

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

The effect of the Hepatitis C elimination policy to implementation in the local administrative organization area, health region 3

Sarawut Phochanasombat

Juthamat Makkunchorn

Office of Disease Prevention and Control 3, Department of Disease Control

Received: July 15, 2024 | Revised: August 19, 2024 | Accepted: August 26, 2024

Abstract

This study aimed to the effect of the hepatitis C elimination policy to implementation in the local administrative organization area, Health Region 3. The mixed-method research method was used, which was a sequential, interpretive method. Quantitative data collection and analysis were conducted in the first phase, followed by qualitative data collection and analysis in the second phase. The researcher gave equal importance to both quantitative and qualitative data, which were used to complement or support each other. Integration occurred in the interpretation and discussion stages of the results. Quantitative data were collected using data from the hepatitis C screening results in Health Region 3 to achieve 90 percent of the target number in fiscal years 2022–2023, and qualitative data were collected using a documentary research, in-depth interviews, and non-participatory observation. Content analysis and data quality check by triangulating data collection methods. The sample groups were divided into 2 groups: Group 1, the target group at risk of hepatitis C infection in 2022–2023, consisting of 3,557 and 14,544 persons, respectively; and Group 2, 15 personnel from public health agencies and local administrative organizations in the local administrative organization area who voluntarily participated in the hepatitis C screening in Health Region 3. The results of the study found that in 2022–2023, Health Region 3 had local administrative organizations participating in the hepatitis C screening in every province and exceeding the set target. The results of the hepatitis C screening in the local administrative organization area of Health Region 3 met the target of 90 percent, with screening results of 93.36 percent and 93.23 percent, respectively. In this regard, the implementation of health policies should use mechanisms at all levels to jointly implement them, with key hosts at all levels, and policies that are clear and can be implemented. There should be sufficient and appropriate resources in the community, including the development of the potential of medical personnel to support the care of hepatitis C patients. In the next study, there should be a study care system to develop to be more comprehensive and appropriate for patients.

Correspondence: Sarawut Phochanasombat

E-mail: kowut.p@gmail.com

ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

ศราวุธ โภชนะสมบัติ

จุฬามาต มากบุญชู

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค

วันรับ: 15 กรกฎาคม 2567 | วันแก้ไข: 19 สิงหาคม 2567 | วันตอบรับ: 26 สิงหาคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน แบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่ากัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมายในปีงบประมาณ 2565 - 2566 และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทำการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ปี 2565 - 2566 จำนวน 3,557 และ 14,544 ราย ตามลำดับ และกลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2565 - 2566 เขตสุขภาพที่ 3 มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ครบทุกจังหวัดและมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ตามเป้าหมายร้อยละ 90 โดยคัดกรองได้ร้อยละ 93.36 และ ร้อยละ 93.23 ตามลำดับ ทั้งนี้ การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ควรใช้กลไกทุกระดับมาร่วมดำเนินการ มีเจ้าภาพหลักทุกระดับ โดยนโยบายต้องมีความชัดเจนนำไปปฏิบัติได้ ทรัพยากรในชุมชนเพียงพอเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาระบบบริการดูแลรักษาเพื่อพัฒนาให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ติดต่อผู้พิมพ์: ศราวุธ โภชนะสมบัติ

อีเมล: kowut.p@gmail.com

Keywords

Screening test

Hepatitis C Virus, HCV

Community health

คำสำคัญ

การตรวจคัดกรอง

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี

สุขภาพชุมชน

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศสมาชิก ได้กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ภายในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁾ เมื่อพิจารณาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังจะเห็นว่าสถานการณ์ทั่วโลกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรัง ประมาณ 130 - 150 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2556 โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นลำดับที่ 7 ของสาเหตุการตายทั่วโลก คาดประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งจากกรณีการติดเชื้อเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น มะเร็งตับและภาวะตับแข็ง ประมาณ 1.4 ล้านรายต่อปี⁽²⁾ ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ ในปี 2559 ว่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คาดว่ามีประมาณ 3 - 8 แสนคน โดยผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ทำให้ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองและรักษา จะเข้ารับการรักษา ก็ต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะตับแข็ง กลายเป็นมะเร็งตับและเสียชีวิตในที่สุด⁽³⁾ ซึ่งมะเร็งตับ พบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในคนไทย แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 16,000 ราย⁽⁴⁾

