



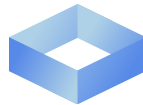
กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.3

Journal of Disease and Health Risk DPC.3

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567



ISSN 2774-0730 (ONLINE)



Approved by TCI during 2020 - 2024

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่างระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข็มกระตุ้นของผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตตำบลตำบ่อ อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย
4. ผลการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2559-2564
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5
6. เปรียบเทียบผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
7. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
8. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร
9. ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3



ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 2567		Volume 18 No.2 May. – Aug. 2024	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่างระลอกสายพันธุ์เดลต้าและระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ขงาไพร เสาร์สุวรรณและคณะ	113	Risk Factors for Mortality of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients between Delta Variants and Omicron variants in public health region 6 Chabaprai Saosuwan, et al.	113
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019) เข็มกระตุ้นของผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว รัตติญา ยมมาและคณะ	127	Factors Associated with Assessing The COVID-19 Vaccine Booster Dose Among The Elderly in SaKaeo Province Rarriya Yomma, et al.	127
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบุณฑล จังหวัดเชียงราย จุฑารัตน์ ชื่นใจและคณะ	145	Factors affecting the alcohol consumption behavior among people in Ta sub-district, Khuntan District, Chiangrai Province Rarriya Yomma, et al.	145

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 2567		Volume 18 No.2 May. – Aug. 2024	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
ผลการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลายขนาน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2559 – 2564 ภูมิวิศิษฐ์ วงษาและคณะ	156	Treatment Outcomes and Factors Associated with Treatment Outcomes among Patients Treated with Multidrug Resistant Tuberculosis Regimens, Ubon Ratchathani Province between 2016 – 2021 <i>Bhumiwasit Wongsa, et al.</i>	156
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ ป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM _{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 ฉวีวรรณ ไช้ประพันธ์กุล	173	Health Literacy of self-protection from particulate matter PM _{2.5} affected to community health in Health region 5 <i>Chaweewan Chaiprapankoon</i>	173

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 2567		Volume 18 No.2 May. – Aug. 2024	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
เปรียบเทียบผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันตามรายการที่กำหนด (Free schedule) ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 วรรณมา ประยุกต์วงศ์และคณะ	184	A Comparison of the Workload of Promotion and Prevention Fee Schedule in Sub-district Health Promoting Hospital affiliated and not affiliated to the Ministry of Public Health in Health Region 3 <i>Wanna Prayukvong, et al.</i>	184
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ไอศวรรยา ยอดวงศ์และคณะ	197	Factors Predicting Preventive Behaviors of Coronavirus 2019 among Pregnant Women in Sawanpracharak Hospital Nakhonsawan Province <i>Aisawanya Yodwong, et al.</i>	197

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. 2567		Volume 18 No.2 May. – Aug. 2024	
สารบัญ	หน้า	CONTENTS	PAGE
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ธฤตวัน พระพิจิตรและคณะ	212	Model Development of Food Safety with Community Participation Kamphaeng Phet Province <i>Tharitwan Prapijit, et al.</i>	212
ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ศราวุธ โภชนะสมบัติและคณะ	225	The effect of the Hepatitis C elimination policy to implementation in the local administrative organization area, health region 3 <i>Sarawut Phochanasombat, et al.</i>	225

วารสารโรคและภัยสุขภาพ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
เป็นวารสารวิชาการ เผยแพร่โดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่บทความด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ระบาดวิทยา ตลอดจนผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ
นักวิจัยทั้งในและนอกหน่วยงาน

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม	ผู้อำนวยการ
แพทย์หญิงจิตติพร วงศ์ศิริอำนวย	รองผู้อำนวยการ
นายชนรินทร์ ห่วงมิตร	รองผู้อำนวยการ
นายศราวุธ โกชนะสมบัติ	รองผู้อำนวยการ
นางสาวจิตติมา พานิชกิจ	รองผู้อำนวยการ
นายแพทย์วิโรจน์ เรืองวราพิชญ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

บรรณาธิการ นายแพทย์พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล

รองบรรณาธิการ ดร.สันติ เกิดทองทวี

กองบรรณาธิการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ดร.จิตติภัทร จันเกษม	ดร.นิชาภา เสนามาตย์
ดร.อริยดา สมานกุล	นายอนุกุล บุญคง
นายกมล พงชนะ	นายภาณุวัฒน์ เสี่ยงมจิตต์เกษม
นายธณัฐ ฝั้นชมภู	นางสาวปาริศา บุญนาค

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

นายแพทย์ ดร.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

นายแพทย์ศุภชัย อุกษัณงาม

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

นายแพทย์ ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล

นายแพทย์ปณิธิ ธรรมวิริยะ

ดร.สีใส ยี่สุนแสง

นายแพทย์บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์

แพทย์หญิงดารินทร์ อารีโยคชัย

แพทย์หญิงจรัพร คงประเสริฐ

ดร.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล

ดร.อรพันธ์ อันติมานนท์

ดร.สำราญ สิริภคมงคล

แพทย์หญิงวราลักษณ์ ตั้งคณะกุล

ดร.ธนัชรา ดิษสุวรรณ

กรมควบคุมโรค

นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ

กรมควบคุมโรค (เกษียณอายุราชการ)

นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ

กรมควบคุมโรค (เกษียณอายุราชการ)

นักวิชาการอิสระ สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ

กรมควบคุมโรค (เกษียณอายุราชการ)

สำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

**สถาบันเวชศาสตร์ชุมชน กรมควบคุมโรค
(เกษียณอายุราชการ)**

กองโรคติดต่อทางแมลง กรมควบคุมโรค

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

**กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค**

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

พลตรีรองศาสตราจารย์ ดร.ชัยณรงค์ เชิดชู	นักวิชาการอิสระวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์พระมงกุฎ (เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์วิทยา สวัสดิคุณพงศ์	นักวิชาการอิสระ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์วินัย ลิสมิทธิ์	นักวิชาการอิสระ โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา เศรษฐบุตร	นักวิชาการอิสระ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล(เกษียณอายุราชการ)
นายแพทย์เอลวิน เพชรปลูก	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ	โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร
ศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย เอกพลากร	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
แพทย์หญิงปานใจ ชูชื่น	สาขาวิชารังสีวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์เภสัชกรดร.ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.กมลรัตน์ สังขรัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
แพทย์หญิงดุริณี พุทธิ	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (ฝ่ายสหรัฐ) กรมการแพทย์ทหารบก
ดร.นิรัญญาญจ จันทรา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ
ดร.พิมรา ทองแสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.กิติพงศ์ กลิ่นแมน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ดร.กฤษดา เหล็กเพชร

ดร.ศิริภา จิตติมณี

รองศาสตราจารย์ ดร.ธันวา วงษ์สุก

ดร.สุวรรณีย์ สร้อยสงค์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร

ดร.สวรรยา สิริภคมงคล

ดร. กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน

รองศาสตราจารย์ดร.จิรภาส จงจิตวิมล

รองศาสตราจารย์พัฒนา ราชวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี

ดร.เพ็ญพิมพ์ ปันระสี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง

ดร.กิ่งแก้ว สารวยริน

(เกษียณอายุราชการ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะศิลปศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกริก

สำนักวิทยพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาควิชาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สถาบันวิจัยและพัฒนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ดร.ภญ.วิลาสินี หงสนันทน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยกคาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ศาสตราจารย์ ดร.เกียรติไชย พักศรี

ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

เพชรบูรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุสดี สระทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก

พิธีงานอักษร

นายวัชร จันทรกระจ่าง

นางสาวกาญจนา เอี่ยมอักษร

นางสาวสุชาดา ธงชาย

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

นางสาวนิศามณี รอดแก้ว

นายประกาศิต พิมพ์พันธุ์ดี

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

516/66 ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์

จังหวัดนครสวรรค์ โทรศัพท์ 0 5622 1822 ต่อ 162

กำหนดเผยแพร่ ฉบับละ 7 บทความ ปีละ 3 ครั้งหรือราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ไม่มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์บทความ

Disease and Health Risk DPC3 Journal

**Official Publication of the Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan
Province, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand**

Objective: To disseminate science and technology articles relating to communicable diseases, non-communicable diseases, and epidemiology including surveillance, prevention, and control of diseases and health threats from internal and external researchers.

Advisor:	Dr. Hansa Raksakom.	Director
	Dr. Thitiporn Wongsiriamnue	Deputy Director
	Mr. Charin Haungmitr	Deputy Director
	Mr. Sarawut Phochanasombat	Deputy Director
	Ms. Jittima Panitchakit	Deputy Director
	Dr. Wiroj Ruangwarapith	Assistant Director

Editor: Dr. Pisut Chunchongkolkul

Sub Editor: Dr. Santi Keadthongthawee

Editorial Department Office of Disease Prevention and Control Region 3, Nakhon Sawan Province

Dr. Thitipat Jankasem	Dr. Nichapha Senamart
Dr. Arunta Samankul	Mr. Anugoon Bunkhong
Mr. Kamon Photchana	Mrs. Panuwat Sangiamchitkasem
Mr. Thanut Funchomphoo	Mrs. Parida Boonnak

Editorial Team outside the agency:

Dr. Sopon Imsirithaworn	Department of Disease Control
Dr. Supachai Rerkngam	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Pasakorn Akarasewi	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)

Dr. Anupong Sujariyakul	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Panithee Thammawijaya	Academician Office of Expert Committee, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Seesaiy Yeesoonsang	Division of epidemiology, Department of Disease Control
Dr. Bunlerd Sakchainanont	Institute of preventive medicine, Department of Disease Control (Retire)
Dr. Darin Areechokchai	Division of vector borne diseases, Department of Disease Control
Dr. Jureephon Congprasert	Division of non-communicable diseases, Department of Disease Control
Dr. Kamolthip Vijitsoonthornkul	Division of non-communicable diseases, Department of Disease Control
Dr. Orrapan Untimanon	Division of occupational and environmental diseases, Department of Disease Control
Dr. Samran Siriphakhamongkhon	Office of disease prevention and control region 6 Chonburi
Dr. Waraluk Tangkanakul	Office of disease prevention and control region 8 Udon Thani
Dr. Thanittha Ditsuwan	Office of disease prevention and control region 12 Songkhla

Assoc. Prof. Maj. Gen. Dr. Chainarong Cherdchoo	Academician Phramongkutklao college of medicine (Retire)
Dr. Witaya Sawaddiwudhipong	Academician Maesot general hospital, Tak province (Retire)
Dr. Vinai Leesmidt	Academician Khlong Khlung general hospital, Kamphaeng Phet province (Retire)
Assoc. Prof. Dr. Janya Sethabutr	Academician Institute for population and social research, Mahidol university (Retire)
Dr. Elvin Petplook	Pranangklae hospital, Bangkok
Dr. Paitoon Ongate	Kamphaeng Phet hospital, Kamphaeng Phet province
Prof. M.D. Wichai Aekplakorn	Department of community medicine, Mahidol university
Dr. Panjai Choochuen	Faculty of medicine, Prince of Songkla university
Assoc. Prof. Dr. Chankit Puttilerpong	Faculty of pharmaceutical sciences, Chulalongkorn university
Dr. Kamonrat Sangkharat	Regional health promotion center 3, Nakhon Sawan province
Dr. Darunee Buddhari	Armed forces research institute of medicine sciences (WRAIR–AFRIMS) Army medical department

Dr. Niranyakarn Chandra	Public and environment health, Huachiew Chalermprakiet university
Dr. Pimra Thongsaeng	Faculty of science and technology, Nakhon Sawan Rajabhat university
Dr. Kitipong Klinman	Academician Nakhon Sawan provincial health office (Retire)
Dr. Krittsada Lekphet	Nakhon Sawan provincial health office
Dr. Sirinpha Jittimane	Faculty of nursing, Chulalongkorn university
Assoc. Prof. Dr. Thanwa Wongsuk	Faculty of medicine Vajira hospital, Navamindradhiraj university
Dr. Suwannee Sroisong	Faculty of nursing, Northern college
Assoc. Prof. Dr. Supaporn Kumruanggrit	Mahidol university, Nakhon Sawan campus
Assoc. Prof. Dr. Chanita Praditsathaporn	Faculty of nursing, Naresuan university
Dr. Sawanya Siriphakhamongkhon	Public health, Krirk university
Dr. Kulrawee Wiwattanacheewin	Institute of nursing, Suranaree university of technology
Assoc. Prof. Dr. Jirapas Jongitwimol	Faculty of allied health science, Naresuan university
Assoc. Prof. Pathana Rachavong	Faculty of agriculture natural resources and environmental, Naresuan university
Assoc. Prof. Dr. Yothin Sawangdee	Institute of research and development, Suan Sunandha Rajabhat university

Dr. Phiangphim Punrasi	Mahidol university, Nakhon Sawan campus
Assoc. Prof. Pol. Capt. Dr. Kingkaew Samruayruen	Faculty of science and technology Pibulsongkram Rajabhat university
Dr. Pharm. Wilasinee Hongsanun	Sukhothai provincial health office
Acting Sub Lt. Dr. Yutthana Yaebkai	Sirindhorn college of public health, Phitsanulok
Prof. Dr. Kiatichai Faksri	Faculty of medicine, Khon Kaen university
Assoc. Prof. Dr. Wutthichai Jariya	Faculty of public health, Naresuan university
Dr. Kulrut Borrirukwanit	Faculty of nursing, Phetchabun Rajabhat university
Assoc. Prof. Dr. Archin Songthap	Faculty of public health, Naresuan university
Assoc. Prof. Dr. Pussadee Srathong	Faculty of medicine, Praboromarajchanok institute

Proof Reading:

Mr. Watchara Chankrachang

Ms. Kanjana Iamaksorn

Mrs. Suchada Thongchai

Information Technology:

Ms. Nisamane Rodkaew

Mr. Prakasit. Pimpundee

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ยินดีรับบทความวิชาการ หรือ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์ และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเผยแพร่

1.บทความที่ส่งเผยแพร่

บทความพินิจ (Review Article)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือ เรื่องที่น่าสนใจจากวารสาร หรือหนังสือทั้งในและต่างประเทศ ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ บทความพินิจ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

บทความรายงานผลการศึกษา วิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นกลุ่มโรค หรือ กลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม (Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์ หรือข้อสังเกต การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (Inform consent) และ เอกสารอ้างอิง

การสอบสวนโรค (Outbreak Investigation)

รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุป และ เอกสารอ้างอิง

2.การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์(ไม่ต้องระบุคำนำหน้า) และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับ ความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยก ต่อท้ายชื่อสกุลเชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคนพร้อมใส่ชื่อสกุล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ (Abstract)

การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ต้องย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือ 250-300 คำ และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords)

เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่องโดยย่อ เหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อเรื่องที่สั้น กะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเนื้อหา ของเรื่องนั้น ๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาเพื่อตอบคำถามที่ตั้งไว้ หรือ การแก้ไข ปัญหา ทฤษฎี หรือ วรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเขียนไว้ในส่วนนี้ และ ส่วนท้ายเขียน วัตถุประสงค์การวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล จำนวนและลักษณะของตัวอย่าง ที่ศึกษา รูปแบบการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา เครื่องมือ การทดสอบ เครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปล ความหมายที่ค้นพบ หรือผลการวิเคราะห์ ให้เข้าใจง่ายชัดเจน ลักษณะร้อยแก้ว ตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้ ไม่ความเกิน 5 ภาพ หรือ ตาราง โดยต้องระบุลำดับที่ ชื่อ ด้านบนของภาพ หรือ ตาราง สรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่กำหนดไว้

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปผลการวิจัยให้ตรง ประเด็น และ ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานำไปใช้ประโยชน์ และ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัย ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือสำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ ความถูกต้องของ เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บ หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิง อันดับแรก “(1)” และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3.รูปแบบการอ้างอิง เป็นภาษาอังกฤษ

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ก.ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year) ; เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page). ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009 ;361: 298-9.

3.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้น ๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

3.3 การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

ข.ภาษาไทย

ตัวอย่าง

2.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิตธำรง, พิกพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.5 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ก.ภาษาอังกฤษ

ตัวอย่าง

Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687–9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

4.การส่งต้นฉบับ (Submission)

4.1 การพิมพ์บทความ ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 10 หน้า ใช้โปรแกรม Microsoft Word รูปแบบอักษร EucrosiaUPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว การใช้จุดทศนิยม หากใช้ 1 หรือ 2 ขอให้เหมือนกันทั้งบทความ ตารางขอให้พิมพ์ ไม่ใช่ภาพ มีลำดับที่ ชื่อตาราง อยู่ส่วนบนของตาราง ใช้คำว่า “ตารางที่ ...” แผนภูมิ หรือภาพ ประกอบควรเป็นสี คมชัด มีลำดับที่ และชื่อแผนภูมิ/ภาพ อยู่ส่วนบนของแผนภูมิ หรือภาพ ใช้คำว่า “แผนภูมิ หรือภาพที่...”

