensarn Academi.* 2021;6(11):288–302 (in Thai)
 7. Center for COVID-19 Situation Administration. COVID-19 situation report. Nonthaburi: COVID-19 Information Center; 2021. (in Thai)
 8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Guideline for disease control in quarantine facilities. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
 9. Department of Health Service Support. Announcement of the Emergency Operations Center for Medical and Public Health on the case of COVID-19. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)
 10. Rimer BK, Glanz K. Theory at a glance: a guide for health promotion practice. Bethesda, MD: National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services; 2005.
 11. Moran KR, Del Valle SY. A meta-analysis of the association between gender and protective behaviors in response to respiratory epidemics and pandemics. *PLoS One.* 2016;11(10):e0164541.
 12. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1745–52.
 13. Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect.* 2020;105(3):419–23.
 14. Almohammed OA, Aldwihi LA, Alragas AM, Almoteer AI, Gopalakrishnan S, Alqahtani NM. Knowledge, attitude, and practices associated with COVID-19 among healthcare workers in hospitals: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *Front Public Health.* 2021;9:643053.
 15. Kassie BA, Adane A, Tilahun YT, Kassahun EA, Ayele AS, Belew AK. Knowledge and attitude towards COVID-19 and associated factors among health care providers in Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2020;15(8):e0238415.
 16. Lai X, Wang M, Qin C, Tan L, Ran L, Chen D, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) infection among health care workers and implications for prevention measures in a tertiary

- hospital in Wuhan, China. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e209666.
17. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42.
18. Hussen H, Alemu ZA. Risk of COVID-19 infection and associated factors among healthcare workers: a cross-sectional study at Eka Kotebe treatment center in Ethiopia. *Int J Gen Med*. 2021;14:1763–72.
19. Ki HK, Han SK, Son JS, Park SO. Risk of transmission via medical employees and importance of routine infection-prevention policy in a nosocomial outbreak of Middle East respiratory syndrome (MERS): a descriptive analysis from a tertiary care hospital in South Korea. *BMC Pulm Med*. 2019;19(1):190.
20. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133(9):1032–8.
21. Papagiannis D, Malli F, Raptis DG, Papathanasiou IV, Fradelos EC, Daniil Z, et al. Assessment of knowledge, attitudes, and practices towards new coronavirus (SARS-CoV-2) of health care professionals in Greece before the outbreak period. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4925.
22. Vaishya R, Sibal A, Malani A, Prasad KH. SARS-CoV-2 infection after COVID-19 immunization in healthcare workers: A retrospective, pilot study. *Indian J Med Res*. 2021;153(5&6):550–4.
23. Ejeh FE, Saidu AS, Owoicho S, Maurice NA, Jauro S, Madukaji L, et al. Knowledge, attitude, and practice among healthcare workers towards COVID-19 outbreak in Nigeria. *Heliyon*. 2020;6(11):e05557.
24. Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. Risk factors of healthcare workers with coronavirus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis*. 2020;71(16):2218–21.
25. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1745–52.
26. Kolahchi Z, De Domenico M, Uddin LQ, Cauda V, Grossmann I, Lacasa L, et al. COVID-19 and its global economic impact. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1318:825–37.
27. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons; 1995.
28. Sombutteera K, Thavornpitak Y. Response rate and factors associating mailed questionnaire response rate in nursing sciences and public health research. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 2015;15(1):105–13. (in Thai)
29. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus disease 2019 –COVID-19. *Clin Microbiol Rev*. 2020;33(4):e00028–20.
30. Alraddadi BM, Al-Salmi HS, Jacobs-Slifka K, Slayton RB, Estivariz CF, Geller AI, et al. Risk factors for middle east respiratory syndrome coronavirus infection among healthcare personnel.

- Emerg Infect Dis. 2016;22(11):1915–20.
31. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schnemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020;395(10242):1973–87.
32. Kamacooko O, Kitonsa J, Bahemuka UM, Kibengo FM, Wajja A, Basajja V, et al. Knowledge, attitudes, and practices regarding COVID-19 among healthcare workers in Uganda: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7004.
33. Al Maskari Z, Al Blushi A, Khamis F, Al Tai A, Al Salmi I, Al Harthi H, et al. Characteristics of healthcare workers infected with COVID-19: a cross-sectional observational study. *Int J Infect Dis*. 2021;102:32–6.
34. Alajmi J, Jeremijenko AM, Abraham JC, Alishaq M, Concepcion EG, Butt AA, et al. COVID-19 infection among healthcare workers in a national healthcare system: The Qatar experience. *Int J Infect Dis*. 2020;100:386–9.
35. Al Abri ZGH, Al Zeedi M, Al Lawati AA. Risk factors associated with COVID-19 infected healthcare workers in Muscat Governorate, Oman. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:2150132721995454.
36. Oksanen LAH, Sanmark E, Oksanen SA, Anttila VJ, Paterno JJ, Lappalainen M, et al. Sources of healthcare workers' COVID-19 infections and related safety guidelines. *Int J Occup Med Environ Health*. 2021;34(2):239–49.
37. Tian C, Lovrics O, Vaisman A, Chin KJ, Tomlinson G, Lee Y, et al. Risk factors and protective measures for healthcare worker infection during highly infectious viral respiratory epidemics: A systematic review and meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022;43(5):639–50.
38. Deesawat C, Geerapong P, Pensirinapa N. Factors affecting safety behaviors for preventing novel coronavirus-2019 infection among personnel in Buriram Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(38):399–413. (in Thai)

Rules, regulations, and relevant provisions regarding health screenings, HIV/AIDS testing, and sexually transmitted disease prevention among children and youth within the Thai justice process

Pahurat Kongmuang Taisuwan¹Suthat Chotthanapund²

¹Secretariat Office of the Royal

Development Projects Committee,

Department of Disease Control

²*Department of Disease Control*²*Department of Disease Control*

Received: May 11, 2025 | Revised: June 16, 2025 | Accepted: June 17, 2025

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี-เอดส์ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้แถลงการณ์เมื่อ พ.ศ. 2564 ว่าเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข โดยให้ความเร่งด่วนในการยุติปัญหา ภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565 คาดการณ์มี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี-เอดส์ สะสม 560,000 ราย และมีแนวโน้มการติดเชื้อซีฟิสิสเพิ่มขึ้น ครึ่งหนึ่งของการติดเชื้อรายใหม่ เป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปี กลุ่มอายุเดียวกับเด็กและเยาวชนที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรมการศึกษานี้ ทบทวนเอกสาร ช่วงปี พ.ศ. 2534-2567 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กฎหมาย ข้อกำหนด และเอกสารการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ พบว่า มีกฎหมาย ข้อกำหนด และเอกสารเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ แต่ไม่พบที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยตรง แม้จะมีแผนปฏิบัติการตรวจ คัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2566-2569 นอกจากนี้ พบว่า เด็กและเยาวชนที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรมประสบปัญหา การเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากยังไม่ได้จัดระบบบริการ คัดกรองและขาดความต่อเนื่อง และมีข้อมูลสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 1 รายงาน ใน พ.ศ.2534 พบอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 0.94 ข้อเสนอแนะ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและ เยาวชนกลุ่มนี้ควรดำเนินการควบคู่ไปกับการตรวจสุขภาพ ต้องการการสนับสนุนด้านนโยบาย และการบูรณาการ ของหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดบริการคัดกรอง เพิ่มการเข้าถึง ให้บริการที่มีคุณภาพ และยุติธรรม รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ จะเป็นการสนับสนุนการยุติปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2573 ต่อไป

ติดต่อผู้สนับสนุน : พาทรินทร์ คงเมือง ทัยสุวรรณ
อีเมล : pk_taisu@yahoo.com

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS are significant health problems worldwide. The United Nations issued a statement in 2021 declaring them as public health threats and emphasized the urgency to end these issues by 2030. Regarding the situation of STIs in Thailand, in 2022, it was projected that there would be a total of 560,000 HIV/AIDS cases, with an increasing trend in syphilis infections. Half of the new infections occurred in the 15–24 age group, which is the same age group as children and youth involved in the justice process. This study reviews documents from 1991 to 2024 to examine and analyze laws, regulations, and health screening documents related to STIs among these children and youth. It found that there are laws, regulations, and health examination documents, but none directly related to HIV/AIDS and STI screening. Although there are screening plans for at-risk groups, such as the 2023–2029 operational plan to end AIDS in Thailand, systematic screening services are lacking. Moreover, children and youth involved in the justice system face challenges in accessing health services due to the absence of organized screening systems and lack of continuity. A report from 1991 indicated an HIV infection rate of 0.94%. Recommendations suggest that STI screening in this group, who are vital human resources in society, should be conducted alongside health examinations. It requires policy support and integration among various agencies to provide screening services, improve access, ensure quality and fairness, and include regular monitoring and evaluation. These efforts will support Thailand's goal to end the AIDS epidemic by 2030.

Correspondence: Pahurat Kongmuang Taisuwan

Email: pk_taisu@yahoo.com

คำสำคัญ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ, ศูนย์ฝึกและอบรมฯ, กระบวนการยุติธรรม, แนวคิด AWARE

Keywords:

sexually transmitted infections (STIs), health in juvenile facilities, the juvenile justice, system AWARE Approach

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี-เอดส์ ยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุข⁽¹⁾ และเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงของประเทศไทย⁽²⁾ และทั่วโลก เห็นได้จากการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติเรื่องเอชไอวีและเอดส์ระหว่างวันที่ 8–10 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ณ สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา⁽³⁾ ได้มีการรับรองปฏิญญาทางการเมืองเรื่องเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2564 โดยมีสาระสำคัญ คือ การเรียกร้องให้ทุกประเทศร่วมติดตามการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุข ภายใน

ปี พ.ศ. 2573^(3,4) และข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อทั้งสิ้น 580,000 ราย (จำนวนผู้ป่วยสะสม) โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 9,100 ราย และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากเอดส์ 12,000 คน⁽²⁾ การติดเชื้อเอชไอวี-เอดส์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงสูงในประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้หญิงข้ามเพศ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเด็กและเยาวชน^(1-2,5) ดังนั้น การป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรหลักจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยตามยุทธศาสตร์

แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁶⁾ โดยเน้นการเข้าถึงประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงให้เข้าสู่ระบบบริการที่ผสมผสานบริการป้องกันและการดูแลรักษา ได้แก่ การตรวจเอชไอวี การรักษาผู้ติดเชื้อ โดยไม่คำนึงถึงระดับซีดี 4 และการทำให้ประชากรหลักที่เข้าสู่ระบบทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อฯ คงอยู่ในระบบบริการป้องกันและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงบริการสำคัญให้ต่อเนื่องกัน นอกจากนี้ จากรายงานกรมควบคุมโรค ในปี 2565-2567⁽⁷⁻⁸⁾ พบว่า ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่เกือบครึ่งหนึ่ง เป็นเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี และสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส และหนองใน โดยเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ในขณะที่การจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนทั่วโลก รวมทั้งเด็กและเยาวชนไทย กลับพบว่าวัยรุ่นเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการสุขภาพน้อยที่สุด อาจจะมีหลายสาเหตุ อาทิ จากตัวเด็กและเยาวชนเอง รวมถึงข้อจำกัดของหน่วยบริการสาธารณสุข ทำให้การบริการทำได้ยาก และไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนกระทำความผิดและศาลเยาวชนและครอบครัว⁽⁹⁾ มีคำสั่งให้ที่อยู่ในสถานที่กักขังของรัฐ เช่น สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ซึ่งในปัจจุบันมีเด็กและเยาวชนอยู่ในระบบยุติธรรม หรืออยู่ในสถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกและอบรมฯ ทั้งหมด 4,008 คน แบ่งเป็นเพศชาย 3,783 คน และเพศหญิง 225 คน⁽¹⁰⁾ ในขณะที่อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on Right of the Child)⁽¹¹⁾ มีหลักการสำคัญ คือ การไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กที่จะได้รับรวมถึงการให้ความสำคัญกับสิทธิของเด็ก⁽¹²⁾ ซึ่งในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาสำหรับเด็กและเยาวชนผู้กระทำความผิดมีหลายวิธีการ⁽¹³⁾ บางกรณีเด็กและเยาวชนอาจได้รับการปล่อยให้กลับสู่ครอบครัว และสังคมหลังจากรับการแก้ไขบำบัดฟื้นฟู แต่บางกรณีเมื่อเยาวชนมีพฤติการณ์จะก่อภัยอันตรายแก่สังคมหรือแก่ตนเอง เด็กและเยาวชนนั้นจะถูกส่งไปควบคุมตัว และแก้ไข

พฤติกรรมที่สถานกักขังของรัฐ เด็กและเยาวชนอาจถูกควบคุมตามปกติ หรืออาจถูกขังได้ เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองฯ และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จึงถือเป็นเด็กและเยาวชนที่ถูกส่งมาอยู่ในการดูแล เพราะเชื่อว่าเด็กและเยาวชนเหล่านี้จะเป็นภัยคุกคามต่อความปลอดภัยสาธารณะ ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ผู้ดูแลตามกฎหมายจำต้องจัดกิจกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เป็นบริการระบบสุขภาพรูปแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) โดยคำนึงถึงเรื่องปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง⁽¹¹⁻¹³⁾ การดูแลสุขภาพของเด็กและเยาวชน ร่วมทั้งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญ และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ มักเป็นผู้กระทำความผิดด้วยคดียาเสพติด และมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเข้ามาอยู่ในสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แม้จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งบุคลากร ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน โดยให้มีความรู้ด้านเพศศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการผู้ติดเชื้อเอดส์ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่เด็ก เยาวชน และบุคคลทั่วไปได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการตรวจคัดกรองและศึกษาอุบัติการณ์หรือความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชน หรือ กลุ่มประชาชนอายุ 12-24 ปี ที่กระทำความผิดและถูกควบคุมในสถานควบคุมของรัฐ นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษามาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจฯ ศูนย์ฝึกและอบรมฯ ซึ่งการศึกษานี้ เพื่อการศึกษามาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ เพื่อนำ

ไปสู่การขอเสนอการดำเนินงานให้เด็กและเยาวชน สุขภาพดี ปลอดภัย และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า รวมทั้งเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2573 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษากฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับ ที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย

2. เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเอกสารเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Documentary cross-sectional, descriptive study) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาเอกสารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกระบวนการยุติธรรม เช่น ศาลเยาวชนและครอบครัว⁽⁹⁾ กรมกิจการเด็กและเยาวชน⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ สำนักเลขาธิการคณะกรรมการรัฐมนตรี⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน^(10,18) และหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ องค์การไม่แสวงหาประโยชน์⁽¹¹⁾ และองค์กรระหว่างประเทศ⁽¹⁻⁵⁾ รวมทั้งงานวิชาการต่างๆ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ โดยสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต เอกสารราชการ หนังสือสั่งการ สรุปรายงานประจำปี กฎหมาย ระเบียบต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย⁽¹⁹⁾

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเอกสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี กระทรวงยุติธรรม กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ปี พ.ศ. 2534-2545 ก่อนก่อตั้งกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม จำนวนทั้งหมด 1 เอกสาร คือ พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 และเปลี่ยนชื่อศาลคดีเด็กและเยาวชนและสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก มาเป็นศาลเยาวชนและครอบครัว และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน⁽¹⁰⁾ และช่วงที่ 2 คือ ตั้งแต่ออกตั้งกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม ในปี พ.ศ. 2545 (วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567) จำนวนทั้งหมด 16 เอกสาร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย จำนวน 15 เอกสาร (คิดเป็นร้อยละ 93.75) ทั้งนี้จะนำเสนอเฉพาะกฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับฯ ที่บังคับใช้ในประเทศไทย จำนวน 6 เอกสาร และ 2. มาตรการ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย จำนวน 1 เอกสาร (คิดเป็นร้อยละ 6.25) รายละเอียด ดังนี้

1. กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย ทั้งนี้จะศึกษาข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย

Table 1 Rules, regulation, and relevant provisions regarding health screenings, prevention, and control of sexually transmitted diseases in children and adolescents in juvenile detention and child and youth protection facilities in Thailand

พ.ศ.	กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อกำหนด และข้อบังคับ	สาระสำคัญ	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
2534	พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 ⁽¹⁰⁾	จัดให้มีการตรวจรักษาและพยาบาลเด็กหรือเยาวชนในระหว่างการสอบสวน หรือพิจารณาคดีหรือในระหว่างการควบคุมตัวในสถานพินิจ	ศาลเยาวชนและครอบครัว/	หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
2546	พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ⁽¹⁴⁾	แพทย์พยาบาล นักจิตวิทยา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับตัวเด็กไว้รักษาพยาบาล หากเป็นที่ปรากฏชัดหรือน่าสงสัยว่าเด็กเจ็บป่วยเนื่องจากการเลี้ยงดูโดยมิชอบ ต้องให้การรักษาพยาบาล และจัดให้มีการตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมทั้งดำเนินการรักษา เยียวยาเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแล	สถานพินิจ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
2560	คู่มือปฏิบัติและข้อตกลงร่วมกัน เรื่องการคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กในภาวะเสี่ยงและเป็นผู้เสียหายจากการละเมิดและเล่ห์ทอดทั้ง แสวงหาประโยชน์และความรุนแรง ⁽¹⁵⁾	ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพการแพทย์ มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ให้คำแนะนำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ก่อนที่จะจัดให้เด็กเข้าอยู่ในสถานดูแลเด็กต่าง ๆ ตามหลักวิชาชีพของตนโดยมีมาตรฐานทางวิชาชีพรองรับมิใช่ความคิดเห็นลอย ๆ	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
2560	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ⁽¹⁶⁾	บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	ทุกหน่วยงาน	ทุกหน่วยงาน
2561	พระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด ⁽¹⁷⁾	ในกรณีที่แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานพินิจ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านการพยาบาล พบว่า เด็กหรือเยาวชนเจ็บป่วย ง่ายต่อการติดเชื้อหรือเป็นโรคติดต่อ ให้จัดแยกเด็กหรือเยาวชนนั้นออกจากเยาวชนอื่น โดยให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและรายงานผู้อำนวยการเพื่อดำเนินการให้ได้รับการตรวจจากแพทย์โดยเร็ว และให้สถานที่ควบคุมจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
2564	ระเบียบกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนว่าด้วยสุขอนามัยของเด็กและเยาวชนและบุตร ⁽¹⁸⁾	ให้สถานที่ควบคุมจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชน เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ รวมทั้งส่งเสริมป้องกันและรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

จากตารางที่ 1 กฎหมาย ข้อกำหนด และ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย พบว่า มีกฎหมาย ข้อกำหนด และ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชน จำนวน 5 ฉบับ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคและโรคติดต่อ รวมทั้งส่งเสริมป้องกัน และรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีกฎหมายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ โดยตรง 1 ฉบับ ทั้งนี้ไม่มีกฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับใดที่ระบุชัดเจนเกี่ยวข้องกับการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย ในประเทศไทย

นอกจากนี้ มีกฎหมาย ข้อกำหนด และ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ โดยองค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on Right of the Child) โดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ระบุสาระสำคัญ คือ การไม่เลือกปฏิบัติและคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กที่จะได้รับรวมถึงการให้ความสำคัญกับสิทธิของเด็ก ความต้องการ และสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยมีเป้าหมาย

เพื่อให้เป็นบริการระบบสุขภาพรูปแบบบูรณาการ (Integrated Health Care System) โดยคำนึงถึงเรื่องปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

2. อุบัติการณ์ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย

จากการทบทวนเอกสารในช่วงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ไม่พบรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย แต่พบผลการศึกษามาตรการ การตรวจวินิจฉัยโลหิตหาเชื้อไวรัสเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อกามโรค ในเด็กและเยาวชนที่ต้องหาว่ากระทำการอันกฎหมายบัญญัติ เป็นความผิดอาญา ของกองการแพทย์ สถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง ประจำปี 2534 โดย อภรณ์ สายเชื้อ⁽¹⁹⁾ ซึ่งได้มีการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อไวรัสเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และกามโรค ในเด็กและเยาวชนที่รับตัวใหม่ (วันแรกที่รับตัว) ครั้งแรกในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 3 แห่ง เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2534 (1 ตุลาคม 2533–30 กันยายน 2534) จำนวนทั้งสิ้น 4,740 คน (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวินิจฉัยโลหิตหาเชื้อไวรัสเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อกามโรค ในเด็กและเยาวชนที่ต้องหาว่ากระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดอาญา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2534

Table 2 Results of blood testing for HIV, hepatitis B virus, and sexually transmitted infections in children and adolescents suspected of committing acts classified as criminal offenses, for the fiscal year 1991

การตรวจคัดกรอง	จำนวนผลบวก (คน)	ร้อยละผลบวก (%)	เฉลี่ย (คน/เดือน)
ไวรัสเอดส์	45	0.94	3–4
ไวรัสตับอักเสบบี	396	8.35	33
กามโรค	87	1.83	7
ไวรัสเอดส์และไวรัสตับอักเสบบี (ในคนเดียวกัน)	6	0.12	
ไวรัสเอดส์และกามโรค (ในคนเดียวกัน)	2	0.04	
ไวรัสตับอักเสบบี และกามโรค (ในคนเดียวกัน)	5	0.11	

ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ จำนวน 45 คน พบว่า มีเยาวชนชาย อายุ 15-18 ปีติดเชื้อไวรัสเอดส์ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 57.78 เยาวชนหญิง อายุ 15-18 ปี ติดเชื้อไวรัสเอดส์ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 เด็กชาย อายุ 7-14 ปี ติดเชื้อไวรัสเอดส์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.44 และเด็กหญิง อายุ 7-14 ปี ติดเชื้อไวรัสเอดส์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.44

นอกจากข้อมูลข้างต้น จากการทบทวนเอกสาร ไม่มีรายงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย

วิจารณ์

จากผลการศึกษากฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ การคัดกรองป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทย พบส่วนใหญ่เป็นกฎหมายข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวกับการจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชน^(10,14-16,18) เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ และโรคติดต่อ รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลตามความจำเป็นและเหมาะสม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on Right of the Child) โดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และมีกฎหมายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดให้มีการตรวจสุขภาพเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ โดยตรง 1 ฉบับ ทั้งนี้ไม่มีกฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับใดที่ระบุชัดเจนเกี่ยวกับการคัดกรองป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทยในประเทศไทย

นอกจากนี้ มีกฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ โดยองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on Right

of the Child)⁽¹²⁾ โดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) คือ การไม่เลือกปฏิบัติและคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กที่จะได้รับการให้ความสำคัญกับสิทธิของเด็ก ความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน และไม่ได้กล่าวถึงการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้เช่นกัน

สำหรับอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเข้าถึงมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ระบุในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทย มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ประมาณ 576,397 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,083 คน ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำนวน 4,379 คน⁽⁷⁾ ในขณะเดียวกันยังพบว่าพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ถึงร้อยละ 96 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และเมื่อพิจารณาสถานการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรค ต่อม้ำเหลือง ช่วงปี 2560-2565 กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ยังเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราป่วย 99.6 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 112.3 ราย ต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁻⁸⁾ สถานการณ์โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้อาจจะยังไม่ได้รวมหรือยังไม่มีข้อมูลเด็กและเยาวชน อายุ 15-24 ปี ที่อยู่ภายใต้ระบบยุติธรรม ซึ่งในปัจจุบันข้อมูลกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม⁽¹⁰⁾ มีเด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุมในสถานที่ยกขังของรัฐภายใต้การดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวนทั้งสิ้น 4,008 คน เป็นเด็กและเยาวชนเพศชาย จำนวน 3,783 คน เป็นเด็กและเยาวชนเพศหญิง จำนวน 225 คน จากการศึกษาในต่างประเทศ⁽²⁰⁾ พบว่า เด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์มาแล้ว มีเพศสัมพันธ์

กับคู่นอนหลายคน และส่วนหนึ่งมีประวัติใช้สารเสพติดชนิดฉีด แต่ในประเทศไทยไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะกฎหมาย ข้อกำหนด และข้อบังคับต่าง ๆ^(9,14-15,17) ระบุการตรวจสุขภาพทั่วไป ไม่ได้บ่งชี้ว่าเป็นการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี-เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ พบว่ามีรายงานผลการศึกษามาตรการ การตรวจวินิจฉัยโลหิตหาเชื้อไวรัสเอชไอวี-เอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อกามโรคในเด็กและเยาวชนที่ต้องหาว่ากระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดอาญา ของกองการแพทย์ สถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง ประจำปี 2534 เพียงรายงานเดียว และพบอัตราการติดเชื้อไวรัสเอดส์ ร้อยละ 0.94 และพบการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในกลุ่มเด็กอายุ อายุ 7-14 ปี⁽¹⁷⁾ อาจจะเป็นเพราะต้องการคุ้มครองสิทธิของเด็กและเยาวชน^(9,11-13)

แม้ว่าในปัจจุบันกรมควบคุมโรค⁽⁶⁾ โดยหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข องค์การด้านการยุติปัญหาเอชไอวี-เอดส์ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (องค์การมหาชน)⁽¹¹⁾ องค์การสหประชาชาติ⁽³⁾ องค์การอนามัยโลก^(1,5) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ⁽⁴⁾ หรือแม้กระทั่งสื่อออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือต่าง ๆ จะมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽²⁰⁻²¹⁾ รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี-เอดส์มากขึ้นก็ตาม