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประเทศไทยให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2573 โดยได้จัดทำยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 - 2573⁽⁵⁾ และได้มีแผนเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบบี และได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย วัตถุประสงค์เพื่อประสานความร่วมมือดำเนินนโยบายและการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยระดมทรัพยากรการดำเนินงาน ทั้งบุคลากร และงบประมาณท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด⁽⁶⁾ และการดำเนินงานในระดับประเทศยังคงพบช่องว่างการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงยังดำเนินการได้น้อย 2) ขาดสิทธิประโยชน์การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากรเสี่ยง 3) แนวทางการวินิจฉัยรักษาที่ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกระดับ และ 4) ไม่มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและวางแผนการยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

กรมควบคุมโรค ซึ่งมีบทบาทภารกิจในการป้องกันควบคุมโรค พิจารณาแล้วเห็นว่าจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ด้วยการเพิ่มบทบาทในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบลหรืองบประมาณจัดสรรจากท้องถิ่นสู่ชุมชน ในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ง่าย สะดวก และได้รับการส่งต่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาต่อไป อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นและยั่งยืนต่อไป กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้มีการถ่ายทอดนโยบายสู่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้สคร. และสสจ. ถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ เพื่อให้ดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 ได้มีแผนการคัดกรองโรคไวรัสตับ

อักษะบ ซึ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมาย⁽⁷⁾ ที่ผ่านมาได้ สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายด้านสุขภาพในการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักษะบ ซึ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ 2563 ที่ดำเนินในกลุ่มพนักงานคัดแยกขยะ ซึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสตับอักษะบ ซึ อีกรั้ง ยังมีกรสนับสนุนชุดตรวจไวรัสตับอักษะบ ซึ เพื่อการคัดกรองโรคในช่วงวันรณรงค์ตับอักษะบโลกประจำปี แต่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนเสี่ยงทุกคน ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 จึงได้มีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักษะบ ซึ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ได้เห็นถึงความสำคัญในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักษะบ ซึ จึงได้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อเพิ่มการตรวจคัดกรองไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และได้รับบริการด้านการป้องกันและการรักษาอย่างเหมาะสม รวมถึงพื้นที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย “กำจัดโรคไวรัสตับอักษะบ บี และ ซึ ภายในปี พ.ศ. 2573” และผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักษะบ ซึ สู่อการปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักษะบ ซึ สู่อการปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

วัสดุและวิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative) โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่ากัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล ดำเนินการศึกษาหลังจากมีการกำหนดนโยบายฯ และนำไปสู่อการปฏิบัติในพื้นที่ศึกษา ในระยะที่หนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากผลการคัดกรองไวรัสตับอักษะบ ซึ ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 (1 ต.ค. 2564 - 30 ก.ย. 2566) และในระยะที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) เพื่อนำมาพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล ซึ่งประยุกต์ใช้ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวนมีเตอร์และแวน ฮอร์น⁽⁸⁻¹¹⁾ เป็นกรอบแนวคิดการวิเคราะห์

2) พื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักษะบ ซึ ในเขตสุขภาพที่ 3 และหน่วยงานอื่นในพื้นที่ อปท. ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทุกระดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1) ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป (ประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535) ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี มาก่อน⁽⁷⁾

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเขตสุขภาพที่ 3

3.2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ปี 2565 จำนวน 3,557 ราย และปี 2566 จำนวน 14,544 ราย

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 15 คน

4) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

4.1) แบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ปี 2565 - 2566 โดยลงข้อมูลในโปรแกรมระบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (Report Hepatitis B and C) <https://hepbcc.ddc.moph.go.th/>⁽¹²⁾

4.2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด มีคำถามจำนวน 6 ข้อ ดังนี้ (1) ทราบวัตถุประสงค์ของนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี หรือไม่ อย่างไร (2) การดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่เป็นอย่างไร (3) บทบาทของท่านในการสนับสนุนการดำเนินงาน (4) ปัจจัยความสำเร็จ (5) ปัญหา อุปสรรค และ (6) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.3) แบบบันทึกการสังเกตการดำเนินงาน โดยผู้ศึกษาดำเนินการบันทึกการสังเกตเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม พฤติกรรม การซักถามอย่างไม่เป็นทางการ และจดบันทึกระหว่างการสังเกต

5) วิธีการรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินงานและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ศึกษา สืบหาข้อมูลขั้นทุติยภูมิ โดยศึกษาและรับทราบนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากนั้นวางแผนการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เขตสุขภาพที่ 3 ที่สนใจเข้าร่วมการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ในช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ศึกษาถ่ายทอดนโยบายฯ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกับกับหน่วยงานที่เข้าร่วมการดำเนินงาน ในพื้นที่อปท. ได้แก่ สสจ. สสอ. โรงพยาบาล (รพ.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอปท. รวมทั้งหน่วยงานจัดเตรียมทรัพยากรในการดำเนินงาน ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร ในช่วงเดือนธันวาคม 2564 – เมษายน 2565

ขั้นตอนที่ 3 หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพื้นที่อปท. ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. และอปท. จัดการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในช่วงเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2565

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษารูปผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ปี 2565 ในช่วงเดือน กันยายน – ตุลาคม 2565

ระยะที่สอง

ขั้นตอนที่ 1 ผู้ศึกษาสำรวจข้อมูลขั้นทุติยภูมิ โดยทำการสำรวจและวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ได้แก่ (1) นโยบายการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ปี 2565 – 2566 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573⁽⁵⁾ (3) แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดต่อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2566⁽⁷⁾ และ (4) ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565⁽¹³⁾

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ศึกษาวางแผนการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สู่การปฏิบัติในชุมชนของเขตสุขภาพที่ 3 และดำเนินการตามแผน ในช่วงเดือนธันวาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ศึกษาได้จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ศึกษาติดตามข้อมูลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี จากผู้รับผิดชอบงานทุกสัปดาห์ เพื่อกำกับ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน 2566

ขั้นตอนที่ 4 ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 15 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2566 และสรุปผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ปี 2566

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการศึกษา ในช่วงเดือนตุลาคม 2566

6) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) และข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อนำมาพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล

7) การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี แจกแจงความถี่ และร้อยละ ตามเป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของเขตสุขภาพที่ 3 และสรุปผลสำเร็จในการคัดกรองตามเป้าหมาย ให้ได้ร้อยละ 90

7.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และการสรุปความ จากการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยวิเคราะห์ถึงประเด็นสำคัญ จากนั้นนำประเด็นมาแยกเป็นประเด็นย่อย และหัวข้อย่อย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมและนำเสนอผลการวิจัยด้วยวิธีการเชิงบรรยาย

8) การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามนโยบายโดยความสมัครใจของหน่วยงาน จึงได้มีการขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลเชิงปริมาณเป็นข้อมูลสรุปผลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เขตสุขภาพที่ 3 ที่มีการเผยแพร่ในโปรแกรมระบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (Report Hepatitis B and C) <https://hepbcd.ddc.moph.go.th/> โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจจากการให้ข้อมูล ผู้ศึกษาจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อ สถานที่ของผู้ให้ข้อมูล และจะใช้นามสมมติแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีผลการศึกษา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

1.1 หน่วยงานที่ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ทุกจังหวัดมีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการดำเนินงาน ซึ่งดำเนินการตามเป้าหมาย คือ มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมการดำเนินงานให้การสนับสนุนการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ครอบคลุมทุกพื้นที่

ในปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงาน (อปท.) จำนวน 75 แห่ง และครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 และหน่วยงาน อปท. เข้าร่วมดำเนินงานจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดพิจิตรมีหน่วยงาน อปท. เข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ 73.33 รองลงมาได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 6.67, 6.67 และ 5.33 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 3 มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงาน (อปท.) จำนวน 137 แห่ง และครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 และหน่วยงาน อปท. เข้าร่วมดำเนินงานจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครสวรรค์มีหน่วยงาน อปท. เข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ 27.01 รองลงมาได้แก่ จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดชัยนาท และจังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 24.82, 24.09, 13.13 และ 10.95 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565 – 2566

หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 3	ปี 2565			ปี 2566		
	จำนวน	ร้อยละ	ความสำเร็จตามเป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	ความสำเร็จตามเป้าหมาย
จังหวัดกำแพงเพชร	5	6.67	ผ่าน	15	10.95	ผ่าน
จังหวัดชัยนาท	4	5.33	ผ่าน	18	13.13	ผ่าน
จังหวัดนครสวรรค์	5	6.67	ผ่าน	37	27.01	ผ่าน
จังหวัดพิจิตร	55	73.33	ผ่าน	34	24.82	ผ่าน
จังหวัดอุทัยธานี	6	8.00	ผ่าน	33	24.09	ผ่าน
เขตสุขภาพที่ 3	75	100.00	ผ่าน	137	100.00	ผ่าน