4.2 การส่งบทความ ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความผ่านระบบเว็บไซต์

วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/about/submissions> มีปัญหาสอบถาม

ที่กองบรรณาธิการ siriphakha@gmail.com

5.การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นและส่งบทความให้ผู้ประเมินบทความ (reviewer) 2 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยผู้พิมพ์ต้องดำเนินการปรับแก้ไขบทความ(revisions) ตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมินบทความ อย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนจะรับการพิจารณาเผยแพร่บทความ

5.2 บทความที่ได้รับการพิจารณา (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนด้านวิชาการ และรูปแบบตามที่วารสารกำหนดอีกครั้ง (Copyediting) ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบ ยืนยันส่งกลับมาให้ก่อน กองบรรณาธิการจึงจะดำเนินการส่งบทความเข้าสู่กระบวนการจัดรูปแบบไฟล์ และจัดทำดัชนีข้อมูลสำหรับการเผยแพร่ออนไลน์ (Production) ต่อไป

ผู้พิมพ์อาจต้องการตรวจสอบพิสูจน์อักษรครั้งสุดท้ายก่อนการเผยแพร่ ออนไลน์ กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการเผยแพร่เฉพาะเนื้อหาที่ผ่านความเห็นชอบของกองบรรณาธิการเท่านั้น

5.3 ผลการพิจารณาบทความทั้งที่ได้รับ และไม่ได้รับพิจารณา กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบผ่านระบบตอบกลับวารสารอัตโนมัติ

5.4 บทความที่รับพิจารณาลงอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) ผู้พิมพ์สามารถดาวน์โหลดบทความได้ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/issue/view/17069> โดยกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียงลำดับบทความเผยแพร่ตามความเหมาะสม และความรวดเร็วในการทำต้นฉบับบทความ

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่ อีเมล ที่ระบุในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ จะใช้เพื่อระบุตามวัตถุประสงค์ของวารสารเท่านั้น และจะไม่นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ แล้ว

2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ ทับซ้อน (ถ้ามี)

3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงการการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่ผู้นิพนธ์ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูล บางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

4. ผู้ประเมินบทความมีการตรวจพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Risk Factors for Mortality of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients between Delta Variants and Omicron variants in public health region 6.

Chabaprai Saosuwan

Witchayapat Samart

Nantawan Hengtrakulvenich

Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi, Department of Disease Control

Received: January 3, 2024 | **Revised:** February 23, 2024 | **Accepted:** April 5, 2024

Abstract

This cross-sectional analytical research study aims to present the factors associated with COVID-19 patients' death during the COVID-19 outbreak in the area of Public Health Region 6. The eligible to recruit death patients from Delta and Omicron variants were 1,428 people and 586 people respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression for adjusted odd ratio and 95% confidence interval. The results revealed that between deaths of Delta variant outbreak and Omicron variant outbreak. Majority of deaths were found in males, 50.4% and 54.3%. Over 70 years of age, 51.8% and 68.4%. Top 3 most common disease types were: 68.5% and 61.4% had High blood pressure, 45.3% and 36.0% Diabetes, 34.4% and 28.7% Hyperlipidemia. Most had a history of contact with confirmed patients 87.0% and 97.1% and not received the vaccine 78.4% and 58.2%. The main factors that significantly related to Delta outbreaks (P-value < 0.05) were the first time of the COVID-19 vaccination (AOR=111.058), no history of the COVID-19 vaccination (AOR=43.691), Risk from living in risky areas or travel to high-risk areas or coming from a high-risk area (AOR=3.697), class 2 obesity BMI (AOR=2.378), Class 1 obesity BMI (AOR=1.964), High blood pressure (AOR =1.654) had high relationship statistically to the deaths of Delta variant outbreak as compared to the deaths of Omicron variant outbreak. Conversely, Cerebrovascular diseases (AOR=4.367), Bedridden patient (AOR=3.802), Chronic obstructive pulmonary diseases (AOR=2.062), chronic kidney diseases (AOR =1.634), had high relationship statistically to the deaths of Omicron variant outbreak as compared to the deaths of Delta variant outbreak. Suggestions for patients with underlying diseases of Chronic kidney disease, Cerebrovascular diseases, Chronic obstructive diseases and Bedridden patients during Omicron variant outbreak are proactive managements for surveillance, health services of prompt diagnosis and cares, including a bivalent COVID vaccination to reduce the risk of death from COVID-19 infection.

Correspondence: Chabaprai Saosuwan

E-mail: jow2519@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่างระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ชาไพร เสาร์สุวรรณ

วิษณุภัทร์ สามารถ

นันทวัน เสงตะกูลเวนิช

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค

วันรับ: 3 มกราคม 2567 | วันแก้ไข: 23 กุมภาพันธ์ 2567 | วันตอบรับ: 5 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างช่วงระลอกการระบาดสายพันธุ์เดลต้า และสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-19 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นช่วงระลอกการระบาดสายพันธุ์เดลต้า ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2564 จำนวน 1,428 คน และระลอกการระบาดสายพันธุ์โอมิครอน ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2565 จำนวน 586 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) นำเสนอค่า Adjusted odd ratio และ 95% Confidence interval ผลการศึกษาพบว่า ช่วงระลอกการระบาดสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน ส่วนใหญ่พบการเสียชีวิตในเพศชาย ร้อยละ 50.4 และ 54.3 มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.8 และ 68.4 ชนิดโรคที่พบสูง 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.5 และ 61.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.3 และ 36.0 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.4 และ 28.7 ส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน ร้อยละ 87.0 และ 97.1 และไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 78.4 และ 58.2 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงในการระบาดจากสายพันธุ์เดลต้าในช่วงแรกจนทำให้เสียชีวิตมากกว่าการเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอนในการระบาดช่วงหลังที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) พบในปัจจัยประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1 เข็ม ($\text{AOR}=111.058$) การไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ($\text{AOR}=43.591$) ความเสี่ยงจากการอาศัยในพื้นที่เสี่ยง หรือเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง หรือมาจากพื้นที่เสี่ยง ($\text{AOR}=3.697$) ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ($\text{AOR}=2.378$) อ้วนระดับ 1 ($\text{AOR}=1.964$) และโรคความดันโลหิตสูง ($\text{AOR}=1.654$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอนมากกว่าสายพันธุ์เดลต้าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) พบว่าการที่ผู้เสียชีวิตมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ($\text{AOR}=4.367$) เป็นผู้ป่วยติดเตียง ($\text{AOR}=3.802$) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\text{AOR}=2.062$) และโรคไตวายเรื้อรัง ($\text{AOR}=1.634$) ข้อเสนอแนะ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเตียง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง ควรมีกลไกเชิงรุกในการเฝ้าระวังและการจัดบริการให้ได้รับการวินิจฉัยและรับการดูแลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งพิจารณาการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นด้วยวัคซีนโควิด bivalent เพื่อลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโควิด-19

ติดต่อผู้พิมพ์: ชาไพร เสาร์สุวรรณ

อีเมล: jow2519@gmail.com

Keywords

Coronavirus Disease 2019

Delta variants

Omicron variants

Mortality

คำสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สายพันธุ์เดลต้า

สายพันธุ์โอมิครอน

การเสียชีวิต

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือ โควิด-19 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ สามารถก่อโรคได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และในคน เชื้อไวรัสเป็นชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (Single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae⁽¹⁾ และเป็นโรคติดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ เรียกว่า SAR-CoV-2⁽²⁾ โดยก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ มีระยะฟักตัวประมาณ 1-14 วัน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน และมากกว่าร้อยละ 97 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ภายใน 14 วัน⁽¹⁾ อาการของโรคสามารถพบได้หลากหลายขึ้นกับแต่ละบุคคล โดยอัตราการเสียชีวิตจะสูงในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และสูงอายุ ส่วนประสิทธิภาพของวัคซีนหลังจากที่มีการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 ทั่วโลกพบว่า วัคซีนโควิด-19 มีประสิทธิภาพลดลงต่อสายพันธุ์ที่มีการกลายพันธุ์ ทั้งในการวัดระดับภูมิคุ้มกันในหลอดทดลอง และประสิทธิภาพของวัคซีนที่ใช้จริงในปัจจุบัน⁽³⁾ โควิด-19 พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ช่วงปลายปี 2019⁽⁴⁾ การระบาดของโรคได้กระจายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว จากเริ่มแรกมีการระบาดเพียงในสาธารณรัฐประชาชนจีนเพียงประเทศเดียว ต่อมาได้กระจายไปยังประเทศและภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก โดยในวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)⁽⁵⁾ ทั้งยังพบสายพันธุ์ใหม่ๆ ของเชื้อไวรัสโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งสายพันธุ์อัลฟา (B.1.1.7) เบตา (B.1.351) แกมมา (P.1) เดลต้า (B.1.617.2) และสายพันธุ์ที่พบล่าสุด คือ สายพันธุ์โอมิครอน (B.1.1.529)⁽⁶⁾ ปัจจุบันโอมิครอนยังคงเป็นสายพันธุ์หลักที่แพร่กระจายในหลายประเทศ และพบการกลายพันธุ์ของโอมิครอนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดเป็นสายพันธุ์ย่อยที่หลากหลาย

ประเทศไทยพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งออกเป็น 4 ระลอกใหญ่ คือ ระลอกแรกในช่วงเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2563 การระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ที่สำคัญในช่วงเวลานี้ คือ สนามมวยและบ่อนการพนัน ระลอกที่ 2 อยู่ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 คลัสเตอร์ที่สำคัญในระลอกนี้คือ ตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร และระลอกที่ 3 ช่วงตั้งแต่ เมษายน - ธันวาคม 2564 คลัสเตอร์ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดในระลอกนี้คือ สถานบันเทิงย่านทองหล่อ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า (Delta) เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศอินเดีย ส่วนระลอกที่ 4 นับจากเดือนมกราคม 2565 จนถึงปัจจุบันนั้นนับเป็นการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน (Omicron) เนื่องจากมีการกลายพันธุ์หลายตำแหน่งที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมของเชื้อกลายพันธุ์ชนิดนี้ เช่น ความง่ายในการแพร่เชื้อ และแพร่กระจายเร็วแบบที่ไม่เคยพบในโควิด-19 สายพันธุ์ก่อนหน้า จึงเกิดการระบาดในวงกว้างทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก โดยพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก⁽⁸⁾ เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในระลอกที่ 3 เทียบกับระลอกที่ 1 และ 2 พบว่าช่วง

การระบาดระลอกที่ 3 สายพันธุ์เดลต้า พบผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มขึ้นสูงและมีอาการรุนแรงมากกว่า และช่วงระลอกที่ 4 สายพันธุ์โอมิครอนนั้น พบแพร่กระจายเพิ่มขึ้นรวดเร็วและเป็นสายพันธุ์หลักที่เกิดการแพร่ระบาดในปัจจุบัน⁽⁹⁾ จากข้อมูลพบผู้เสียชีวิตนอกจากการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนนั้นมีสัดส่วนผู้ป่วยปอดอักเสบน้อยกว่าเดลต้าประมาณ 5 เท่า⁽¹⁰⁾ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 สถานการณ์โรคโควิด 2019 ระลอกที่ 3 สายพันธุ์เดลต้า (1 สิงหาคม-31 ธันวาคม 2564) มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 316,915 ราย และเสียชีวิตจำนวน 2,842 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.89 และระลอกที่ 4 สายพันธุ์โอมิครอน (1 มกราคม-31 พฤษภาคม 2565) พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 368,512 ราย และเสียชีวิต จำนวน 1,069 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.29 แม้ว่าโรคโควิด-19 จะมีการปรับลดระดับจากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่กรมควบคุมโรคยังคงมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย หรือลดความรุนแรงของโรค ลดความสูญเสียทั้งทางด้านการร่างกายและจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (โควิด-19) ระหว่างช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 โดยมีวิธีการรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 (ร่วมกับแบบสอบสวนโรค Novelcorona2)

ประชากรที่จะศึกษา

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 และมีผลการตรวจ PCR ให้ผลบวกต่อเชื้อ SAR-CoV-2 โดยใช้ข้อมูลจากการสุ่มตรวจสายพันธุ์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนดนิยามว่าช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า คือ ช่วงเวลาที่มีการตรวจพบสายพันธุ์เดลต้าเป็นสายพันธุ์หลักที่แพร่ระบาดมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ (ระหว่างเดือนสิงหาคม- ธันวาคม 2564) และช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอน คือ ช่วงเวลาที่มีการตรวจพบสายพันธุ์โอมิครอนเป็นสายพันธุ์หลักที่แพร่ระบาดมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ (ระหว่างเดือนมกราคม- พฤษภาคม 2565)

ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จากข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 (ร่วมกับแบบสอบสวนโรค Novelcorona2) จำนวน 2,014 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทุกราย ในช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า จำนวน 1,428 คน และช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอน จำนวน 586 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ที่เสียชีวิต ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 – พฤษภาคม 2565 โดยมีข้อมูลครบถ้วน คือ ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติความเสี่ยง ประวัติการได้รับ

วัคซีน และตัวแปรตาม ประกอบด้วย การเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า หรือช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาต ใช้ข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค

2) จัดทำโครงการวิจัยและพหุศาสตร์กลุ่มตัวอย่างโดยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำหรับโรคและภัยสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ตามหมายเลข: FWA00013622

3) รวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 (ร่วมกับแบบสอบสวนโรค Novelcorona2) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ทั้ง 8 จังหวัด

4) จัดทำทะเบียนข้อมูลทุติยภูมิจากการแบบเก็บข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนเข้าสู่กระบวนการวิจัย โดยบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลสุขภาพ ประวัติเสี่ยง และประวัติการได้รับวัคซีน เป็น จำนวน ร้อยละ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ Multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$), Adjust Odds Ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้เสียชีวิตช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.4 และร้อยละ 54.3 โดยพบทั้ง 2 ระลอก ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.8 และร้อยละ 68.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ลักษณะ	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโคโรนา 2019				รวม (N=2,014)	
	ระลอกสายพันธุ์เดลต้า (N=1,428)		ระลอกสายพันธุ์ โอมิครอน (N=586)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	719	50.4	318	54.3	1,037	51.9
หญิง	709	49.6	268	45.7	977	48.1
อายุ						
≤ 39	60	4.2	19	3.2	79	3.9
40–49	89	6.2	28	4.8	117	5.8
50–59	217	15.2	45	7.7	262	13.0
60–69	322	22.5	93	15.9	415	20.6
≥70	740	51.8	401	68.4	1,141	56.7

1.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ

ช่วงระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน พบผู้เสียชีวิตมีโรคประจำตัวรวมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 41.1 และ 43.9 ชนิดของโรคที่พบในผู้ป่วยเสียชีวิตสูง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง อ้วน ไตวายเรื้อรัง หัวใจ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และ 3 ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน

ปัจจัยด้านสุขภาพ	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโคโรนา 2019				รวม (N=2,014)	
	ระลอกสายพันธุ์ เดลต้า (N=1,428)		ระลอกสายพันธุ์โอมิครอน (N=586)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	95	6.7	33	5.6	128	6.4
มีโรคร่วม 1 โรค	355	24.9	125	21.3	480	23.8
มีโรคร่วม 2 โรค	391	27.4	171	29.2	562	27.9
มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป	587	41.1	257	43.9	844	41.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลชนิดของโรคประจำตัวของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ชนิดโรคประจำตัว	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโคโรนา 2019				รวม	
					(N=2,014)	
	ระลอกสายพันธุ์เดลต้า		ระลอกสายพันธุ์โอมิครอน			
	(N=1,428)		(N=586)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	978	68.5	360	61.4	1,338	66.4
โรคเบาหวาน	647	45.3	211	36.0	858	42.6
โรคไขมันในเลือดสูง	491	34.4	168	28.7	659	32.7
โรคอ้วน	483	33.8	114	19.5	597	29.6
โรคไตวายเรื้อรัง	261	18.3	130	22.2	391	19.4
โรคหัวใจ	192	13.4	90	15.4	282	14.0
ผู้ป่วยติดเตียง	42	2.9	79	13.5	121	6.0
โรคหลอดเลือดสมอง	33	2.3	72	12.3	105	5.2
โรคเกาต์	70	4.9	24	4.1	94	4.7
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	40	2.8	42	7.2	82	4.1
โรคมะเร็ง	40	2.8	33	5.6	73	3.6
โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต	39	2.7	25	4.3	64	3.2
โรคหอบหืด	37	2.6	9	1.5	46	2.3
โรคผิวหนัง	19	1.3	21	3.6	40	2.0
โรคอื่นๆ	288	20.2	163	27.8	451	22.4

ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน พบผู้เสียชีวิตมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI < 25.0) คิดเป็นร้อยละ 50.6 และ 76.7 พบอ้วนระดับ 1 (BMI 25.0- 29.9) ร้อยละ 26.6 และ 13.9 อ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.0) ร้อยละ 22.8 และ 9.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าดัชนีมวลกายของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ดัชนีมวลกาย	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโคโรนา 2019				รวม	
					(N=1,466)	
	ระลอกสายพันธุ์เดลต้า		ระลอกสายพันธุ์โอมิครอน			
	(N=977)		(N=489)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.0)	223	22.8	46	9.4	269	18.3
อ้วนระดับ 1 (BMI 25.0-29.9)	260	26.6	68	13.9	328	22.4
ปกติ (BMI < 25.0)	494	50.6	375	76.7	869	59.3

1.3 ประวัติความเสี่ยง

ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน พบผู้เสียชีวิตมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน ร้อยละ 87.0 และ ร้อยละ 97.1 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประวัติความเสี่ยงของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ประวัติความเสี่ยง	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 2019					
	ระลอกสายพันธุ์		ระลอกสายพันธุ์		รวม	
	เดลต้า		โอมิครอน		(N=2,014)	
	(N=1,428)		(N=586)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาศัยในพื้นที่เสี่ยง หรือเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง หรือ มาจากพื้นที่เสี่ยง	185	13.0	17	2.9	202	10.0
สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือมีโอกาสสัมผัสจากอาชีพทางการแพทย์	1,243	87.0	569	97.1	1,812	90.0

1.4 ประวัติการได้รับวัคซีน

ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และระลอกสายพันธุ์โอมิครอน พบผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 78.4 และ 58.2 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน

ประวัติการได้รับวัคซีน	ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 2019				รวม	
	ระลอกสายพันธุ์เดลต้า		ระลอกสายพันธุ์โอมิครอน		(N=2,014)	
	(N=1,428)		(N=586)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับวัคซีน	1,119	78.4	341	58.2	1,460	72.5
ได้รับวัคซีน 1 เข็ม	258	18.1	32	5.5	290	14.4
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	48	3.4	182	31.1	230	11.4
ได้รับวัคซีน 3 เข็ม	3	0.2	31	5.3	34	1.7

1.5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 2019 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน

ผลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression จากผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 2019 ที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 2,014 ราย ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (no multicollinearity) และ

Hosmer & Lemeshow test (p -value = 0.670) แสดงว่าข้อมูลเหมาะสมกับการวิเคราะห์ เมื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในการระบาดจากสายพันธุ์เดลต้า มากกว่าสายพันธุ์โอมิครอน พบในปัจจัยดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ($BMI=25.0-29.9$ กก./ม²) และอ้วนระดับ 2 ($BMI \geq 30.0$ กก./ม²) เป็น 1.964 เท่า และ 2.378 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มดัชนีมวลกายปกติ ($BMI < 25.0$ กก./ม²) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002 และ 0.000 ตามลำดับ) โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเป็น 1.654 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.003) ความเสี่ยงจากการอาศัยในพื้นที่เสี่ยง หรือเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง หรือ มาจากพื้นที่เสี่ยง พบความเสี่ยงเป็น 3.697 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือ มีโอกาสสัมผัสจากอาชีพทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) และการไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 และการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1 เข็ม พบความเสี่ยงเป็น 43.591 เท่า และ 111.058 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์โอมิครอนมากกว่าสายพันธุ์เดลต้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าโรคไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงเป็น 1.634 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีโรคไตวายเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.005) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเสี่ยงเป็น 2.062 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.032) ผู้ป่วยติดเตียง มีความเสี่ยงเป็น 3.802 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) และโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงเป็น 4.367 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.000) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงการระบาดระลอกสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอน

ลักษณะ	จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโคโรนา		Adj OR	95% CI	p-value
	2019				
	ระลอกสายพันธุ์	ระลอกสายพันธุ์			
	เดลต้า	โอมิครอน			
	(N=1,428)	(N=586)			
ดัชนีมวลกาย					
อ้วนระดับ 2 (BMI ≥ 30.0)	223	46	2.378	1.644– 3.440	0.000*
อ้วนระดับ 1 (BMI 25.0– 29.9)	260	68	1.964	1.279– 3.016	0.002*
ปกติ (BMI < 25.0)	494	375	1		

จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด

2019

ลักษณะ	ระลอกสายพันธุ์ เดลต้า (N=1,428)	ระลอกสายพันธุ์ โอมิครอน (N=586)	Adj OR	95% CI	p-value
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	978	360	1.654	1.193– 2.292	0.003*
ไม่มี	450	226	1		
โรคไตวายเรื้อรัง					
มี	261	130	0.612	0.432– 0.865	0.005*
ไม่มี	1167	456	1		
ผู้ป่วยติดเตียง					
มี	42	79	0.263	0.156– 0.444	0.000*
ไม่มี	1386	507	1		
โรคหลอดเลือดสมอง					
มี	72	96	0.229	0.142– 0.368	0.000*
ไม่มี	1356	490	1		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
มี	40	42	0.485	0.251– 0.938	0.032*
ไม่มี	1388	544	1		
ประวัติความเสี่ยง					
อาศัยในพื้นที่เสี่ยง หรือ เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง หรือ มาจากพื้นที่เสี่ยง	185	17	3.697	1.807– 7.593	0.000*
สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือมีโอกาสสัมผัส จากอาชีพทาง การแพทย์	1,243	569	1		

จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19

2019

ลักษณะ	ระลอกสายพันธุ์	ระลอกสายพันธุ์	Adj OR	95% CI	p-value
	เดลต้า	โอมิครอน			
	(N=1,428)	(N=586)			
ประวัติการได้รับวัคซีน					
ไม่ได้รับวัคซีน	1,119	341	43.591	12.351–153.846	0.000*
ได้รับวัคซีน 1 เข็ม	258	31	111.058	29.430–419.096	0.000*
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	48	183	3.032	0.823–11.170	0.095
ได้รับวัคซีน 3 เข็ม	3	31	1		

วิจารณ์

ความเสี่ยงในการเสียชีวิตเมื่อเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมจากสายพันธุ์เดลต้า กลายเป็นสายพันธุ์โอมิครอน ส่งผลต่อพฤติกรรมของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในแต่ละสายพันธุ์ที่ทำให้มนุษย์ติดเชื้อจนทำให้เกิดการเสียชีวิตในมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่าการกลายพันธุ์ ของสารพันธุกรรมของโควิด-19 จากสายพันธุ์เดลตา กลายเป็นสายพันธุ์โอมิครอน ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงในมนุษย์จนทำให้เสียชีวิตในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งสองสายพันธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัย เพศ ช่วงอายุ โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ โรคเมะเร็ง โรคหอบหืด และโรคอื่น ๆ ในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ช่วงระลอกสายพันธุ์เดลต้า และสายพันธุ์โอมิครอนไม่มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Isobel L Ward และคณะ ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศ และกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทั้งสายพันธุ์เดลต้า และโอมิครอนไม่แตกต่างกัน⁽¹¹⁾

การเปลี่ยนแปลงความรุนแรงในการระบาดจากสายพันธุ์เดลต้าในช่วงแรกจนทำให้เสียชีวิตมากกว่า การเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอนในการระบาดช่วงหลัง พบในปัจจัย ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 โรคความดันโลหิตสูง และประวัติการได้รับวัคซีน 0-1 เข็ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวศุทธิ์ เบิกบาน พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม²) มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรงเป็น 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ⁽¹²⁾ และเป็นไปทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Donia Bouzid และคณะ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ($BMI \geq 25$ กก./ม²) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสายพันธุ์เดลต้ามากกว่าสายพันธุ์โอมิครอน⁽¹³⁾ โดยโรคประจำตัว ที่พบที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโควิด-19 เช่น โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และจากการศึกษาของ Qinggang Li และคณะ

พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงมีส่งผลต่อการเสียชีวิตได้ทั้งสายพันธุ์เดลต้าและโอมิครอน แต่พบความถี่ในการเสียชีวิตด้วยสายพันธุ์เดลต้าสูงกว่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วยที่น้อยกว่าด้วยเช่นกัน⁽¹⁴⁾ ส่วนปัจจัยการได้รับวัคซีน 0-1 เข็ม มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตจากสายพันธุ์เดลต้ามากกว่าสายพันธุ์โอมิครอน อาจเกิดจากความรุนแรงของเชื้อสายพันธุ์เดลต้ามากกว่าโอมิครอน สอดคล้องเดียวกับการศึกษาของ Nyberg และคณะ พบว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อสายพันธุ์โอมิครอนมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์เดลต้าเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน⁽¹⁵⁾ และจากข้อมูลผู้เสียชีวิตของกรมควบคุมโรคช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2564 ช่วงการระบาดสายพันธุ์เดลต้าจะเห็นได้ว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน รองลงมาเป็นผู้ได้รับวัคซีน 1 เข็ม (ร้อยละ 10-15 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด) ส่วนผู้ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1-5 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁶⁾ แต่หากเป็นช่วงการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนมีการเปลี่ยนสารพันธุกรรมทำให้มีความรุนแรงน้อยลงแต่มีความสามารถในการติดเชื้อง่ายขึ้น เมื่อฉีดวัคซีนไปแล้วอย่างน้อย 2 เข็ม ความแตกต่างของความเสี่ยงในผู้เสียชีวิตระหว่างสายพันธุ์เดลต้าและโอมิครอนจึงไม่แตกต่างกัน ส่วนความเสี่ยงจากการอาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง หรือเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงหรือมาจากพื้นที่เสี่ยง เนื่องจากประเทศไทยมีมาตรการล็อกดาวน์ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 และเริ่มมีการผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ในช่วงเดือนกันยายน 2564 และเดือนพฤศจิกายน 2564 มีการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งยังเป็นช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า ประชาชนเริ่มมีการเดินทางทั้งระหว่างประเทศและภายในประเทศเพิ่มมากขึ้น โอกาสและความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จึงเพิ่มมากขึ้นและพบการเสียชีวิตมากขึ้นในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับวัคซีนและมีโรคประจำตัว เมื่อเข้าสู่ช่วงการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนจึงทำให้มีการกระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ออกไปทั่วประเทศ ประวัติความเสี่ยงในผู้เสียชีวิตในช่วงการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนจึงมีความสัมพันธ์กับการสัมผัสผู้ป่วยยืนยันหรือมีโอกาสสัมผัสจากอาชีพทางการแพทย์มากขึ้น ด้วยลักษณะของเชื้อไวรัสเองที่มีความสามารถในการแพร่ระบาดได้ง่ายกว่าสายพันธุ์เดลต้า⁽⁸⁾

การเปลี่ยนแปลงความรุนแรงในการระบาดจากสายพันธุ์เดลต้าในช่วงแรกจนทำให้เสียชีวิตน้อยกว่าการเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอนในการระบาดช่วงหลัง อันเกิดจากสารพันธุกรรมเปลี่ยน ทำให้เป้าหมายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในมนุษย์เปลี่ยนไป เช่น ปัจจัยโรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเชื้อมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอน มากกว่าสายพันธุ์เดลต้า โดยปัจจัยโรคไตวายเรื้อรังนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Qinggang Li และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยด้วยสายพันธุ์โอมิครอนพบการบาดเจ็บของไตนั้นรุนแรงกว่ามากกว่าและพบค่าครีเอตินินในผู้ป่วย เพิ่มขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อด้วยสายพันธุ์เดลต้า และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของฐานพงศ์ เอี่ยมวรกิตติ⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบรุนแรง และมีโอกาสต่อการเสียชีวิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยด้วยโรคประจำตัวดังกล่าวจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่ต้องให้ความสำคัญเป็นกรณีพิเศษต่อการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน ทั้งมาตรการในการป้องกันตรวจวินิจฉัย และการรักษาเพื่อลดการเสียชีวิต เนื่องจากสายพันธุ์โอมิครอนที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมเป็นสายพันธุ์ย่อยอยู่ตลอดในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะ 1) ในกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเชื้อ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน ควรเพิ่มกลไกการเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและการสื่อสารความเสี่ยงผ่านกลไกคลินิกอายุรกรรม

โรคเรื้อรัง โรคปอดและระบบทางเดินหายใจ รวมถึงการจัดบริการเชิงรุกให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยได้เร็ว 2) การวิจัยนี้ ฉีดวัคซีนตั้งแต่ 2 เข็มขึ้นไป เกิดการเสียชีวิตจากสายพันธุ์โอมิครอนและเดลต้าไม่แตกต่างกัน ส่วนการพิจารณาฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นนั้น อาจขึ้นอยู่กับสายพันธุ์โอมิครอนที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ย่อยมีความรุนแรงในการก่อโรคให้เกิดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหรือไม่ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีโรคประจำตัว มีข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นด้วยวัคซีนโควิด bivalent เพื่อลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโควิด-19 ข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษาโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง และการไม่ได้ตรวจสายพันธุ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ทุกราย เนื่องจากการอนุमानช่วงเวลาของการตรวจพบแต่ละสายพันธุ์ที่เป็นหลักในการแพร่ระบาด มากกว่าร้อยละ 90

เอกสารอ้างอิง

1. Infectious Diseases Association of Thailand. Knowledge about the coronavirus (Coronaviruses). [Internet]. [cited 2022 August 11] Available from <https://www.pidst.or.th/A215.html>
2. Centre for Health Protection. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. 2022 [cited 2022 August 1] Available from: https://www.chp.gov.hk/files/pdf/prevent_pneumonia_thai.pdf
3. Division of General Communicable Diseases, Department of Disease Control. Guidelines for COVID-19 vaccination in the outbreak situation in 2021 in Thailand, 1st revised edition. [Internet]. 2021 [cited 2022 August 15] Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/covid-19-public-Vaccine-040664.pdf>
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Novel coronavirus 2019. [Internet]. 2022 [cited 2022 August 11] Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
5. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [Internet]. 2020 [cited 2022 November 1]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19>
6. World Health Organization. Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 variant of concern [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 1]. Available from: [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)
7. Suchira Banluesin. Report on the impact of the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand. [Internet]. 2021 [cited 2022 November 18]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/ReportImpact64.pdf>
8. Choksuk Kornkittichai. COVID-19 strain "Omicron" (Omicron). [Internet]. 2022 [cited 2022 October 3]. Available from: <https://library.parliament.go.th/th/radioscript-rr2565-jan5>
9. Thailand Development Research Institute (TDRI). Three waves of the epidemic, situations, impacts and policy solutions. [Internet]. 2021 [cited 2023 January 30]. Available from: <https://tdri.or.th/2021/05/covid-119/>

10. Nithipat Chiarakul. Omicron causes 5 times less pneumonia than Delta, but risk group 608 is still very problematic. Ultimate–Booster. [Internet]. 2022 [cited 2022 December 2]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/07/25514>
11. Ward IL, Bermingham C, Ayoubkhani D, Gethings OJ, Pouwels KB, Yates T, et al. Risk of covid-19 related deaths for SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) compared with delta (B.1.617.2):retrospective cohort study. *BMJ*. 2022 Aug 2;e070695.
12. Phawasut Boekbaan. Study of the effect of obesity on the development of severe pneumonia in patients with addiction disorders. *Coronavirus 2019 treated in field hospitals in Saraburi province. Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(2):550–64. (in Thai)
13. Bouzid D, Visseaux B, Kassassey C, Daoud A, Fémy F, Hermand C, et al. Comparison of patients infected with delta versus omicron COVID-19 variants presenting to Paris emergency departments:a retrospective cohort study. *Ann Intern Med* 2022;175(6):831–837.
14. Li Q, Liu X, Li L, Hu X, Cui G, Sun R, et al. Comparison of clinical characteristics between SARS- CoV-2 Omicron variant and Delta variant infections in China. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:944909.
15. Nyberg T, Ferguson NM, Nash SG, Webster HH, Flaxman S, Andrews N, et al. Comparative Analysis of the risks of hospitalisation and death associated with SARS-CoV-2 omicron (B.1.1.529) and Delta (B.1.617.2) variants in England: a cohort study. *Lancet* 2022;399(10332):1303–12.
16. Panthanee Thitichai, Panthila Thaweewiyakarn. Report on the results of reviewing the COVID-19 disease situation and preventive control measures at the global level and in Thailand. [Internet]. 2022 [cited 2023 August 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14186&tid=&gid=1-015-005>
17. Thanupong Iamworakitti. Factors predicting the occurrence of severe pneumonia in patients with coronavirus infection 2019. [Internet]. 2023 [cited 2023 August 10]. Available from https://healthregion10.moph.go.th/research_publication/

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Factors Associated with Assessing The COVID-19 Vaccine Booster Dose Among The Elderly in SaKaeo Province

Rattiya Yomma *

Sukhontha Siri **

Natnaree Aimyong **

Chokchai Munsawaengsub ***

* Graduate program public Health Infectious Diseases and Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Bangkok Metropolitan Administration

Received: February 22, 2024 | Revised: Mar 26, 2024 | Accepted: April 9, 2024

Abstract

COVID-19 vaccine booster dose is essential to mitigate severe illness and death pandemics, especially in the elderly. However, they have had far less access. This Community-based case-control study, which applies the PRECEDE Model. This study aimed to investigate factors effected with assessing the COVID-19 vaccine booster dose among the elderly in Sa Kaeo province. Using data from the Ministry of Public Health's central database, the MOPH Immunization Center (MOPH IC) was used for searching the sample group and collected information through face-to-face interviews. Descriptive statistics were used to describe general characteristics, and conditional logistic regression was used to analyze the association. The results have shown that 324 participants were divided into case and control groups, each consisting of 162 individuals. Half of them were female (53.7%). The average age was 67 years. Factors associated with assessing the COVID-19 vaccine booster dose were statistically significant at p-value <0.05 including a high perceived severity of infection that was contracting COVID-19 leading to severe illness or death (OR adj = 7.951, 95% CI = 1.133–55.815), perception of side effects from the COVID-19 vaccine at slightly confident level (OR adj = 5.254, 95%CI = 1.381–19.983) and no confidence (OR adj = 31.201, 95% CI = 5.321–182.969), and never having experienced side effects after receiving the previous vaccination (OR adj = 3.041, 95% CI = 1.141–8.108). It was also found that both groups desired proactive vaccination services within the community or receiving services at nearby facilities every day. Therefore, It is critical to enhance health literacy for the elderly, especially regarding the perceived severity of infection and vaccine side effects, and to communicate information to the elderly, including caregivers, to understand adverse reactions and self-management after COVID-19 vaccination, to ensure the elderly have more confident and make informed decisions about accessing vaccination services appropriately.