ปัจจัยที่ทำให้เด็กและเยาวชนเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี-เอดส์ ได้แก่ เด็กและเยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีแนวโน้มที่มีคู่นอนหลายคนและมีคู่นอนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ พบว่า เด็กและเยาวชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน มีการสลับแลกเปลี่ยนคู่นอนมีเด็กและเยาวชนเพียงร้อยละ 20-30 ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ ทั้งยังมีความเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่มีการป้องกัน โดย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ 5 อันดับแรก ของวัยรุ่นชายได้แก่ เพื่อน แฟน สื่อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตนเอง และในวัยรุ่นหญิงได้แก่ เพื่อน แฟน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อ และตนเอง เด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่อาจไม่มีอาการ โดยเฉพาะติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงแรกอาจไม่มีอาการใดๆ เพราะโดยทั่วไปใช้เวลาอีก 8-10 ปี จึงจะมีการแสดงของโรคเอดส์ ดังนั้นการตรวจคัดกรองเอชไอวีในการตรวจสุขภาพแรกเริ่ม และการตรวจสุขภาพประจำปีในเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐ ซึ่งการตรวจทำได้อย่างรวดเร็วใช้เวลารอผลตรวจเพียง 2 ชั่วโมง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²²⁾ ประชาชนสามารถเข้ารับการตรวจเอชไอวี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ปีละ 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ทั้งนี้เยาวชนอายุ 13-18 ปี ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี สามารถไปปรับตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ในระยะแรก จะช่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์ และอาการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อระยะเวลานานหรือระยะสุดท้ายได้ นอกจากนี้ในปัจจุบัน มียาป้องกัน PrEP/nPEP ที่สามารถควบคุมการติดเชื้อ ลดปริมาณไวรัส และสามารถใช้ชีวิตได้ยาวนาน

เด็กและเยาวชนที่ถูกควบคุมในสถานพินิจฯ หรือศูนย์ฝึกและอบรมฯ ส่วนใหญ่ มักเป็นผู้กระทำผิดด้วยคดียาเสพติด และมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์มาก่อน เข้ามาอยู่ในสถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกและอบรมฯ หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เด็กและเยาวชนสุขภาพดี ปลอดภัย ปลอดภัย และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ซึ่งการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานที่กักขังของรัฐ ได้แก่ เรือนจำ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน โดยใช้หลักการ A-W-A-R-E, เป็นแนวคิดที่ผู้พนธ์คิดและใช้ใน

การดำเนินงานยังไม่ได้ตีพิมพ์ที่ใด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

A-Accessibility คือ การจัดบริการสุขภาพให้แก่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁶⁾ เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์กำหนดกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ โดยพิจารณาจากสถานการณ์ ช่องว่าง และโอกาสของการปิดช่องว่างเพื่อเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าเพื่อยุติปัญหาเอดส์ตามเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 และเป้าหมายของประเทศไทย ด้วยหลักการของกลยุทธ์และนำไปสู่ผลลัพธ์ซึ่งสามารถจำแนกแนวทางการดำเนินงานที่มีลำดับความสำคัญสูง 4 ด้าน ได้แก่ การจัดบริการคัดกรองเอชไอวี การบริการบูรณาการเอชไอวีกับโรคอื่น การจัดให้เด็กปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และการพัฒนา ระบบโดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการทำงานและบริการโดยชุมชน และการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอและต่อเนื่องในระบบสุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม และการจัดการภาวะวิกฤตกับโรคระบาด

W-Welfare living คือ การจัดสวัสดิการความเป็นอยู่เด็กและเยาวชนตามหลักสิทธิมนุษยชน สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก⁽¹⁴⁾ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก⁽¹²⁻¹³⁾ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3⁽¹⁶⁾ พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553⁽¹⁴⁾ พระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ. 2561⁽¹⁵⁾ คู่มือปฏิบัติและข้อตกลงร่วมกัน เรื่องการคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กในภาวะเสี่ยงและเป็นผู้เสียหายจากการละเมิด ละเลยทอดทิ้ง แสวงหาประโยชน์ และความรุนแรง⁽¹⁷⁾ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550⁽²²⁾

A-Agencies accountability การบูรณาการการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่า ด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁶⁾ ส่วนที่ 4 การบริหารจัดการการ

ดำเนินงานแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ผ่านกลไกคณะกรรมการ ระดับชาติและระดับพื้นที่ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) และคณะอนุกรรมการภายใต้ คช.ปอ. เพื่อทำหน้าที่ในการสนับสนุน ขับเคลื่อน และติดตามการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงคณะทำงานและหน่วยงานในระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์จังหวัด คณะทำงานกลไกประสานงานระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

R-Revival หรือ improvement การปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานอยู่เสมอ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁶⁾ ส่วนที่ 3 การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ กรอบการติดตามและประเมินผลอยู่บนพื้นฐานของเป้าประสงค์และยุทธศาสตร์ที่กำหนดในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่า ด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 รวมถึงผลลัพธ์ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์

E-Equity การคำนึงถึงความยุติธรรมเท่าเทียมของเด็กและเยาวชนที่อยู่ในและนอกสถานที่ควบคุมของรัฐสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์พ.ศ. 2560-2573⁽⁶⁾ หลักการพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำและไม่มีประชากรกลุ่มใดถูกขี้เลื่อย 2) การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และ 3) ความเสมอภาคทางเพศ และการเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน

สรุป

เด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐมักเป็นผู้กระทำผิดด้วยคดียาเสพติด และมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเข้ามาอยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐฯ หรือการถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน รวมทั้งเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีแนวโน้มที่มีคู่นอน

หลายคนและมีคู่นอนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ เด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่อาจไม่มีอาการ ดังนั้นควรมีการตรวจคัดกรอง เอชไอวี-เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พร้อมกับการตรวจสุขภาพแรกเริ่ม และการตรวจสุขภาพ ประจำปีในเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งการตรวจพบการติดเชื้อ เอชไอวี-เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะแรกๆ จะช่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์ และอาการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ระยะเวลานานหรือระยะสุดท้ายได้ รวมทั้ง มียาป้องกัน PrEP/nPEP ที่สามารถควบคุมการติดเชื้อ ลดปริมาณ ไวรัส และสามารถใช้ชีวิตได้ยาวนาน อย่างไรก็ตาม เด็กและเยาวชนเหล่านี้ ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้เหมือนเด็กและเยาวชนทั่วไป ดังนั้นการจัดบริการ สาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคใน สถานที่กักขังของรัฐ ได้แก่ สถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน โดยใช้ หลักการ A-W-A-R-E ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ ให้แก่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย การจัด สวัสดิการความเป็นอยู่ของเด็กและเยาวชนตามหลัก สิทธิมนุษยชน การบูรณาการการดำเนินงานของทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานอยู่เสมอ และการคำนึงถึงความยุติธรรมเท่าเทียมของ เด็กและเยาวชนที่อยู่ในและนอกสถานที่ควบคุมของรัฐ รวมทั้งการสื่อสารความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ถูกต้องให้กับกลุ่มเสี่ยง⁽²³⁾ จะทำให้เด็กและเยาวชน เหล่านี้สุขภาพดี ปลอดภัย และเป็นทรัพยากร ที่มีคุณค่าของสังคม รวมทั้งเพื่อสนับสนุนให้ประเทศไทย บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ที่มุ่งหาคำตอบที่ส่งผล ต่อการตรวจสุขภาพ การคัดกรอง ป้องกันและควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐ ซึ่งเป็นสถานที่ภายใต้พระราชบัญญัติที่คำนึงถึงสิทธิ มนุษยชน และการคุ้มครองสิทธิของเด็กและเยาวชน สูงสุด อาจมีการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ไม่ได้เผยแพร่ ข้อมูล ให้บุคคลภายนอกได้รับทราบ จึงควรมีการศึกษา อภิปรายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเข้าถึง มาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ เยาวชนไทย ที่เป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การสนับสนุน และบูรณาการของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง ยุติธรรมในการดำเนินการจัดการบริการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเด็กและ เยาวชน ที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเหมาะสม รวมทั้งควรจัดทำชุดความรู้ หรือข้อมูลในการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสร้างการรับรู้ และทัศนคติเชิงบวก ลดการตีตรา⁽²⁴⁾ ทั้งในส่วนของการ ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเด็กและ เยาวชนที่เคยอยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐที่สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานที่ควบคุมของรัฐอย่าง ต่อเนื่อง และเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและ เยาวชน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีส่วนสำคัญในงานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World AIDS day 2024 [Internet]. [cited 2025 Jun 11] Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-aids-day/2024>
- UNAIDS. HIV and AIDS Estimates: Thailand 2023 [Internet]. [cited 2025 Apr 4] Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>
- United Nations. General Assembly [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://docs.un.org/en/A/RES/75/284>
- UNAIDS. The Global AIDS Strategy 2026–2031 [Internet]. [cited 2025 Apr 4] Available from: <https://www.unaids.org/en/2026-2031-global-aids-strategy>
- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) fact sheet [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Department of Disease Control (TH), Bureau of AIDS, TB and STIs, National AIDS Management Center. Thailand National Strategy for Ending AIDS 2017–2030 (Copy of Documents). Nonthaburi: Department of Disease Control; 2017. (in Thai)
- Department of Disease Control (TH), Bureau of AIDS and STIs. Annual report 2023 [Internet]. [cited 2025 May 8]:14–18. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/public/1581420240716070113.pdf> (in Thai)
- Department of Disease Control (TH), Bureau of AIDS and STIs. Annual report 2024 [Internet]. [cited 2025 May 8]:14–18. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/public/1705520250501090502.pdf> (in Thai)
- Central Juvenile and Family Court. Juvenile and Family Court Act B.E. 2553 (2010) [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from <https://jvnc.coj.go.th/th/content/category/detail/id/8/cid/2758/iid/31753>
- Department of Juvenile Observation and Protection (TH). Juvenile facilities overview [Internet]. [cited 2025 May 9]: Available from: https://appdjop.djop.go.th/djopsupport/warroom2/show_war1.php (in Thai)
- Thailand Institute of Justice. Women and children in the criminal justice system [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from https://www.tijthailand.org/area_of_work/detail/detail/wccj (in Thai)
- The United Nations Children’s Fund (UNICEF). Convention on the Rights of the Child [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: <https://www.unicef.org/child-rights-convention>
- Office of the High Commissioner Human Rights (OHCHR). Convention on the Rights of the Child [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Department of Children and Youth (TH). Child Protection Act B.E. 2546 (2003) [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: https://dep.go.th/images/uploads/Downloads/pdf/888_08.pdf (in Thai)
- Department of Children and Youth (TH). Operational Manual and Mutual Agreement on the Protection and Assistance of Children at Risk and Victims of Abuse, Neglect, Abandonment, Exploitation, and Violence [Internet]. [cited

- 2025 May 9]. Available from: https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1645693386343-29741025.pdf (in Thai)
16. The Secretariat of The Cabinet (TH). The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017) [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF> (in Thai)
 17. The Secretariat of The Cabinet (TH). The Children and Youth Rehabilitation and Correction Act B.E. 2561 (2018) [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/012/32.PDF> (in Thai)
 18. The Secretariat of The Cabinet (TH). Rules of the Department of Juvenile Observation and Protection B.E. 2564 (2021) [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/120/T_0015.PDF (in Thai)
 19. Saichua A. Study on the measures for diagnosing HIV, hepatitis B virus, and sexually transmitted infections in children and adolescents suspected of having committed acts classified as criminal offenses under the law, conducted by the Medical Division of the Central Juvenile and Child Protection Court and Juvenile and Family Court for the year 1991 [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: https://library.coj.go.th/pdf-view.html?fid=41344&table=files_biblio (in Thai)
 20. Committee on Adolescence. Health care for youth in the juvenile justice system. *Pediatrics*. 2011;128(6):1219–35.
 21. Department of Disease Control (TH). Sexually Transmitted Infections (STIs) [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=30
 22. National Health Commission Office (TH). National Health Act B.E.2550 (2007) [Internet]. [cited 2025 May 9]. Available from: <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/2119>
 23. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Sexual transmission infection [Internet]. [cited 2025 May 8]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A732.html> (in Thai)
 24. Taisuwan KT, Gleepkomut K, Trivijitsilp S, Sri-umpan T. Crisis Risk Communication Manual for diseases and health threats. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2018. (in Thai)

การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนไทย พ.ศ. 2565

เพื่อพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย

Global youth tobacco survey 2022

for developing tobacco control policies in Thailand

ชยนันท์ สติธิบุศย์¹Chayanan Sittibusaya¹ศรัณญา เบญจกุล²Sarunya Benjakul²อรณิชา หนูนาค¹Onnicha Noonak¹รัฐชญา ทองติรัมย์³Ruthchaya Tongtiram³ชัยวัฒน์ นาคแหลม¹Chaiwat Nalaem¹ธัญพร สกุลสวัสดิ์¹Tanyaporn Sakulsawat¹ทวีคุณ ผลาผล⁴Thaweekhun Palaphon⁴¹กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ¹Office of Tobacco Products Control Committee,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²Faculty of Public Health, Mahidol University³สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง³Institute for Urban Disease Control,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

⁴กองการแพทย์ทางเลือก⁴Division of Complementary and Alternative Medicine,

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Department of Thai Traditional and

Alternative Medicine

DOI: 10.14456/dcj.2025.27

Received: April 7, 2025 | Revised: June 4, 2025 | Accepted: June 10, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนที่มีอายุ 13-15 ปี ของประเทศไทย โดยประชากรเป้าหมาย เป็นนักเรียนที่มีอายุ 13-15 ปี ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน 6,752 คน ผลการสำรวจพบว่า นักเรียนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด (ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ แรต ชิการ์ และยาเส้น) เป็นประจำ ร้อยละ 12.5 ใช้บุหรี่ยาเส้น ร้อยละ 8.1 ทั้งนี้พบว่าปัจจุบันมีนักเรียนร้อยละ 17.6 สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำ พบการสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน ร้อยละ 26.0 ที่โรงเรียน ร้อยละ 45.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมานักเรียนเคยเห็นการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายบุหรี่ยาเส้นหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ บนอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 31.7 เคยเห็นโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ยาเส้น บนสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 48.0 และเห็นการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย ร้อยละ 25.6 ทั้งนี้ ยังพบอีกว่านักเรียนเคยได้รับบุหรี่ยาเส้นหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบฟรีจากตัวแทนจำหน่ายบุหรี่ยาเส้น ร้อยละ 11.1 จากผลการ

สำรวจสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ถึง 5.3 เท่า โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 17.6 กลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะโฆษณาในช่องทางออนไลน์ มุ่งเน้นกลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้น และค่านิยมในการใช้ชีวิตและทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการดำเนินการมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศ เพื่อให้เกิดการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง และยกระดับขึ้นเป็นการดำเนินงานระดับชาติจึงได้มีการจัดทำมาตรการการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชยนันท์ สิทธิพิศย์ **อีเมล :** doctor_oh@hotmail.com

Abstract

This study aimed to monitor the situation regarding tobacco product consumption behaviors among Thai youths aged 13 to 15 years. The target population consisted of 6,752 students aged 13 to 15 years, enrolled in schools under the Office of the Basic Education Commission and the Office of the Private Education Commission. The study found that 12.5% of the students regularly used all types of tobacco products (such as cigarette, cigars, and smokeless tobacco); 8.1% use cigarettes. It was found that currently, 17.6% of students smoked e-cigarettes regularly. Exposure to second-hand smoke at home was reported by 26.0% and at school by 45.6%. In the past 30 days, 31.7% of students noticed advertisements or promotions for cigarette packs or other tobacco products on the internet, 48.0% noticed e-cigarette advertisements on social media, and 25.6% reported having seen tobacco product promotions at points of sale. Additionally, 11.1% of students reported receipt of free cigarettes or tobacco products from cigarette distributors. The survey results reflect a significant increase in e-cigarette use among students, rising 5.3 times from 3.3% in 2015 to 17.6% in 2022. Marketing strategies of the tobacco industry, particularly online advertising, have increasingly targeted children and adolescents. Moreover, lifestyle values and attitudes of youth toward smoking have shifted. Thailand urgently needs to implement preventive and control measures to curb the spread of e-cigarettes in the country. To address this issue seriously and elevate it to a national agenda, a set of preventive and control measures for e-cigarette use in Thailand has been developed to curb the spread of e-cigarette use among children and adolescents.

Correspondence: Chayanon Sittibusaya

Email: doctor_oh@hotmail.com

คำสำคัญ การสูบบุหรี่, การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชน, ประเทศไทย	Keywords <i>cigarette smoking, global youth tobacco survey, Thailand</i>
--	---

Introduction

The Global Youth Tobacco Survey (GYTS) is a survey on tobacco product consumption among

students aged 13 to 15. Its purpose is to monitor tobacco use among youth in each country. The GYTS is also part of the Global Tobacco Surveillance Sys-

tem (GTSS), an international standard system. The data on youth tobacco consumption obtained from the survey serves as a foundational resource for developing tobacco control policies in line with the MPOWER strategy developed by the World Health Organization to reduce tobacco consumption⁽¹⁾.

The World Health Organization reported data on students aged 13–15 worldwide that at least 37 million, or 9.7%, use tobacco products. Among them, 12.5% are male students and 6.8% are female students⁽²⁾. Although cigarette smoking tends to decline in some countries, the use of electronic cigarettes has continuously increased in many countries, especially in Europe and North America⁽³⁾. In Thailand, a tobacco consumption survey was conducted among students aged 13–15 as part of the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) project, which began in 2005 and concluded with the most recent survey in 2022. The results from the past three surveys show that in 2005, the prevalence of tobacco consumption among students aged 13–15 years was 15.7%⁽⁴⁾. The second survey in 2009 found that the prevalence of tobacco use among students was 17.9%⁽⁵⁾. The results of the most recent survey in 2015 found that the prevalence of tobacco product use was 15.0%⁽⁶⁾. In addition to surveying the prevalence of tobacco product use, studies on the risk among students who have never smoked found that 16.4% of this group are likely to start smoking in the future. Several factors are associated with this risk, including being male, having friends who smoke, exposure to secondhand smoke in public places, seeing cigarette advertisements through online media, the belief that smoking helps reduce stress, and receiving insufficient information or participation in anti-smoking campaigns from schools or public media. This data

highlights the necessity of strengthening youth's mental and behavioral immunity through education, positive communication, and the involvement of families, schools, and society to prevent smoking initiation and sustainably reduce tobacco use among young people⁽⁷⁾.

This study aimed to monitor the tobacco consumption situation among students aged 13–15, as well as factors related to youth tobacco use, such as new forms of tobacco products, exposure to advertising and promotional activities, smoking cessation, secondhand smoke exposure, knowledge about tobacco products, and attitudes toward tobacco use. The data obtained from this survey will serve as crucial information for driving efforts to prevent the emergence of new smokers. It will also be used to develop effective systems and mechanisms for monitoring the tobacco consumption situation among Thai youth, including local-level data collection to serve as a foundational database for advancing tobacco control policies and strategies.

Materials and Methods

Sample and procedure

This survey was a cross-sectional descriptive study conducted between September and December 2022. The target population consisted of students aged 13 to 15 years from schools under the Office of the Basic Education Commission and the Office of the Private Education Commission, specifically schools with a population of no less than 40 students. The total target population nationwide was 1,968,916 individuals.

School selection was carried out using sample design parameters that targeted lower secondary schools (Grades 7–9) with either equal probability

sampling or probability proportional to school size. There were 20 schools selected from each region (Central, Northeast, North, South, and Bangkok), totaling 100 schools. Classrooms within selected schools were then systematically sampled, taking into account the probability of selection, using a simple random sampling method. All students in the selected classrooms were required to complete the questionnaire. The sample size was calculated using the methodology provided by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Overall, 64.4% of the schools agreed to participate in the project.

Overall Response

Out of the 100 schools initially selected for the study, 87 agreed to participate, reflecting a high response rate and a strong commitment to the research. Similarly, 337 out of the 360 sampled classes participated in the data collection, demonstrating a high level of cooperation at the classroom level. In total, 6,752 students aged between 13–15 years were included in the core target group for analysis.

Research instrument

The questionnaire was developed for surveys conducted in countries participating in the project. It consisted of 47 core questions, 24 additional optional questions, and 7 questions tailored to the context of Thailand, totaling 78 questions. All participating countries in the GYTS survey used the same questions to ensure that the results on tobacco consumption among youth could be used for comparison across countries. The survey used a self-administered questionnaire, where respondents selected answers based on their own experiences. The questionnaire was divided into nine sections: personal information, tobacco product use among students, attitudes toward quitting smoking, exposure to second-hand smoke,

access to tobacco products, knowledge about tobacco products from various media, exposure to tobacco product advertisements and promotions, students' attitudes or beliefs about e-cigarette use, and the use of flavored cigarettes and/or e-cigarettes.

Researchers adapted the questionnaire by performing a content validity check and language assessment for appropriateness review by experts. Based on their recommendations, the content was revised, and the Content Validity Index (CVI) was analyzed. The item-level content validity (I-CVI) ranged from 0.6 to 1.0. The scale-level content validity (S-CVI) across all nine sections of the questionnaire was 0.7, 0.8, 0.9, 0.8, 0.9, 0.8, 0.9, and 1.0

Analyze

The information for each student reflected the possibility of random sampling of all students. It aimed to reduce conflicts among students who do not respond to the questionnaire with the following weighting formula:

$$W = W1 * W2 * f1 * f2 * f3 * f4$$

W = Weighted Average

W1 = Probability of selecting each school

W2 = Probability of selecting each classroom in the selected school

f1 = At the school level, adjustment for schools that do not participate in the survey, calculated based on the number of students, divided into small, medium, and large sizes

f2 = At the classroom level, adjustment for classrooms that do not participate, calculated for each school

f3 = At the student level, adjustment for students who do not participate, calculated for each classroom

f4 = Stratified adjustment, calculated based on gender and grade level

The data collection was conducted by the researchers and subsequently submitted to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for national and regional data weighting. The core questionnaire items were analyzed using the SUDAAN statistical software(8). The data were analyzed using descriptive statistics; frequency, mean ($\bar{X}$), and standard deviation (SD), and the 95% confidence interval (CI) was used to calculate the prevalence estimates in the population and the standard error (SE) of the forecast. Differences in the prevalence estimates were considered statistically significant if the 95% confidence intervals did not overlap.

IRB/IACUC Approval

The Global Youth Tobacco Survey 2022 received ethical approval from the Human Research Ethics Committee of the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health (Protocol No. 9/2565) on June 17, 2022.

Results

1. Personal Information

The study found that 38.4% of the students were 13 years old (95% CI: 36.1–40.9), 37.6% were 14 years old (95% CI: 35.9–39.3), and 24.0% were 15 years old (95% CI: 21.7–26.5). In terms of gender, 49.6% of the participants were male (95% CI: 47.1–52.1), while 50.4% were female (95% CI: 47.9–52.9). Regarding educational level, the majority of students were in Grade 8, accounting for 38.2% (95% CI: 35.3–41.3), followed by Grade 9 at 36.0% (95% CI: 32.8–39.4), and Grade 7 at 25.7% (95% CI: 23.0–28.7). Most students

reported receiving a daily allowance from their parents, with 33.0% (95% CI: 30.3–35.8) receiving 100 Baht or less per day.

2. The prevalence of tobacco product use

The study revealed that the prevalence of tobacco product use (such as cigarettes, cigars, and smokeless tobacco) among students aged 13–15 years was 12.5% (95% CI: 10.2–15.2). When analyzed by gender, male students exhibited a higher prevalence at 17.3% (95% CI: 13.8–21.4), compared to female students at 7.9% (95% CI: 6.6–9.4). Among these students, 11.4% (95% CI: 9.4–13.7) were identified as current smokers. The prevalence of regular cigarette smoking was found to be 8.1% (95% CI: 6.6–9.8). Additionally, 6.3% (95% CI: 5.0–7.8) regularly used other smoked tobacco products, while 3.2% (95% CI: 2.1–4.8) regularly used smokeless tobacco products. The prevalence of regular electronic cigarette (e-cigarette) use was reported at 17.6% (95% CI: 15.1–20.3), with male students at 20.2% (95% CI: 16.4–24.6) and female students at 15.0% (95% CI: 12.9–17.4). Despite these findings, 19.1% of the students (95% CI: 17.5–20.7) reported that they would not use tobacco products in the future (Table 1).

3. Exposure to second-hand smoke

The study found that 26.0% of the students (95% CI: 23.8–28.3) were exposed to cigarette smoke in their homes. Additionally, 32.4% (95% CI: 30.3–34.5) were exposed inside public buildings, and 30.7% (95% CI: 28.2–33.2) were exposed outside public buildings. Moreover, 45.6% of the students (95% CI: 42.5–48.8) reported having seen people smoking either inside or outside school buildings (Table 1).