1.2 ผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า

ในปี 2565 ภาพรวมการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 3 มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 93.36 จำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 100.00 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 93.33 ซึ่งสามารถดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายการคัดกรอง ส่วนจังหวัดกำแพงเพชร มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 77.96 ไม่สำเร็จตามเป้าหมายการคัดกรอง (ตารางที่ 2)

ในปี 2566 ภาพรวมการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 3 มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 93.23 จำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาท และจังหวัดอุทัยธานี มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี มากกว่าร้อยละ 100.00 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 94.93 ซึ่งสามารถดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายการคัดกรอง ส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร มีผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 86.89 และ 72.00 ตามลำดับ ไม่สำเร็จตามเป้าหมายการคัดกรอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565 – 2566

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 3	ปี 2565 (N1 = 3,557)				ปี 2566 (N2 = 14,544)			
	เป้าหมายคัดกรอง (ราย)	จำนวนกรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จตามเป้าหมาย ร้อยละ 90	เป้าหมายคัดกรอง (ราย)	จำนวนกรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จตามเป้าหมาย ร้อยละ 90
กำแพงเพชร	540	421	77.96	ไม่ผ่าน	1,500	1,424	94.93	ผ่าน

การตรวจคัด กรองโรค ไวรัสตับ อักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 3	ปี 2565 (N1 = 3,557)				ปี 2566 (N2 = 14,544)			
	เป้าหมาย คัดกรอง (ราย)	จำนวน คัด กรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จ ตาม เป้าหมาย ร้อยละ 90	เป้าหมาย คัดกรอง (ราย)	จำนวน คัด กรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จ ตาม เป้าหมาย ร้อยละ 90
ชัยนาท	240	240	100.00	ผ่าน	3,500	3,914	>100.00	ผ่าน
นครสวรรค์	780	780	100.00	ผ่าน	3,500	3,041	86.89	ไม่ผ่าน
พิจิตร	2,010	1,876	93.33	ผ่าน	3,500	2,520	72.00	ไม่ผ่าน
อุทัยธานี	240	240	100.00	ผ่าน	3,600	3,645	>100.00	ผ่าน
ภาพรวมเขต 3	3,810	3,557	93.36	ผ่าน	15,600	14,544	93.23	ผ่าน

ที่มา: โปรแกรม Viral Hepatitis B & C Screening ปี 2565 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 และ ปี 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

ส่วนที่ 2 ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ที่ร่วมดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี จำนวน 15 คน ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ตามองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น มีผลการศึกษาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ตามองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น

องค์ประกอบที่สำคัญ	สรุปผลการศึกษา
2.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย (Policy Standards and Objectives)	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นพันธะสัญญานานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก รวมถึงประเทศไทย มีเป้าหมายการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้ได้ภายในปี 2573 - ประเทศไทย ได้ดำเนินงานตามพันธะสัญญานานาชาติ จึงได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี พ.ศ. 2565 - 2573 ของประเทศไทย นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี และการป้องกันให้กับประชาชนถึงในระดับท้องถิ่น พร้อมเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ยา และการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเป้ากำจัดโรคได้สำเร็จภายในปี 2573 - ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการปรับหลักเกณฑ์คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี⁽¹³⁾ จากเดิมมี 2 ข้อ ได้แก่ (1) เป็นอายุรแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาระบบทางเดินอาหาร หรือ (2) เป็นอายุรแพทย์ทั่วไปที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา โดยได้รับการรับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยได้เพิ่มคุณสมบัติ ข้อ (1) หรือ ข้อ (2) หรือ (3) แพทย์ที่ได้รับการ

องค์ประกอบที่สำคัญ

สรุปผลการศึกษา

2.2 ทรัพยากรนโยบาย (Policy Resources)

อบรมการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรือจริง โดยหน่วยงานของรัฐ/ ราชวิทยาลัย/ สมาคม/ ชมรมทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นตับแข็งควรส่งต่อแพทย์ตามข้อ (1) และ (2) ซึ่งการปรับหลักเกณฑ์เรื่องนี้จะช่วยปิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้มากขึ้น

- มีการจัดสรรอุปกรณ์การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี จากส่วนกลางลงสู่พื้นที่ พบว่า การจัดสรรยังไม่สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ เนื่องจากมีงบประมาณที่จำกัด และมีระยะเวลาการตรวจคัดกรองในปีงบประมาณ 2566 ทำให้พื้นที่ที่ได้รับการจัดสรรอุปกรณ์การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ตามสัดส่วนความต้องการกับเป้าหมายในการจัดสรรอุปกรณ์จากส่วนกลาง