Correspondence: Sukhontha Siri

E-mail: sukhontha.sir@mahidol.ac.th

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เข็มกระตุ้น ของผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว

รัตติญา ยมมา*

สุคนธา ศิริ**

ณัฐนารี เอมยงค์**

โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์***

*บัณฑิตศึกษา สาขาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2567 | วันแก้ไข: 26 มีนาคม 2567 | วันตอบรับ: 9 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เป็นปัจจัยสำคัญในการลดการแพร่ระบาด ลดอาการป่วยหนักและการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ยังคงพบการเข้ารับบริการน้อย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ Community-based case-control study และประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Model เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ของผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว โดยใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH IC) ในการค้นหากลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทั่วไป และใช้ Conditional logistic regression ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 162 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.7 อายุเฉลี่ย 67 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้ว่าการติดเชื้อโควิด 19 มีความรุนแรงมาก ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ ($OR\ adj = 7.951, 95\%CI = 1.133-55.815$) การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ในระดับน้อย ($OR\ adj = 5.254, 95\%CI = 1.381-19.983$) ไม่เชื่อเลย ($OR\ adj = 31.201, 95\%CI = 5.321-182.969$) และการไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้า ($OR\ adj = 3.041, 95\%CI = 1.141-8.108$) นอกจากนี้ทั้ง 2 กลุ่ม ต้องการให้มีการให้บริการฉีดวัคซีนเชิงรุกในหมู่บ้านหรือชุมชน หรือสามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในสถานบริการใกล้บ้านได้ทุกวัน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ในประเด็นการรับรู้ต่างๆ โดยเฉพาะประเด็นความรุนแรงของการติดเชื้อ ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน และสื่อสารข้อมูลให้ผู้สูงอายุ รวมถึงญาติให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนและการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น และตัดสินใจเข้ารับบริการวัคซีนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ติดต่อผู้พิมพ์: สุคนธา ศิริ

อีเมล: sukhontha.sir@mahidol.ac.th

Keywords

Vaccine booster dose

Accessing vaccination

Elderly

Sakaeo Province

คำสำคัญ

วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

การเข้ารับวัคซีน

ผู้สูงอายุ

จังหวัดสระแก้ว

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019; COVID-19) เริ่มขึ้นในปลายปี 2562 ส่งผลกระทบทางสาธารณสุขไปทั่วโลก จึงมีการเร่งพัฒนาและให้วัคซีนในประชากร เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิต แต่ในช่วงปลายปี 2564 กลับพบมีการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง ภายหลังมีรายงานการแพร่ระบาดของเชื้อสายพันธุ์ใหม่ และการลดลงของภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับวัคซีนก่อนหน้าตามกาลเวลา⁽¹⁻⁴⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย พบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ข้อมูล ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565⁽⁵⁾ พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 2,731,198 ราย เสียชีวิต 22,656 ราย (อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.83) พบกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด เนื่องจากการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 69 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และผู้ติดเชื้ออยู่ระหว่างกำลังรักษามีจำนวนการป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน หรือฉีดครบสองเข็มมาเป็นเวลานาน และไม่ได้รับการฉีดเข็มกระตุ้น ประเทศจึงมีนโยบายให้วัคซีนเข็มกระตุ้นในประชาชนที่ได้รับวัคซีนครบโดสแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดอัตราป่วย การป่วยด้วยอาการรุนแรงและการเสียชีวิต⁽⁶⁾ โดยได้มีการกระจายวัคซีนไปยังพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ มีการให้บริการทั้งในรูปแบบเชิงรับในหน่วยบริการใกล้บ้าน และเชิงรุกในชุมชนอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุเข้ารับบริการน้อย ไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด จากรายงานผลการให้บริการวัคซีน ข้อมูล ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565⁽⁷⁾ พบผู้สูงอายุเข้ารับครอบคลุมเพียงร้อยละ 20.2 เท่านั้น ทั้งนี้ อาจเกิดจากปัจจัยบางประการที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้ารับวัคซีน การเข้ารับวัคซีน ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง อาจมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ ในส่วน PRECEDE Model⁽⁸⁾ ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ มาประยุกต์ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมและจัดทำกรอบแนวคิดในการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนทั้งวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น และวรรณกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ในครั้งแรก (เข็มที่ 1) และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การมีโรคประจำตัว⁽⁹⁻¹²⁾ ปัจจัยนำ เช่น การรับรู้ (เช่น โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ^(10,13-14) ความรุนแรงของการติดเชื้อ^(10-11,14-16) ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน^(10-11,14,17)) ประสพการณ์เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เช่น การเคยมีประวัติติดเชื้อ^(5,17-18) การไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้า^(9,19) ปัจจัยเสริม เช่น การได้รับคำแนะนำจากครอบครัวหรือเพื่อน^(11,15) และปัจจัยเอื้อ เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ฉีด^(11,20-21)

จังหวัดสระแก้ว เป็นจังหวัดหนึ่งในพื้นที่ภาคตะวันออก มีบริบทพื้นที่ทั้งลักษณะเมือง ชนบท และชายแดนมีประชากรกลุ่มวัยสูงอายุร้อยละ 17.1 เป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น พบอัตราเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ สะสมคิดเป็นร้อยละ 67 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน หรือฉีดครบสองเข็มมาเป็นเวลานานและไม่ได้รับการฉีดเข็มกระตุ้น ทั้งนี้ รายงานความครอบคลุม การเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุ เข็มที่ 1 ร้อยละ 71.5 เข็มที่ 2 ร้อยละ 66.4 และเข็มกระตุ้น (เข็มที่ 3) พบเพียงร้อยละ 15.0 ในขณะที่เป็นกลุ่มที่กำลังพบการป่วยและเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽²²⁾ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น ในผู้สูงอายุ พื้นที่จังหวัดสระแก้ว เพื่อนำไปปรับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 รวมทั้งวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปี วัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต หรือวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว และพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เข็มกระตุ้นของผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ Community-based case-control study จับคู่ตัวแปร ด้วยวิธี Individual matching ตามตัวแปรเพศ อายุ และพื้นที่อำเภอที่อยู่อาศัย ในอัตราส่วน 1:1 เก็บข้อมูลในชุมชน โดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวต่อกับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566
2. ประชากรศึกษา คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และขึ้นทะเบียนเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้ารับวัคซีนโรคโควิด 19 ในระบบฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ทั่วประเทศ (MOPH Immunization Center (MOPH-IC))
3. ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Schlesselman (1974, 1982), Fleiss (1981)⁽²³⁾ กำหนดค่าความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงที่สนใจ เท่ากับ 2.88 (Odds ratio (OR) = 2.88)⁽¹⁰⁾ แทนค่าในสูตรคำนวณ อัตราส่วนกลุ่มศึกษา (Case) ต่อ กลุ่มควบคุม (Control) เป็น 1:1 ได้ขนาดกลุ่ม Case คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับวัคซีนโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 จำนวน 162 คนและกลุ่ม Control คือ ผู้สูงอายุที่ฉีดวัคซีนโรคโควิด 19 ครบ 2 เข็ม และภายหลังครบกำหนด ยังไม่ได้เข้ารับเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 จำนวน 162 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน
4. การสุ่มพื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ใช้เทคนิคสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษา ด้วยวิธี Simple random sampling ได้ 3 อำเภอใน 3 บริบท ได้แก่ บริบทเมือง อำเภอเมืองสระแก้ว บริบทชนบท อำเภอวังสมบูรณ์ บริบทชายแดน อำเภอคลองหาด และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม Case และ Control ด้วยวิธี Purposive sampling จากฐานข้อมูลระบบ MOPH-IC ตามสัดส่วน โดยทำการสุ่มในกลุ่ม Case ก่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เพิ่งเข้ารับวัคซีนโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น รายใหม่ เข็มที่ 3 ในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือนก่อนการศึกษา และเมื่อได้รายชื่อ Case ครบจำนวน จากนั้นจึงทำการสุ่มเลือกกลุ่ม Control ตามอัตราส่วน 1:1 และจับคู่ตัวแปร ด้วยวิธี Individual matching กับ Case ด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ และพื้นที่อำเภอที่อยู่อาศัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุด

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ใช้เก็บข้อมูลกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มควบคุม (Control) ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกคำตอบตามระดับเกณฑ์ประเมิน ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” และข้อความปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการให้บริการวัคซีนและเหตุผลในการเข้ารับหรือไม่เข้ารับวัคซีน การตรวจสอบคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครบถ้วนสมบูรณ์ในส่วนเนื้อหาของเนื้อหา และภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่า reliability วัดโดย Cronbach's alpha coefficient พบว่าแบบสัมภาษณ์มีความเที่ยงมากกว่า 0.7

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการศึกษาในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยก็ได้ดำเนินการวิจัย โดยการเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประสานนัดหมายการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้ และถึงวันนัดหมาย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้จะแนะนำตัวพร้อมชี้แจงอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาจนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และดำเนินการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ และนำไปบันทึกเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18.5 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล) และ R Core Team (2022) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเข้ารับวัคซีน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Chi-square test สำหรับการทดสอบ Univariate analysis และใช้สถิติ Conditional logistic regression ในการวิเคราะห์ Multivariate analysis เพื่อคำนวณค่า Adjusted Odds ratio (Adjusted OR) ที่มีการควบคุมปัจจัยกวน โดยก่อนทำการวิเคราะห์มีการตรวจสอบ Collinearity, Effect modification ระหว่างปัจจัย และก่อนนำเข้า Multivariate model มีการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Backward เพื่อให้ได้ตัวแปรที่มีความเหมาะสมที่สุดในการนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์

8. จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 COA. No. MUPH 2022-070 Protocol No. 64/2022

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 162 คน (อัตราส่วน 1:1) การกระจายข้อมูลในตัวแปรเพศ อายุ พื้นที่อำเภอที่อยู่อาศัย ไม่ต่างกันในทุก 2 กลุ่ม พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.7 อายุเฉลี่ย 67 ปี (SD. = 5.54, 5.51 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ) ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 79.6 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 42.6 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.7 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 80.2 มีสมาชิกในครอบครัว เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อหรือหากได้รับเชื้ออาจทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตได้แก่ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ผู้มีโรคเรื้อรัง เป็นต้น

สำหรับพฤติกรรมและสถานะทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มศึกษาร้อยละ 56.8 มีโรคประจำตัวร้อยละ 67.3 มีการเข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปีที่ผ่านมา (2564) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ในส่วนอื่นไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม โดย Univariate analysis (n=324)

ข้อมูล	Case (n=162)		Control (n=162)		OR	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	75	46.3	75	46.3	NA	NA
หญิง	87	53.7	87	53.7		
อายุ (ปี)						
ต่ำสุด	60		60		NA	NA
สูงสุด	83		82			
ค่าเฉลี่ย (SD.)	67.49 (5.54)		67.11 (5.51)			
ลักษณะพื้นที่อำเภอที่อาศัย						
เมือง	54	33.4	54	33.4	NA	NA
ชนบท	54	33.3	54	33.3		
ชายแดน	54	33.3	54	33.3		
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	7	4.3	5	3.1	2.256	0.201
ประถมศึกษา	129	79.6	115	71.0	1.809	0.034
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26	16.1	42	25.9	1.000	
สถานภาพสมรส						
แยกกันอยู่	5	3.1	4	2.5	1.332	0.706
หม้าย/หย่า	45	27.8	29	17.9	1.653	0.243
สมรส	97	59.9	113	69.7	0.916	0.820
โสด	15	9.2	16	9.9	1.000	
ศาสนา						
พุทธ	162	100.0	161	99.4	NA	NA
อิสลาม	0	0.0	1	0.6		
อาชีพ						
ข้าราชการบำนาญ	2	1.2	1	0.6	NA	NA
รับจ้างทั่วไป	14	8.7	12	7.4	1.578	0.190
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30	18.5	21	13.0	1.290	0.564

เกษตรกร	69	42.6	76	46.9	1.004	0.986
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	29.0	52	32.1	1.000	
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน : บาท)						
มากกว่า 20,000	5	3.1	3	1.8	1.689	0.478
10,000 – 20,000	23	14.2	23	14.2	1.015	0.963
น้อยกว่า 10,000	134	82.7	136	84.0	1.000	
การมีกลุ่มเสี่ยงในครอบครัว						
มี	130	80.2	133	82.1	0.886	0.670
ไม่มี	32	19.8	29	17.9	1.000	
การมีโรคประจำตัว						
มี	92	56.8	70	43.2	1.724	0.015
ไม่มี	70	43.2	92	56.8	1.000	
ดัชนีมวลกาย						
อ้วนระดับ 1	4	2.5	3	1.9	1.344	0.702
น้ำหนักเกิน	35	21.6	32	19.7	1.104	0.724
ต่ำกว่าปกติ	15	9.2	18	11.1	0.841	0.645
ปกติ	108	66.7	109	67.3	1.000	
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	129	79.6	132	81.5	0.888	0.674
สูบ	33	20.4	30	18.5	1.000	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	126	77.8	132	81.5	0.795	0.408
ดื่ม	36	22.2	30	18.5	1.000	
การออกกำลังกาย						
ออกกำลังกาย	30	18.5	17	10.5	1.935	0.043
ไม่ได้ออกกำลังกาย	132	81.5	145	89.5	1.000	
การแพ้ยาล						
ไม่ใช่	155	95.7	159	98.1	0.418	0.213
ใช่	7	4.3	3	1.9	1.000	
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปีที่ผ่านมา (2564)						
ใช่	109	67.3	82	50.6	2.002	0.003
ไม่ใช่	53	32.7	80	49.4	1.000	

significant at p-value < 0.05, NA= Non-Approximate

2. ปัจจัยนำ พบในกลุ่มศึกษาพบว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 24.1 ระบุว่า การติดเชื้อมีความรุนแรงมาก ร้อยละ 45.1 เชื่อเป็นอย่างมากในประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น

ร้อยละ 54.9 และมีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นก่อนหน้า ร้อยละ 67.9 ขณะที่กลุ่มควบคุมเชื่อเป็นอย่างมากในผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ร้อยละ 27.2 และร้อยละ 32.7 พบมีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษา กับกลุ่มควบคุม โดย Univariate analysis (n=324)

ข้อมูล	Case (n=162)		Control (n=162)		OR	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การรับรู้การระบาดของโรคในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชนที่อาศัย						
มีการระบาดมาก	36	22.2	25	15.4	2.69	0.052
					2	
มีการระบาดน้อย	93	57.4	90	55.6	1.93	0.153
					4	
ไม่มีการระบาด	25	15.4	32	19.7	1.46	0.457
					3	
ไม่ทราบ	8	5.0	15	9.3	1.00	
					0	
การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ						
มีโอกาสเสี่ยงสูง	39	24.1	19	11.7	4.81	<0.001
					5	
มีโอกาสเสี่ยงน้อย	109	67.3	110	67.9	2.33	0.015
					0	
ไม่มีโอกาสเสี่ยง	14	8.6	33	20.4	1.00	
					0	
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ						
มีความรุนแรงมาก	73	45.1	60	37.0	3.03	0.014
					2	
มีความรุนแรงน้อย	81	50.0	82	50.6	2.46	0.043
					3	
ไม่มีความรุนแรงเลย	8	4.9	20	12.4	1.00	
					0	
การรับรู้การป้องกันการติดเชื้อ						
มีการป้องกันมาก	90	55.5	101	62.3	1.33	0.662
					5	