Table 1 Prevalence of tobacco product use and second-hand smoke exposure among students aged 13–15 years

Topics	Prevalence (%) (95% CI) (n)		
	Total	Male	Female
Tobacco Product Use			
Current tobacco users	12.5 (10.2–15.2) (6,750)	17.3 (13.8–21.4) (2,957)	7.9 (6.6–9.4) (3,792)
Ever tobacco users	27.6 (24.7–30.8) (6,751)	35.8 (31.6–40.4) (2,958)	19.6 (17.6–21.7) (3,792)
Current tobacco smokers	11.4 (9.4–13.7) (6,748)	15.6 (12.5–19.1) (2,955)	7.3 (6.1–8.8) (3,792)
Ever tobacco smokers	26.4 (23.6–29.4) (6,749)	34.3 (30.1–38.6) (2,957)	18.7 (16.9–20.7) (3,791)
Current cigarette smokers	8.1 (6.6–9.8) (6,691)	11.4 (8.9–14.5) (2,922)	4.8 (4.0–5.8) (3,768)
Ever cigarette smokers	23.0 (20.5–25.7) (6,601)	30.4 (26.5–34.6) (2,853)	15.9 (14.3–17.6) (3,746)
Current smokers of other tobacco	6.3 (5.0–7.8) (6,711)	8.1 (6.4–10.4) (2,936)	4.5 (3.5–5.7) (3,774)
Ever smokers of other tobacco	11.7 (9.9–13.8) (6,711)	15.0 (12.5–18.0) (2,937)	8.5 (7.2–9.9) (3,773)
Current smokeless tobacco users	3.2 (2.1–4.8) (6,692)	4.7 (3.0–7.3) (2,930)	1.7 (1.1–2.5) (3,761)
Ever smokeless tobacco users	4.9 (3.5–7.0) (6,694)	7.2 (4.9–10.5) (2,929)	2.7 (1.9 – 3.7) (3,764)
Current electronic cigarette users	17.6 (15.1–20.3) (6,714)	20.2 (16.4–24.6) (2,933)	15.0 (12.9–17.4) (3,780)
Ever electronic cigarette users	37.3 (33.8–40.9) (6,708)	41.4 (37.2–45.7) (2,931)	33.2 (29.3–37.3) (3,776)
Exposure to second-hand smoke			
Exposed to tobacco smoke at home	26.0 (23.8–28.3) (6,744)	25.8 (23.0–28.9) (2,954)	26.1 (23.4–29.1) (3,789)
Exposed to tobacco smoke inside any enclosed public place	32.4 (30.3–34.5) (6,749)	30.9 (28.5–33.4) (2,957)	33.9 (30.4–37.6) (3,799)
Exposed to tobacco smoke at any outdoor public place	30.7 (28.2–33.2) (6,751)	29.1 (26.7–31.7) (2,958)	32.2 (28.7–35.9) (3,792)
Saw anyone smoking inside the school building or outside on school property	45.6 (42.5–48.8) (6,740)	50.2 (46.7–53.7) (2,955)	41.2 (37.8–44.6) (3,784)
Susceptibility to tobacco use			
Never tobacco users susceptible to tobacco use in the future	19.1 (17.5–20.7) (5,021)	22.1 (19.1–25.5) (1,954)	16.6 (14.9–18.4) (3,066)

Table 1 Prevalence of tobacco product use and second-hand smoke exposure among students aged 13–15 years (continue)

Topics	Prevalence (%) (95% CI) (n)		
	Total	Male	Female
Never smokers who thought they might enjoy smoking a cigarette	16.5 (13.5–20.0) (5,087)	21.3 (17.7–25.4) (1,992)	12.6 (9.8–16.1) (3,094)

4. The access to tobacco products by students

The study found that 37.1% of the students (95% CI: 33.4–40.9) had started smoking at the age of 12 to 13 years. It was also found that 52.7% (95% CI: 43.7–61.6) of the students had purchased cigarettes from stores or small grocery shops. Among the students who were current users of tobacco products, 33.6% (95% CI: 26.8–41.3) reported that they had not been denied the purchase of cigarettes, despite being underage. Furthermore, female students were found to be less likely to be denied cigarette purchases compared to male students (Table 2).

5. The cessation of tobacco product use

Among the students who were current users of tobacco products, 59.0% (95% CI: 50.9–66.7)

expressed a desire to quit smoking immediately. During the past 12 months, 76.9% (95% CI: 72.3–80.9) had attempted to quit smoking. However, only 20.8% (95% CI: 16.9–25.3) had received assistance or advice from professionals to help them quit (Table 2).

6. Knowledge and Attitudes toward tobacco

The study found that 18.4% of the students (95% CI: 16.5–20.5) believed that once a person started smoking tobacco products, it was difficult to quit. Additionally, 16.7% of the participants believed that smoking would help them feel more relaxed during parties, social gatherings, or other social events (Table 2).

Table 2 Characteristics of students aged 13 – 15 years who currently use tobacco products

Topics	Percent (95% CI) (n)		
	Total	Male	Female
The age when you first started smoking a cigarette (year)			
7 years old or younger	8.1 (6.4–10.1) (1,380)	9.3 (6.9–12.5) (805)	5.8 (3.7–8.8) (575)
8 or 9 years old	13.4 (11.4–15.6) (1,380)	16.7 (13.8–20.1) (805)	7.2 (5.2–9.8) (575)
10 or 11 years old	19.0 (15.9–22.5) (1,380)	20.4 (17.0–24.3) (805)	16.4 (11.8–22.4) (575)
12 or 13 years old	37.1 (33.4–40.9) (1,380)	33.0 (28.3–38.1) (805)	44.4 (38.6–50.5) (575)
14 or 15 years old	22.5 (19.1–26.4) (1,380)	20.5 (16.3–25.5) (805)	26.2 (21.0–32.1) (575)
Access and availability			
Purchased from a store or small grocery	52.7 (43.7–61.6) (442)	50.1 (40.1–60.1) (280)	58.7 (46.4–70.1) (162)

Table 2 Characteristics of students aged 13 – 15 years who currently use tobacco products (continue)

Topics	Percent (95% CI) (n)		
	Total	Male	Female
Purchased from a stall or flea market	10.0 (6.6–14.8) (442)	11.8 (7.3–18.6) (280)	5.8 (3.0–11.0) (162)
Purchased from a convenience store	9.2 (6.1–13.6) (442)	9.0 (5.8–13.9) (280)	9.6 (5.1–17.3) (162)
Got them from someone else	10.3 (6.5–16.0) (442)	9.4 (5.3–16.4) (280)	12.3 (7.7–19.1) (162)
Got them by borrowing them	13.6 (7.7–22.8) (442)	16.0 (9.1–26.7) (280)	8.3 (4.3–15.4) (162)
Got them some other way	4.1 (2.0–8.2) (442)	3.6 (1.3–9.7) (280)	5.3 (2.9–9.5) (162)
Current cigarette smokers who were not prevented from buying cigarettes because of their age	33.6 (26.8–41.3) (318)	33.1 (25.1–42.2) (201)	34.8 (28.0–42.3) (117)
The cessation of tobacco product use			
Tried to stop smoking in the past 12 months	76.9 (72.3–80.9) (598)	76.8 (70.9–81.9) (366)	77.0 (67.5–84.3) (232)
Want to stop smoking now	59.0 (50.9–66.7) (590)	59.8 (51.4–67.7) (363)	57.5 (45.3–68.8) (227)
Thought they would be able to stop smoking if they wanted to	68.2 (62.2–73.6) (600)	66.7 (58.9–73.7) (369)	71.3 (63.9–77.8) (231)
Have ever received help/advice from a program or professional to stop smoking	20.8 (16.9–25.3) (634)	21.0 (16.6–26.3) (389)	20.4 (14.4–28.0) (245)
Knowledge and attitudes toward tobacco			
Definitely thought it is difficult to quit once someone starts smoking tobacco	18.4 (16.5–20.5) (6,751)	15.5 (13.5–17.7) (2,958)	21.3 (18.9–23.9) (3,792)
Thought smoking tobacco helps people feel more comfortable at celebrations, parties, and social gatherings	16.7 (15.0–18.5) (6,748)	15.4 (13.9–17.1) (2,957)	17.9 (15.7–20.3) (3,790)

7. The advertising and promotion of tobacco products (pro-tobacco messages)

The study found that, within the past 30 days, 31.3% of students (95% CI: 29.2–33.6) who visited tobacco product retail locations had seen tobacco product advertisements and promotions at points of sale. Additionally, 31.7% (95% CI: 29.8–33.6) had encountered advertisements or promotions for cigarettes or other tobacco products online, and 48.0% (95% CI: 45.2–50.9) had seen e-cigarette advertisements or promotions on social media. Among the students who had access to television, videos, or movies during the past 30 days, 68.1% (95% CI: 65.6–70.5) had seen tobacco product advertisements or promotions through those media. Furthermore, 11.1% of the students (95% CI: 9.0–13.5) reported having received free cigarettes or other tobacco products from tobacco distributors (Table 3).

8. The receipt of information regarding anti-smoking messages

The study found that, within the past 30 days, 61.3% of students (95% CI: 58.8–63.7) had seen or heard anti-smoking messages through various media, including television, radio, the internet, billboards, posters, newspapers, magazines, or movies.

Furthermore, 62.4% of the students (95% CI: 59.2–65.5) reported encountering anti-smoking messages while attending sports events or social gatherings. Additionally, within the past 12 months, 65.8% of the students (95% CI: 63.8–67.8) had learned about the dangers of cigarettes or other tobacco products in their classrooms. (Table 3)

Table 3 Exposure to pro- and anti-tobacco advertising among students aged 13–15 Years

Topics	Percent (95% CI) (n)		
	Total	Male	Female
Pro-Tobacco advertisements			
Noticed tobacco advertisements or promotions at points of sale (Among all students in the past 30 days)	25.6 (23.8–27.5) (6,749)	25.4 (23.0–27.8) (2,959)	25.9 (23.7–28.2) (3,789)
Noticed tobacco advertisements or promotions at points of sale (Among those who visited a point of sale in the past 30 days)	31.3 (29.2–33.6) (5,562)	32.2 (29.4–35.1) (2,373)	30.6 (28.1–33.2) (3,188)
Noticed anyone using tobacco on television, videos, or movies (Among all students in the past 30 days)	54.3 (50.9–57.7) (6,745)	51.8 (47.4–56.3) (2,955)	56.7 (53.5–59.8) (3,789)
Noticed anyone using tobacco on television, videos, or movies (Among those who watched television, videos, or movies in the past 30 days)	68.1 (65.6–70.5) (5,431)	67.1 (63.5–70.5) (2,314)	69.0 (66.5–71.3) (3,116)
Noticed advertisements for manufactured cigarettes or tobacco products on the Internet	31.7 (29.8–33.6) (2,114)	30.5 (28.7–32.5) (899)	32.8 (30.2–35.5) (1,215)
Noticed electronic cigarette advertisements on social media	48.0 (45.2–50.9) (3,342)	41.7 (38.6–45.0) (1,266)	54.2 (50.4–57.9) (2,075)
Ever offered a free tobacco product from a tobacco company representative	11.1 (9.0–13.5) (6,739)	15.0 (12.5–17.8) (2,954)	7.2 (5.5–9.4) (3,784)
Owned something with a tobacco brand logo on it	12.5 (10.5–14.9) (6,737)	17.3 (14.7–20.3) (2,952)	7.8 (5.6–10.9) (3,784)
Anti-tobacco messages			
Noticed anti-tobacco messages in the media in the past 30 days	61.3 (58.8–63.7) (6,746)	60.1 (57.9–62.3) (2,956)	62.4 (58.9–65.7) (3,789)
Noticed anti-tobacco messages at sporting or community events (Among all students)	27.3 (25.2–29.5) (6,746)	25.4 (23.0–28.0) (2,955)	29.2 (26.6–31.9) (3,790)
Noticed anti-tobacco messages at sporting or community events (Among those who attended sporting or community events in the past 30 days)	62.4 (59.2–65.5) (2,972)	65.8 (62.6–68.8) (1,146)	59.8 (55.7–63.7) (1,826)
Taught in school about the dangers of tobacco use in the past 12 months	65.8 (63.8–67.8) (6,750)	65.1 (62.3–67.9) (2,957)	66.6 (63.4–69.6) (3,792)
Current smokers who noticed health warnings on cigarette packages	91.1 (87.4–93.8) (669)	89.8 (85.0–93.2) (412)	93.8 (88.8–96.7) (257)

Discussion

1. The prevalence of tobacco product use

The use of all types of tobacco products is found to be more prevalent among male students than the female. The use of tobacco products in the past three survey periods (in 2005, 2009, and 2015) shows a downward trend among Thai students aged 13–15 using smoke-producing tobacco products (such as cigarettes, cigars, and smokeless tobacco). Compared to other countries in Southeast Asia, however, the prevalence of tobacco use is still lower than in Myanmar, the Philippines, and Malaysia⁽⁹⁾. It demonstrates the strength of the law, as Thailand has strict regulations and laws controlling tobacco products, such as the prohibition of selling cigarettes to children and youth under the age of 20, the ban on advertising and promoting tobacco products, and the restriction on tobacco product displays. However, challenges remain as online media and other cultural trends still portray images that may attract some individuals to smoking.

However, what is extremely concerning is that the survey results show that the rate of e-cigarette use among Thai children and youth has increased significantly. The rate of e-cigarette use among school children has surged dramatically over just 7 years, rising from 3.3% to 17.6%, a 5.3-fold increase. This is particularly notable among female students, whose e-cigarette use increased by 7.9 times (from 1.9% to 15.0%). Meanwhile, male students showed a 4.3-fold increase in e-cigarette use (from 4.7% to 20.2%). This trend aligns with the National Statistical Office's survey in 2021, which found that e-cigarette use among individuals aged 15 and above has increased, particularly in the 15–24 age group⁽¹⁾.

The target group of the e-cigarette industry is striving in every way to make a profit and attract new customers through marketing strategies, particularly by encouraging children and young people to access e-cigarettes with various marketing tactics. These efforts include designing products with a modern appearance and enhancing the flavor and aroma of e-liquids, offering over 90 types with 16,000 different flavors⁽¹⁰⁾. Sales channels encompass electronic media, computer networks, social media platforms, and a variety of promotional activities.

2. Exposure to second-hand smoke

Students have the opportunity to be exposed to cigarette smoke from various sources, both at home and in public places. 26.0% of students are exposed to cigarette smoke at home, higher than the 23.7% reported in the National Statistical Office survey⁽¹⁾. This reflects the issue of smoking among household members, which may have an impact on the health of children and adolescents. Even more concerning is that 45.6% of students have seen people smoking within the school premises or outside the classrooms, which could influence their attitudes and behaviors toward smoking. This is especially true during a stage of life when their environment may more easily influence young people. Witnessing such behavior in school, a place that should be smoke-free may reduce the effectiveness of preventive measures and education about the harms of smoking.

3. The access to tobacco products by students

Around 37.1% of students started smoking at the age of 12–13, which is still an age of minority. Starting to smoke at such a young age increases the risk of nicotine addiction and health problems in the future⁽¹¹⁾. Additionally, 52.7% of students

purchased cigarettes from stores and small convenience shops, and 33.6% of students who currently use tobacco products could buy cigarettes without being refused, even though they were under the legal age. This reflects the insufficient enforcement of the law. Female students were less likely to be denied the purchase of cigarettes compared to male students due to gender attitudes or a lack of awareness among male students. This situation highlights the need to strengthen the enforcement of the law that prohibits the sale of cigarettes to individuals under the age of 20, as stated in the Tobacco Product Control Act B.E. 2560⁽¹²⁾.

4. The cessation of tobacco product use

Currently, 59.0% of students who use tobacco products have a strong desire to quit smoking immediately, and in the past 12 months, 76.9% of students have attempted to quit smoking. However, only 20.8% of students have received help or advice from experts to quit smoking, which reflects the insufficiency of the smoking cessation support system for youth smokers. The fact that many students wanted to quit smoking and try to do so, but only a few received help from experts which might be due to several factors, such as the lack of counseling services, unawareness of available help, or lack of support from family and society. Several studies suggested that counseling and using effective smoking cessation methods, such as behavioral therapy programs and nicotine replacement therapy, could increase the chances of successfully quitting smoking⁽¹³⁾.

5. Knowledge and attitudes toward tobacco

18.4% of students believe that quitting smoking is difficult after they start, and 16.7% think that smoking helps them feel relaxed during social gatherings or activities. These factors reflect attitudes

and beliefs that may influence youth smoking behavior, which could be because tobacco products, including e-cigarettes, are now flavored to attract children and adolescents. This makes smoking less bothersome to others, leading to a sense of no need to quit, which can lead to addiction and long-term health risks. This aligns with data from the World Health Organization (WHO) in 2024, which reports that the tobacco industry uses marketing strategies targeting children and adolescents by designing products with appealing flavors, such as candy and fruit flavors. Additionally, research in the United States found that more than 70% of youth who use e-cigarettes said they would quit if the products only had tobacco flavor⁽¹⁴⁾. Moreover, e-cigarette use among youth increases the risk of transitioning to smoking conventional cigarettes by nearly three times compared to youth who do not smoke⁽¹⁵⁾.

6. The advertising and promotion of tobacco products (Pro-tobacco messages)

In the past 30 days, students who visited tobacco product retail locations observed advertising and promotional activities at the point of sale; and 31.3% of them indicated that the tobacco industry currently uses proactive advertising and promotional strategies, which are considered a significant barrier to tobacco control. Underage students are considered a vulnerable group and may easily be enticed. This finding was consistent with previous study in that point-of-sale promotion was a risk factor that can lead to smoking behavior among children and adolescents in the future⁽¹⁶⁾. Furthermore, in the United States⁽¹⁷⁾ and Israel⁽¹⁸⁾, promotion at the point of sale was also observed, where tobacco manufacturers created unique promotions to boost sales and offer discounts to retailers to display products in prominent positions in

stores. Additionally, sales staff provided product usage recommendations.

The increase in the visibility of advertisements, from 27.0% to 48.0% in the previous survey, might be attributed to the advancement of current technology and easier access to online media. The e-cigarette industry is doing everything it can to seek profit and new customer segments through marketing strategies, aiming to bring back those who have quit smoking traditional tobacco cigarettes and get them addicted to nicotine again. This is in line with recent research, which found that e-cigarette advertisements on online media such as Facebook, Instagram, and Line significantly affect the smoking behavior of youth in Thailand⁽¹⁹⁾. The advertising sector often uses an image that appears modern and attractive and shows that it suits the lifestyle of today's youth. Online media also employs advertising techniques that make these products seem safer and more appealing, such as featuring celebrities, which helps increase interest and encourages trial among young people⁽²⁰⁾. The excessive use of social media has also been found to be linked to behavioral problems among youth, which may lead to an increased likelihood of risky behaviors, such as smoking⁽²¹⁻²²⁾.

Receiving free tobacco products from distributors is considered an important strategy that helps reduce barriers to access to these products, especially for children and adolescents who have never smoked before. This results in a higher likelihood of them trying to smoke. Several studies have shown that distributing free samples can encourage youth to start smoking⁽²³⁾. At the same time, owning items with the logo of a tobacco company, such as bags, shirts, lighters, plates, bowls, and calendars, serve as advertising to promote the image of tobacco product

packaging. This is considered a primary method used by the tobacco industry as a strategy to create new smokers and encourage existing smokers not to quit⁽¹⁸⁾.

7. The receipt of information regarding anti-smoking messages

In the past 30 days, 61.3% of students have seen or heard anti-smoking messages from various media such as television, radio, the internet, and billboards. Additionally, 62.4% of students have encountered similar messages at sports events or social gatherings. This suggests that using public spaces as communication channels can increase youth awareness, aligning with research demonstrating the media's influence on smoking prevention. The research indicates that media campaigns can reduce smoking rates, particularly among youth who do not yet have regular smoking habits⁽²⁴⁾. Seeing or hearing information about the dangers of cigarettes from various media may help change attitudes and reduce the likelihood of youth starting to smoke. However, the campaign's effectiveness depends on the frequency and the content's ability to reach the target audience effectively.

Conclusion

Although the use of tobacco products among Thai students has decreased, there is still a growing concern, particularly regarding e-cigarettes, which have experienced a dramatic increase in usage over the past seven years. Children and youth are the target demographic of the e-cigarette industry, which employs various marketing strategies to generate profits and attract new customers. These strategies, especially ones designed to encourage children and youth to access e-cigarettes, are particularly concerning. Moreover, children and youth are influenced by

tobacco product advertisements and promotions through various channels, such as points of sale, online media, and free giveaways. These factors heighten the likelihood of young people beginning to use tobacco products. Thailand must adopt measures to prevent and control the proliferation of e-cigarettes. These include enhancing the effectiveness of law enforcement processes to prevent and suppress the use of electronic cigarettes, particularly by intercepting their importation via land, sea, or air, as well as regulating advertising, sales promotions, and distribution through digital networks and social media platforms. These efforts should be executed in an integrated manner in close collaboration with all relevant agencies across sectors, both at the central and local levels. Furthermore, public communication regarding the harms and dangers of electronic cigarettes should be intensified to raise awareness among children, youth, and the general public. Additionally, it is essential to bolster the capacity of network partners to aid in the prevention and control of e-cigarettes, promote smoking cessation and access to comprehensive services, and ensure the enforcement of policies and measures to combat their spread. This will significantly help control the spread of e-cigarettes and elevate it to a national initiative.

Limitations

1. The survey contained a relatively large number of questions, which may cause inconvenience for respondents in answering.
2. Respondents may not be able to report accurate information about their smoking behavior due to shame or fear of legal consequences.
3. This survey focuses exclusively on students within the formal education system. Therefore, the research findings may not fully represent all early

adolescents, particularly those outside the education system

Suggestions

A longitudinal study should be conducted to track the long-term trends of smoking behavior changes. In addition to the survey, in-depth interviews or behavioral observations should be conducted to enhance the credibility of the data.

Acknowledgements

We would like to express our sincere gratitude to the World Health Organization Thailand, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the Faculty of Public Health Mahidol University, and the working group on the development of the Thai youth tobacco consumption survey model for their collaboration in designing developing the survey framework, reviewing, and providing valuable suggestions. Their contributions have been instrumental in providing essential data for researchers to study and analyze in this research.

References

1. National Statistical Office (TH), Social Statistics Division. Health behavior of population survey 2021. Bangkok: Social Statistics Division, National Statistic Office; 2021. (in Thai)
2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. [Internet]. [cited 2025 May 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375711/9789240088283-eng.pdf?sequence=1>
3. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization;

- 2024.
4. Ministry of Public Health (TH). Thailand 2015 global school based–student health survey. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
5. Ministry of Public Health (TH). Report on the survey of tobacco consumption among Thai youth 2009: Under global youth tobacco survey, 2009. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2009. (in Thai)
6. Chotbenjamaporn P, Haruhansapong V, Jumriangrit P, Pitayarangsarit S, Agarwal N, Garg R. Tobacco use among Thai students results from the 2015 global youth tobacco survey. *Indian Journal of Public Health*. 2017;61(5):40–6
7. Phetphum C, Prajongjeep A, Youngiam W, Thawatchaijareonying K. Susceptibility to smoking and determinants among never-smoking high school students in Thailand. *Tob Induc Dis*. 2023;21:02.
8. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Fact sheet template, version 1.1. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.
9. Tan Y L, Dorotheo U. ASEAN tobacco control atlas. 6th ed. Bangkok: Southeast Asia Tobacco Control Alliance; 2024.
10. Krsemann EJZ, Boesveldt S, De Graaf K, Talhout R. An e-liquid flavor wheel: a shared vocabulary based on systematically reviewing e-liquid flavor classifications in literature. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 8];21(10):1310–9. Available from: <https://academic.oup.com/ntr/article/21/10/1310/4999218>.
11. Marynak KL, Gammon DG, Rogers T, Coats EM, Singh T, King BA. Sales of nicotine-containing electronic cigarette products: United States, 2015. *American Journal of Public Health*. 2017;107(5):702–5.
12. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control, Bureau of Tobacco Control. Tobacco products control Act B.E. 2560 (2017). Nonthaburi: Office of Tobacco Products Control Committee; 2017. (in Thai)
13. Chidera NO, John O, Walid S, Dolapo AO, Chidinma U, Lisa O, et al. A review of smoking cessation interventions: efficacy, strategies for implementation, and future directions. *Cureus*. 2024;16(1):e52102.
14. World Health Organization. Young people using e-cigarettes at rates higher than adults in many countries. [Internet]. [cited 2025 May 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/23-05-2024-tobacco-and-nicotine-industry-tactics-addict-youth-for-life>
15. World Health Organization. Tobacco and nicotine industry tactics: addicting youth for life [Internet]. [cited 2024 Jun 15]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/23-05-2567-tobacco-and-nicotine-industry-tactics-addict-youth-for-life>.
16. Barnoya J, Colditz G, Moreland–Russell S, Cyndy J, Snider D, Schootman M. Prevalence of cigarette advertising and other promotional strategies at the point of sale in St Louis, Missouri: Analysis by store type and distance from a school. *Prev Chronic Dis*. 2014;11:130150.
17. Bar-Zeev Y, Berg CJ, Khayat A, Romm KF, Wysota CN, Abrams LC, et al. IQOS marketing strategies at point-of-sales: a cross-sectional

- survey with retailers. *Tob Control* 2023;32 (e2):e198-204.
18. Warren CW, Asma S, Lee J, Lea V, Mackay J. Global tobacco surveillance system: the GTSS Atlas. Atlanta: CDC Foundation; 2009.
 19. Loysmut S. Spotting e-cigarette and vapes in social media: a continuing problem to tobacco product advertising and marketing control. *Tob Induc Dis*. 2022;19(Suppl 1):A121.
 20. Ranker LR, Wu J, Hong T, Wijaya D, Benjamin EJ, Bhatnagar A, et al. Social media use, brand engagement, and tobacco product initiation among youth: evidence from a prospective cohort study. *Addict Behav*. 2024;154:108000.
 21. Lee J, Tan ASL, Porter L, Young-Wolff KC, Carter-Harris L, Salloum RG. Association between social media use and vaping among Florida adolescents, 2019. *Prev Chronic Dis*. 2021; 18:200550.
 22. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tob Control*. 2016;25 (e2):e83-9.
 23. Donaldson EA, Robinson JN, Nguyen Zarndt A. Association between free tobacco product sample receipt and tobacco use in youth and adults in the PATH study. *Prev Med (Baltim)*. 2020;131: 105951.
 24. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet*. 2010;376(9748):1261-71.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

Developing measures to prevent and control the electronic cigarette epidemic in Thailand

ชยนันท์ สติธิบุศย์

Chayanant Sittibusaya

จิระวัฒน์ อยู่สบาย

Chirawat Yoosabai

ปริญญ์ ดาระสุวรรณ์

Parinya Darasuwon

อรณิชา หนูนา

Onnicha Noonak

กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

Office of Tobacco Products Control Committee,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

DOI: 10.14456/dcj.2025.28

Received: April 7, 2025 | Revised: June 4, 2025 | Accepted: June 10, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research หรือ PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนา มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ด้วยกระบวนการวางแผนงาน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติงาน และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน จากการทบทวนเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ การเข้าร่วมกระบวนการประชุม การสังเกต และการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในกลุ่มเป้าหมายที่เลือกด้วย วิธีเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษา พบว่า มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ได้แก่ การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า การเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และการยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปราม การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ภายหลังการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการ แพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยหลายหน่วยงานได้ร่วมป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเป็นรูปธรรม แม้ยังไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการ ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้น ควรมีการติดตามความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของ การดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้สามารถปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการได้อย่างเหมาะสม

ติดต่อผู้พิมพ์ : ปริญญ์ ดาระสุวรรณ์

อีเมล : parinya.da2020@gmail.com

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to create and develop the measures to cope with electronic cigarette epidemic in Thailand by the process of planning, action, observation, and reflection. Data were collected from reviewing the secondary data, participating in meetings, observation, and questionnaire analysis. Target samples were selected through purposive sampling. It was found that the measures to prevent and control the electronic cigarette use in Thailand include knowledge management, public awareness,

surveillance and law enforcement, social movement, and policy and legislation to prohibit electronic cigarettes. After the implementation of the 5 measures to control the electronic cigarette epidemic, there was a clear change for the better. Many agencies had evidently joined forces to control the electronic cigarette epidemic. Though the implementation efforts, the effectiveness of the measures had not yet been evaluated. Therefore, the implementation success of the 5 measures to cope with the electronic cigarette epidemic should be continuously monitored in short, medium, and long terms in order to increase the effectiveness of the control measures.