- บางพื้นที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทำให้สามารถดำเนินงานคัดกรองได้มากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

- ผู้ปฏิบัติงานที่เข้าใจนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงาน รวมทั้งมีความพร้อม มีการวางแผนงาน และแบ่งบทบาทหน้าที่กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ สามารถดำเนินการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้ตามเป้าหมายและตามระยะเวลาที่กำหนด

- ผลการส่งเสริมให้แพทย์ในเขต 3 เข้ารับการอบรมหลักสูตร "การดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี" ซึ่งเป็นหลักสูตรที่กรมควบคุมโรค ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ดำเนินการจัดอบรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และอบรมในรูปแบบ E-learning เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม พบว่า โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีแพทย์ผ่านการอบรม มีจำนวน 33 แห่ง (จากจำนวน 54 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 61.11 โดยจังหวัดชัยนาท และจังหวัดอุทัยธานี มีแพทย์ผ่านการอบรมทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และจังหวัดพิจิตร จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25.00

2.3 การสื่อสารระหว่าง องค์กร และกิจกรรม การเสริมแรง (Inter- Organizational Communication and Enforcement Activities)

- มีการถ่ายทอดนโยบายจากบนลงล่าง เป็นลำดับ ได้แก่ (1) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด และ (4) หน่วยงานในจังหวัด ตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน สร้างความเข้าใจนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

- มีการกำกับ ติดตาม และรายงานข้อมูลย้อนกลับ ในหน่วยงานทุกระดับทุกสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นเตือน ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

2.4 ลักษณะหน่วยงานที่ นำนโยบายไปปฏิบัติ (The Characteristics of Lamenting Agencies)

ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

2. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลนคร (ทน.)

องค์ประกอบที่สำคัญ	สรุปผลการศึกษา
2.5 เจือปนโซทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Economic, Social and Political Conditions)	<p>เทศบาลเมือง (ทม.) เทศบาลตำบล (ทต.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัดตอบจ.</p> <ul style="list-style-type: none">- ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) จากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังสังกัดกระทรวงมหาดไทย บางส่วน ทำให้การประสานงานมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อการดำเนินงานในบางพื้นที่ล่าช้าหรือไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้- หน่วยงานของอปท. บางแห่ง ไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยตรง ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือจากประชาชน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานในชุมชน- มีแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรอง ส่งต่อ และรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เขตสุขภาพที่ 3 และระดับจังหวัด
2.6 ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ (The Disposition of Implementers)	<ul style="list-style-type: none">- ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือกันดำเนินงานตามโครงการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ- ผู้ปฏิบัติงานมีการตกลงทำความเข้าใจและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกัน จึงทำให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมาย- ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย มีภาระหน้าที่หลายส่วน และมีหลายงานเร่งด่วน ส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในประเด็นการค้นหาประชาชนที่มีความเสี่ยง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมผู้มีความเสี่ยงทั้งหมดในพื้นที่

วิจารณ์

ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีวิธีการดำเนินงานโดยการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเป้าหมายคือ มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง และมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง พบว่า

ในปี 2565 - 2566 เขตสุขภาพที่ 3 มีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ครอบคลุมจังหวัดและมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นผลมาจากการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานในทุกระดับ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานในจังหวัด และสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี รวมถึงการวางแผนกิจกรรมและระบบการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเป็นเจ้าของงาน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน และสามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้ และสนับสนุนให้เกิดระบบการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทในชุมชน ในส่วนของผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ในปี 2565 - 2566 คัดกรองได้จำนวน 3,557 ราย ร้อยละ 93.36 และจำนวน 14,544 ราย ร้อยละ 93.23 ตามลำดับ โดยสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง อีกทั้งยังมีการส่งเสริมให้มีแพทย์จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ผ่านการอบรมหลักสูตร “การดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี” จำนวน 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.11