มีการป้องกันน้อย	68	42.0	55	34.0	1.85	0.358
					1	
ไม่มีการป้องกันเลย	4	2.5	6	3.7	1.00	
					0	
การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น						
เชื่อเป็นอย่างมาก	89	54.9	37	22.8	11.93	<0.001
					7	
เชื่อเล็กน้อย	70	43.2	110	67.9	3.17	0.076
					2	
ไม่เชื่อเลย	3	1.9	15	9.3	1.00	
					0	
การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น						
ไม่เชื่อเลย	58	35.8	12	7.4	21.06	<0.001
					6	
เชื่อเล็กน้อย	94	58.0	106	65.4	3.88	<0.001
					6	
เชื่อเป็นอย่างมาก	10	6.2	44	27.2	1.00	
					0	
การมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีน						
ไม่มี	125	77.2	109	67.3	1.64	0.048
					0	
มี	37	22.8	53	32.7	1.00	
					0	
การมีประสบการณ์การกักตัว						
ใช่	47	29.0	35	21.6	1.48	0.127
					1	
ไม่ใช่	115	71.0	127	78.4	1.00	
					0	
การมีประสบการณ์การติดเชื้อโควิด 19						
ใช่	25	15.4	31	19.1	0.77	0.380
					2	
ไม่ใช่	137	84.6	131	80.9	1.00	
					0	
การฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ของบุคคลในครอบครัว						
ใช่	110	67.9	77	47.5	2.32	<0.001
					9	

ไม่ใช่	52	32.1	85	52.5	1.00
					0

significant at p -value < 0.05, NA = Non-Approximate

3. ปัจจัยเสริม ในทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน แต่พบกลุ่มศึกษาได้รับการสนับสนุนมากกว่ากลุ่มควบคุม อาทิเช่น ในกลุ่มศึกษามีคนในชุมชนช่วยตรวจสอบวัน/เวลา/สถานที่เข้ารับ ร้อยละ 70.4 และมี อสม.ช่วยพาไปเข้ารับบริการ ร้อยละ 64.2 มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม โดย Univariate analysis (n=324)

ข้อมูล	Case (n=162)		Control (n=162)		OR	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การมีคนในครอบครัวให้คำแนะนำเข้ารับวัคซีน						
ใช่	148	91.4	138	85.2	1.835	0.088
ไม่ใช่	14	8.6	24	14.8	1.000	
การมีคนในครอบครัวช่วยตรวจสอบวัน/เวลา/สถานที่เข้ารับ						
ใช่	146	90.1	127	78.4	2.508	0.005
ไม่ใช่	16	9.9	35	21.6	1.000	
การมีคนในครอบครัวช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	138	85.2	113	69.8	2.486	0.001
ไม่ใช่	24	14.8	49	30.2	1.000	
การมีคนในชุมชนให้คำแนะนำเข้ารับวัคซีน						
ใช่	135	83.3	138	85.2	0.870	0.648
ไม่ใช่	27	16.7	24	14.8	1.000	
การมีคนในชุมชนช่วยตรวจสอบวัน/เวลา/สถานที่เข้ารับ						
ใช่	114	70.4	78	48.1	2.550	<0.001

ไม่ใช่	48	29.6	84	51.9	1.00	0
การมีคนในชุมชนช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	98	60.5	40	24.7	4.64	<0.001
					6	
ไม่ใช่	64	39.5	122	75.3	1.00	0
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้คำแนะนำเข้ารับวัคซีน						
ใช่	160	98.8	156	96.3	3.06	0.173
					7	
ไม่ใช่	2	1.2	6	3.7	1.00	0
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยตรวจสอบวัน/เวลา/สถานที่เข้ารับ						
ใช่	151	93.2	144	88.9	1.71	0.178
					3	
ไม่ใช่	11	6.8	18	11.1	1.00	0
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	104	64.2	62	38.3	2.88	<0.001
					2	
ไม่ใช่	58	35.8	100	61.7	1.00	0
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเข้ารับบริการวัคซีน						
ใช่	153	94.4	142	87.7	2.38	0.037
					8	
ไม่ใช่	9	5.6	20	12.3	1.00	0
การมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้ข้อมูลเรื่องโรคโควิด 19						
ใช่	158	97.5	157	96.9	1.25	0.736
					7	
ไม่ใช่	4	2.5	5	3.1	1.00	0
การมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้ข้อมูลเรื่องวัคซีนโควิด 19						
ใช่	160	98.8	161	99.4	NA	NA
ไม่ใช่	2	1.2	1	0.6		

การมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้ข้อมูลเรื่องการเข้ารับวัคซีน

ใช่	159	98.1	154	95.1	2.74	0.141
ไม่ใช่	3	1.9	8	4.9	1.00	0

การมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ติดตามเข้ารับบริการวัคซีน

ใช่	154	95.1	147	90.7	1.96	0.137
ไม่ใช่	8	4.9	15	9.3	1.00	0

significant at p-value < 0.05, NA = Non-Approximate

4. ปัจจัยเอื้อ ในทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารวัคซีน โดยช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกัน พบช่องทางที่ได้รับ 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรศัพท์ เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว และสื่อสังคมออนไลน์ ตามลำดับ สำหรับการเข้าถึงบริการวัคซีนพบในทั้ง 2 กลุ่มสามารถเข้าถึงได้ ทั้งการเข้าถึงการนัดหมายรับวัคซีน และการเข้าถึงสถานที่รับวัคซีน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยเอื้อของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม โดย Univariate analysis (n=324)

ข้อมูล	Case (n=162)		Control (n=162)		OR	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารวัคซีน						
ใช่	146	90.1	143	88.3	1.21	0.592
ไม่ใช่	16	9.9	19	11.7	1.00	
การเข้าถึงการนัดหมายรับวัคซีน						
ใช่	161	99.4	153	94.4	NA	NA
ไม่ใช่	1	0.6	9	5.6	NA	
การเข้าถึงสถานที่รับวัคซีน						
ใช่	162	100.0	156	96.3	NA	NA
ไม่ใช่	0	0.0	6	3.7	NA	

significant at p-value < 0.05, NA = Non-Approximate

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ก่อนทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multivariate analysis ผู้วิจัยได้นำปัจจัยข้างต้นไปตรวจสอบ Collinearity และ Effect modification พบว่า ไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน และไม่พบ Effect modification ระหว่างปัจจัย และก่อนนำปัจจัยเข้า Multivariate model ได้ทำการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี

Backward เพื่อให้ได้ตัวแปรที่มีความเหมาะสมที่สุดในการนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Conditional logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เข้มกระตุ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ พบกลุ่มที่รับรู้ว่าการติดเชื้อมีความรุนแรงมากเข้ารับวัคซีนเป็น 7.9 เท่า ($OR_{adj} = 7.951, 95\% CI = 1.133-55.815$) ของกลุ่มที่มีการรับรู้ว่าไม่มีความรุนแรง ขณะที่กลุ่มที่รับรู้ว่าการติดเชื้อมีความรุนแรงน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีน การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น พบกลุ่มรับรู้ในระดับน้อยเข้ารับวัคซีนเป็น 5.2 เท่า ($OR_{adj} = 5.254, 95\% CI = 1.381-19.983$) ไม่เชื่อเลยเข้ารับวัคซีนเป็น 31.2 เท่า ($OR_{adj} = 31.201, 95\% CI = 5.321-182.969$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รับรู้ในระดับมาก การมีประสบการณ์เกี่ยวกับโควิด 19 พบกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีน เข็มก่อนหน้า (เข็มที่ 1 หรือเข็มที่ 2 หรือทั้ง 2 เข็ม) เข็มเข้ารับวัคซีนเป็น 3.0 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการ ($OR = 3.041, 95\% CI = 1.141-8.108$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) เข็มกระตุ้นโดย Conditional logistic regression for matched case-control

ตัวแปร	Unadjusted			Adjusted		
	OR_{crude}	95 % CI	p-value	OR_{adj}	95 % CI	p-value
การมีโรคประจำตัว						
มี	1.724	1.112-2.675	0.015	1.371	0.637-2.951	0.419
ไม่มี	1.00			1		
การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ						
มีโอกาสเสี่ยงสูง	4.815	2.099-11.046	<0.001	4.222	0.743-23.976	0.104
มีโอกาสเสี่ยงน้อย	2.330	1.183-4.589	0.015	1.949	0.503-7.549	0.334
ไม่มีโอกาสเสี่ยง	1.00			1		
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ						
มีความรุนแรงมาก	3.032	1.249-7.360	0.014	7.951	1.133-55.815	0.037
มีความรุนแรงน้อย	2.463	1.027-5.904	0.043	6.544	0.938-45.656	0.058
ไม่มีความรุนแรงเลย	1.00			1		
การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีน						
เชื่อเป็นอย่างมาก	11.937	3.266-43.626	<0.001	3.273	0.375-28.533	0.283
เชื่อเล็กน้อย	3.172	0.887-11.340	0.076	0.833	0.099-7.028	0.867
ไม่เชื่อเลย	1.00			1		
การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น						
ไม่เชื่อเลย	21.066	8.355-53.116	<0.001	31.201	5.321-182.969	<0.001
เชื่อเล็กน้อย	3.886	1.854-8.141	<0.001	5.254	1.381-19.983	0.015
เชื่อเป็นอย่างมาก	1.00			1		
การมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีน						

ไม่มี	1.640	1.003-2.681	0.048	3.041	1.141-8.108	0.026
มี	1.00			1		
การฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ของบุคคลในครอบครัว						
ใช่	2.329	1.484-3.655	<0.001	1.630	0.735-3.614	0.230
ไม่ใช่	1.00			1		
การมีคนในครอบครัวช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	2.486	1.439-4.297	0.001	0.767	0.251-2.345	0.642
ไม่ใช่	1.00			1		
การมีคนในชุมชนช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	2.486	1.439-4.297	0.001	2.758	0.968-7.860	0.058
ไม่ใช่	1.00			1		
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยพาไปเข้ารับบริการ						
ใช่	2.882	1.837-4.522	<0.001	1.505	0.527-4.300	0.445
ไม่ใช่	1.00			1		
การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเข้ารับบริการวัคซีน						
ใช่	2.388	1.054-5.412	0.037	1.275	0.260-6.256	0.765
ไม่ใช่	1.00			1		

significant at p-value < 0.05

6. ข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการให้บริการวัคซีน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ต้องการให้มีการให้บริการฉีดวัคซีนเชิงรุกในหมู่บ้านหรือชุมชน หรือสามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในสถานบริการใกล้บ้านได้ทุกวันเพื่อให้สะดวกในการเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ในกลุ่มที่ไม่เข้ารับวัคซีน ให้เหตุผลในการไม่เข้ารับว่ากลัวเกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดเนื่องจากเคยมีประสบการณ์เกิดมาจนถึงปัจจุบัน พบมีคนในชุมชนมีอาการภายหลังฉีดกลัวเสียชีวิตเนื่องจากได้รับข่าวจากสื่อต่าง ๆ และคิดว่าได้รับ 2 เข็มก็เพียงพอแล้ว ยังไม่อยากจะฉีดเพิ่ม

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ในผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว สามารถสรุปได้ตามแนวคิด PRECEDE MODEL ในส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ว่าการติดเชื้อ COVID-19 มีความรุนแรงมากทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ (OR adj = 7.951, 95% CI = 1.133-55.815) การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในระดับน้อย (OR adj = 5.254, 95% CI = 1.381-19.983) ไม่เชื่อเลย (OR adj = 31.201, 95% CI = 5.321-182.969) และการไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้า (OR = 3.041, 95% CI = 1.141-8.108) และนอกจากนี้พบว่า ในทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการให้มีการให้บริการฉีดวัคซีนเชิงรุกในหมู่บ้านหรือชุมชน หรือสามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในสถานบริการใกล้บ้านได้ทุกวันเพื่อให้สะดวกในการเข้ารับบริการ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยนำที่ได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ของแต่ละตัวบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลมีการกระทำหรือมีพฤติกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

แสดงออกมาแตกต่างกัน⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการยอมรับหรือตัดสินใจเข้ารับวัคซีน การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้^(10-11,14-16,24) อาทิเช่น การศึกษาในผู้สูงอายุ (อายุ 75 ปีขึ้นไป) ประเทศเยอรมนี ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว มีความสัมพันธ์การยอมรับวัคซีนโควิด 19⁽¹⁰⁾ โดยโรคโควิด 19 ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่การติดเชื้อทำให้มีอาการป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยลงลง ร่วมกับมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้เกิดความเสี่ยงหากได้รับเชื้อมากกว่ากลุ่มวัยอื่น⁽²⁵⁾ ภายหลังพบมีการแพร่ระบาดของเชื้อสายพันธุ์ใหม่และการลดลงของภูมิคุ้มกัน⁽¹⁻⁴⁾ จึงมีการให้วัคซีนเข็มกระตุ้นเพิ่ม⁽⁶⁾ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อหรือหาทางลดโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรง ดังนั้นจึงแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค^(9,10-11) การเข้ารับวัคซีนโดยเฉพาะวัคซีนเข็มกระตุ้นเป็นการเพิ่มประสิทธิผลในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรคและการสร้างภูมิคุ้มกันในปัจจุบัน ซึ่งเชื่อมโยงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มที่เข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นมีการรับรู้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ และรับรู้ถึงประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับ พบว่าส่วนใหญ่มีปัจจัยในทางตรงกันข้าม และถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีรายงานพบเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคก็แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มลดลง ข้อมูลที่เผยแพร่เกี่ยวกับโรคพบมีความรุนแรงลดลง และไม่มีมาตรการทางกฎหมายกำหนดว่าต้องผ่านการฉีดวัคซีนให้ครบ 3 เข็ม ร่วมกับในกลุ่มนี้เห็นว่า ในชุมชนที่อยู่อาศัยมีการระบาดน้อยหรือไม่พบผู้ป่วยเลย มีโอกาสเสี่ยงน้อยต่อการติดเชื้อ จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงโรคลดลงและไม่เข้ารับวัคซีนเพิ่ม การรับรู้ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้^(10-11,14,17,21) อาทิเช่น การศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า การรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากวัคซีนในระดับที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์การยอมรับวัคซีน⁽¹⁷⁾ ซึ่งการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนสามารถพบได้ในทุกวัคซีน มีสาเหตุมาจากปฏิกิริยาของวัคซีนหรือผู้รับบริการเอง ในวัคซีนโควิด 19 มีรายงานพบอาการส่วนใหญ่ไม่รุนแรง เช่น ปวด บวม ร้อนบริเวณที่ฉีด ไข้ อ่อนเพลีย เป็นต้น หายได้เองภายใน 1 - 2 วัน และพบจำนวนน้อยที่มีอาการอ่อนแรงหรือชกเป็นระยะเวลานาน⁽²⁶⁾ ซึ่งในกลุ่มที่มีการติดตามข้อมูลวัคซีน มีความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะสามารถยอมรับและเข้ารับวัคซีนได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้ในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับ พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงน้อยหรือไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีการรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในระดับน้อย แต่พบส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้านี้ ซึ่งในบางรายพบมีอาการมาจนถึงปัจจุบัน จึงทำให้มีความลังเลในการเข้ารับวัคซีนเพิ่ม การไม่เคยมีประสบการณ์เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนเข็มก่อนหน้านี้ สอดคล้องกับการศึกษา^(9,19) อาทิเช่น การศึกษาในประชากรผู้ใหญ่ ในประเทศมองโกเลีย ที่พบว่า ผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโควิด 19 เป็นสาเหตุสำคัญของความลังเลในการยอมรับวัคซีน⁽¹⁹⁾ โดยจากการศึกษาจะพบว่า ในกลุ่มที่เข้ารับวัคซีนมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับวัคซีน ส่วนใหญ่มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำ และพบมีจำนวนน้อยที่เกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งเป็นอาการที่สามารถพบได้ทั่วไป ไม่รุนแรงและหายได้เอง จึงทำให้กลุ่มนี้ยอมรับได้ในอาการข้างเคียงทั่วไปที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังฉีดเมื่อเทียบกับการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีน และพบในบางรายยังคงมีอาการอยู่เป็นระยะเวลานาน คือ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มาจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของครอบครัว โดยพบคนในชุมชนมี

อาการเหนื่อย ทำงานได้น้อยลงภายหลังฉีดเข็มกระตุ้น ถึงแม้ว่าการดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลนั้น ๆ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างงานเกษตรกรรมที่ต้องการ ความแข็งแรงของร่างกายในการทำงาน จึงมีความกังวลเป็นอย่างมากที่จะเกิดอาการที่ทำให้การทำงานลดลง รวมทั้งได้รับข่าวจากสื่อต่าง ๆ ว่ามีผู้เสียชีวิตภายหลังฉีดเข็มกระตุ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีผลทำให้เกิดความเข้าใจเชิงลบ ส่งผลให้มีความลังเลหรือการยอมรับวัคซีนลดลง ดังเรียกว่า Infodemic⁽²⁷⁻²⁸⁾

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ในประเด็นการรับรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะประเด็นการรับรู้และการส่งเสริมความเข้าใจในเรื่อง ความรุนแรงของการติดเชื้อ ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน และสื่อสารข้อมูลทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้ผู้สูงอายุ รวมถึงญาติให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังฉีดวัคซีนและการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น และตัดสินใจเข้ารับบริการ วัคซีนได้อย่างเหมาะสมต่อไป ปัจจุบันนโยบายการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น มีการปรับเป็นการให้แบบ “ประจำปี” โดยการให้วัคซีน 1 เข็มกระตุ้นประจำปีในทุกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ในการจัดให้บริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ประจำปีในผู้สูงอายุ รวมถึงการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปี หรือวัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต หรือวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Community-based case-control study ที่มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สามารถศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับวัคซีนได้โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่อง Causal relationship ข้อค้นพบจากการศึกษา คือ การรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมในการเข้ารับวัคซีน ดังนั้น ควรมีการทำการศึกษอย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้รูปแบบ Prospective เพื่อดูกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นและติดตามผลไปข้างหน้า รวมทั้ง ควรมีการศึกษาในพื้นที่บริบทอื่น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความหลากหลายหรือแตกต่างกันมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว อำเภอคลองหาด และอำเภอวังสมบูรณ์ รวมทั้งหน่วยงานเครือข่ายในระดับพื้นที่ทุกแห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่ศึกษา สนับสนุนด้านข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป็นอย่างดี ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Baraniuk C. How long does covid-19 immunity last?. BMJ 2021; 373: n1605.
2. Silva-Cayetano A, Foster WS, Innocentin S, Belij-Rammerstorfer S, Spencer AJ, Burton OT, et al. A booster dose enhances immunogenicity of the COVID-19 vaccine candidate ChAdOx1nCoV-19 in aged mice. Med 2021; 2(3): 243-62.
3. Callaway E. COVID vaccine boosters: the most important questions. Nature 2021; 596: 178-80.
4. Mizrahi B, Lotan R, Kalkstein N, Peretz A, Perez G, Ben-Tov A, et al. Correlation of SARS-CoV-2-breakthrough infections to time-from-vaccine. Nat. Commun. 2021;12(1):6379.
5. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. The situation of the coronavirus disease 2019. [cited 2022 February 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19/dashboard/?dashboard=select-trend-line>.