Correspondence: Parinya Darasuwon

Email: parinya.da2020@gmail.com

คำสำคัญ

มาตรการ, ป้องกันและควบคุม, บุหรี่ไฟฟ้า, การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

Keywords

measures, prevent and control, electronic cigarette, participatory action research

บทนำ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายหลายฉบับที่ห้ามการนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามานานกว่า 10 ปี เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ สังคม ความมั่นคงของประเทศ และศีลธรรมอันดีของประชาชน โดยเฉพาะการป้องกันเด็กและเยาวชนจากการเริ่มต้นใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่⁽¹⁾ แต่ในทางปฏิบัติ กลไกการบังคับใช้กฎหมายยังขาดความชัดเจนและความเข้มงวดที่เพียงพอ ส่งผลให้ขาดแนวทางที่เป็นรูปธรรมและครอบคลุมในการปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านการตีความกฎหมายที่แตกต่างกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงขอบเขตของกฎหมายปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมไปถึงการผลิต การครอบครอง และการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁾ อีกทั้งยังไม่สามารถรับมือกับกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้มีลักษณะเลียนแบบสิ่งของที่ดึงดูดความสนใจของเด็กและเยาวชน เช่น ตุ๊กตา ของเล่น ขนม หรือเครื่องดื่มต่างๆ รวมถึงการแต่งกลิ่นและรสชาติกว่า 16,000 รูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลิ่นและรสชาติที่เยาวชนชื่นชอบ⁽³⁻⁴⁾ ปัจจัยเหล่านี้ ประกอบกับข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐ ทำให้การให้ความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้เกิดการลักลอบนำเข้า การโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่องทางออนไลน์⁽²⁾ ส่งผลให้อัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2565⁽⁵⁾ แม้จะมีแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565–2570) ที่กำหนดยุทธศาสตร์ในการป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ โดยให้ความรู้ ความตระหนักถึงภาวะเสพติดและพิษภัยร้ายแรงของผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แต่เพียงขาดรายละเอียดเชิงปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าให้ทันต่อสถานการณ์และบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน⁽¹⁾

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2566 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรคได้ตระหนักถึงแนวโน้มการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและความมั่นคงทางสังคมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงได้ทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านกฎหมาย นโยบาย

มาตรการที่มีอยู่เดิม และบทเรียนความสำเร็จในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อว่าง ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมกำหนดมาตรการ ให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ บุหรี่ไฟฟ้าที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน มากยิ่งขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างกลไก การควบคุมที่มีประสิทธิภาพ เข้มแข็ง และทันสมัย สอดคล้องกับบริบททางสังคม เทคโนโลยี และพฤติกรรม ผู้บริโภค⁽⁶⁾ ในปัจจุบันซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนับเป็น ก้าวสำคัญในการยกระดับนโยบายสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนไทย ลดจำนวนผู้เริ่ม สูบบุหรี่รุ่นใหม่ และสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบของประเทศให้บรรลุผลอย่างยั่งยืน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนา มาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย โดยอาศัยกระบวนการวิจัย แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้มาตรการในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย องค์ความรู้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้อง กับสถานการณ์ปัจจุบัน นำไปใช้ประโยชน์ ยกระดับ การตอบโต้การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR)⁽⁷⁻⁸⁾ ซึ่งเก็บ รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และมีความเต็มใจในการร่วมวิจัย สามารถแยกข้อมูลตาม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนงาน (Planning) : ผู้บริหาร บุคลากรกองงานคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 6 คน คณะทำงานยุทธศาสตร์

ที่ 1 การสร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับ ความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ จำนวน 16 คน และคณะกรรมการด้านการติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ภายใต้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบแห่งชาติ จำนวน 15 คน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) : คณะ กรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ จำนวน 24 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจากสำนักงาน ป้องกันและควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันและ ควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 89 คน เครือข่ายเพื่อการควบคุมยาสูบ จำนวน 16 คน (คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) : คณะอนุกรรมการด้านติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ คณะอนุกรรมการด้านกฎหมาย คณะอนุกรรมการ ด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และคณะอนุกรรมการด้านการเฝ้าระวังติดตามการดำเนินคดี การกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. 2560 คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) : คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนการวิจัย
การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การวางแผนงาน (plan) การลงมือปฏิบัติ (act) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observe) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflect)⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 2 วงรอบ มี 8 ขั้นตอน

วงรอบละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนงาน ได้กำหนดขั้นตอนการสร้างมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้าในประเทศไทย โดยอาศัยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ (1) ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้า กฎหมาย นโยบาย และมาตรการที่มีอยู่เดิม รวมถึงบทเรียนความสำเร็จในป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้าในประเทศอื่นๆ อย่างรอบด้าน ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาสังเคราะห์ในการร่างกรอบแนวคิดมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้า โดยจัดประชุมราชการเพื่อระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมผ่านกลไกคณะทำงานยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ จำนวน 16 คน และคณะอนุกรรมการด้านการติดตามประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 15 คน (2) จัดเวทีสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ จำนวน 9 คน ได้แก่ ด้านการแพทย์ สาธารณสุข กฎหมาย การคุ้มครองสิทธิเด็กและสตรี การศึกษา การบำบัดผู้เสพติด การพัฒนานโยบายสาธารณะ และสื่อสารมวลชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการต่อร่างกรอบแนวคิดของมาตรการฯ ตามหลักเกณฑ์ 5 ประการ ได้แก่ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสามารถในการประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้อย่างเหมาะสม (3) จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างมาตรการฯ จากหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจองค์กรเอกชนภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบและประชาชน จำนวน 452 คน เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะมาปรับปรุงร่างมาตรการให้ครอบคลุมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดำเนินงานให้

สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ ได้กำหนดขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ได้แก่ (1) เสนอร่างมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้าซึ่งได้จากกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนก่อนหน้า (ขั้นตอนที่ 1 รอบที่ 1) ต่อคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงร่างมาตรการฯ ให้มีความเหมาะสม ครบถ้วน และสอดคล้องกับสถานการณ์จริง พร้อมปรับปรุงร่างมาตรการฯ ให้มีความสมบูรณ์ ทั้งในด้านหลักวิชาการ ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (2) ถ่ายทอดและชี้แจงสาระสำคัญของมาตรการที่ได้พัฒนาขึ้นแก่หน่วยงานระดับส่วนกลาง หน่วยงานระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อชักชวนความเข้าใจและเตรียมความพร้อมในการนำมาตรการฯ ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมขอความร่วมมือจากเครือข่ายเพื่อการควบคุมยาสูบเพื่อร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้าในประเทศไทยให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และ (3) การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุงหรีไฟฟ้าในประเทศไทยผ่านกลไกกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ได้กำหนดขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ก่อนการวิจัย และระหว่างการทำเนินการวิจัย โดยดำเนินการรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน ได้กำหนดขั้นตอนการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติในการสะท้อนกลับการปฏิบัติงานภาพรวมของประเทศ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

กรุงเทพมหานครในการสะท้อนกลับการปฏิบัติงานระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ผ่านการประชุมสะท้อนผลและวิเคราะห์สรุปผลการปฏิบัติงานเพื่อใช้ปรับปรุงการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า โดยผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัด กรุงเทพมหานคร และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค เป็นผู้ประสานงานหลักในการรวบรวม ติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การสะท้อนกลับการปฏิบัติงานมีความครบถ้วน ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงมาตรการในรอบที่ 2 ต่อไป

วงรอบที่ 2 ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนงานใหม่ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายได้นำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานในรอบที่ผ่านมา มาทบทวนและวางแผนใหม่ เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น พร้อมทั้งจัดทำแผนดำเนินการในรอบที่ 2 อย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 6 การลงมือปฏิบัติใหม่ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานที่ได้รับการปรับปรุง โดยยังคงยึดแนวทางจากกรอบแรกเป็นหลัก แต่เพิ่มความเข้มข้นและความรัดกุมในการดำเนินงาน เพื่อให้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ามีความครอบคลุมและมีผลสัมฤทธิ์มากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 การสังเกตผลการปฏิบัติงานใหม่ ใช้วิธีการสังเกตและประเมินผลเช่นเดียวกับรอบที่ผ่านมา โดยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังคงมีข้อบกพร่อง เพื่อใช้ในการปรับปรุงมาตรการต่อไป

ขั้นตอนที่ 8 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงานใหม่ นำข้อมูลจากการสังเกตและประเมินผลมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยมีคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร ร่วมกันพิจารณาและสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) การทบทวนเอกสารเชิงวิเคราะห์ จากข้อมูลทุติยภูมิทั้งสถานการณ์ กฎหมาย นโยบาย มาตรการที่มีอยู่เดิม และบทเรียนความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงรายงานการประชุมกลุ่มรับฟังความคิดเห็น และรายงานการประชุมราชการของคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการในทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

(2) การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มรับฟังความคิดเห็น และการประชุมราชการ ณ ที่ตั้ง และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

(3) แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นนัยทั่วไป ในแต่ละช่องคำถามกำหนดค่าคะแนนความเห็นของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด (1-4 คะแนน ตามลำดับ) และมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมต่อไป การแปลผลคะแนนมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 4 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ โดยการคัดเลือกข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีการถอดความและตีความในเชิงสาระสำคัญ และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (triangulation) เพื่อประเมินความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่มีหลักการที่สอดคล้องกับ 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ในกรณีที่พบความไม่สอดคล้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้ดุลยพินิจร่วมกับการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ศาตราจารย์ประกิต วาที่สาธกกิจ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ศาตราจารย์นันทวรรณ วิจิตรวาทการ ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านสาธารณสุข รองศาสตราจารย์ปกป้อง ศรีสนิท ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย และคุณบังอร ฤทธิภักดี ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำนโยบายและการชี้แนะเชิงนโยบาย เพื่อวิเคราะห์และสรุปข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเสนอในรูปแบบการบรรยายตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ เพื่อสะท้อนแนวโน้มมุมมอง และสาระสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยการทบทวนเอกสาร ข้อมูลวิชาการ กฎหมาย นโยบาย มาตรการ และบทเรียนจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ร่วมด้วยกับการประชุมกลุ่มรับฟังความคิดเห็น และรายงานการประชุมราชการของคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการในทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่กลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถาม สิทธิในการถอนตัวจากโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลเสียใดๆ ตลอดจนการรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการทำลายข้อมูลดิบทันทีหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเพื่อสร้างและพัฒนามาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย โดยอาศัยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จำนวน 2 วนรอบ มี 8 ขั้นตอน วนรอบละ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ได้แก่ (1) พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ (knowledge management) เพื่อพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า (2) สร้างการรับรู้โทษพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน

และสาธารณชน (public awareness) เพื่อให้เด็ก เยาวชน และสาธารณชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า และเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (3) เฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (surveillance and enforcement) เพื่อให้เด็ก เยาวชน และสาธารณชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า และเกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (4) การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า (social movement) เพื่อสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าทั้งส่วนกลาง พื้นที่ และชุมชน และ (5) ยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้า (policy and legislation) เพื่อส่งเสริมให้ผู้กำหนดนโยบายทางการเมือง สนับสนุนมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า และส่งเสริมให้ผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับ มีมาตรการในการปฏิบัติตามนโยบายและกฎหมายเพื่อปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้ จากการประเมินคุณภาพของมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมของมาตรการดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (SD=0.5) เมื่อพิจารณาในแต่ละมาตรการพบว่า ทั้ง 5 มาตรการล้วนได้รับการประเมินให้อยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกัน ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผนงาน รอบที่ 1 ทั้งนี้ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติได้มีมติมอบหมายให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัด รวมถึงคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร พิจารณาดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และรายงานผลการดำเนินงานกลับมายังกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค นอกจากนี้ ได้มีการถ่ายทอดสาระสำคัญของมาตรการที่พัฒนาขึ้นไปยังหน่วยงานระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและเตรียมความพร้อมสำหรับการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม หลังจากดำเนินการรอบแรกเสร็จสิ้น ปรากฏว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร โดยเฉพาะการสร้างการรับรู้โทษพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าแก่ เด็ก เยาวชน และสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเท่าที่ควร การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่เป็นระบบและจริงจังเท่าที่ควร การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าของแต่ละหน่วยงานไม่ได้ถูกบรรจุเป็นแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน ส่งผลให้แต่ละหน่วยงานขาดงบประมาณในการดำเนินการ ภายหลังผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานครได้นำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานในรอบที่ผ่านมา ทบทวนและวางแผนใหม่ เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น พร้อมทั้งจัดทำแผนดำเนินการในรอบที่ 2 อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการผลักดันให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นวาระแห่งชาติ โดยทุกหน่วยงาน ภาคส่วน ร่วมกันบูรณาการการทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมาตรการที่ได้รับการพัฒนาใหม่นี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยหลายหน่วยงานได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการดำเนินการตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

Table 1 Summarizes of implementation results based on the 5 measures to prevent and control the electronic cigarette epidemic in Thailand

มาตรการ	ผลการดำเนินงาน
พัฒนาและจัดการองค์ความรู้	- จัดทำชุดข้อมูลทางวิชาการ เช่น ข้อมูลสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้า กลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ไฟฟ้าวิวัฒนาการ บุหรี่ไฟฟ้า สารเคมีและสารแต่งกลิ่นในบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าในมิติต่างๆ เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
สร้างการรับรู้โทษพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน และสาธารณสุข	- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้วย 9 เหตุผลที่ประเทศไทย ต้องคงมาตรการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า - หลักสูตรการเรียนการสอนหรือนิทานเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับนักเรียน นักศึกษาทุกระดับชั้น - จัดทำ key message เช่น บุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษ เสพติด อันตราย, คนไทยไม่เอาบุหรี่ไฟฟ้า, บุหรี่ไฟฟ้าหยุดโคหกได้แล้ว, กระชากหน้ากากรุกริบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า : นิโคตินเสพ จน ตาย, บุหรี่ไฟฟ้า ฟิน จนตาย, ร่วมปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น - จัดทำแผนงานการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนจากการเสพติดบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง เพื่อสร้างการรับรู้ถึงพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้า - สื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักรู้ถึงพิษภัยและอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งกระตุ้นให้ประชาชนลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน
เฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า	การพัฒนาและปรับปรุงกฎหมาย - เพิ่มการห้ามผลิตเพื่อขาย ซึ่งเพิ่มเติมจากเดิมที่ห้ามเฉพาะ การขาย และการให้บริการบุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาสำหรับเติมบุหรี่ไฟฟ้า - ห้ามมิให้นักเรียน และนักศึกษาผลิต ซื้อ ขาย แจก แลกเปลี่ยน ให้ ส่งมอบ ให้บริการ เสพ บริโภค สูบ ครอบครอง หรือกระทำการอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ซึ่งสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สิ่งมีเนมา บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า น้ำยาสำหรับเติมบุหรี่ไฟฟ้า บารากู ด้วยบารากู บารากูไฟฟ้า น้ำยาสำหรับเติมบารากู

ตารางที่ 1 สรุปผลการดำเนินการตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย (ต่อ)

Table 1 Summarizes of implementation results based on the 5 measures to prevent and control the electronic cigarette epidemic in Thailand (continue)

มาตรการ	ผลการดำเนินงาน
	ไฟฟ้า หรือยาเสพติดตามกฎหมายยาเสพติด ซึ่งเพิ่มเติมจากเดิมที่ห้ามซื้อ จำหน่าย แลกเปลี่ยน เสพสุราหรือสิ่งมีนเมา บุหรี่ หรือยาเสพติด
	- จัดทำแนวทางปฏิบัติกรณีความผิดปกติบุหรี่ไฟฟ้าที่ชัดเจนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
	- แก้ไขเพิ่มเติมเกณฑ์การเปรียบเทียบงบดุลการฟ้องร้องตามพระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 กรณีของกลางเป็นบุหรี่ไฟฟ้า บารากู และบารากูไฟฟ้า ให้ผู้กระทำความผิด ต้องชำระค่าปรับหนึ่งเท่า ของราคาของรวมค่าอากร และให้ยกของกลางให้เป็นของแผ่นดิน
	การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมาย
	- ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและแจ้งเบาะแสเพื่อปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้า
	- จัดตั้งคณะทำงานบูรณาการเพื่อปราบปรามและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้การบูรณาการ ร่วมกันของทุกหน่วยงานในการปราบปรามและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นเอกภาพ ซึ่งในปี 2566 ดำเนินคดี จำนวน 959 คดี ปี 2567 ดำเนินคดี จำนวน 2,142 คดี และปี 2568 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568) จำนวน 690 คดี
	- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมปิดกั้นแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ากว่า 9,000 แพลตฟอร์ม พร้อมได้มีการหารือกับผู้ประกอบการเพื่อขอความร่วมมือในการปิดกั้น keyword การค้นหาที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า
	- ผู้ประกอบการธุรกิจให้บริการขนส่งต้องติดป้ายประชาสัมพันธ์ ห้ามมิให้มีการจัดส่งบุหรี่ไฟฟ้า นํ้ายาสำหรับ เติมนํ้าบุหรี่ไฟฟ้า และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบสินค้า กรณีมีเหตุอัน ควรสงสัย ให้ตรวจสอบโดยวิธีการผ่านเครื่องสแกน
การพัฒนาศักยภาพ ภาครัฐและเอกชน	- จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในส่วนกลาง/พื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนให้การเฝ้าระวังโรค ปอดอักเสบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเน้นให้แพทย์ต้องซักประวัติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในผู้ป่วยที่เข้าข่าย ภาวะปอดอักเสบ
มาตรการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า	- สนับสนุนกิจกรรมเชิง policy advocacy เชิญชวนผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (influencer) ขับเคลื่อนเพื่อ การรับรู้เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า
ยีนยันนโยบายและ มาตรการป้องกันและ	- สนับสนุนนโยบายทางการเมืองในการป้องกันและปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ชี้นะ/สื่อสารข้อมูลประเด็น บุหรี่ไฟฟ้าให้กับพรรคการเมือง นักการเมือง และผู้กำหนดนโยบายทุกระดับยับยั้งประเด็นปัญหา
การปราบปราม	เสนอต่อคณะกรรมการกฤษฎีกา/องค์การกำกับและตรวจสอบการทำงานเพื่อให้มีการเร่งรัด กำกับ ติดตามการแก้ไข ปัญหาเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า และการเข้าให้ข้อมูลต่อคณะกรรมการกฤษฎีกาต่าง ๆ
การแพร่ระบาด บุหรี่ไฟฟ้า	เพื่อให้มีข้อเสนอแนะและบทสรุป (รายงานการศึกษา) เสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและรัฐบาล
	- สนับสนุน ผลักดันผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับ เพื่อให้เกิดมาตรการในการปฏิบัติตามนโยบายและ กฎหมาย เช่น การประชุมวิชาการ เวทีเสวนา เวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมเชิงสัญลักษณ์โดย ผู้กำหนดนโยบายระดับต่างๆ และการสร้างกระแส โดยภาคประชาสังคมและประชาชน

เมื่อนำข้อมูลจากการสังเกตและประเมินผลการ ดำเนินการตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการ แพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ามาวิเคราะห์พบว่า แม้ประเทศไทย จะมีมาตรการทางกฎหมายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ ไฟฟ้า ซึ่งถือว่าเหมาะสมกับบริบทของประเทศ แต่ยังไม่ มีพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นไว้เป็นการเฉพาะ โดยที่ผ่านมา

ได้มีการประกาศใช้กฎหมายลำดับรอง โดยอาศัยฐาน อำนาจจากกฎหมายแม่บทหลายฉบับและกระจายอำนาจ ให้หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการตามภารกิจของตน ส่งผล ให้การบังคับใช้ขาดความชัดเจน เกิดช่องว่างในตัวบท กฎหมาย ประกอบกับมีข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และกลไกสนับสนุน ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการลักลอบนำเข้า

จำหน่าย หรือส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผ่านช่องทางออนไลน์และหน้าร้านที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าข้ามพรมแดนที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันการสื่อสารถึงพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้ายังขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังนั้น ประเทศไทยต้องคงมาตรการห้ามนำเข้า ผลิต และขายบุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิด นโยบายต้องชัดเจน เพื่อให้กลไกการปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าทั้งระบบมีประสิทธิภาพ โดยต้องเน้นการปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้พิษภัยอันตรายของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และรู้เท่าทันกลยุทธ์ธุรกิจยาสูบ และทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วน ร่วมกันบูรณาการเพื่อยกระบบกลไกการบังคับใช้กฎหมายเชิงรุก แก้ไขข้อจำกัดขัดข้องรื้อหา เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายปัจจุบันมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพิจารณาความเป็นไปได้ในการตรากฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าระดับพระราชบัญญัติ เพื่อกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิด เป็นสิ่งผิดกฎหมายแบบเบ็ดเสร็จ โดยครอบคลุมถึงการห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามผลิต ห้ามให้บริการ ห้ามครอบครอง และบทกำหนดโทษสำหรับผู้กระทำความผิด

วิจารณ์

การสร้างและพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ามีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการปฏิรูปที่ 7 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค⁽¹¹⁾ และแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565–2570) ที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคไม่ติดต่อ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ถึงโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และการยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจากการประเมินคุณภาพ

ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องมาจากมาตรการฯ ที่พัฒนาขึ้นนั้น โดยอาศัยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม⁽⁹⁾ ซึ่งมีขั้นตอนที่เป็นระบบ มีความถูกต้องเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์ จากการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงมาตรการฯ ให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ร่วมกับการบูรณาการให้เข้ากับภารกิจของหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอนและเป็นไปตามบริบทและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น⁽¹⁰⁾ แต่ยังไม่ได้มีการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนผลการดำเนินงานหลังจากขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยหลายหน่วยงานได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ มาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ควรได้รับการพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมีการบูรณาการแนวทางทางกฎหมาย การบังคับใช้ การสื่อสารความเสี่ยง และการคุ้มครองเยาวชนอย่างรอบด้าน เพื่อให้สามารถยกระดับการตอบโต้การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการติดตามความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุม การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้สามารถปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการได้อย่างเหมาะสม

2) ควรดำเนินการศึกษาและประเมินผล 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ในประเทศไทยผ่านกลไกของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการ

ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัด พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนามาตรการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ในกรณีที่มีการปรับปรุง 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าในประเทศไทย กรมควบคุมโรค ควรยกระดับมาตรการให้ครอบคลุมด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้เสพติดบุนหรีไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

4) กรมควบคุมโรคควรจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าเป็นวาระแห่งชาติ โดยเร่งรัดการดำเนินการมาตรการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเสนอแนะแก่รัฐบาลและผู้กำหนดนโยบายทั้งฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้า โดยทุกหน่วยงาน ภาคส่วน ร่วมกันบูรณาการการทำงานเพื่อให้บรรลุผลโดยเร็ว