ซึ่งเป็นผลมาจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้กลไกการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในชุมชนของเขตสุขภาพที่ 3 โดยค้นพบทั้งปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา/ อุปสรรค ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีดังนี้ (1) การมีกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ของกลไกในแต่ละระดับและสามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทหน้าที่ ส่วนพื้นที่ที่ไม่สำเร็จตามเป้าหมายมาจากกลไกในแต่ละระดับไม่มีการสื่อสารพูดคุยเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่กันให้ชัดเจน และไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในพื้นที่ช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินงาน (2) นโยบายมีวัตถุประสงค์และมาตรฐานชัดเจน เป็นพันธะสัญญานานาชาติ และเป็นนโยบายการทำงานของประเทศไทย รวมทั้งการปรับหลักเกณฑ์การดูแลรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งในส่วนนี้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับจะต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน (3) มีทรัพยากรที่เหมาะสมในชุมชน การจัดสรรชุดตรวจคัดกรองเหมาะสมกับพื้นที่ดำเนินการ บางพื้นที่ได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทำให้มีการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี กลุ่มประชาชนเสี่ยงได้มากขึ้น และผู้ปฏิบัติงานที่มีความเข้าใจและมีความพร้อม จะสามารถทำให้ดำเนินงานตามเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนดได้ ในประเด็นนี้เห็นได้ชัดเจนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนในการช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น จึงควรมีการของบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นมาช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ (4) มีการสื่อสารทำความเข้าใจในการดำเนินงานร่วมกัน โดยถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่เขตและจากเขตสู่จังหวัดและพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด และมีข้อมูลย้อนกลับให้พื้นที่ นำไปสู่การดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ซึ่งทำให้พื้นที่เห็นข้อมูลพื้นที่ตนเองและสามารถใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่ได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น (5) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสามารถดำเนินงานร่วมกันได้ โดยการสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานในกลุ่มบุคลากรทางแพทย์ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าจะเป็นคนละหน่วยงานและสหสาขาวิชาชีพ หากมีการวางแผนและแบ่งบทบาทหน้าที่การดำเนินงานร่วมกัน จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ (6) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง มีการประสานงานที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินงานในชุมชนล่าช้าขึ้น จึงควรมีการวางแผนแนวทางดำเนินงานร่วมกันในปีถัดไปและควรมีผู้รับผิดชอบหลักเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จได้ และ (7) ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติมีผลต่อการดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ ตั้งแต่ส่วนกลาง เขต และจังหวัด เห็นความสำคัญและมีการเตรียมความพร้อม ทำให้เกิดการดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ ผลการศึกษาสอดคล้องสอดคล้องกับการศึกษาของแคทรียา การาม, อังสนา บุญธรรม, สุภาภรณ์ สงค์ประชา และลือชัย ศรีเงินยวง (2564) เรื่อง รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่สู่การปฏิบัติจังหวัดนนทบุรี ปี 2559⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยหลักในการกำหนดความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การจัดกลไก ควรมีกลไกที่มีการกิจเฉพาะและมีความชัดเจน ควรมีองค์ประกอบจากนอกภาคสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดมุมมองการทำงานในมิติอื่น ๆ เพิ่มเติม เชื่อมโยงไปถึงประเด็นและ