6. Ministry of Public Health. Booster dose vaccine. [cited 2022 February 21]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31209>.
7. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. The situation of COVID-19 vaccination service. [cited 2022 February 11]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/10/1644807823246.pdf>.
8. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. Thai Red Cross Nursing Journal, Vol. 11 No.1 January-June 2019, p. 38-48.
9. Rzymiski P, Poniedzialek B, Fal A. Willingness to receive the booster COVID-19 vaccine dose in Poland. Vaccines (Basel) 2021;9(11):1286.
10. Malesza M, Wittmann E. Acceptance and intake of COVID-19 vaccines among older Germans. J Clin Med 2021;10(7):1388.
11. Wong MCS, Wong ELY, Huang J, Cheung AWL, Law K, Chong MKC, et al. Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. Vaccine 2021; 39(7): 1148-56.
12. de Andres AL, Garrido PC, Hernández-Barrera V, Del Pozo SV, de Miguel AG, Jiménez-García R. Influenza vaccination among the elderly Spanish population: trend from 1993 to 2003 and vaccination-related factors. Eur J Public Health 2007; 17(3): 272-7.
13. Alfageeh EI, Alshareef N, Angawi K, Alhazmi F, Chirwa GC. Acceptability of a COVID-19 vaccine among the Saudi Population. Vaccines (Basel) 2021; 9(3): 226.
14. Thaweelap S, Pobkeeree V. Factors associated with the acceptance of seasonal Influenza vaccination among the elderly in Phraphutthabat district, Saraburi province. The 12th Srinakharinwirot University Research Conference, 20 – 21 March 2019. Srinakharinwirot University 2019:740-51.
15. Shmueli L. Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. BMC Public Health 2021;21(1):804.
16. Contoli B, Possenti V, Minardi V, Binkin NJ, Ramigni M, Carrozzi G, et al. What is the willingness to receive vaccination against COVID-19 among the elderly in Italy? Data from the PASSI d' Argento Surveillance System. Front Public Health 2021;9: p736976.
17. Reiter PL, Pennell ML, Katz ML. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated?. Vaccine 2020;38(42):6500-07.
18. Yadete T, Batra K, Netski DM, Antonio S, Patros MJ, Bester JC. Assessing acceptability of COVID-19 vaccine booster dose among adult Americans: A Cross-Sectional Study. Vaccines (Basel) 2021;9(12):1424.
19. Dambadarjaa D, Altankhuyag GE, Chandaga U, Khuyag SO, Batkhorol B, Khaidav N, et al. Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy in Mongolia: A Web-Based Cross Sectional Survey. Int J Environ Res Public Health. 2021, 18, 12903.

20. Wang J, Jing R, Lai X, Zhang H, Lyu Y, Knoll MD, et al. Acceptance of COVID-19 vaccination during the COVID-19 pandemic in China. *Vaccines (Basel)* 2020;8(3):482.
21. Lau JTF, Kim JH, Yang X, Tsui HY. Cross-sectional and longitudinal factors predicting influenza vaccination in Hong Kong Chinese elderly aged 65 and above. *J Infect* 2008; 56(6): 460-8.
22. Sa Kaeo Provincial Health Office. The situation of coronavirus disease 2019 and vaccine administration Sa Kaeo province. 2022.
23. Thanomsiang N. Sample size calculation for Case-Control Study. [cited 2022 February 21]. Available from: https://home.kku.ac.th/nikom/ss_ucc_mcc.pdf.
24. Chuenjai K, Punturaumpom B. Factors affecting the decision to vaccinate against CORONAVIRUS (COVID-19) of the population in Bangkok. [cited 2022 February 21]. Available from: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>.
25. Siriraj Academic Center of Geriatric Medicine. The Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Caring for the elderly during the COVID-19 pandemic. [cited 2022 February 21]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1417_1.pdf.
26. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Guidelines for COVID-19 vaccination in the 2021 outbreak situation in Thailand, 2nd revised edition. Samutprakarn: TS INTERPRINT; 2021.
27. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 1]; 95(10225):676. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930461-X>.
28. Roozenbeek J, Schneider CR, Dryhurst S, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, et al. Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *R Soc Open Sci.* 2020; 7(10): 201199.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Factors affecting the alcohol consumption behavior among people in Ta sub-district, Khuntan District, Chiangrai Province

Jutharat Ceanjai*

Suthichai Sirinual**

*School of Medicine, University of Phayao

**School of Public Health, University of Phayao

Received: December 30, 2023 | Revised: April 3, 2024 | Accepted: April 29, 2024

Abstract

This survey research aimed to 1) study the alcohol consumption behaviors and 2) study the factors that affect the alcohol consumption behaviors among people in Da subdistrict. The sample were 18 to 59 years old. 360 participants were randomized by simple random sampling, data collected by using questionnaires, analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson Correlation Coefficient, Biserial Correlation and Multiple Regression Analysis.

The result revealed that most were females (56.10%), aged at 30 to 44 years (37.00%), status married (49.40%), education level at bachelor's degree or higher (32.50%), employed (32.50%), average income at 10,000 baht or higher (28.30%), had debts under 5,000 (70.00%), alcohol affect to work and daily life (28.30%), did not have any underlying disease (85.00%), knowledge at good level ($\bar{x}=12.10$, $SD.=3.32$), attitudes were at a moderate (75.83%), perceived of self-efficacy were at a moderate (73.89%), familial relationships were at a moderate (76.95%), and access to alcohol was at a moderate (72.20%) had social and familial support at a moderate (72.22%), consumption behaviors level at 2 degree (24.00%) and factors that could predict alcohol consumption behavior among people of Ta Subdistrict at 17.40% including gender, alcohol access, and social and family support. ($R^2 = 0.174$, $Adj. = 0.167$, $F = 25.008$, $Sig < 0.001$)

Correspondence: Suthichai Sirinual

E-mail: suthichai.si@up.ac.th

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

จุฑารัตน์ ชื่นใจ*

สุทธิชัย ศิรินิล**

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันรับ: 30 ธันวาคม 2566 | วันแก้ไข: 3 เมษายน 2567 | วันตอบรับ: 29 เมษายน 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ประชากรคือ ประชาชนอายุ 18 ปี ถึง 59 ปี ในพื้นที่ตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson Correlation Coefficient, Biserial Correlation และ Multiple Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.10) อยู่ในช่วงอายุ 30 – 44 ปี (ร้อยละ 37.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.40) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.50) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.50) รายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 28.30) ภาระหนี้สินต่ำกว่า 5,000 (ร้อยละ 70.00) ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านการงานและการใช้ชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 28.30) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.00) มีความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =12.10, SD.=3.32) มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.83) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.89) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.95) มีการเข้าถึงแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.20) มีแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.22) มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 24.00) และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลตำ ได้ร้อยละ 17.40 ได้แก่ เพศชาย การเข้าถึงแอลกอฮอล์ และแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว (R^2 = 0.174 , Adj. R^2 =0.167, F =25.008, Sig < 0.001**)

ติดต่อผู้พิมพ์: สุทธิชัย ศิรินิล

อีเมล: suthichai.si@up.ac.th

Keywords

Alcohol beverage

Behaviors

Alcohol consumption

คำสำคัญ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรม

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและปัญหาในระดับนานาชาติ โดยประชากรประมาณ 2 ล้านคนทั่วโลก มีแนวโน้มการดื่มสุรามากขึ้น และยังส่งผลให้คนทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 2.5 ล้านคนต่อปี ในสังคมไทยผู้ดื่มส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.2 เชื่อว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและในภาพรวมของประเทศไทยพบความชุกของนักดื่มไทยเท่ากับร้อยละ 46.4¹ จากการสำรวจประชากรไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 57 ล้านคนทั่วประเทศ เริ่มดื่มสุราที่อายุน้อย 19.4 ปี สำหรับหญิงเริ่มดื่มเฉลี่ยที่อายุ 24.5 ปี² องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จำแนกพฤติกรรมการดื่มสุราตามลักษณะการดื่มสุราและพฤติกรรมที่ประหม่นจากอาการ และอาการแสดงของการติดสุรา ปริมาณ การดื่ม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ได้เป็น 4 พฤติกรรม คือ 1.พฤติกรรมการดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low risk drinking) เป็นการดื่มที่ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันเทียบเป็นเหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน 60 มิลลิลิตร เบียร์ประมาณ 1.5-2 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มเลยอย่างน้อย 2 วันใน 1 สัปดาห์ 2.พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) เป็นลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม เปรียบเทียบเป็นปริมาณการดื่มคือการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เบียร์ชนิดแรงไม่เกิน 3 กระป๋อง เหล้า 40 ดีกรีไม่เกิน ¼ 3.พฤติกรรมการดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) เป็นลักษณะของการดื่มที่ผู้ดื่มได้รับผลเสียซึ่งอาจจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน หรือสัมพันธ์ทางกับผู้อื่น 4.พฤติกรรมการดื่มแบบติด (alcohol dependence) เป็นลักษณะของการดื่มที่ผู้ดื่มมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดื่มทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆบกพร่องไป เช่น การงานหรือครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้³

เมื่อจำแนกรายภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคที่มีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่ทั่วไปและกลุ่มวัยรุ่นสูงมากกว่าพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 สำหรับความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ และร้อยละ 19.0 และ 16.8 สำหรับความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่นตามลำดับ) สำหรับประเด็นสถานการณ์รายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป) สูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เชียงราย (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือลำพูน (ร้อยละ 44.1) พะเยา (ร้อยละ 44.0) น่าน (ร้อยละ 42.4) และสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของจังหวัดดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับ 5 ลำดับ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลา⁴

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง การดื่มสุราอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและผลกระทบต่างๆต่อครอบครัวและสังคมได้ เริ่มตั้งแต่การเกิดภาวะการเมาสุรา (alcohol intoxication) ซึ่งเกิดขึ้นจากการดื่มในปริมาณที่มากเกินไป ทำให้ร่างกายและจิตใจผิดปกติไป

จากเดิม จนกระทั่งการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยต่างๆ อีกหลายโรค เช่น โรคตับแข็ง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางจิตประสาท เป็นต้น และเป็นที่แน่นอนว่าย่อมส่งผลต่อสังคมจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนหากผู้บริโภคดื่มแล้วขับ รวมไปถึงการทะเลาะวิวาทและการทำร้ายร่างกายได้ จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคและการบาดเจ็บของ ปี 2564 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าปัจจัยเสี่ยง อันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 15.7 ซึ่ง ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability adjusted life years, DALYs) ถึงประมาณ 506,000 DALYs จึงเป็นความเร่งด่วนของประเทศในการหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁵

จากการสำรวจพบว่า⁶ พื้นที่ตำบลตำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ มีจำนวนร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นทุกปี รวมไปถึงร้านอาหารและร้านกาแฟที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยมีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก และจากการเพิ่มขึ้นของร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายมากขึ้น เห็นได้จากการสำรวจร้านค้าในชุมชนประจำปี โดยในปี 2563 มีร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และร้านขายของชำที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนทั้งหมด 53 ร้าน แบ่งเป็นร้านชำ 40 ร้าน และร้านอาหาร 13 ร้าน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ถึง 5 ร้าน ในปี 2564 มีร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และร้านขายของชำที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนทั้งหมด 60 ร้าน แบ่งเป็นร้านชำ 48 ร้าน และร้านอาหาร 12 ร้าน ปี 2565 มีร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2564 อีก 5 ร้าน ซึ่งเป็นร้านอาหารที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มีวัยรุ่นเข้าไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งบางร้านไม่มีป้ายเตือนห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนพื้นที่ตำบลตำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำมาแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึง พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในเขตตำบลตำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชัยภูมิ ตามรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนอายุ 18 ปี ถึง 59 ปีทั้งชายและหญิง ในพื้นที่ ตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนอายุ 18 ปี ถึง 59 ปีทั้งชายและหญิง ในพื้นที่ตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ทั้งหมดจำนวน 360 คน ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ \text{เมื่อ} \quad n &\text{ แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \\ N &\text{ แทน ขนาดของประชากร} \\ E &\text{ แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง} \\ &\text{กำหนดให้ค่า } e = 0.05 \\ \text{แทนค่า} \quad n &= \frac{3,674}{1 + 3674 \times (0.05)^2} \\ &= 360 \text{ คน} \end{aligned}$$

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจาก ประชากรอายุ 18 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลตำ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตรจนครบตาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารประกอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูล นำกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์มากำหนดขอบเขต โดยผู้วิจัยได้แบ่งแบบประเมินออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมตนเอง ส่วนที่ 5 สัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนที่ 6 การเข้าถึง แอลกอฮอล์ ส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ส่วนที่ 8 แบบประเมิน AUDIT ฉบับประเมิน ด้วยตนเอง (alcohol use disorder identification test หรือ AUDIT)

สถิติที่ใช้

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson Correlation Coefficient, Biserial Correlation และ Multiple Regression Analysis

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.10) อยู่ช่วงกลุ่มอายุ 30–44 ปี (ร้อยละ 37.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.40) มีระดับการศึกษาอยู่ที่ชั้นปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.50) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.50) มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาท (ร้อยละ 28.30) มีภาระหนี้สินต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70.00) ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ พบว่า มีผลกระทบต่อการทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด (ร้อยละ 28.30) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.00)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ด้านปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 44.70) มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.83) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.89) ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.95) และมีการเข้าถึงแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.20) ด้านปัจจัยเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.22) และด้านพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยงระดับที่ 1 คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย คิดเป็นร้อยละ 46.00

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยงระดับที่ 1 คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมาคือพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยง ระดับ 2 คือมีความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 24.00 ระดับ 3 คืออันตราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 และพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์แบบที่มีความเสี่ยงระดับ 4 ติดสุรา คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ (N=360)

ระดับพฤติกรรมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย	165	46.00
ระดับ 2 มีความเสี่ยง	88	24.00
ระดับ 3 อันตราย	71	20.00
ระดับ 4 ติดสุรา	36	10.00
รวม	360	100.00

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ประชาชนตำบลตำ อำเภอนาตาล จังหวัดเขียงราย

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำประกอบด้วย เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพศหญิงดื่มมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=-0.297$ $p<0.001$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่าผู้ที่มียาญน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=-0.137$ $p=0.005^*$) การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในระดับอนุปริญญามีการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=0.091$ $p=0.042^*$) อาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาชีพเกษตรกรดื่มน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=-0.096$ $p=0.034^*$) ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยปัญหาครอบครัว/ทะเลาะวิวาททำให้มีการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นกว่าผลกระทบด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=0.123$ $p=0.010^*$) ปัจจัยเอื้อ มีทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=0.128$ $p=0.007^*$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ($r=0.091$ $p=0.043^*$) การเข้าถึงแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r=0.298$ $p<0.001^{**}$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r=0.167$ $p=0.050^*$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลตำ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และ Biserial Correlation