5) รัฐบาลควรกำหนดนโยบายเพื่อปราบปรามบุนหรีไฟฟ้าให้ชัดเจนเพื่อให้กลไกทั้งระบบมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้นโยบายการแก้ไขปัญหาเสพติดของรัฐบาลบรรลุผลสำเร็จเร็วขึ้น โดยทุกหน่วยงาน ทุกภาคส่วน ต้องร่วมบูรณาการอย่างเข้มแข็ง รวมถึงการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุนหรีไฟฟ้าแก่ประชาชน

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลผ่านสารสนเทศกลุ่ม และการประชุมราชการ ซึ่งใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ทำให้ข้อมูลที่ได้รับอาจสะท้อนมุมมองหรือความคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลานั้นเท่านั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงหรือสรุปภาพรวมในวงกว้างได้ ข้อจำกัดในด้านข้อมูลที่ใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานระดับพื้นที่ เนื่องจากมีการรายงานผลการดำเนินงานจากคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดจำนวนน้อย

สรุป

มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าในประเทศไทย ประกอบด้วย การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้า การสร้างความรู้ถึงโทษและพิษภัยของบุนหรีไฟฟ้า การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเพื่อปราบปรามการลักลอบนำเข้าจำหน่ายและโฆษณาบุนหรีไฟฟ้า การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมบุนหรีไฟฟ้าในทุกภาคส่วน และการยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้า ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน ภาคีเครือข่ายด้านการควบคุมยาสูบ และประชาชน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังเน้นการนำผลลัพธ์และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานมาใช้สนับสนุนการพัฒนามาตรการทางกฎหมายให้มีความครอบคลุม ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงการส่งเสริมนโยบายและแนวทางอื่น ๆ ที่มุ่งป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าในประเทศไทยอย่างเข้มแข็ง อันจะนำไปสู่การปกป้องเด็กและเยาวชนจากอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ ควรมีการติดตามความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตาม 5 มาตรการ ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรยกระดับมาตรการให้ครอบคลุมด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้เสพติดบุนหรีไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากรกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ คณะ

กรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ผู้รับผิดชอบ งานควบคุมยาสูบ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1-12 สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน และภาคีเครือข่ายเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการ ขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ บุหรี่ไฟฟ้า

เอกสารอ้างอิง

1. Patanavanich R, Glantz S. Successful countering of tobacco industry efforts to overturn Thailand's ENDS ban. *Tob Control*. 2020;30(E1):e10–9.
2. Thawal R, Vorrayuth P. Problems in law enforcement for controlling electronic cigarettes. *Law Journal of Sisaket Rajabhat University*. 2024;1(1):65–83. (in Thai)
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. 1st ed. Geneva: WHO Headquarters; 2023.
4. Krsemann E, Boesveldt S, Graaf K, Talhout R. An e-liquid flavor wheel: a shared vocabulary based on systematically reviewing e-liquid flavor classifications in literature. *Nicotine Tob Res*. 2019;21(10):1310–9.
5. Ministry of Public Health Department of Disease Control, World Health Organization, Mahidol University, US Centers for Disease Control and Prevention. 2022 Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Thailand. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022.
6. Office of Tobacco Products Control Committee. Developing measures to prevent and control the electronic cigarette epidemic in Thailand. National Tobacco Products Control Committee meeting report, 29 March 2023. Nonthaburi: Office of Tobacco Products Control Committee; 2023. (in Thai)
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. MacDonald C. Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*. 2012;13(2):34–50.
9. Almeida E, Sanchez E, Soto B, Felix L, Perez V. Development of a participatory research centre as part of an ongoing rural development program. *Journal of Applied Behavioral Science*. 1983;19(3):295–306.
10. Bledsoe K. The use of multiple evaluation approaches in program evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2005;26(3):302–19.
11. Thanikarn S, Saowaluck K. 20 years of national strategy for the development of Thailand. *Journal of Modern Learning Development*. 2023;8(1):413–35. (in Thai)
12. Office of Tobacco Products Control Committee. National Tobacco Control Action Plan No. 3 (2022–2027) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022 [cited 2025 Mar 2]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1303520220819050919.pdf> (in Thai)

การสอบสวนโรค

Outbreak Investigation

การสอบสวนโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อน ในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน
ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มิถุนายน 2567

Investigation of a cluster of acute diarrhea outbreak among youth athletes at
a temporary sports accommodation, School A,
Mueang District, Chiang Rai Province, June 2024

รัชดาภรณ์ ภาพจิตรศิลป์

Ratchadaporn Papwijitsil

อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค

Amornrat Wiriyaprasobchok

อนุชา อินตะเนตร

Anucha Intanate

กฤติยา ทองดี

Kittiya Thongdee

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Chiang Rai Prachanukroh Hospital

DOI: 10.14456/dcj.2025.29

Received: February 17, 2025 | Revised: April 21, 2025 | Accepted: May 3, 2025

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2567 งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับแจ้งจากห้องฉุกเฉินว่าพบนักกีฬาเยาวชนมาตรวจด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง อาเจียน จำนวนหลายราย จึงได้ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค เพื่อยืนยันการระบาด ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ค้นหาสาเหตุของการระบาด รวมถึงกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรค วิธีการศึกษาเป็นแบบเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์โดยวิธี retrospective cohort study เก็บข้อมูลและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยนิยามผู้ป่วย คือ ครูหรือนักกีฬาในที่พักนักกีฬาชั่วคราวโรงเรียน A มีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ ไข้ ถ่ายเหลว คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ตั้งแต่วันที่ 3 ถึง 16 มิถุนายน 2567 ศึกษาสภาพแวดล้อมและเก็บตัวอย่างอุจจาระและสิ่งแวดล้อมส่งเพาะเชื้อแบคทีเรีย ผลการศึกษาค้นพบครูและนักกีฬาเยาวชนทั้งหมด 118 ราย มีผู้ป่วยที่เข้านิยาม 41 ราย อัตราป่วยร้อยละ 34.7 ซึ่งเป็นนักกีฬาเยาวชนทั้งหมด ผลเพาะเชื้อพบ *Escherichia coli* ในอุจจาระของผู้ป่วย น้ำแข็งในถังแช่วัตถุดิบ และน้ำดื่มในกระติกน้ำแข็ง พบอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุของการระบาด คือ ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง (adjusted odds ratio (aOR)=4.06, 95% CI=1.16-14.19, $p<0.05$) และน้ำดื่มในกระติกน้ำแข็ง (aOR=7.29, 95% CI=1.89-28.04, $p<0.05$) จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมพบว่า การจัดเก็บวัตถุดิบและสุขอนามัยไม่ได้มาตรฐานตามหลักสุขาภิบาลอาหาร และน้ำ มาตรการควบคุมโรคที่ดำเนินการ ได้แก่ ให้หยุดดื่มน้ำในกระติก ยกเลิกการปรุงอาหารภายในที่พักนักกีฬา ให้สุศึกษาเรื่องสุขาภิบาลอาหารและน้ำแก่ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยลดลงและไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมก่อนสิ้นสุดการแข่งขัน ทั้งนี้หากมีการจัดงานแข่งขันกีฬาลักษณะคล้ายกันนี้ในครั้งถัดไปควรมีการเตรียมพร้อมสถานที่และทรัพยากร และให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลแก่ผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการประเมินสุขอนามัยให้ได้มาตรฐานก่อนเริ่มการแข่งขันเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำอีก

ติดต่อผู้พิมพ์ : รัชดาภรณ์ ภาพจิตรศิลป์

อีเมล : kaenoiap@gmail.com

Abstract

On June 8, 2024, the Disease Prevention and Control and Epidemiology Unit of Chiang Rai Prachanukroh Hospital was notified by the emergency department of multiple youth athletes presenting with diarrhea, abdominal pain, and vomiting. An outbreak investigation was conducted to confirm the outbreak, study outbreak characteristics, identify the source, and implement control measures. A descriptive and analytical study using a retrospective cohort design was performed. Data collection and active case finding were conducted, with case definition including any coach or athlete at the temporary sports accommodation of School A who exhibited at least two symptoms of fever, diarrhea, nausea/vomiting, or abdominal pain between June 3 and June 16, 2024. Environmental study was conducted, and stool and environmental samples were collected for bacterial culture. The investigation identified 118 individuals (coaches and athletes), with 41 cases meeting the case definition, and an attack rate of 34.7%. All cases were youth athletes. *Escherichia coli* was detected in stool samples, ice used for food storage, and drinking water from an ice container. Suspected sources were meal boxes prepared by coaches (adjusted odds ratio (aOR)=4.06, 95% CI=1.16–14.19, $p<0.05$) and drinking water from the ice container (aOR=7.29, 95% CI=1.89–28.04, $p<0.05$). Environmental assessments revealed improper food storage and inadequate sanitation, failing to meet food and water hygiene standards. Control measures included halting water consumption from the container, discontinuing food preparation at School A, and providing health education on food and water hygiene. Following these interventions, the number of cases declined, and no additional cases were reported before the competition ended. For future sporting events of a similar nature, proper venue preparation, resource allocation, and hygiene education for all stakeholders should be ensured. A hygiene auditing team should also be established to meet standards before the event to prevent recurring outbreaks.

Correspondence: Ratchadaporn Papwijitsil

E-mail: kaenoipap@gmail.com

คำสำคัญ	Keywords
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน, เชื้อ <i>Escherichia coli</i> , การระบาดเป็นกลุ่มก้อน, กีฬาเยาวชน	Acute diarrhea, <i>Escherichia coli</i> , Cluster, Youth Sports Competition

บทนำ

ในประเทศไทย โรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคติดต่อที่พบบ่อยที่สุด ข้อมูลจากกองระบาดวิทยาพบว่าในปี 2566 โรคอาหารเป็นพิษมีอัตราป่วย 131.95 รายต่อแสนประชากร และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1,011.99 รายต่อแสนประชากร⁽¹⁾ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อน

366

สารพิษหรือจุลินทรีย์ก่อโรคในอาหารหรือน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างโดยเฉพาะเมื่ออาหารที่ปนเปื้อนถูกบริโภคโดยกลุ่มคนจำนวนมาก กิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนหมู่มาก เช่น การแข่งขันกีฬา ค่ายพักแรม งานบุญ หรือมหกรรมต่าง ๆ มักจัดขึ้นในสถานที่เฉพาะกิจ ซึ่งอาจขาดทรัพยากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็น โดยเฉพาะความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิของวัตถุดิบ อาหาร และน้ำดื่ม ตลอดจนการจัดเก็บที่

เหมาะสม ส่งผลให้เชื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อก่อโรค และนำไปสู่การระบาดของโรคได้⁽²⁾ เชื้อก่อโรคที่พบการระบาดบ่อย ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เช่น *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* (*E. coli*) และ *Salmonella spp.* เป็นต้น เชื้อไวรัส เช่น norovirus และ rotavirus และอาจเกิดจากการปนเปื้อนของโปรโตซัว พยาธิ และปรสิตอื่น ๆ ได้เช่นกัน⁽³⁾ จากการทบทวนสถานการณ์อุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนและอาหารเป็นพิษในประเทศไทยระหว่างปี 2566–2567 จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค พบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานแข่งขันมหกรรมกีฬา 1 เหตุการณ์ที่จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นงานแข่งขันที่มีการรวมตัวของนักกีฬาจากหลายจังหวัด โดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อก่อโรค ได้แก่ norovirus และ enteropathogenic *E. coli* (EPEC) นอกจากนี้ยังพบว่ามียารายงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดแข่งกีฬาสีภายในโรงเรียนอีกหลายจังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์พบเชื้อ *Salmonella spp.* จังหวัดพิษณุโลกพบเชื้อ *Campylobacter spp.* และ norovirus จังหวัดนนทบุรีพบเชื้อ *Salmonella spp.* และจังหวัดชัยนาทตรวจไม่พบเชื้อก่อโรคชัดเจน สำหรับจังหวัดเชียงรายไม่พบรายงานโรคอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนหรืออาหารเป็นพิษที่เกี่ยวข้องกับงานแข่งขันกีฬาและกีฬาสีในช่วงเวลาดังกล่าว⁽⁴⁾

วันที่ 8 มิถุนายน 2567 เวลา 20.00 น. งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับแจ้งจากห้องตรวจฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบนักกีฬาเยาวชนมาตรวจด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง อาเจียน จำนวนหลายราย งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ร่วมกับกองการแพทย์และสาธารณสุขเทศบาลนครเชียงราย ร่วมดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ในวันที่ 9–16 มิถุนายน 2567

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง

จังหวัดเชียงรายเพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของการระบาด และหาสาเหตุและแหล่งเริ่มต้นของการระบาด รวมทั้งควบคุมป้องกันและให้คำแนะนำในการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำ

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ทบทวนสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปี 2566–2567 และมัชฐาน 5 ปีย้อนหลัง จากรายงาน 506

1.2 เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนในโรงพยาบาลและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A โดยกำหนดนิยามโรคดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) หมายถึง ครูผู้ฝึกสอนหรือนักกีฬาในที่พักนักกีฬาชั่วคราว ในโรงเรียน A มีอาการอย่างน้อย 2 ข้อดังต่อไปนี้ ได้แก่ ไข้ ถ่ายเหลว คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน ถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2567

ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีเพาะเชื้อแบคทีเรียจากอุจจาระให้ผลพบเชื้อก่อโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ซึ่งเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานะ ประเภทกีฬาที่แข่ง และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ วันที่เริ่มป่วย อาการและอาการแสดง ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำดื่มในช่วงก่อนเริ่มป่วย

1.3 ศึกษาด้านสภาพแวดล้อมและสุขาภิบาลอาหารและน้ำ รวมถึงอาคารนอน ห้องน้ำ และที่พักนักกีฬา โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์

1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยสงสัย 6 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างมือของครูผู้ทำหน้าที่ประกอบอาหาร 1 ตัวอย่าง (ครูไม่ยินยอมให้เก็บ rectal swab) โดยอุจจาระและมือเก็บผ่าน Cary–Blair transport medium เก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อม ได้แก่ น้ำดื่มในขวดบรรจุพลาสติกปริมาณ 600 มิลลิลิตร 1 ตัวอย่าง น้ำดื่มในกระติกน้ำแข็งในโรงครัวปริมาณ

600 มิลลิลิตร 1 ตัวอย่าง และน้ำแข็งจากถังแช่ตู้ถุดิบ ประกอบอาหารในโรงครัวใส่ถุงซิปล็อคใหม่ขนาด 8*12 นิ้ว 1 ตัวอย่าง ตัวอย่างทั้งหมดเก็บในวันที่ 9 มิถุนายน 2567 ส่งเพาะเชื้อแบคทีเรียโดยวิธี direct culture แบบ classical method ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล เชียงรายประชาชนเคราะห์ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน งานเทคนิคการแพทย์จากสภาเทคนิคการแพทย์แล้ว (Laboratory Accreditation: LA) ไม่ได้เก็บตัวอย่าง อาหารที่สงสัยเนื่องจากไม่เหลือตัวอย่างให้เก็บ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยข้อมูลแบบ ต่อเนื่อง จะนำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน และ interquartile range (IQR) ข้อมูลเชิงคุณลักษณะ (categorical data) จะนำเสนอเป็นจำนวน และอัตราป่วย (ร้อยละ)

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

การศึกษาแบบ retrospective cohort study กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือครูผู้ฝึกสอนและนักกีฬาในทีมที่ฝึก นักกีฬาชั่วคราวในโรงเรียน A ทั้งหมด กำหนดให้ผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วง คือ ผู้ที่ป่วยที่เข้านิยามทั้งผู้ป่วยสงสัยและ ผู้ป่วยยืนยัน

วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการระบาดโดยใช้ univariable analysis หาค่า risk ratio (RR), 95% confidence interval (CI) และ p -value โดยใช้ chi-square test เลือกปัจจัยที่ p -value<0.200⁽⁵⁾ มา วิเคราะห์ multivariable analysis ต่อโดยวิธี logistic regression แสดงค่า adjusted odds ratio (aOR) และ 95% CI กำหนด p -value<0.05 ให้มีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ STATA® version 14.0

ผลการสอบสวนโรค

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ผลการทบทวนสถานการณ์โรคอุจจาระร่วง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปี 2566-2567 และมัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง จากรายงาน 506 พบจำนวน ผู้ป่วยมากที่สุดช่วงต้นปีซึ่งพบประมาณ 500-700 ราย ต่อเดือน และมีแนวโน้มลดลงตามลำดับจนถึงช่วงปลาย

ปีซึ่งพบประมาณ 300-400 รายต่อเดือน ในปี 2567 ช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม (ก่อนเหตุการณ์ระบาด นี้) พบจำนวนผู้ป่วยมากกว่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง สำหรับเหตุการณ์ครั้งนี้ถือว่าการระบาด เนื่องจากการพบ ผู้ป่วยหลายสิบรายในช่วงเวลาใกล้เคียงกันและมีความ เชื่อมโยงกับเหตุการณ์เดียวกัน

จังหวัดเชียงรายเป็นเจ้าภาพในการจัดงาน แข่งขันกีฬาเยาวชนทั่วประเทศในช่วงวันที่ 3-13 มิถุนายน 2567 มีคณะนักกีฬาและครูผู้ฝึกสอนเดินทาง มาจากหลายจังหวัด ทางเจ้าภาพได้จัดที่พักนักกีฬา ชั่วคราวโดยให้พักตามโรงเรียนต่างๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โรงเรียน A เป็นหนึ่งในสถานที่ที่ถูก จัดตั้งให้เป็นที่พักนักกีฬาชั่วคราว โดยมีคณะนักกีฬา เยาวชนจำนวน 102 คน และครูผู้ฝึกสอนจำนวน 16 คน เข้าพักที่โรงเรียนแห่งนี้ จากการสอบสวนพบผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนในกลุ่มนักกีฬาที่พักใน โรงเรียน A เพียงแห่งเดียว โดยพบผู้ป่วยเข้านิยาม ทั้งหมดจำนวน 41 ราย อัตราป่วยร้อยละ 34.7 แบ่งเป็น ผู้ป่วยสงสัย 37 ราย (ร้อยละ 90.2) ผู้ป่วยยืนยัน 4 ราย (ร้อยละ 9.8) ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มนักกีฬาเยาวชน (ร้อยละ 100) ไม่พบครูผู้ฝึกสอนมีอาการที่เข้านิยามโรค อัตราป่วยเพศชาย 33 ราย (ร้อยละ 41.3) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 21.1) มัธยฐานอายุ 13 ปี (IQR=3) เมื่อ แบ่งตามประเภทกีฬา เป็นนักกีฬากีฬาอายุไม่เกิน 12 ปี 14 ราย (ร้อยละ 58.3) นักกีฬากีฬาอายุไม่เกิน 16 ปี 16 ราย (ร้อยละ 61.5) นักกีฬาฟุตบอล 7 ราย (ร้อยละ 21.9) และนักกีฬาวอลเลย์บอล 4 ราย (ร้อยละ 33.3) ไม่พบนักกีฬาเบตองและหมากรุกที่มีอาการเข้า กับนิยามโรค รายละเอียดอัตราป่วยจำแนกตามข้อมูล ทัวไปแสดงในตารางที่ 1

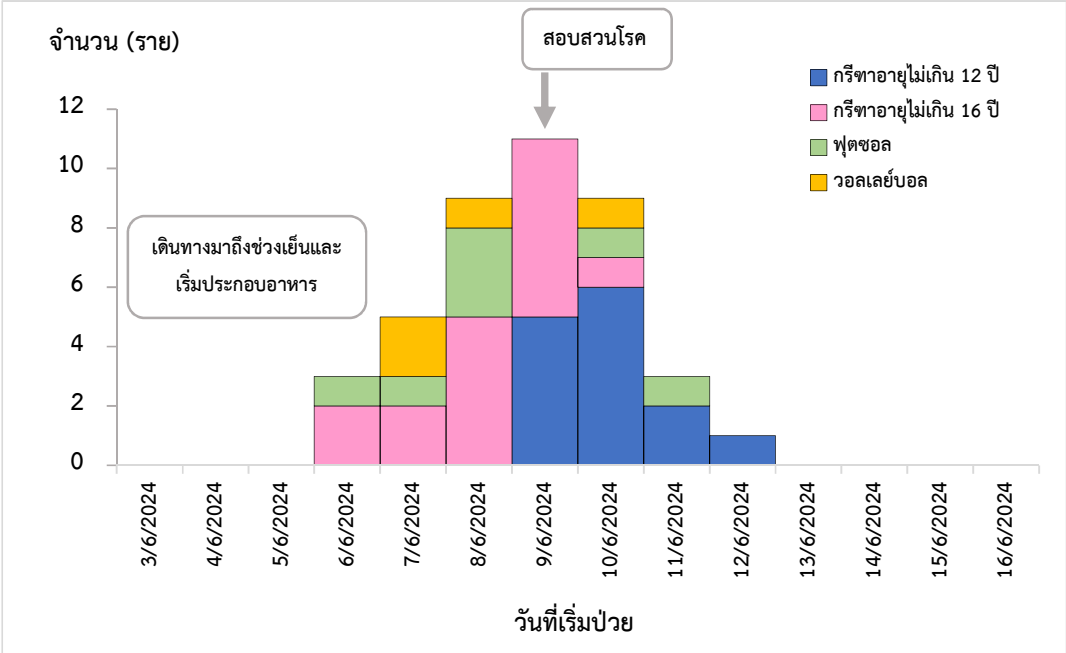
ผู้ป่วยรายแรกมีอาการวันที่ 6 มิถุนายน เป็นนักกีฬากีฬารุ่นอายุไม่เกิน 16 ปี มีอาการ ปวดท้อง คลื่นไส้ และถ่ายเหลวเป็นน้ำ จากนั้นพบนักกีฬากีฬารุ่นเดียวกันมีอาการป่วยเพิ่มอีก 3 ราย และนักกีฬา ฟุตบอลและวอลเลย์บอลมีอาการป่วยที่เข้านิยามเพิ่มตาม มา จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในวันที่ 8

มิถุนายน ซึ่งเป็นวันที่ครูผู้ฝึกสอนได้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในวันที่ 9 มิถุนายน (11 ราย) ซึ่งเป็นวันที่ลงสอบสวนโรค หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงตามลำดับ พบผู้ป่วยรายสุดท้ายวันที่ 12 มิถุนายน จำนวน 1 ราย (ภาพที่ 1) อาการที่พบ ได้แก่ ถ่ายเหลว 41 ราย (ร้อยละ 100) ปวดท้อง 29 ราย (ร้อยละ 70.7) ไข้ 15 ราย (ร้อยละ 36.6) และคลื่นไส้/อาเจียน 14 ราย (ร้อยละ 34.1) ตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายไม่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 3-16 มิถุนายน 2567

Table 1 Acute diarrhea cases by demographic characteristics at the temporary sports accommodation, School A, Mueang District, Chiang Rai, June 3-16, 2024

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ป่วย	อัตราป่วย (ร้อยละ)
รวมทั้งหมด	118	41	34.7
เพศ			
- ชาย	80	33	41.3
- หญิง	38	8	21.1
อายุ (ปี)			
- <12	34	12	35.3
- 12-15	67	28	41.8
- >16	17	1	5.9
บทบาท			
- นักกีฬาเยาวชน	102	41	40.2
- ครูผู้ฝึกสอน	16	0	0.0
ประเภทกีฬา			
- กรีฑาอายุไม่เกิน 12 ปี	24	14	58.3
- กรีฑาอายุไม่เกิน 16 ปี	26	16	61.5
- ฟุตบอล	32	7	21.9
- วอลเลย์บอล	12	4	33.3
- เปตอง	5	0	0.0
- หมากรูก	3	0	0.0



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง กระจ่ายตามวันที่เริ่มป่วยและประเภทนักกีฬา ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย วันที่ 3-16 มิถุนายน 2567 (จำนวน=41)

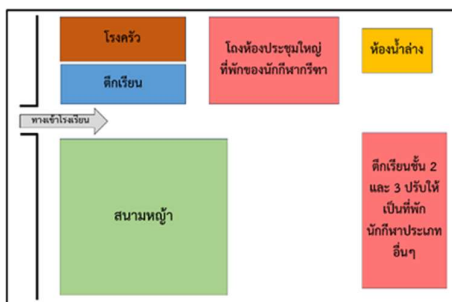
Figure 1 Distribution of acute diarrhea cases by onset date and type of athlete at the temporary sports accommodation, School A, Mueang District, Chiang Rai, June 3-16, 2024 (n=41)