การขับเคลื่อน (2) การกำหนดประเด็น การมีเกณฑ์การพิจารณาและเพิ่มเติมเกณฑ์ที่สอดคล้องกับภาวะที่สังคมกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และควรมีเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วมในการขับเคลื่อนงาน และ (3) การผลักดันขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ ควรมีการพัฒนาศักยภาพคนทำงานในระดับพื้นที่ที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนและประเมินผล การประสานความร่วมมือกับกลไกในพื้นที่ด้านกำลังคน งบประมาณ และอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อสารทางสังคมขับเคลื่อนนโยบาย และการศึกษาของศรัณย์ ฐิตารีย์ (2564) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปปฏิบัติของเทศบาลตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ⁽¹⁵⁾ พบว่า หากเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายมีความชัดเจนนำไปปฏิบัติได้ง่าย สมรรถนะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีความเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถสูง และได้รับการสนับสนุนทางการเมืองและประชาชนอย่างดีมากเท่าใดก็จะทำให้การนำนโยบายด้านสวัสดิการสังคมไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จมากเท่านั้น ส่วนความเพียงพอของทรัพยากร ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การวางแผนและควบคุม การสนับสนุนจากทางการเมืองและประชาชน มีอิทธิพลทางตรงและเชิงบวกต่อสมรรถนะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ควรใช้กลไกในทุกระดับมาร่วมดำเนินงาน โดยเฉพาะกลไกในชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนกิจกรรม ทรัพยากร และสร้างเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน
2. ควรมีหน่วยงานเจ้าภาพหลักทุกระดับในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในชุมชน เพื่อสร้างความร่วมมือกับทุกหน่วยงานและเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ได้แก่ นโยบายชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้ ทรัพยากรที่ใช้ทั้งด้านผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อให้โรงพยาบาลมีแพทย์รักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ และสามารถรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในชุมชนของเขตสุขภาพที่ 3
4. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาระบบบริการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในเขตสุขภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และแพทย์หญิงหรรษา รักษาคม ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในทุกภาคส่วนที่ร่วมดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 3 รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและให้ข้อเสนอแนะที่ทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hepatitis [Internet]. 2021 [Cited 2021 Oct 1]. Available from https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1.
2. Division of AIDS and STIs. Thailand practice guideline for eliminate hepatitis C. (1 ed). Bangkok: Printing House J.S. Printing; 2020. (in Thai)
3. Division of AIDS and STIs. “Hepatitis B & C can’t wait: Hepatitis B and C, early detection, quick treatment, can’t wait” World Hepatitis Day campaign concept 28 Jul 2022 [Internet]. 2022 [Cited 2022 Jul 21]. Available from https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=12956&fbclid=IwAR2AUpJQC8yktspw_N4u-Sh00RHcPSA8TPyvfZktbWp-K9NV4LGdrgrJMmc. (in Thai)
4. Department of medical services. Hot news: Liver cancer is the number 1 most common in Thai people [Internet]. 2021 [Cited 2021 Oct 1]. Available from https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=29135. (in Thai)
5. Division of AIDS and STIs. Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 – 2030. (1 ed). Bangkok: SBK Printing Co., Ltd.; 2023. (in Thai)
6. Bureau of Information Office of The Permanent Secretary of MOPH. News for the masses: Ministry of Health and the Ministry of Interior Together to eliminate hepatitis successfully by 2030 [Internet]. 2022 [Cited 2022 Apr 22]. Available from https://pr.moph.go.th/?url=pr%2Fdetail%2F2%2F04%2F173187%2F&fbclid=IwAR1LAlgaXiVhHEshGZYnJAIL_K0gYHLsRTdlulNjKdrIzgKNJp15VT4Aus8. (in Thai)
7. Division of AIDS and STIs. “8. Guidelines for conducting screening for hepatitis B and C infection in target populations at risk. to forward into the treatment system In the area of local government organizations, revised edition for the year 2023 [Internet]. 2023 [Cited 2023 Jun 7]. Available from https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=14011. (in Thai)
8. Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society*, 1975; 6(4), 445–488
9. Van Horn, Carl E., And Donald S. Van Meter. The Implementation of Intergovernmental Policy [Internet]. 2024 [Cited 2024 Jan 20]. Available from <https://books.google.co.th/books?id=tR-MBck8t0YC&lpg=PA97&ots=H-sokV6Ymd&dq=The%20Implementation%20of%20Intergovernmental%20Policy&lr&hl=th&pg=PA97#v=onepage&q=The%20Implementation%20of%20Intergovernmental%20Policy&f=false>.
10. Titapol Noijad. Theory Model of Public Policy Implementation. *Journal of Digital Business and Social Sciences*. 2023; 9(1): 1–16. (in Thai)

- 11.Sanya Kenaphoom and Burachat Jandaeng. Theory Model of Public Policy Implementation. Journal of local governance and innovation. 2019; 3(1): 95-116. (in Thai)
- 12.Division of AIDS and STIs. Viral Hepatitis B & C Screening [Internet]. 2023 [Cited 2023 Sep 30]. Available from https://hepbcdcc.moph.go.th/report_result.
- 13.Announcement of the National Drug System Development Board on the National List of Essential Medicines 2022 (Issue 2) B.E. 2022 (Appendix 3). Royal Gazette Volume 139, Special Section 274 (dated 25 November 2022): pp. 82-89. (in Thai)
- 14.Kathareeya Karam, Augsana Bunthum, Supaporn Songpracha and Luechai Sri-Ngernvuang. 2016 Public policy driving model for participatory health at the area level to implementation of Nonthaburi province. Interdisciplinary Studies Journal. 2021; 21(2): 144-161. (in Thai)
- 15.Saran Thitaree. Factors Affecting the Implementation of Social Welfare Policy by Chonglom Municipality In Lan Krabue District. Journal of Graduate Studies Bansomdejchoapraya Rajabhat University. 2021; 6(2): 30-42. (in Thai)