การศึกษาสิ่งแวดล้อมพบว่าโรงเรียน A ได้ถูกปรับให้เป็นที่พักนักกีฬาชั่วคราวในการแข่งขันกีฬาเยาวชนซึ่งจังหวัดเชียงรายเป็นเจ้าภาพ คณะนักกีฬาเริ่มเข้าพักในวันที่ 3 มิถุนายน 2567 ในช่วงเย็น โดยใช้ห้องเรียนบนตึกชั้น 2 และ 3 ให้เป็นที่นอนของนักกีฬาวอลเลย์บอล ฟุตซอล เปตอง หมากรุก และกรีฑาบางส่วน ในส่วนของโรงห้องประชุมใหญ่เป็นอาคารชั้นเดียวจะเป็นที่นอนของนักกีฬากรีฑาเป็นส่วนใหญ่ (ภาพที่ 2) ส่วนสนามที่ทำการแข่งขันจะเป็นสนามกีฬากลางแจ้งอยู่ไกลจากโรงเรียน A นักกีฬาจะต้องขึ้นรถไปแข่งในตอนเช้า แล้วกลับมาพักที่โรงเรียน A ในตอนเย็น ห้องน้ำจะเป็นห้องน้ำประจําตึกและห้องน้ำรวมชั้นล่างไม่มีสบู่อ่างล้างมือที่อ่างล้างมือ นักกีฬาส่วนใหญ่จะอาบน้ำโดยใช้สบู่อ่างล้างมือ แต่เวลาเข้าห้องน้ำเพื่อถ่ายหนักหรือเบาจะไม่ได้ล้างมืออ่างล้างมือด้วย สำหรับอาหารที่รับประทานจะมีที่มา 2 แหล่ง แหล่งแรกจะเป็นการซื้ออาหาร

จากร้านอาหารเป็นข้าวกล่องหรือไปรับประทานอาหารที่ร้านซึ่งจะเปลี่ยนร้านไปเรื่อยๆ แหล่งที่สองคือ ครูผู้ฝึกสอนจะเป็นผู้ปรุงอาหารเองโดยเริ่มตั้งแต่เย็นวันที่ 3 มิถุนายนแล้วทำเป็นข้าวกล่องให้นักกีฬาเกือบทุกมื้อ ในแต่ละมื้อจะได้ประมาณ 40-50 กล่อง โดยทำใหม่มือต่อมือครูผู้ฝึกสอนที่เป็นผู้ปรุงอาหารจะรับประทานอาหารที่ตนเองปรุงทุกครั้ง แต่จะตักใส่จานแยกรับประทานเองไม่ได้รับประทานจากกล่องเหมือนกับนักกีฬาเหตุผลที่ต้องทำอาหารเองบางส่วนเนื่องจากต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย การซื้อวัตถุดิบจะซื้อที่ตลาดสดและห้างสรรพสินค้าบริเวณใกล้ที่พักและแหล่งของสดในถังน้ำแข็งเนื่องจากไม่มีตู้แช่เย็นสำหรับแช่วัตถุดิบ ไม่ได้ทำความสะอาดถังน้ำแข็งเลยตั้งแต่วันแรกที่ใช้จนเมื่อซื้อวัตถุดิบมาใหม่ก็จะแช่ต่อแล้วเติมน้ำแข็งเรื่อยๆ พบว่ามีการแช่ของสด เช่น เนื้อสัตว์ ผัก รวมกับผลไม้และเครื่องดื่ม (ภาพที่ 3) น้ำสำหรับประกอบอาหารจะ

เป็นน้ำดื่มถึงใหญ่ ส่วนน้ำดื่มจะมี 2 ส่วน คือ น้ำบรรจุขวดพลาสติกชนิดดื่มหมดแล้วทิ้งซึ่งนักกีฬาจะได้ดื่มจากส่วนนี้ทุกคน (ร้อยละ 100) ส่วนที่สองจะเป็นน้ำแช่แข็งใส่กระติกใหญ่ตั้งไว้ที่บริเวณโรงครัวเพื่อให้ นักกีฬาได้ดื่มน้ำเย็น (ภาพที่ 4) เนื่องจากไม่มีตู้แช่เย็น เมื่อนักกีฬากลับมาจากการแข่งขันก็จะแวะมาดื่มน้ำจากกระติกนี้แต่ไม่ได้ดื่มทุกคน มีการใช้แก้วน้ำร่วมกันดื่มน้ำดื่มจากกระติกโดยตรง ในขณะที่ครูผู้ฝึกสอนที่เป็นผู้ปรุงอาหารจะดื่มน้ำจากขวดพลาสติก ไม่ได้ดื่มน้ำจากกระติก ร่วมกับนักกีฬา โรงครัวจะตั้งอยู่ใกล้กับโถงห้องประชุมใหญ่ที่อยู่ชั้นล่างที่เป็นที่พักของนักกีฬากีฬา ขวักล่อง

ที่ครูผู้ฝึกสอนปรุงเองส่วนใหญ่จะถูกแจกจ่ายให้นักกีฬากีฬาที่พักอยู่ชั้นล่างนี้ซึ่งเป็นประเภทกีฬาที่พบอัตราป่วยสูงสุด บางมือที่ทำได้มากก็จะมีแจกจ่ายไปยังนักกีฬาประเภทอื่นด้วย เมนูในแต่ละมื้อจะหมุนเวียนไปเรื่อย ๆ แล้วแต่วัตถุดิบที่หาได้ในวันนั้น ๆ สภาพแวดล้อมในโรงครัว มีหนูวิ่งตามท่อน้ำและมากินเศษอาหารที่ตกตามพื้นโรงครัว มีการวางของตามพื้นและเก้าอี้ การจัดวางของไม่เป็นระเบียบ ไม่มีการแยกโซนของสุกและของดิบ (ภาพที่ 5) มีการใช้มือเปล่าหยิบจับของดิบและของสุกปนกันโดยไม่ได้สวมถุงมือ



ภาพที่ 2 ผังที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A

Figure 2 Layout of temporary sports accommodation, School A



ภาพที่ 3 ถังน้ำแข็งแช่วัตถุดิบประกอบอาหาร

Figure 3 Ice container for food ingredient storage



ภาพที่ 4 กระติกน้ำดื่มที่แช่น้ำแข็งในโรงครัว

Figure 4 Ice container at the food preparation area



ภาพที่ 5 สภาพแวดล้อมบริเวณโรงครัว

Figure 5 Environment around the food preparation area

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้านียมที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ให้ประวัติว่าก่อนจะมีอาการได้รับประทานส้มตำไก่ย่างที่ร้านอาหารหนึ่งในตอนเย็นของวันก่อนเกิดอาการ และบางรายรับประทานราดหน้าที่บ้านหนึ่ง โดยบางรายที่ไปรับประทานด้วยกันไม่มีอาการป่วย ส่วนอาหารมื้ออื่น ๆ จะรับประทาน “ข้าวกล่องจากครู” ซึ่งหมายถึงข้าวที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุงในโรงครัว โดยนักกีฬาไม่สามารถจำชื่อเมนูและมื้ออาหารและวันที่รับประทานข้าวกล่องได้แน่นอน จึงให้ข้อมูลเป็นภาพรวมคือ ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุงเท่านั้น สำหรับน้ำดื่มจะดื่มทั้งน้ำขวดบรรจุพลาสติกและน้ำเย็นจากกระติกแข็งในโรงครัว ส่วนผู้ป่วยรายอื่น ๆ มีประวัติรับประทานข้าวกล่องจากร้านข้างนอกบางครั้งซึ่งไม่ซ้ำร้านกัน แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุงและมีประวัติดื่มน้ำเย็นจากกระติกแข็งในโรงครัว จึงตั้งสมมติฐานอาหารที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นคือ ส้มตำไก่ย่าง ราดหน้า ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง และน้ำดื่มจากกระติก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากเพาะเชื้อในอุจจาระในผู้ป่วยสงสัย 6 ราย ขึ้นเชื้อ *Escherichia coli* (*E. coli*) 4 ราย ผลเพาะเชื้อจากมือของครูผู้ทำหน้าที่ปรุงอาหาร 1 ราย ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย ผลเพาะเชื้อน้ำ

แข็งในถังแช่วัตถุดิบประกอบอาหาร (ภาพที่ 3) 1 ตัวอย่าง พบเชื้อ *E. coli* ผลการเพาะเชื้อน้ำดื่มของนักกีฬาในกระติกน้ำแข็ง (ภาพที่ 4) 1 ตัวอย่าง พบเชื้อ *E. coli* ผลการเพาะเชื้อน้ำดื่มในขวดบรรจุพลาสติก 1 ตัวอย่าง ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาข้างต้น พบอาหารที่สงสัยที่จะเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อน จึงได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariable analysis) ผลพบว่า ราดหน้า (RR=0.27, 95% CI=0.07–1.01, p -value=0.016) ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง (RR=5.96, 95% CI=2.88–12.34, p -value<0.001) และน้ำเย็นจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว (RR=6.61, 95% CI=3.19–13.67, p -value<0.001) เป็นอาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วย (ตารางที่ 2) เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (multivariable analysis) พบว่าข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง (aOR=4.06, 95% CI=1.16–14.19, p -value=0.028) และน้ำเย็นจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว (aOR=7.29, 95% CI=1.89–28.04, p -value=0.004) เป็นอาหารที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารแต่ละชนิดกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A ด้วย univariable analysis (จำนวน=118)

Table 2 Association between food items and acute diarrhea among youth athletes at the temporary sports accommodation, School A, univariable analysis (n=118)

อาหาร/น้ำดื่มที่สงสัย	รับประทาน		ไม่ได้รับประทาน		RR (95% CI)	p -value
	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย		
ไก่ย่างส้มตำ	4	10	37	67	0.80 (0.34–1.91)	0.605
ราดหน้า	2	17	39	60	0.27 (0.07–1.01)	0.016
ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง	34	19	7	58	5.96 (2.88–12.34)	<0.001
น้ำเย็นจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว	34	16	7	61	6.61 (3.19–13.67)	<0.001

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารแต่ละชนิดกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A ด้วย multivariable analysis (n=118)

Table 3 Association between food items and acute diarrhea among youth athletes at the temporary sports accommodation, School A, multivariable analysis (n=118)

อาหาร/น้ำดื่มที่สงสัย	Adjusted OR (95% CI)	p-value
รดหน้า	0.96 (0.16–5.68)	0.969
ข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง	4.06 (1.16–14.19)	0.028
น้ำจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว	7.29 (1.89–28.04)	0.004

สิ่งที่ได้ดำเนินการเพื่อการควบคุมโรค

1. ให้หยุดดื่มน้ำเย็นจากกระติกน้ำแข็ง และให้เททิ้งทันที ให้ดื่มน้ำจากขวดบรรจุพลาสติก โดยให้ดื่มจากขวดของตนเองเท่านั้น

2. ให้หยุดการประกอบอาหารที่โรงครัว หากยังมีอาหารหรือวัตถุดิบอื่นที่เหลืออยู่ขอให้ทั้งพื้นที่ รับประทานอาหารจากร้านอาหารที่ تازه ใหม่ ไม่เก็บอาหารค้างมื้อ

3. ทำความสะอาดโรงครัว ถังน้ำแข็งที่แช่ วัตถุดิบ เก็บของให้เข้าที่และเป็นระเบียบ ให้มีการจัดการขยะให้เหมาะสม

4. ทำความสะอาดโถงห้องประชุมใหญ่ และตึกที่เป็นที่นอน เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อตามพื้นผิว โดยประสานกองการแพทย์และกองสาธารณสุข เทศบาลนครเชียงราย สนับสนุนน้ำยาทำความสะอาด

5. สนับสนุนสบู่ล้างมือที่ห้องน้ำและอ่างล้างมือ ทุกจุดของโรงเรียน กระตุ้นให้กลุ่มนักกีฬาล้างมือก่อน และหลังเข้าห้องน้ำและรับประทานอาหารทุกครั้ง

6. เฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มนักกีฬาและครูผู้ฝึกสอนที่โรงเรียน A อย่างต่อเนื่อง จนถึงวันที่ 16 มิถุนายน 2567 โดยประสานกับครูผู้ฝึกสอนแต่ละประเภทกีฬาโดยตรงวันต่อวัน

7. เฝ้าระวังอาการในกลุ่มผู้ป่วย หากอาการ ไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง ให้พามาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

8. ประสานกองการแพทย์และกองสาธารณสุข เทศบาลนครเชียงราย สื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้จัดงานกีฬา คณะนักกีฬา และโรงเรียนที่เป็นที่พักนักกีฬาชั่วคราว แห่งอื่น ๆ ให้เฝ้าระวังเรื่องโรคอุจจาระร่วง การป้องกัน

และให้สุศึกษาเรื่องสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ซึ่งจากการ เฝ้าระวังจนจบการแข่งขัน ไม่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง เป็นกลุ่มก้อนในที่พักนักกีฬาชั่วคราวแห่งอื่น

วิจารณ์

จากการสอบสวนโรคครั้งนี้ยืนยันการระบาดของ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อน ในกลุ่มนักกีฬา เยาวชน ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักกีฬากีฬา ประเภทอายุไม่เกิน 12 ปีและรุ่นไม่เกิน 16 ปี ซึ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับข้าวกล่องที่ครูผู้ฝึกสอนเป็นผู้ปรุง และ มีโอกาสดื่มน้ำในกระติกมากกว่านักกีฬาประเภทอื่น เนื่องจากพักอยู่ใกล้กับโรงครัว การสอบสวนอาศัย การศึกษารูปแบบ retrospective cohort ซึ่งสามารถ วิเคราะห์อัตราป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร กับการเกิดโรคได้ ผลการวิเคราะห์ชี้ว่า ข้าวกล่องที่ครู ผู้ฝึกสอนปรุง และ น้ำจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว เป็นสาเหตุที่มีแนวโน้มเชื่อมโยงกับการระบาดครั้งนี้ อย่างไรก็ตามรูปแบบการศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้ข้อมูลบางส่วน อาจไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะรายละเอียดเกี่ยวกับมื้ออาหาร ที่รับประทาน นักกีฬาส่วนหนึ่งไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ว่ารับประทานข้าวกล่องเมนูใด ในวันใดบ้าง จึงทำให้ การวิเคราะห์ต้องรวมข้อมูลเป็นภาพรวมเฉพาะว่าเป็น "ข้าวกล่องจากครู" โดยไม่จำแนกวันหรือเมนู นอกจากนี้ ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวน (confounding factors) ได้ดี เพราะข้อมูลไม่ได้ถูกวางแผนเก็บล่วงหน้า ทำให้ ผลของค่าความสัมพันธ์ที่ได้เป็นช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง สะท้อนถึงค่าประมาณการที่ยังคงมีความไม่แน่นอนอยู่ใน

ระดับหนึ่ง สำหรับผลทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *E. coli* จากตัวอย่างอุจจาระในผู้ป่วย น้ำแข็งในถังแช่วัตถุดิบประกอบอาหาร และน้ำจากกระติกน้ำแข็งในโรงครัว ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานว่าเชื้อนี้อาจเป็นสาเหตุหลักของการระบาด เมื่อทบทวนข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเคยเกิดเหตุการณ์คล้ายกันในประเทศลักเซมเบิร์ก โดยมีนักกีฬาจำนวน 31 รายป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาที่ม้า โดยสงสัยว่า พาสต้าสลัดซอสเพสโต้ เป็นสาเหตุของการระบาด แม้ไม่สามารถเก็บตัวอย่างอาหารมาตรวจได้ทันที แต่พบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ในอุจจาระของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าเกิดจากการควบคุมอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เชื้อเจริญเติบโตจนก่อโรคได้⁽⁶⁾ ในประเทศไทย มีรายงานการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อนในโรงเรียนแห่งหนึ่งที่จังหวัดนนทบุรี หลังการจัดงานกีฬาสี พบผู้ป่วยถึง 192 ราย โดยตรวจพบ norovirus ในน้ำแข็งและน้ำที่ใช้ในโรงอาหาร และพบ rotavirus ในอุจจาระผู้ป่วย⁽⁷⁾ เหตุการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมของกิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก เช่น การแข่งขันกีฬา เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค และอาจนำไปสู่การระบาดของโรคอุจจาระร่วงในวงกว้างได้

ในส่วนของเชื้อ *E. coli* ที่คาดว่าจะเป็สาเหตุของการระบาดนี้ เป็นแบคทีเรียที่พบได้ในลำไส้ของคนและสัตว์เลือดอุ่น โดยทั่วไปมักไม่ก่อโรคหรือทำให้เกิดอาการ แต่จะมีบางสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วง (diarrheagenic *E. coli*) ซึ่งสามารถสร้างพิษ ทำให้เกิดอาการและความรุนแรงได้หลายระดับขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ เริ่มตั้งแต่อาการถ่ายเหลวเล็กน้อยสามารถหายได้เอง ถ่ายเป็นมูกเลือดไปจนถึงท้องร่วงรุนแรง บางสายพันธุ์ทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตกและไตวายเฉียบพลัน บางสายพันธุ์สามารถทนความเป็นกรดได้สูง จึงทำให้เชื้อผ่านกระเพาะอาหารซึ่งเป็นกรดไปก่อโรคในลำไส้ได้แม้ปริมาณเชื้ออยู่ในระดับต่ำ⁽⁸⁻⁹⁾ โดยทั่วไปเชื้อจะถูกขับผ่านออกมากับอุจจาระ หากอุจจาระปนเปื้อนลงดิน แหล่งน้ำหรือสิ่งแวดล้อมที่ใช้อุปโภคบริโภค เชื้อก็จะสามารถ

เข้าสู่ร่างกายมนุษย์โดยการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารที่ได้รับการปรุงแบบไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น เนื้อดิบ ผักดิบ หรืออาหารกึ่งสุกกึ่งดิบ รวมถึงน้ำหรือนมที่ไม่ผ่านการหมักมาใช้อย่างเหมาะสม⁽⁸⁾ นอกจากนี้เชื้อยังสามารถติดต่อจากผู้ป่วยสู่คนอื่นได้โดยตรงทาง fecal-oral route ระยะฟักตัวโดยทั่วไปของ diarrheagenic *E. coli* คือ 8 ชั่วโมงถึง 3 วัน ยกเว้น Shiga toxin-producing *E. coli* (STEC) ที่มีระยะฟักตัว 3 ถึง 4 วัน⁽¹⁰⁾ จากการระบาดครั้งนี้คาดว่าเชื้อ *E. coli* อาจปนเปื้อนมากับวัตถุดิบที่นำมาใช้ประกอบอาหารที่มีการจัดเก็บที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เชื้อสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วปนเปื้อนลงในถังแช่วัตถุดิบ เนื่องจากผลเฉพาะเชื้อพบทั้งในน้ำแข็งในถังแช่วัตถุดิบและน้ำดื่มในกระติกน้ำแข็ง จากการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยพบมีการปนเปื้อนของเชื้อ *E. coli* จากแหล่งต่างๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นน้ำดื่ม น้ำแข็ง และวัตถุดิบประกอบอาหาร เช่น ลูกชิ้นและเนื้อไก่ เป็นต้น⁽¹¹⁻¹³⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุของการระบาดของอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนอยู่หลายครั้ง นอกจากนี้ในยังเคยมีการระบาดของ *E. coli* ครั้งใหญ่ที่ประเทศเยอรมนีและสหภาพยุโรปอีกกว่า 10 ประเทศ ในปี 2554 ซึ่งเป็นการระบาดของสายพันธุ์ enteroaggregative Shiga toxin-producing *E. coli* (EAEC STEC) O104:H4 ทำให้เกิดการระบาดในประชาชนราว 4,000 รายและเสียชีวิตประมาณเกือบ 40 ราย ซึ่งแหล่งของเชื้อเบื้องต้นคาดว่ามาจากมะเขือเทศ แดงกวา และผักสลัดแก้ว และเมื่อทำการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าถั่วงอกน่าจะเป็นแหล่งของการปนเปื้อนหลัก⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาในอดีตจะเห็นได้ว่าเชื้อ *E. coli* สามารถปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมจากหลายๆ แหล่ง ไม่ว่าจะเป็น น้ำ น้ำแข็ง เนื้อสัตว์ หรือผักสด โดยทั่วไปสามารถฆ่าเชื้อ *E. coli* ได้หากผ่านความร้อนมากกว่า 70 องศา⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ แต่จากการสอบสวนพบว่ามีการใช้มือเปล่าในการหยิบจับอาหารที่ปรุงผ่านความร้อนแล้ว และใช้มือจับแก้วจุ่มตักเข้าไปในกระติกเพื่อเติมน้ำ ซึ่งมีความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อจากมือ ถึงแม้ว่าอาหารนั้นจะผ่านการปรุงสุกแล้วก็ตาม ดังนั้นการใช้อุปกรณ์

ในการหยิบจับแทนการใช้มือเปล่าในการหยิบจับอาหารโดยตรง จะสามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อในอาหารและน้ำได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจัดเก็บวัตถุดิบไม่เหมาะสม มีการแช่อาหารดิบและอาหารสุกในถังแช่เดียวกัน ไม่ได้ทำความสะอาดถัง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อในอาหารและน้ำดื่ม ดังนั้นการเก็บวัตถุดิบให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหารและน้ำจึงมีความจำเป็นในการควบคุมป้องกันโรค โดยต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน แยกของสุกและของดิบออกจากกัน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบต้องเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส จึงจะสามารถชะลอการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์ที่อาจปนมากับวัตถุดิบได้⁽¹⁷⁾ ในด้านของสถานที่ประกอบอาหารซึ่งใช้โรงครัวของโรงเรียนพบว่า ไม่เหมาะสม ไม่เป็นระเบียบและไม่สะอาด ดังนั้นการกำกับติดตามดูแลของคณะผู้จัดงานหรือเจ้าภาพ เพื่อให้มีการจัดการสถานที่ให้มีความสะอาดและปลอดภัยได้มาตรฐานตามหลักสุขาภิบาลอาหารและน้ำจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะงานหรือกิจกรรมที่มีบุคคลเข้าร่วมเป็นจำนวนมากที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแข่งขันกีฬาครั้งนี้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคเป็นกลุ่มก้อนดังเหตุการณ์นี้ขึ้นอีกในอนาคต อย่างไรก็ตาม เชื้อ *E. coli* ที่ตรวจพบจากห้องปฏิบัติการไม่ได้รับการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อระบุสายพันธุ์ จึงไม่สามารถยืนยันได้แน่ชัดว่าเป็นสายพันธุ์ที่ก่อโรคหรือไม่ นอกจากนี้ ยังมีความเป็นไปได้ว่าเชื้อก่อโรคอื่น เช่น norovirus และ rotavirus ซึ่งไวรัสเหล่านี้มักเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของการระบาดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อนอาจเป็นสาเหตุร่วมของการระบาดครั้งนี้ แต่ไม่สามารถตรวจพบได้จากการเพาะเชื้อด้วยวิธีปกติ

การสอบสวนโรคครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ไม่สามารถเก็บตัวอย่างอาหารต้องสงสัยได้เนื่องจากอาหารดังกล่าวถูกทิ้งไปก่อนการลงพื้นที่สอบสวนโรค ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานก่อนมีอาการเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถามย้อนหลังซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ และนักกีฬาไม่สามารถระบุ

รายการอาหารจากข้าวกล่องที่ครูเป็นผู้จัดเตรียมได้อย่างชัดเจน จึงสามารถรวบรวมข้อมูลได้เพียงในระดับภาพรวม ไม่สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะรายได้ทัน เนื่องจากนักกีฬาต้องเดินทางไปเข้าร่วมการแข่งขัน ณ สนามกีฬากลาง ในส่วนของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล ไม่สามารถจำแนกสายพันธุ์ของเชื้อ *E. coli* ที่ตรวจพบได้ อีกทั้งการศึกษานี้ไม่ได้ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น norovirus และ rotavirus เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ข้อเสนอแนะในการป้องกันการระบาดในอนาคต

1. ในการจัดกิจกรรมที่มีผู้เข้าร่วมจำนวนมาก ผู้จัดงานควรมีการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ทรัพยากร และอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการประกอบอาหาร รวมทั้งให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ หากสถานที่หรือบุคลากรไม่พร้อม ควรหลีกเลี่ยงการประกอบอาหารเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดการระบาดของโรคอุจจาระร่วงซ้ำ

2. กลุ่มผู้จัดงานควรจัดตั้งคณะกรรมการตรวจเยี่ยมพื้นที่หลังเริ่มดำเนินกิจกรรม โดยให้เจ้าของพื้นที่ เช่น บุคลากรของโรงเรียนมีส่วนร่วมในการประเมินสวัสดิภาพของผู้ร่วมงานและควบคุมคุณภาพของการจัดการด้านสุขอนามัยให้ได้มาตรฐาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดตั้งทีมเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเฉพาะกิจ (special surveillance) ในกรณีที่มีการจัดการแข่งขันกีฬาหรือการจัดงานต่างๆ ที่มีการรวมกลุ่มของบุคคลจำนวนมาก เพื่อให้สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็วขึ้น นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคได้ทันเวลา

4. หากตรวจพบเชื้อ *E. coli* ในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนครั้งหน้า ควรส่งตรวจวิเคราะห์เพื่อจำแนกสายพันธุ์เพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์เพื่อช่วยสนับสนุนการวางแผนและดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5. ในกรณีที่พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อนในอนาคต ควรพิจารณาเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรกระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมักเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการระบาด ทั้งนี้เพื่อให้สามารถระบุเชื้อก่อโรคได้อย่างชัดเจนและสนับสนุนการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป

พบการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อนในกลุ่มนักกีฬาเยาวชน ณ ที่พักนักกีฬาชั่วคราว โรงเรียน A อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย คาดว่าสาเหตุเกิดจากเชื้อ *Escherichia coli* เนื่องจากตรวจพบในอุจจาระของผู้ป่วย ในน้ำแข็งที่แช่วัตถุดิบและในน้ำดื่มจากกระติกน้ำแข็ง ซึ่งน่าจะปนเปื้อนจากการจัดการวัตถุดิบที่ไม่เหมาะสม และการขาดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำของผู้ประกอบอาหาร ทั้งนี้การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และสถานที่ และการตรวจติดตามจากคณะผู้จัดงาน จึงมีความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำในอนาคต โดยเฉพาะในกรณีที่เป็กิจกรรมที่มีการรวมกันของคนหมู่มากดังเช่นเหตุการณ์นี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณ คุณวลัยลักษณ์ จุลบุษรา และเจ้าหน้าที่กองแพทย์และสาธารณสุข เทศบาลนครเชียงราย ที่ได้ร่วมลงสอบสวนโรคในครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะครูอาจารย์โรงเรียนเทศบาล 4 สันป่าก่อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่อำนวยความสะดวกให้เข้าพื้นที่เพื่อทำการสอบสวนควบคุมโรค และขอขอบคุณครูผู้ฝึกสอนและคณะนักกีฬาเยาวชนที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการสอบสวนควบคุมโรคเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. National disease surveillance (Report 506) [Internet]. [cited 2024 Dec 20]. Available from: <http://doe1.moph.go.th/surdata/index.php> (in Thai)
2. Wolin J, Friedman MS. EMS mass gatherings [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.statpearls.com/point-of-care/158746>
3. Maitongngam K, Kaewpradab Y. Epidemiological characteristics and risk factors of cluster outbreaks food poisoning and acute diarrhea in Thailand during the year 2018 – 2022. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2024;9:175–90. (in Thai)
4. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Event-based surveillance [Internet]. [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://ebs-ddce.ddc.moph.go.th/eventbase/user/login> (in Thai)
5. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2013.
6. Mossong J, Decruyenaere F, Moris G, Ragimbeau C, Olinger CM, Johler S, et al. Investigation of a Staphylococcal food poisoning outbreak combining case-control, traditional typing and whole genome sequencing methods, Luxembourg, June 2014. Euro Surveill. 2015;20(45).
7. Thanasanukul L, Kerdsang P, Hansing S. Investigation of an outbreak of acute diarrheal disease

- in a primary school, Nonthaburi Province, 13 February–7 March 2018. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2018;51(8):113–20. (in Thai)
8. Kiratisin P. Escherichia coli: a hidden threat in food 2011 [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2011 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=885> (in Thai)
 9. Department of Medical Sciences (TH), National Institute of Health. Escherichia coli [Internet]. 2014 [cited 2024 Dec 20]. Available from: https://nih.dmhc.moph.go.th/data/data/factsheet/12_57.pdf (in Thai)
 10. Centers for Disease Control and Prevention. Escherichia coli, diarrheagenic [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/escherichia-coli-diarrheagenic#:~:text=Clinical%20Presentation-,Diarrheagenic%20E.,range%20of%201%E2%80%9310%20days>
 11. Chuekwon K, Choopeng P, Boonwong N. Efficacy of Kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) leaf on inhibition of *Salmonella typhimurium* and *Escherichia coli* in chicken meat. Naresuan Agriculture Journal. 2024;21(1):1–13. (in Thai)
 12. Komol J, Chennay C, Kengthong T. Outbreak investigation of *Escherichia coli* diarrhea among military academy school students in Prachaup Kiri Khan. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2018;12(3):124–35. (in Thai)
 13. Pongseed T, Settheetham D. Food sanitation situation of Chinese noodle establishments in Khampalai Sub-district, Mueang District, Mukdahan Province. KKU Journal for Public Health Research. 2019;12(1):22–31. (in Thai)
 14. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Surveillance of *Escherichia coli* outbreak in 2011. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2011;42(24):369–73. (in Thai)
 15. Pisek S, Tanprasert S, Sitthi W, Ardkam B, Phanawadee M, Makaroon J, et al. A food poisoning outbreak in the policemen at the Royal Thai Government House, Bangkok, March 2011. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2012;43(20):305–12. (in Thai)
 16. World Health Organization. E. coli [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/e-coli>.
 17. Department of Health (TH), Bureau of Food and Water Sanitation. Food handler. 4th ed. Bangkok: Keawjajom Printing & Publishing Suan Sunandha Rajabhat University; 2014. (in Thai)

การสอบสวนโรค

Outbreak Investigation

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) ในเรือนจำแห่งหนึ่ง
จังหวัดเพชรบูรณ์ พฤษภาคม-กรกฎาคม 2567An outbreak investigation of influenza A (H1N1) in a prison,
Phetchabun Province, Thailand, May-July 2024ทรรศนะ ธรรมรส¹Tassana Thammaros¹ศิวันัฐ เรือนดี²Siwanut Ruantip²วิจิตรา แผงชะ²Wijittra Phaengkha²อภิชาติ กันธุ์¹Apichart Kanthu¹ธนายุทธ สิมคำ¹Thanayut Simkham¹¹โรงพยาบาลเพชรบูรณ์¹Phetchabun Hospital²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์²Phetchabun Provincial Health Office

DOI: 10.14456/dcj.2025.30

Received: January 26, 2025 | Revised: April 3, 2025 | Accepted: April 4, 2025

บทคัดย่อ

วันที่ 21 มิถุนายน 2567 โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่เรือนจำในจังหวัดเพชรบูรณ์ เกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ต้องขังประมาณ 50 ราย ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของโรงพยาบาล เพชรบูรณ์ จึงได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสอบสวนการระบาดระหว่างวันที่ 22-24 มิถุนายน 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาด ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ระบุปัจจัยเสี่ยง และเสนอแนวทางการควบคุมโรคที่เหมาะสม ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรูปแบบการศึกษา ทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสำรวจสิ่งแวดล้อม และรูปแบบการศึกษาระบาดวิทยา เชิงวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง โดยใช้ Retrospective case-control study และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression ผลการศึกษาพบผู้ป่วย 416 ราย อัตราป่วยร้อยละ 26.5 อากาศที่พบมากที่สุด คือ ไข้ และไอ การระบาดเริ่มจาก ผู้ต้องขังชายและแพร่ไปยังผู้ต้องขังหญิง ลักษณะการระบาดมีรูปแบบคล้ายการระบาดแบบแพร่กระจาย ปัจจัยเสี่ยง ที่พบ ได้แก่ การใช้แก้วน้ำและผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น (adjusted OR=3.65, 95% CI: 1.77-7.48, $p<0.001$ และ adjusted OR=1.97, 95% CI: 1-3.87, $p<0.05$) ส่วนการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปี 2567 เป็นปัจจัยป้องกัน (adjusted OR=0.16, 95% CI: 0.07-0.38, $p<0.05$) สรุปได้ว่าเหตุการณ์นี้เป็นภาวะระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ A (H1N1) สาเหตุน่าจะมาจากการนำเชื้อจากภายนอกเข้าสู่เรือนจำโดยผู้ต้องขังรายใหม่ การคัดกรองผู้ ต้องขังรายใหม่และการแยกผู้ต้องขังใหม่ที่มีอาการสงสัยจากผู้ต้องขังเก่ามีความสำคัญในการป้องกันการระบาดโรค ติดเชื้อในเรือนจำ นอกจากนี้การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ผู้ต้องขังทุกปีเป็นมาตรการที่จำเป็นที่ต้องดำเนินการ เพื่อ ช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคและลดความเสี่ยงของการระบาด

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ทรรศนะ ธรรมรส

อีเมล : tassanamd@gmail.com

Abstract

On June 21, 2024, Phetchabun Hospital was notified of an influenza outbreak among approximately 50 inmates at a local prison. The hospital's Surveillance and Rapid Response Team (SRRT), in collaboration with relevant agencies, conducted an investigation from June 22 to 24, 2024, aiming to confirm the outbreak and diagnosis, describe the epidemiological characteristics, identify risk factors, and propose control measures. The investigation comprised a descriptive epidemiological study, laboratory testing, an environmental survey, and an analytical component using a retrospective case-control design. Data were analyzed using logistic regression. A total of 416 cases were identified, with a 26.5% attack rate, and the most common symptoms were fever and cough. The outbreak, initially affecting male inmates, subsequently spread to female inmates in a propagative pattern. Associated risk factors included sharing drinking glasses and towels (adjusted OR=3.65, 95% CI: 1.77–7.48, p -value<0.001 and adjusted OR=1.97, 95% CI: 1–3.87, p <0.05), while receiving the 2024 seasonal flu vaccine was a protective factor (adjusted OR=0.16, 95% CI: 0.07–0.38, p <0.05). The outbreak was caused by an H1N1 influenza strain, likely introduced by new inmates. Screening and isolating new inmates from existing ones are essential measures to prevent future outbreaks. Additionally, administering annual influenza vaccination to inmates is an essential measure that must be implemented to help mitigate disease severity and reduce the risk of outbreaks.

Correspondence: Tassana Thammaros

E-mail: tassanamd@gmail.com

คำสำคัญ

การสอบสวนการระบาด, โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1), เรือนจำ

Keywords

Outbreak Investigation, Influenza A (H1N1), Prison

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่ (influenza) เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza viruses) ซึ่งมี 4 สายพันธุ์หลัก คือ A, B, C และ D โดยไวรัสสายพันธุ์ A และ B มักพบระบาดตามฤดูกาล ผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หนาวสั่น และอาจมีน้ำมูกหรือคัดจมูกร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะในเด็ก อาการมักเกิดขึ้นภายใน 1-4 วันหลังการติดเชื้อและสามารถหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว อาการอาจรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽¹⁻²⁾

ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ประมาณ 1,000 ล้านราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยรุนแรง 3 ถึง 5 ล้านราย ไข้หวัดใหญ่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 290,000 ถึง 650,000 รายต่อปี การเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกี่ยวข้องกับไข้หวัดใหญ่⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 1 มิถุนายน 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 139,326 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 214.64 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 10 ราย

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A กลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ เด็กอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วย 813.87 ต่อประชากรแสนคน ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุดที่ 251.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (230.06) ภาคกลาง (202.76) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (187.91) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภูเก็ต (599.10) ชลบุรี (550.14) และพะเยา (490.87) ส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราป่วยมากกว่า 200 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 1 มิถุนายน 2567 กรมควบคุมโรครายงานการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 17 เหตุการณ์ ใน 14 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (3 เหตุการณ์) นนทบุรี (2 เหตุการณ์) และ อุดรธานี ลำปาง สุรินทร์ แพร่ หนองคาย เชียงใหม่ เพชรบูรณ์ ปราจีนบุรี บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช และ นครสวรรค์ จังหวัดละ 1 เหตุการณ์ ทั้งนี้ พบการระบาดในเรือนจำ จำนวน 9 เหตุการณ์ ใน 8 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี แพร่ เชียงใหม่ เพชรบูรณ์ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช และนนทบุรี (2 เหตุการณ์)⁽³⁾ จากการทบทวนข้อมูลพบว่า ก่อนการระบาดในครั้งนี้ เรือนจำในจังหวัดเพชรบูรณ์เคยมีรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ โดยตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H1N1⁽⁴⁾ และ H3Nx⁽⁵⁾ รวมถึงเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด B⁽³⁾

วันที่ 21 มิถุนายน 2567 งานป้องกันควบคุมโรค และระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ของเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ ว่ามีผู้ป่วยอาการคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ มาเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลในเรือนจำจำนวน 50 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และมีแนวโน้มการระบาดมากขึ้น ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงได้ลงสอบสวนการระบาดของ

โรคไข้หวัดใหญ่ ในวันที่ 22-24 มิถุนายน 2567

การสอบสวนโรคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ และพรรณนาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการป่วยซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วัสดุและวิธีการศึกษา

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

1. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ตั้งแต่ปี 2562-2567

1.2 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 และสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางคลินิก ด้วยแบบเก็บข้อมูลที่ทีมสอบสวนโรคได้สร้างขึ้น โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ห้องนอน น้ำหนัก ส่วนสูง วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปี 2567 อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

1.3 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (active case finding) โดยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ โดยกำหนดนิยามการค้นหาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่⁽⁶⁾ ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) คือ ผู้ต้องขังหรือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำที่มีอาการไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส หรือให้ประวัติว่ามีไข้) และมีอาการใด ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567

ผู้ป่วยเข้าข่าย (probable case) คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี rapid influenza diagnosis tests (RIDTs)

ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza viruses)

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอในรูปแบบของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ดำเนินการเก็บตัวอย่างเยื่อหุ้มหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) จากผู้ป่วย 5 รายที่มีอาการตรงตามนิยามโรคไข้หวัดใหญ่และยังไม่ได้รับการรักษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง ผู้ป่วยแต่ละรายถูกเก็บตัวอย่าง 3 ชุด เพื่อคัดกรองการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยชุดตรวจแอนติเจน (antigen test Kit, ATK) ที่เรือนจำ จากนั้นส่งตัวอย่างไปตรวจด้วย rapid influenza diagnostic test (RIDTs) ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และส่งตัวอย่างไปสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก เพื่อตรวจยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และแยกชนิดของไวรัสด้วยวิธี RT-PCR ในกรณีที่ผล RIDTs เป็นบวก

3. การสำรวจสิ่งแวดล้อม

เดินสำรวจสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรค โดยการตรวจสอบความแออัด ความสะอาด การระบายอากาศ และสุขอนามัยในพื้นที่สำคัญต่างๆ เช่น เรือนนอน ห้องน้ำ-ห้องสุขา และพื้นที่ส่วนรวมของผู้ต้องขัง รวมถึงการสัมภาษณ์แบบปลายเปิดเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ต้องขัง เช่น การรับประทานอาหาร การทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อระบุจุดเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาด

4. ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ทำการศึกษา retrospective case-control study แบบ 1 : 1 ในผู้ต้องขังของเรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยกำหนดนิยาม ดังนี้

ผู้ป่วย (case) หมายถึง ผู้ต้องขังที่เข้าได้กับ

นิยามผู้ป่วยในขั้นตอนค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

ผู้ไม่ป่วย (control) หมายถึง ผู้ต้องขังที่ไม่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยในขั้นตอนค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

การศึกษานี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Epi Info 7.2.6.0 และเลือกใช้สูตรสำหรับการศึกษาแบบ unmatched case-control โดยกำหนดพลังอำนาจทางสถิติ (power) ที่ร้อยละ 80 และระดับความเชื่อมั่นแบบสองด้าน (two-sided confidence level) ที่ร้อยละ 95 ทั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจเกี่ยวกับผลของวัคซีนต่อการป้องกันโรค จึงใช้อัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ที่ 0.53 โดยอ้างอิงค่าจากการสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) ในเรือนจำแห่งหนึ่ง⁽⁷⁾ จากการคำนวณพบว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ กลุ่มละ 165 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วน การศึกษานี้ได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นอีกประมาณร้อยละ 20⁽⁸⁾ ทำให้มีการเก็บข้อมูลกลุ่มละ 200 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับกลุ่มผู้ไม่ป่วย คือ ผู้ต้องขังที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ ส่วนเกณฑ์การคัดออกสำหรับทั้ง 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

การสุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยใช้วิธี simple random sampling โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อสุ่มเลือกผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามเกณฑ์การศึกษา สำหรับกลุ่มผู้ไม่ป่วยเนื่องด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย การสุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยบุคลากรของเรือนจำซึ่งคัดเลือกผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการป่วยด้วยวิธี purposive sampling

การศึกษานี้ใช้แบบเก็บข้อมูลจากผู้ทำการศึกษาเป็นผู้สร้างขึ้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบตัวต่อตัว โดยบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Chi-square และ independent t-test วิเคราะห์ univariate analysis) ด้วยสถิติ binary logistic regression และแสดงผลด้วยค่า odds ratio (OR), 95% confidence interval (95% CI) และ p-value โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และนำปัจจัยที่มีค่า $p \leq 0.2$ เข้าสู่การ

วิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยสถิติ multiple logistic regression

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ไม่ได้ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม เนื่องจากการสอบสวนการระบาดที่เร่งด่วน แต่ดำเนินการตามหลักจริยธรรมโดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและเก็บรักษาข้อมูลอย่างปลอดภัย เพื่อใช้เฉพาะวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการสอบสวนโรค

1. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

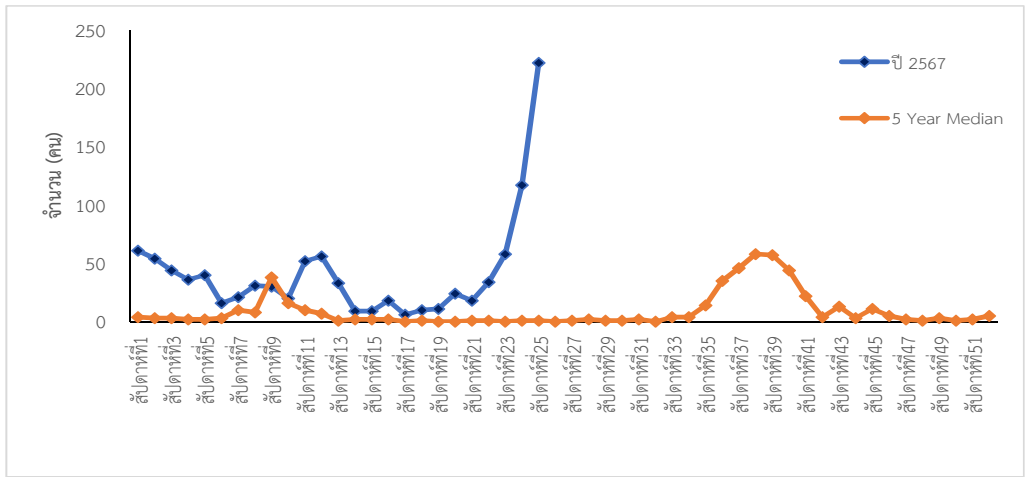
1.1 ข้อมูลทั่วไป

สถานที่ตั้งเรือนจำอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีพื้นที่ 17 ไร่ 2 งาน 41 ตารางวา

ประกอบด้วยพื้นที่ภายในเรือนจำ 7 ไร่ 2 งาน และพื้นที่ภายนอกที่เป็นบ้านพักเจ้าหน้าที่ 10 ไร่ 41 ตารางวา มีผู้ต้องขัง 1,567 ราย (วันที่ 21 มิถุนายน 2567) โดยแบ่งเป็นผู้ต้องขังชาย 1,387 ราย และผู้ต้องขังหญิง 180 ราย มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ 88 ราย

1.2 สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ใน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

จากการทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงก่อนที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ ระหว่างวันที่ 16-22 มิถุนายน 2567 (สัปดาห์ที่ 24) เปรียบเทียบมัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (5 year median) พบว่า จำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว มีแนวโน้มสูงกว่าค่ามัธยฐานตั้งแต่ช่วงต้นปี และสูงมากขึ้นอย่างชัดเจน ในช่วงสัปดาห์ที่ 21-24 (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่รายสัปดาห์ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2567
เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

Figure 1 Weekly of influenza cases in Muang District, Phetchabun Province, Thailand, in 2024 compared with the past 5-year median

1.3 ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตามคำนิยามการสอบสวนโรคระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 พบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามการสอบสวนโรค 416 ราย เป็นผู้ต้องขังทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชาย 387 ราย 382

(ร้อยละ 93.0) และเพศหญิง 29 ราย (ร้อยละ 7.0) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 13.3:1 อัตราป่วยรวม ร้อยละ 26.5 (เพศชายร้อยละ 27.9 และเพศหญิง ร้อยละ 16.1) อายุเฉลี่ย เพศชาย (mean±SD) 39.7±11.7 ปี และเพศหญิง 36±12.3 ปี ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย ≤30 kg/m² โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด

คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6 (ร้อยละ 5.7 ในเพศชาย และร้อยละ 10.3 ในเพศหญิง) สำหรับการรับวัคซีน ไข้หวัดใหญ่ในปี 2567 พบว่ามีผู้ชายรับวัคซีนร้อยละ 3.6 และผู้หญิงร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 1) อาการที่พบในผู้ป่วยทั้งหมดคือ ไข้ และไอ (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ ปวดเมื่อยตามตัว (ร้อยละ 97.4) มีน้ำมูก (ร้อยละ 93.8) เจ็บคอ (ร้อยละ 93) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 91.4) และอ่อนเพลีย (ร้อยละ 63.7) (ภาพที่ 2) ผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการรักษาตามอาการ และบางรายได้รับยาต้านไวรัส oseltamivir ตามคำแนะนำ การรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงวันที่ 2 ตุลาคม 2566)⁽⁹⁾ ผลการรักษา คือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายจากโรค ไม่มีอาการป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต

จากการสอบสวนผู้ป่วยรายแรกเริ่มแสดงอาการ วันที่ 4 มิถุนายน 2567 โดยมีการระบาดเป็นกลุ่มก่อน 3 ช่วง คือ วันที่ 4–5 มิถุนายน 2567 วันที่ 11–14 มิถุนายน 2567 และวันที่ 18 มิถุนายน 2567 ซึ่งเจ้าหน้าที่เรือนจำพบความผิดปกติในวันที่ 21 มิถุนายน 2567 และรายงานมายังโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ผู้ป่วยสูงสุดวันที่ 22 มิถุนายน 2567 ก่อนลดลงและสิ้นสุดการระบาดในวันที่ 15 กรกฎาคม 2567 ลักษณะเส้นโค้งการระบาดบ่งชี้การแพร่ระบาดแบบคนสู่คน (propagated source) (ภาพที่ 3)

การระบาดเริ่มในกลุ่มผู้ต้องขังชาย ก่อนแพร่สู่กลุ่มผู้ต้องขังหญิง โดยผู้ต้องขังหญิงรายแรกมีอาการวันที่ 22 มิถุนายน 2567 จากการสอบสวนพบว่า แม้ผู้ต้องขังชายและหญิงถูกแยกแดนกัน แต่เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2567 มีการจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในแดนชาย โดยผู้ต้องขังหญิงถูกพามาตรวจฟันในพื้นที่เดียวกันและได้รับการหลังผู้ต้องขังชาย ผู้ต้องขังหญิงรายแรกยืนยันว่าได้รับการทำฟันในวันดังกล่าว

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายแรกที่เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2567 พบว่าผู้ป่วยอาจติดเชื้อจากเพื่อนร่วมห้องที่มีอาการคล้ายกัน โดยผู้ป่วยพักในห้อง 2/2 ซึ่งเป็นห้องแรกสำหรับผู้ต้องขังรายใหม่ที่พ้นจากห้องกักโรคในชุมชน (community isolation-CI) ผู้ต้องขังกลุ่มนี้ยังไม่ได้ตัดสินใจและยังไม่ถูกย้ายไปห้องอื่น ตามมาตรการเรือนจำ ผู้ต้องขังใหม่ต้องกักตัวใน CI 5 วัน และตรวจโควิด-19 ด้วย ATK ในวันที่ 5 หากผลลบ จะย้ายไปห้อง 2/2 หากผลบวก จะกักตัวในห้องเฉพาะอีก 5 วันก่อนเข้าสู่แดน

จำแนกผู้ป่วยตามเรือนนอน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในแดนชาย โดยห้องที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ ห้อง 2/3 มีผู้ป่วย 66 คน รองลงมา คือ ห้อง 2/2 และห้อง 2/4 ซึ่งมีผู้ป่วยห้องละ 52 คน สำหรับห้องที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ห้อง 3/4 และห้อง 3/5 ในแดนชาย โดยมีอัตราป่วยร้อยละ 100.0 ดังที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 (N=416)

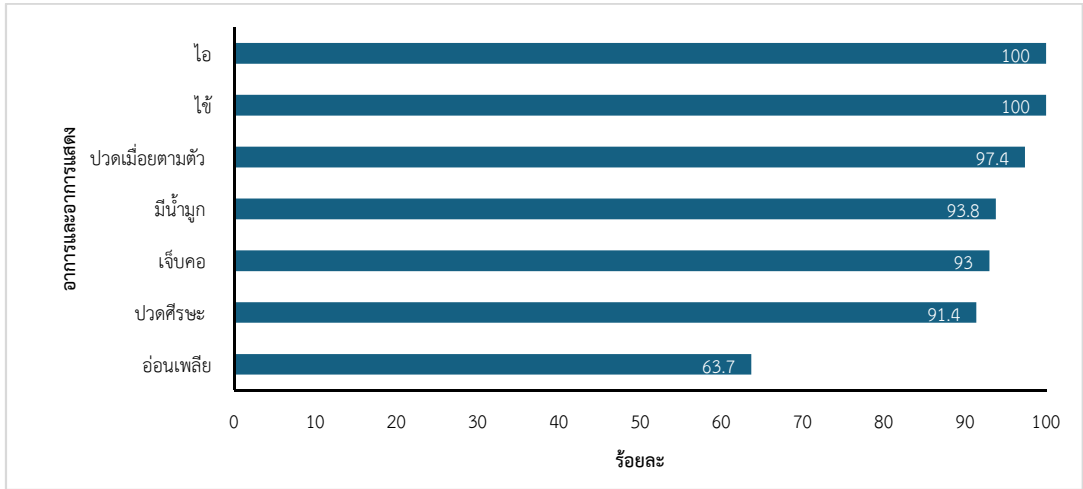
Table 1 Demographic characteristics of influenza patients in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, June 1–July 15, 2024 (N=416)

ลักษณะ	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	387	93.0	29	7.0
อายุ				
18–29 ปี	84	21.7	11	37.9
30–39 ปี	102	26.4	9	31.0
40–49 ปี	129	33.3	5	17.2
50–59 ปี	45	11.6	1	3.4
≥60 ปี	27	7.0	3	10.3

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 (N=416) (ต่อ)

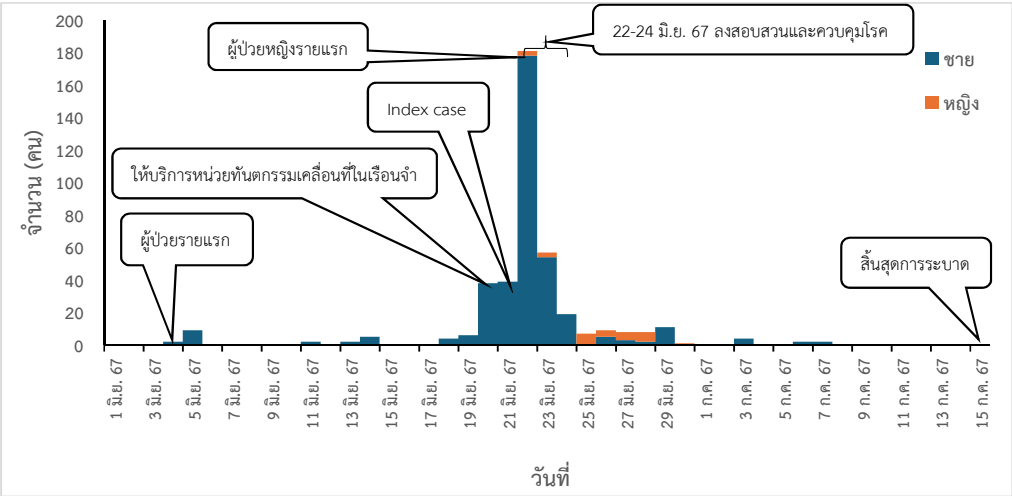
Table 1 Demographic characteristics of influenza patients in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, June 1–July 15, 2024 (N=416) (continue)

ลักษณะ	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD)	39.7±11.7		36±12.3	
มัธยฐาน, ต่ำสุด-สูงสุด (median, min-max)	39, 18–77		36.5, 19–63	
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)				
BMI >30 kg/m ²	15	3.9	1	3.4
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	22	5.7	3	10.3
โรคเบาหวาน	10	2.6	0	0.0
โรคไขมันในเลือดสูง	4	1.0	1	3.4
โรคหัวใจ	7	1.8	1	3.4
โรคตับ	3	0.8	0	0.0
โรคไต	1	0.3	0	0.0
โรคติดเชื้อ HIV	6	1.6	0	0.0
วัณโรค	1	0.3	0	0.0
โรคหอบ	3	0.8	0	0.0
โรคมะเร็ง	0	0.0	2	6.9
การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปี 2567	14	3.6	1	3.4



ภาพที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 (N=416)

Figure 2 Clinical sign and symptoms among influenza patients in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, during June 1–July 15, 2024 (N=416)



ภาพที่ 3 ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 จำแนกตามวันเริ่มป่วย (N=416)

Figure 3 Influenza cases in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, during June 1–July 15, 2024, categorized by date of symptom onset (N=416)

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 จำแนกตามเรือนนอน (N=416)

Table 2 Influenza cases in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, during June 1–July 15, 2024, categorized by categorized by dormitory (N=416)

เรือนนอน	พื้นที่ (ตารางเมตร)	จำนวน (คน)	ความหนาแน่น (ตารางเมตร/คน)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย (ร้อยละ)
แดนชาย เรือนนอน 1					
• ห้อง 1/1	110	92	1.2	24	26.1
• ห้อง 1/2	110	90	1.2	13	14.4
• ห้อง 1/3	131.31	106	1.2	35	33.0
• ห้อง 1/4	131.31	103	1.3	24	23.3
• ห้อง 1/5	11.34	5	2.3	0	0.0
• ห้อง 1/6	11.34	10	1.1	1	10.0
แดนชาย เรือนนอน 2					
• ห้อง 2/1	175.3	175	1.0	22	12.6
• ห้องซอย 2/1	11.34	9	1.3	2	22.2
• ห้อง 2/2	175.3	176	1.0	52	29.5
• ห้องซอย 2/2	11.34	8	1.4	4	50.0
• ห้อง 2/3	187.04	189	1.0	66	34.9
• ห้อง 2/4	187.04	186	1.0	52	28.0
แดนชาย เรือนนอน 3					
• ห้อง 3/1	95.32	87	1.1	42	48.3
• ห้อง 3/2	37.13	10	3.7	4	40.0

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567 จำแนกตามเรือนนอน (N=416) (ต่อ)

Table 2 Influenza cases in a prison located in Mueang District, Phetchabun Province, during June 1–July 15, 2024, categorized by categorized by dormitory (N=416) (continue)

เรือนนอน	พื้นที่ (ตารางเมตร)	จำนวน (คน)	ความหนาแน่น (ตารางเมตร/คน)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย (ร้อยละ)
• ห้อง 3/3	95.32	49	1.9	24	49.0
• ห้อง 3/4	34.44	10	3.4	10	100.0
• ห้อง 3/5	34.44	2	17.2	2	100.0
ห้อง กักโรค 1	30	29	1.0	2	6.9
ห้อง กักโรค 2	30	9	3.3	8	88.9
ห้อง กักโรค 3	27	9	3.0	0	0.0
ห้อง จ่ายนอก	30	13	2.3	0	0.0
ห้อง สถานพยาบาลใหม่ 1	20	3	6.7	0	0.0
ห้อง สถานพยาบาลใหม่ 2	30	6	5.0	0	0.0
ห้อง สถานพยาบาลใหม่ 3	30	10	3.0	0	0.0
ห้อง สถานพยาบาลใหม่ 4	15	1	15.0	0	0.0
แดนหญิง					
• ห้อง 1	95.32	76	1.3	15	19.7
• ห้อง 2	43.33	21	2.1	3	14.3
• ห้อง 3	95.32	76	1.3	11	14.5
• ห้อง 4	24.1	7	3.4	0	0.0
ทั้งหมด	2019.38	1,567	1.3	416	26.5

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab จำนวน 5 ราย รายละเอียด 3 ตัวอย่าง ผลตรวจด้วย ATK ที่เรือนจำไม่พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ผลตรวจ RIDTs ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์พบผลบวกต่อ influenza A ใน 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วยที่ทดสอบทั้งหมด และผลยืนยันด้วย RT-PCR ระบุว่า ไวรัสสาเหตุคือ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) โดยผล RT-PCR เป็นบวกในผู้ป่วยที่มีผล RIDTs เป็นบวก คิดเป็นร้อยละ 100

3. การสำรวจสิ่งแวดล้อม (Environmental investigation)

กิจวัตรประจำวันของผู้ต้องขังในเรือนจำเริ่มต้นตั้งแต่เวลา 05.00 น. เมื่อผู้ต้องขังตื่นนอนและรวมกันตรวจนับยอดผู้ต้องขังครั้งที่ 1 จากนั้นผู้ต้องขังจะลงจากเรือนนอนไปทำภารกิจส่วนตัวและรวมตัวกันเพื่อ

รับประทานอาหารเช้า หลังจากอาหารเช้า จะทำการเรียกผู้ต้องขังทั้งหมดมารวมตัวกันเพื่อตรวจนับยอดผู้ต้องขังครั้งที่ 2 ต่อด้วยการรวมตัวเคารพธงชาติและฟังการอบรม หลังจากนั้นผู้ต้องขังจะถูกกระจายไปยังหน่วยงานต่างๆ ตามภารกิจที่ได้รับ ส่วนผู้ต้องขังที่ไม่มีภารกิจจะอยู่รวมกันที่แดนกลาง ซึ่งสามารถรวมตัวกันได้ ที่อาคารกิจกรรมและลานออกกำลังกาย หลังจากรวมตัวกันเพื่อรับประทานอาหารกลางวัน จะมีการรวมตัวอีกครั้งเพื่อตรวจนับผู้ต้องขังครั้งที่ 3 ก่อนจะส่งผู้ต้องขังไปยังภารกิจในช่วงบ่าย หลังจากนั้นจะเริ่มรับประทานอาหารเย็น และรวมตัวกันเพื่อทำการตรวจนับผู้ต้องขังครั้งที่ 4 ในเวลา 16.00 น. ก่อนส่งผู้ต้องขังขึ้นเรือนนอนเวลา 16.15 น. และมีการรวมตัวในเรือนนอนเพื่อตรวจนับครั้งที่ 5 ก่อนการนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืน จากการสอบถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเยี่ยมญาติพบว่า

ไม่มีการเยี่ยมญาติแบบใกล้ชิด โดยจะมีเพียงการเยี่ยมที่มีกระจกักระหว่างผู้ต้องขังและญาติ และการพูดคุยผ่านโทรศัพท์เท่านั้น

แดนชาย

แดนชายประกอบด้วยอาคารเรือนนอนสองชั้น จำนวน 3 อาคาร ได้แก่ เรือนนอน 1 และ 2 ซึ่งมีห้องนอน 6 ห้องต่ออาคาร และเรือนนอน 3 ซึ่งมี 5 ห้อง ลักษณะห้องพักเป็นแบบเปิดโล่ง โดยมีพื้นที่เฉลี่ยต่อผู้ต้องขังตั้งแต่ 1.0 ถึง 17.2 ตารางเมตรต่อคน (ตารางที่ 2) ห้องพักแต่ละห้องมีการใช้งานรวมกันและมีห้องส้วมแบบเปิดโล่งที่ก่อปูนสูงประมาณ 1 เมตรอยู่ภายใน รวมถึงมีห้องน้ำเพิ่มเติมด้านหลังเรือนนอนลักษณะเปิดโล่งและใช้ร่วมกัน ระบบการระบายอากาศของเรือนนอนในเรือนจำมีลักษณะเปิดโล่ง มีหน้าต่างและช่องระบายอากาศที่ช่วยถ่ายเทอากาศในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในช่วงที่มีความหนาแน่นของผู้ต้องขังหรือในช่วงที่อากาศร้อน ซึ่งอาจส่งผลต่อการสะสมของอากาศที่มีความชื้นสูงและลดการไหลเวียนของอากาศบริสุทธิ์ พื้นที่ส่วนกลางในแดนชายประกอบด้วยลานออกกำลังกาย อาคารกิจกรรม และโรงเลี้ยง ซึ่งใช้ร่วมกันระหว่างผู้ต้องขัง การรวมตัวในพื้นที่ดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในโรงเลี้ยง อาจเพิ่มโอกาสในการสัมผัสใกล้ชิดและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค

แดนหญิง

แดนหญิงประกอบด้วยอาคารสองชั้น 2 หลัง ชั้นบนใช้เป็นห้องนอนรวม 4 ห้อง มีความหนาแน่นเฉลี่ยตั้งแต่ 1.3 ถึง 3.4 ตารางเมตรต่อผู้ต้องขัง (ตารางที่ 2)

ส่วนชั้นล่างใช้เป็นพื้นที่ฝึกวิชาชีพและห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยห้องฝึกวิชาชีพเป็นพื้นที่เปิดโล่ง มีการเก็บอุปกรณ์สำหรับกิจกรรม เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้และถักโครเชต์ แดนหญิงมีโรงครัวที่ใช้จัดจำหน่ายอาหาร ใช้สำหรับขาย อาหารของผู้ต้องขังถูกจัดทำจากฝ่ายสุภาพกรรมในแดนชาย ห้องน้ำมีลานอาบน้ำ 2 แลว อ่างน้ำขนาดใหญ่ 1 อ่าง และห้องส้วม 1 อาคาร

3. ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

กลุ่มผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยมีสัดส่วนเพศชายเท่ากัน (ร้อยละ 93) โดยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.0$) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 38.7 ± 0.8 ปี ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 40.4 ± 0.8 ปี แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.14$) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยใกล้เคียงกัน (22.9 ± 0.2 และ 22.7 ± 0.2 ตามลำดับ) และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.69$) นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มผู้ไม่ป่วย (ร้อยละ 14.5 เทียบกับร้อยละ 9) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.09$)

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ univariate analysis (ตารางที่ 3) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น การใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น การใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น และการเยี่ยมญาติใกล้ชิด โดยปัจจัยการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ในปี 2567 มีผลต่อป้องกันการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ univariate analysis ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567

Table 3 Univariate analysis of factors associated with influenza illness in a prison in Mueang District, Phetchabun Province, from June 1 to July 15, 2024

ปัจจัย	กลุ่มป่วย		กลุ่มไม่ป่วย		Odds	95%		p-value
	(n=200)		(n=200)			Confidence interval		
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		Lower	Upper	
ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น	36	164	16	184	2.52	1.35	4.72	0.004
ใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น	68	132	23	177	3.96	2.35	6.69	<0.001
ใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น	44	156	18	182	2.85	1.58	5.14	<0.001
เย็บมδυาติไกลัซิด	39	161	22	178	1.96	1.11	3.45	0.02
ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปี 2567	7	93	41	159	0.14	0.06	0.32	<0.001

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ multivariate analysis พบว่า การใช้แก้วน้ำและผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผลป้องกันการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่

อย่างชัดเจน ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น และการเย็บมδυาติไคลัซิดไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ multivariate analysis ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 กรกฎาคม 2567

Table 4 Multivariate analysis of factors associated with influenza illness in a prison in Mueang District, Phetchabun Province, from June 1 to July 15, 2024

ปัจจัย	Adjusted odds ratio	95% Confidence interval		p-value
		Lower	Upper	
ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น	1.97	1	3.87	0.05
ใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น	3.65	1.77	7.48	<0.001
ใช้ช้อนร่วมกับผู้อื่น	0.91	0.4	2.08	0.82
เย็บมδυาติไคลัซิด	1.77	0.97	3.22	0.06
ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปี 2567	0.16	0.07	0.38	<0.001

4. กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค

1. ให้สุศึกษาแก่ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ โดยการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ในบริเวณลานอเนกประสงค์ หลังจากการทำกิจกรรม ช่วงเช้าของผู้ต้องขัง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการรับเชื้อและการแพร่เชื้อไปยังผู้ต้องขังคนอื่น
2. ให้เรือนจำจัดหาสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล แนะนำให้ผู้ต้องขังล้างมือบ่อย ๆ เพื่อฆ่าไวรัสในกรณีที่ไปสัมผัสสิ่งของหรือพื้นที่ที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรค
3. คัดแยกผู้ป่วยออกจากผู้ไม่ป่วยเป็นระยะ

เวลาอย่างน้อย 7 วัน โดยให้ผู้ป่วยไปยังเรือนนอนกักโรค และเมื่อหายป่วยแล้ว ก่อนกลับเข้าเรือนนอนเดิม ให้ทำความสะอาดร่างกายและของใช้ส่วนตัวด้วยสบู่ หรือผงซักฟอก เพื่อกำจัดเชื้อไวรัสที่อาจตกค้างบนร่างกายและสิ่งของ

4. จัดตั้งระบบคัดกรองโรคไข้หวัดใหญ่ ในผู้ต้องขังเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยการตรวจวัดอุณหภูมิหลังจากเรือนนอนในตอนเช้าและก่อนขึ้นเรือนนอนในตอนเย็น หากผู้ต้องขังมีไข้ ให้แยกผู้ป่วยออกและทำการรักษาตามคำแนะนำการรักษาผู้ป่วย

ไข้หวัดใหญ่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงวันที่ 2 ตุลาคม 2566)⁽⁹⁾

5. ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้แก่ผู้ต้องขังที่ยังไม่ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความเสี่ยงในการระบาดของโรค

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรคในเรือนจำที่ส่งผลต่อการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค คือ เรือนจำเป็นพื้นที่ควบคุมพิเศษที่มีข้อจำกัดในการเข้าออก ทำให้การดำเนินการสอบสวนโรคและการตอบสนองต่อสถานการณ์มีความล่าช้า โดยต้องได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน และพื้นที่ในเรือนจำมีความแออัดและจำกัด ทำให้การแยกผู้ป่วยออกจากผู้ไม่ป่วยได้ยาก การดำเนินการแยกกลุ่มเสี่ยงจึงไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การแพร่กระจายของโรคอาจเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว

วิจารณ์

จากเหตุการณ์การระบาดในครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) ในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี PCR ที่ตรวจพบเชื้อไวรัส Influenza A (H1N1)

การระบาดครั้งนี้มีอัตราป่วยร้อยละ 26.5 เป็นอัตราป่วยค่อนข้างสูง และสอดคล้องกับข้อมูลการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำอื่น ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งมีอัตราป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 9.6–41.2^(4–5,7,10–11) แสดงให้เห็นว่าเรือนจำเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ ที่สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วในสภาพแวดล้อมที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ซึ่งเรือนจำแห่งนี้มีความหนาแน่นเฉลี่ยของพื้นที่ต่อผู้ต้องขังเพียง 1.3 ตารางเมตรต่อคน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 6/2538 ที่ระบุว่า พื้นที่อยู่อาศัยที่มีพื้นที่น้อยกว่า 3 ตารางเมตรต่อคน ถือว่าเป็นพื้นที่ที่มีคนอยู่

อาศัยมากเกินไป⁽¹²⁾ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าความหนาแน่นในห้องขังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อและโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น วัณโรค ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในเรือนจำทั่วโลก⁽¹³⁾ ดังนั้นการลดความหนาแน่นของผู้ต้องขังโดยการปรับปรุงพื้นที่อยู่อาศัย หรือจัดสรรผู้ต้องขังไปยังพื้นที่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงเป็นมาตรการควบคุมการระบาดของโรคในเรือนจำที่สำคัญ รวมทั้งการส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคลและการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย การใช้ลิ้งค์ของร่วมกัน การรักษาความสะอาด จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและลดความเสี่ยงในการเกิดการระบาดในเรือนจำได้

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า การระบาดครั้งนี้อาจมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดจากการนำเชื้อจากภายนอกเข้าสู่เรือนจำ จากการรับผู้ต้องขังใหม่ซึ่งเพิ่งถูกนำตัวมาจากภายนอก และมีอาการป่วยก่อนเข้ามาเรือนจำ ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่กระจายของเชื้อ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่จังหวัดนครศรีธรรมราช⁽⁷⁾ พบว่าการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่เริ่มต้นจากห้องผู้ต้องขังใหม่เช่นกัน โดยทั่วไปแล้วเรือนจำเป็นระบบปิด โอกาสที่จะเกิดโรคจากปัจจัยภายนอกมีน้อย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนรายงานการสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำที่ผ่านมา พบว่าสาเหตุของการระบาดมีความเกี่ยวข้องกับการนำเชื้อจากภายนอกเข้ามา เช่น การรับผู้ต้องขังใหม่เข้าสู่เรือนจำ การมีบุคคลภายนอกเข้ามาภายในเรือนจำ การพบปะเยี่ยมญาติ หรือการเดินทางออกนอกเรือนจำของผู้ต้องขัง^(4,5,7,10,11) ซึ่งอาจเปิดโอกาสให้เชื้อโรคเข้าสู่เรือนจำได้ จากการทบทวนสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ในช่วงเวลาก่อนที่การระบาดจะเกิดขึ้นในเรือนจำ มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่ผู้ต้องขังรายใหม่ถูกนำตัวเข้าสู่เรือนจำ ดังนั้นมาตรการเฝ้าระวัง เช่น การคัดกรองสุขภาพผู้ต้องขังใหม่

การจัดการพื้นที่กักโรค และการควบคุมการติดต่อกับบุคคลภายนอก ควรได้รับการดำเนินการอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการนำเชื้อจากภายนอกเข้าสู่เรือนจำ

จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ คือ การใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดตัวหรือแก้วน้ำ ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการแพร่เชื้อของไข้หวัดใหญ่ที่สามารถแพร่กระจายได้ผ่าน การสัมผัสโดยตรง (direct contact) และการสัมผัสทางอ้อม (indirect contact) จากสิ่งของหรือพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อ⁽¹⁻²⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่คือการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าอัตราการรับวัคซีนในกลุ่มผู้ต้องขังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรผู้ต้องขังทั้งหมดในเรือนจำ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในทรัพยากร หรือ การบริหารจัดการวัคซีน เป็นต้น

การศึกษานี้ใช้รูปแบบ Retrospective case-control study ซึ่งมีข้อดีตรงที่ไม่จำเป็นต้องใช้ประชากรทั้งหมด ทำให้สามารถดำเนินการได้ในสภาพแวดล้อมที่มีข้อจำกัด เช่น เรือนจำที่มีความมั่นคงสูง ซึ่งการเข้าออกหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม การเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดอคติในการเลือกกลุ่ม (selection bias) ซึ่งอาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลลัพธ์ที่ได้ แต่ผู้ทำการสอบสวนโรคได้ดำเนินการทดสอบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม และพบว่าไม่มีความแตกต่างที่สำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังได้ใช้เทคนิคทางสถิติเพื่อควบคุมตัวแปรกวน (confounder) ซึ่งช่วยเพิ่มความถูกต้องของผลการศึกษาข้อเสนอแนะ

1. ผู้ต้องขัง ควรดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น ล้างมือ ใช้ช้อนกลาง หลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกัน และสังเกตอาการตนเอง หากมีไข้หรืออาการผิดปกติ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ทันที

2. สำหรับเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาล

เรือนจำ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันไข้หวัดใหญ่ ส่งเสริมการฉีดวัคซีน คัดกรองสุขภาพผู้ต้องขังและบุคลากรทุกวัน แยกผู้ป่วยทันที และรายงานสถานการณ์โรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง หากพบการระบาด ควรแจ้งเรือนจำให้เข้มงวดมาตรการ เช่น คัดกรองโรคละเอียดขึ้น แยกผู้ต้องขังป่วย และเสริมมาตรการควบคุมโรค

4. สำหรับผู้บริหาร ลดความแออัดในเรือนนอน เพิ่มมาตรการคัดกรองก่อนเข้าเรือนจำ สนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และโควิด-19 และเตรียมแผนรับมือหากเกิดการระบาดในเรือนจำ

สรุป

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำครั้งนี้เกิดจาก การติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H1N1) สาเหตุของการระบาดคาดว่าเกิดจากการนำเชื้อจากภายนอกเข้าสู่เรือนจำโดยผู้ต้องขังรายใหม่ที่เข้ามาในเรือนจำ ควรมีการคัดกรองและการจำแนกผู้ต้องขังรายใหม่ที่พบการติดเชื้อหรือมีอาการสงสัยก่อนเข้าที่พักในเรือนจำผู้ต้องขัง และแยกออกจากผู้ต้องขังเก่าหากมีอาการสงสัย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในเรือนจำ นอกจากนี้การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ผู้ต้องขังทุกปีเป็นมาตรการที่จำเป็นที่ต้องดำเนินการ เพื่อช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคและลดความเสี่ยงของการระบาด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เรือนจำแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก สำหรับการสนับสนุนและความร่วมมือในการสอบสวนโรคครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Influenza (seasonal) [Internet]. [cited 2023 Sep 21]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwurS3BhCGARIsADdUH53nKi_1HXmks42cJWTHLwL0dp-6SqO71XAssTUSKUo5QsPcDFxT3rUYaAn-rQEALw_wcB](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwurS3BhCGARIsADdUH53nKi_1HXmks42cJWTHLwL0dp-6SqO71XAssTUSKUo5QsPcDFxT3rUYaAn-rQEALw_wcB)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza (Flu) [Internet]. [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>
3. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Influenza situation [Internet]. [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/doi/pagecontent.php?page=607&dept=doi> (in Thai)
4. Thammaros T, Simkum T, Kanthu A. An outbreak investigation of influenza A H1N1 in a prison in Phetchabun province. Phetchabun Medical Journal 2021;1(2):130-8. (in Thai)
5. Khoontep N, Chaichumpu S. An outbreak investigation of influenza A (H3NX) in a prison in Phetchabun province. Phetchabun Medical Journal 2024;4(2):8-17. (in Thai)
6. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Case definition for communicable diseases surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology; 2020. (in Thai)
7. Worayuttakarn S, Chundet K. Outbreak Investigation of Influenza A H1N1 in A Prison, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand, March 2020. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2021;4(2):28-40. (in Thai)
8. Tumviriyakul H. R2R Clinic: Sample size calculation [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3206/r2r-Hathaithip.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (in Thai)
9. Ministry of Public Health (TH). Clinical practice guidelines for the management of influenza patients for medical and public health personnel 2023 [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://dmta.dms.go.th/manualdmta/MN_Emergency/CPG/CPG%20Flu_n_021023.pdf (in Thai)
10. Songkram K, Saewhew P, Boonchaiya S, Homwan B, Kittasangka N, Yimphoui N. Outbreak investigation of influenza A in a prison in Sawankhalok district, Sukhothai province, Thailand, September 2022. Journal of Disease Prevention and Control: DPC 2 Phitsanulok 2023;10(1):106. (in Thai)
11. Suttawong T, Srisupap W, Sangsiri R, Watakulsin P, Puame K, Suami C, et al. Outbreak investigation of influenza A/H1N1 in a prison in Phitsanuloke Province, Thailand, July-September 2018. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2019;50:341-9. (in Thai)
12. Department of Health (TH), Division of Legal Affairs. Notification of the Ministry of Public Health No. 6/2538: Specification of the number of people per area in residential buildings considered overcrowded 1995 [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://laws.anamai.moph.go.th/th/doh-annuance/204313> (in Thai)
13. Simpson PL, Simpson M, Adily A, Grant L, Butler T. Prison cell spatial density and infectious and communicable diseases: a systematic review. BMJ Open 2019;9(7):e026806.