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
	(r)	(p)
ปัจจัยนำ		
เพศชาย (เพศหญิง เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-0.297	0.000**
อายุ	-0.137	0.005*
การศึกษา		
อนุปริญญา (ไม่ได้เรียนหนังสือ เป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.091	0.042*

อาชีพ

เกษตรกร(รับจ้าง เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-0.096	0.034*
ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการตีเครื่องตี แอลกอฮอล์	0.123	0.010*
ปัญหาครอบครัว/ทะเลาะวิวาท(คนที่ไม่มีปัญหาทะเลาะ วิวาท เป็นกลุ่มอ้างอิง)		
ปัจจัยเอื้อ		
ทัศนคติ	0.128	0.007*
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.091	0.043*
การเข้าถึงแอลกอฮอล์	0.298	0.000**
ปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว	0.194	0.000**

หมายเหตุ: *Significant at p-value < 0.05, **Significant at p-value < 0.001

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน
ตำบลตำ อำเภอลำดวน จังหวัดเชียงราย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของประชาชนตำบลตำคือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศชาย(X1) (p-value <
0.001) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแอลกอฮอล์ (X2) (p-value < 0.001) และปัจจัยเสริม ได้แก่
แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว (X3) (p-value = 0.049)

โดยเพศชายจะมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศหญิง -5.12 คะแนน
ประชาชนที่มีคะแนนการเข้าถึงแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น
2.41 คะแนน และประชาชนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวในการตีเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะ
มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น 1.67 คะแนน

ซึ่งเขียนเป็นสมการการทำนายได้ดังนี้

$$Y=4.073 -5.129X_1 +2.414X_2 +1.676X_3$$

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลตำ =4.073-5.129 เพศชาย
+2.414 การเข้าถึงแอลกอฮอล์ +1.676 แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว รายละเอียดแสดงดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลต้าโดยรวม

ปัจจัยพยากรณ์	B	S.E	β	t	Sig.
ค่าคงที่	4.073	3.726		1.093	0.275
ปัจจัยนำ					
เพศชาย (กลุ่มอ้างอิงคือ เพศหญิง)	-5.129	0.941	-0.265	-5.448	0.000**
ปัจจัยเอื้อ	2.414	0.469	0.256	5.152	0.000**
การเข้าถึงแอลกอฮอล์					
ปัจจัยเสริม	1.676	0.850	0.098	1.971	0.049*
แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว					

$R^2 = 0.174$. , Adj. $R^2 = 0.167$. , F =25.008 , Sig =0.001** .

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.10) อยู่ช่วงกลุ่มอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 6.10) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.40) มีระดับการศึกษาอยู่ที่ชั้น ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.50) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.50) มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาท (ร้อยละ 28.30) มีภาระหนี้สิน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70.00) ประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผลกระทบต่อการทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุด (ร้อยละ 28.30) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.00) โดยปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแอลกอฮอล์ ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ได้ร้อยละ 17.40

อภิปรายผล

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ ใจเที่ยง^๑ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดพะเยา พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยนำบางตัวแปรเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ประชาชนตำบลต้า โดยสามารถอธิบายตัวแปรที่มีความสำคัญได้ดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิง มีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย พฤติกรรมทางลบ ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เนื่องจากเพศมีความแตกต่างกันซึ่งเพศหญิงมีพฤติกรรมการเข้าสังคมและ รวมกลุ่มสังสรรค์ หลังจากเสร็จจากการทำงานในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตตา ฤทธิมนตร์⁹ และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในช่วงวัยกลางคนมี สัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแอลกอฮอล์ จากการศึกษพบว่า การเข้าถึงแอลกอฮอล์มี ความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมทางบวกต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขต ตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่าประชาชนในพื้นที่ตำบลต้ามีการเข้าถึงแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะว่า มีปริมาณสถานบันเทิง ร้านนั่งดื่ม ร้านขายของชำ ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ ตรงตามวันและเวลาที่รัฐบาลกำหนด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีขายตามร้านอาหารมากขึ้น อาทิเช่น ร้านชาบู หมูกระทะ ร้านกาแฟ ร้านอาหารตามสั่ง จึงทำให้ง่ายแก่การเข้าถึงแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชิวฮวย แซ่ลิ้ม¹⁰ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าการเข้าถึงแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จากการศึกษพบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมและครอบครัว มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมทางบวก ต่อพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย เนื่องจากประชาชน ในพื้นที่ตำบลต้ายังมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นยังทำให้มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่ม มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูเมธ ธรรมคำภีร์¹¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพในการเจาะจงกลุ่มที่ดื่มเป็นประจำ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่แม่นยำเฉพาะในกลุ่มที่ดื่มหนักหรือดื่มเป็นประจำ รวมไปถึงการวิจัยในผู้ที่ติดสุราและการใช้สารเสพติดไปด้วย
- 2.ควรมีการให้สุขศึกษาหรือการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้เห็นโทษของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่
- 3.ควรมีการสำรวจร้านค้าหรือร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเพิ่มมาตรการการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามช่วงเวลาที่ยุบเลิกจำหน่ายอย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

1. Centre For Alcohol Studies 2022: Report on the status of alcoholic beverages in Thai society for the year 2023 (EBOOK–situation–64) (Internet) <https://cas.or.th/?p=10465>
2. World Health Organization (WHO) (2017): Alcohol :(Internet) <https://www.who.int/>
3. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health ,Chang Behavior ,Health Education Division , (Internet): <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/>
4. ThaiHealth Health promotion (Internet): <https://www.thaihealth.or.th/>
5. Health Education Division (2020), Strategies for promoting health literacy and health behavior (Internet) <http://www.hed.go.th/>
6. Pranate Health Promoting Hospital,JHCIS Progarm Health consumer Protection 2021
7. AUDIT (alcohol use disorder identification test or AUDIT) World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence 2001(Internet) : <https://dmh-elibrary.org/items/show/1209>
8. Narong Chaitiang. The factors Associated with Alcohol Consumption Behavior among People in Phayao Province: University of Phayao: Journal of Safety and Health: Vol. 12 No. 2 May–August : 2019
9. Sujitta Ritmontree. Alcohol drinking behavior in a community of Kalasin province [dissertation] : Khon Kaen University :2021
10. Siwhuay Saelim. Factors Related to Alcohol Drinking Behavior of Adolescents: Faculty of Nursing: Mahidol University, Nakhon Pathom :2015
11. Phumesh Thammakhaphi. Factors affecting alcohol drinking behavior of the people in Saensuk Municipal Area, Mueang District, Chonburi province: Burapha University: Chonburi: 2017

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Treatment Outcomes and Factors Associated with Treatment Outcomes among Patients Treated with Multidrug Resistant Tuberculosis Regimens, Ubon Ratchathani Province between 2016–2021

Bhumiwasit Wongsat^{*}

Saksit Sripan^{**}

Uraivan Akanit^{**}

^{*}Master degree, Clinical Pharmacy Student, Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonratchathani University

^{**}Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonratchathani University

Received: November 13, 2023 | Revised: February 24, 2024 | Accepted: Mar 25, 2024

Abstract

Objective: to study successful treatment outcomes and factors associated with treatment outcomes for patient who receive multidrug-resistant tuberculosis regimens in an Ubon Ratchathani province hospitals **Methods:** This was mixed methods research that combined quantitative and qualitative data collection. Quantitative data were collected from hospital medical records of 119 multidrug-resistant tuberculosis patients from October 1, 2016 to December 31, 2021. Qualitative data were collected from 30 multidrug-resistant tuberculosis patients including 15 treated with multidrug-resistant regimens and 15 medical professionals who take care of multidrug-resistant tuberculosis patients in Ubon Ratchathani province. Multivariate logistic regression was used to analyze the relationship among factors associated with successful treatment outcomes **Results:** The results of the quantitative study were found among 119 patients treated with multidrug-resistant regimens. A mean age of 47.99 ± 16.52 years and a mean duration of treatment for multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) of 15.89 ± 8.09 months. Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) type were found the most for 91.58% and successful treatments were found for 73.11% of them. Factors that contribute to treatment not success included patients over 60 years of age and new patients with least two positive sputum smears. The qualitative results showed that a supportive system of health care service promotes treatment success. **Conclusion:** The improving patient compliance with medications and directly observed therapy (DOT) should be strictly followed for these patients.

Correspondence: Uraivan Akanit

E-mail: uraiwan.a@ubu.ac.th

ผลการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วย วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2559–2564

ภูมิวิศิษฐ์ วงษา*

ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา**

อุไรวรรณ อกนิษฐ์**

*นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันรับ: 13 พฤศจิกายน 2566 | วันแก้ไข: 24 กุมภาพันธ์ 2567 | วันตอบรับ: 25 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรดื้อยาหลายขนานในจังหวัดอุบลราชธานี วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรดื้อยาหลายขนาน 119 ราย จากฐานข้อมูลทะเบียนโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2564 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยยาหลายขนาน 15 ราย และ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานี 15 ราย ใช้สถิติ Multivariate logistic regression วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ ผลการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรดื้อยาหลายขนานจำนวน 119 ราย มีอายุเฉลี่ย 47.99 ± 16.52 ปี มีระยะเวลารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานเฉลี่ย 15.89 ± 8.09 เดือน เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ร้อยละ 91.58 พบการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 73.11 ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้รักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานไม่สำเร็จ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีผลเสมหะเมื่อเริ่มยาพบเชื้อ 2+ ขึ้นไป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบปัจจัยสนับสนุนด้านระบบบริการที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ ดังนั้นควรส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและเข้มงวดกับระบบกำกับกับการรับประทานยา ในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

ติดต่อผู้พิมพ์: อุไรวรรณ อกนิษฐ์

อีเมล: uraiwan.a@ubu.ac.th

Keywords

Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)

Treatment outcomes

Ubon Ratchathani province

คำสำคัญ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ผลการรักษา

อุบลราชธานี

บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติ ได้วางเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ให้บรรลุในอีก 15 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2573) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งคือการยุติการแพร่ระบาดของวัณโรคและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2578⁽¹⁾ และรายงานสถานการณ์ของวัณโรคของโลก ปี พ.ศ. 2561-2562 โดยองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยวัณโรคปี พ.ศ. 2561 สูงถึง 7 ล้านราย ปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 7.1 ล้านราย เป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษา 14.1 ล้านราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis; MDR-TB) เข้าสู่อการรักษา 3.33 แสนราย (ร้อยละ 2.2) ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1.22 แสนราย ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1.56 แสนราย และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1.77 แสนราย⁽²⁾

ปัญหาของวัณโรคดื้อยาหลายขนานเริ่มเกิดขึ้น ตั้งแต่มีการใช้ยา Isoniazid (H, INH) และ Rifampicin (R) เมื่อปี พ.ศ. 2513 และเมื่อมีการนำยากลุ่ม Fluoroquinolones (FQs) มาใช้ในการรักษาวัณโรคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ทำให้เกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensive drug resistant tuberculosis, XDR-TB) มากขึ้น⁽³⁾ สาเหตุของเชื้อดื้อยาอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติของตัวเชื้อวัณโรคเอง เนื่องจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (Genetic mutation) ทำให้ยาไม่สามารถใช้รักษาเชื้อวัณโรคนั้นได้ แต่ที่สำคัญที่สุดคือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ทั้งด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยทางคลินิกและด้านแผนงานการรักษาวัณโรค ทำให้เกิดการรักษาวัณโรคที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอจนก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา⁽⁴⁾

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาไม่สำเร็จ ประกอบด้วย ประเด็นที่หนึ่งปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ให้การรักษาขาดความรู้และทักษะในการรักษาวัณโรค เช่น การใช้สูตรยาที่ไม่เหมาะสม ให้ยาในขนาดที่ต่ำหรือระยะเวลาไม่นานพอ การเติมยาที่ละขนาน การบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ ระบบการดูแลกำกับการรับประทานยา (Directly observed therapy ; DOT) ยังไม่เข้มแข็ง ส่วนประเด็นที่สองปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา เนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงหรือปัญหาด้านสังคม หรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ทำให้การดูดซึมยาไม่ดี และประเด็นที่สามปัจจัยด้านยารักษาวัณโรค ยาเสื่อมคุณภาพเนื่องจากตัวยาด้อยคุณภาพ หรือระบบขนส่งหรือระบบจัดเก็บที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาวัณโรคดื้อยาไม่สำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศชาย⁽⁵⁾ อายุมากกว่า 60 ปี น้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัม ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยด้านการรักษา เช่น ชนิดวัณโรคดื้อยา⁽⁶⁾ ผู้ป่วยรักษาช้า รักษานานกว่า 1 ปี ระดับผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา ผลเสมหะระยะเข้มข้นบวก⁽⁷⁾ ดังนั้นการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยาขนาดยาที่เหมาะสมและระยะเวลาที่นานพอ รวมถึงการมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา (DOT) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มมีการนำ DOT มาใช้ในการรักษาวัณโรคตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาวัณโรคโดยติดตามการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษาวัณโรคสำเร็จ ลดการเกิดเป็นซ้ำ และลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา⁽⁸⁾

ตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าหมายการดำเนินงานควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนได้รับการส่งเสมหะและมีผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยาร้อยละ 90 และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีอัตราการรักษาวัณโรคดื้อยาสำเร็จ ร้อยละ 70⁽⁹⁾ การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคระยะ 20 ปี (2559-2578) นั้น ประเทศไทยต้องลดอุบัติการณ์วัณโรคเฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี แต่ระยะ 15 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ 2543-2558) มีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์วัณโรคเพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ในปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,789

ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค เพียงร้อยละ 59 ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทั้งสิ้น 62,154 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค เพียงร้อยละ 55.3 และในปีงบประมาณ 2559 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,193 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค เพียงร้อยละ 59.4⁽⁸⁾

จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากร 1,869,633 ราย คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 7,166 ราย (156 ต่อประชากรแสนคน) ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2563 จำนวน 119 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วย 15, 26, 26, 44 และ 27 ราย ตามลำดับและมีการรักษาสำเร็จ (Treatment success) ปี พ.ศ. 2557 เพียงร้อยละ 58 (เป้าหมายร้อยละ 70) ซึ่งต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10⁽¹⁰⁾ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาผลการรักษา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนาน โดยใช้การวิจัยแบบผสม รูปแบบการวิจัยแบบแผนแบบคู่ขนาน วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดพร้อมกัน และผสานผลของการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลทั้งสองชุดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ เป็นการตรวจสอบผลการวิจัยโดยเปรียบเทียบข้อมูลชุดหนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณกับอีกชุดหนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาสู่การวางแผนปฏิบัติให้เหมาะสมกับพื้นที่ รวมทั้งเป็นข้อมูลให้กับผู้ป่วยและบุคลากรด้านสาธารณสุขในการสร้างความรู้ การกำกับดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรด้วยยาหลายขนานต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed methods research) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ UBU-REC-144/2564 วันที่รับรอง 10 มกราคม 2565 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ CA code 022/2565 วันที่รับรอง 30 มีนาคม 2565

การศึกษาเชิงปริมาณ ผู้เขียนเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคด้วยสูตรด้วยยาในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดอุบลราชธานีข้อมูลได้มาจากโปรแกรม NTIP ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 119 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรด้วยยา โดยใช้สถิติ Multivariate logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้เขียนได้ใช้วิธีการสอบถามเชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนาน 15 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานที่รักษาครบตามระยะเวลาที่กำหนดในสูตรมาตรฐานที่มีผลการรักษาที่ต่างกันเพื่อให้ครอบคลุมผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่หลากหลาย มีทั้งกลุ่มรักษาหายและกลุ่มล้มเหลว โดยเพิ่มตัวอย่างจนกว่าจะเกิดการอิ่มตัวของข้อมูล กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานในจังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสิ้น 15 ราย และเพิ่มตัวอย่างจนกว่าจะเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลักเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบของการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาจากในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลประจำอำเภอในจังหวัด

อุบลราชธานีที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคตื้อยามากที่สุด 3 อันดับแรกอำเภอละ 3 ราย ประกอบด้วย แพทย์ 1 ราย พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข 1 ราย เกษักร 1 ราย รวมเป็นจำนวน 9 ราย 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาสะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกอำเภอละ 2 ราย ประกอบด้วย พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากตำบลที่มีผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนานจำนวน 1 ราย และพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากตำบลที่มีผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนานจำนวน 1 ราย รวมเป็น 6 ราย 3) มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีและเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเชิงลึก 3 ตอน ตอนที่ 1 คำถามคัดกรอง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประวัติการรักษาวัณโรคตื้อยาหลายขนานและผลการรักษา ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยในการรักษาแนวทางแก้ไขปัญหากลุ่มการรักษาวัณโรคตื้อยาหลายขนาน ตอนที่ 3 สรุปการตีความปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนาน และจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 30 รายด้วยตนเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยการเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาจากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกและจัดหมวดหมู่ออกเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเพื่อหาบทสรุปเป็นกรอบประเด็นแนวความคิด (Thematic framework) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนานสำเร็จ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยวัณโรคตื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis, MDR-TB) หมายถึง วัณโรคตื้อยาหลายขนานที่ดื้ออย่างน้อย 2 ขนาน คือ Isoniazid และ Rifampicin ร่วมกันและอาจดื้อยาขนานอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ แบ่งเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. Multidrug resistant TB (MDR-TB) หมายถึง วัณโรคตื้อยาหลายขนานที่ดื้อยา H และ R พร้อมกัน และอาจจะดื้อยาขนานอื่น ๆ ด้วยก็ได้
2. Pre-extensive drug resistant TB (Pre-XDR-TB) หมายถึง วัณโรคตื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง คือ MDR-TB ที่ดื้อยารักษาวัณโรคอันได้แก่ ดื้อ Rifampicin และ Isoniazid รวมไปถึงการดื้อยาในกลุ่ม Second line drug ที่เป็นตัวหลัก คือ ดื้อยา กลุ่ม Quinolone (FQs) หรือดื้อกลุ่ม Second line injectable drug (SLIs) กลุ่ม Aminoglycoside ได้แก่ Capreomycin, Kanamycin, Amikacin
3. Extensive Drug Resistant TB (XDR-TB) หมายถึง วัณโรคตื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก คือ MDR-TB ที่ดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolones และ Second-line injectable
4. Rifampicin-resistant TB (RR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยา Rifampicin ซึ่งตรวจพบโดยวิธี Phenotypic หรือ Genotypic และอาจดื้อยาวัณโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็น Mono drug resistant TB, Polydrug resistant TB, MDR-TB, pre-XDR-TB หรือ XDR-TB ก็ได้

นิยามผลการรักษา

รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบ โดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว และมีผลเพาะเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกันในระยะต่อเนื่อง ห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน

รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง รักษาครบ แต่ผลเพาะเชื้อไม่มีหรือมีผลเพาะเชื้อเป็นลบน้อยกว่า 3 ครั้งในระยะต่อเนื่อง

การรักษาสำเร็จ (Treatment Success) หมายถึง รักษาครบ และรักษาหายรวมกัน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 119 ราย อายุเฉลี่ย 47.99 ± 16.52 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 51.65 ± 9.46 กิโลกรัม ระยะเวลารักษาวัณโรคดื้อยาเฉลี่ย 15.89 ± 8.09 เดือน ได้รับการทำ DOTS ร้อยละ 99 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารักษาสำเร็จ (Treatment success) ร้อยละ 73.11 แบ่งเป็น รักษาหาย (Cured) ร้อยละ 64.71 รักษาครบ (Treatment completed) ร้อยละ 8.40 (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทของผู้ป่วย การรักษา และผลการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรดื้อยา จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2559 – 2564

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน	จำนวน	ร้อยละ
รวมผู้ป่วยทั้งหมด	119	100.00
ประเภทผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน		
Rifampicin-resistant TB (RR-TB)	3	2.52
Multidrug resistant TB (MDR-TB)	109	91.60
Pre-extensive drug resistant TB (Pre-XDR-TB)	5	4.20
Extensive drug resistant TB (XDR-TB)	2	1.68
ผลการรักษา*		
หาย	77	64.71
ครบ	10	8.40
ล้มเหลว	6	5.04
ขาดยา	6	5.04
ตาย	20	16.81

ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 96 (AOR 0.040, 95%CI 0.012–0.126, p-value <0.001) ผู้ป่วยที่พบผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา 2+ หรือ 3+ มีโอกาสรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา scanty หรือ 1+ ร้อยละ 78.7 (AOR 0.213, 95%CI 0.060–0.751, p-value=0.016) ส่วนปัจจัยด้านเพศ น้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ต้มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเบาหวาน ชนิดวัณโรคดื้อยา ผู้ป่วยรักษาซ้ำ การรักษานานกว่า 1 ปี และ พบอาการข้างเคียงจากรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ (ดังแสดงตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จ ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจังหวัดอุบลราชธานี
ปี พ.ศ. 2559 – 2564**

ปัจจัย		จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด	จำนวนที่ รักษาสำเร็จ (ร้อยละ)	Univariate model OR (95% CI)	p-value
รวมผู้ป่วยทั้งหมด		119	87 (73.11)		
เพศ	หญิง	31	24 (77.42)	Ref	0.530
	ชาย	88	63 (71.59)	0.735 (1.921- 0.281)	
อายุ (ปี)	< 60	85	77 (90.59)	Ref*	0.002*
	≥ 60	34	10 (29.41)	0.026 (0.619- 0.109)	
น้ำหนัก (กก.)	≥ 40	109	80 (73.39)	Ref	0.530
	< 40	10	7 (70.00)	1.182 (4.879-0.286)	
การดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	107	80 (74.77)	Ref*	0.002*
	ดื่ม	12	7 (58.33)	0.472 (1.612-0.138)	
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	107	78 (72.90)	Ref	0.817
	สูบ	12	9 (75.00)	1.115 (4.408-0.282)	
การติดเชื้อเอชไอวี	ไม่ติด	66	52 (78.79)	Ref	0.231
	ติดเชื้อเอชไอวี	53	35 (66.04)	0.523 (1.187-0.230)	
เบาหวาน	ไม่ใช่	86	65 (75.58)	Ref	0.876
	ใช่	33	22 (66.67)	0.646 (1.550-0.269)	
XDR-TB	ไม่ใช่	112	83 (74.11)	Ref	0.122
	ใช่	7	4 (57.14)	0.465 (2.207-0.098)	
Relapse MDRTB	ไม่ใช่	102	75 (73.53)	Ref	0.328
	ใช่	17	12 (70.59)	0.864 (2.680-0.278)	
ระยะเวลารักษา	น้อยกว่า 1 ปี	59	40 (67.80)	Ref	0.336
	นานกว่า 1 ปี	60	47 (78.33)	0.582 (1.324-0.255)	
ผลเสมหะเมื่อเริ่มยา	≤1+	54	46 (85.19)	Ref	0.800
	2+หรือ 3+	65	41 (63.08)	0.297 (0.733-0.120)	
เกิด Serious ADR	ไม่พบ	78	57 (73.08)	Ref	0.197

พบ

41

30 (73.17)

1.004

(2.357-0.428)

*Reference หรือฐานข้อมูลในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จ ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2559 – 2564 ด้วยการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression

ปัจจัย	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
อายุ (≥ 60 / < 60 ปี)	0.040 (0.012-0.126)	$< 0.001^*$
การดื่มแอลกอฮอล์(ใช่ / ไม่ใช่)	0.412(0.084-2.004)	0.272
การติดเชื้อเอชไอวี (ใช่ / ไม่ใช่)	0.384 (0.114-1.297)	0.124
ระยะเวลาการรักษา (> 1 / ≤ 1 ปี)	1.299 (0.399-4.230)	0.664
ผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มรักษา (2+ ขึ้นไป / scanty หรือ 1+)	0.213 (0.060-0.751)	0.016*
XDR-TB (ใช่ / ไม่ใช่)	2.967(0.303-29.015)	0.350
เกิด Serious ADR(พบ/ไม่พบ)	1.805(0.601-5.422)	0.292

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

หลังจากเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้วิเคราะห์ประเด็นจากผลการศึกษาเชิงปริมาณมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรดื้อยาหลายขนานในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ อำเภอ ก, ข, ค

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์แพทย์ชุมชน (PCU) อำเภอละ 5 คนจาก 3 อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรดื้อยาสะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกของจังหวัดอุบลราชธานีรวมทั้งสิ้น 15 คน ดังแสดงในตารางที่ 4 – 5

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานคนที่	อำเภอ	เพศ	อายุ(ปี)
1	ก	ชาย	34
2	ก	ชาย	51
3	ก	ชาย	36
4	ก	ชาย	57
5	ก	หญิง	45
6	ค	ชาย	25
7	ค	หญิง	49
8	ค	ชาย	32
9	ข	หญิง	49
10	ข	ชาย	79
11	ข	หญิง	24

12	ช	ชาย	60
13	ช	ชาย	63
14	ค	ชาย	36
15	ค	ชาย	60

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

อำเภอ ก			อำเภอ ข			อำเภอ ค		
ตำแหน่ง	เพศ	อายุงาน (ปี)	ตำแหน่ง	เพศ	อายุงาน (ปี)	ตำแหน่ง	เพศ	อายุงาน (ปี)
แพทย์	หญิง	5	แพทย์	หญิง	5	แพทย์	หญิง	5
เภสัชกร	หญิง	25	เภสัชกร	หญิง	15	เภสัชกร	หญิง	14
พยาบาล	หญิง	25	พยาบาล	หญิง	28	พยาบาล	หญิง	23
นักวิชาการสาธารณสุข	หญิง	7	นักวิชาการสาธารณสุข	หญิง	15	นักวิชาการสาธารณสุข	หญิง	7
ผอ.รพสต.	หญิง	28	ผอ.รพสต.	ชาย	22	ผอ.รพสต.	หญิง	22

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มักมีโรคประจำตัวและปัญหาด้านความจำ หากขาดคนดูแลจะทำให้มีโอกาสขาดนัด ทำให้ได้รับประทานยาผิดหรือได้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการมีระบบบริหารจัดการด้านยาที่ดี เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลเดินทางไม่สะดวก รับประทานแบบ One stop service ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนจำหน่าย มีการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือส่งยาให้ผู้ป่วยผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร่วมกับระบบกำกับกำกับการรับประทานยา (DOT) ต้องมีทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีเจ้าหน้าที่ Video call ติดตามการรับประทานยา ออกติดตามเยี่ยมบ้านในระยะเข้มข้น หรือ จัดรถไปรับ-ส่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ตามนัด (ดังแสดงตาราง 6-8) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงด้วยกรอบประเด็นแนวความคิดภาพที่ 1

ตารางที่ 6 ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	วิเคราะห์เชิงคุณภาพ
1) เพศ	ไม่มีผลต่อการรักษา
2) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี	มีผลต่อการรักษา ผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัวและปัญหาด้านความจำ ทำให้รับประทานยาผิดหรือขาดนัด
3) น้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัม	มีโอกาสเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่า แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา

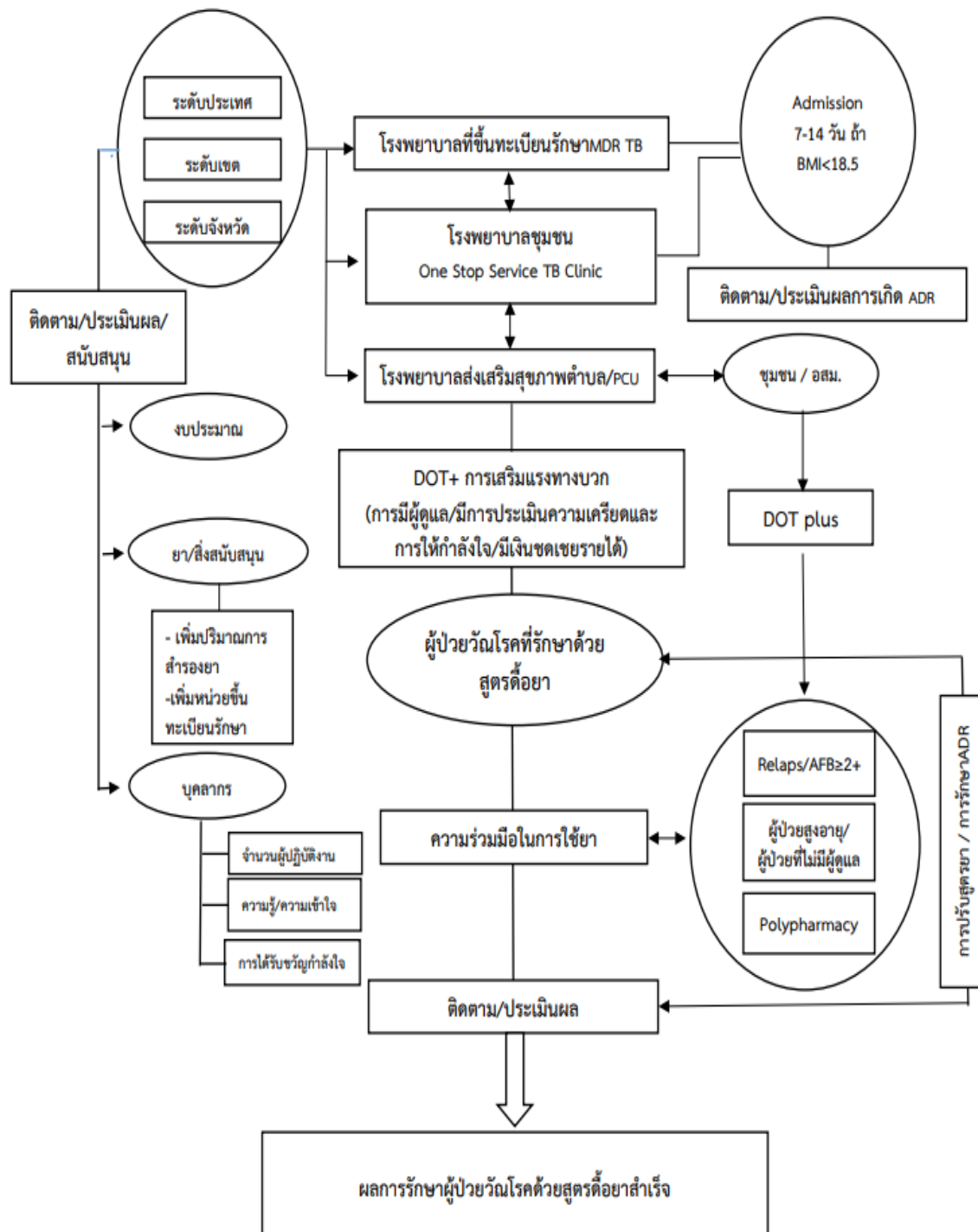
4) ต้มแอลกอฮอล์	ไม่มีผลต่อการรักษาสำเร็จ สิ่งสำคัญคือการมารับการรักษาและรับประทานยาสม่ำเสมอ
5) สูบบุหรี่	ผู้มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน
6) ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือ ติดเชื้อเอชไอวี	มักมีภูมิคุ้มกันต่ำ แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา สิ่งสำคัญคือการมารับการรักษาและรับประทานยาสม่ำเสมอ

ตารางที่ 7 ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ปัจจัยด้านการรักษา	วิเคราะห์เชิงคุณภาพ
1) ชนิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน	มีผลต่อการรักษาแต่การรับประทานยาสม่ำเสมอมีโอกาสรักษาให้สำเร็จ 100%
2) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ	เชื่อจะพัฒนาสายพันธุ์ดื้อยาได้มากกว่า แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา สิ่งสำคัญคือรับประทานยาสม่ำเสมอ
3) รักษาานกว่า 1 ปี	ไม่ส่งผลต่อการรักษา
4) ระดับผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา	ไม่ส่งผลต่อการรักษา
5) พบอาการข้างเคียงจากยา	มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา

ตารางที่ 8 ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบบริการที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ปัจจัยด้านระบบบริการ	วิเคราะห์เชิงคุณภาพ
1) ระดับการศึกษาผู้ให้บริการ	- ไม่ส่งผลต่อการรักษา ต้องทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและติดต่อประสานงานกัน
2) ระบบบริการจัดการด้านยา	- แบบ One stop service ดูแลตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนจำหน่ายโดยแพทย์คนเดิม - ระยะเวลารอคอยรับยาวัณโรคดื้อยาต้องเร็ว - ส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์/รพ.สต.
3) ระบบกำกับกำกับการรับประทานยา (DOT)	- ระบบการดูแลรักษาวัณโรคต้องมีทีมดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด - มีเจ้าหน้าที่ Video call ติดตามการรับประทานยา - ออกติดตามเยี่ยมบ้านในระยะเข้มข้น - จัดรถไปรับ-ส่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ตามนัด
4) อื่น ๆ - หน่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานยังมีน้อย, การสำรองยามีปริมาณน้อย	- การเพิ่มหน่วยขึ้นทะเบียนรักษาในอำเภอที่มีผู้ป่วยสะสมมาก จะเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการและ การเพิ่มปริมาณการสำรองยาจะส่งเสริมการมีมารับประทานยาสม่ำเสมอ - มีเงินช่วยเหลือระหว่างเจ็บป่วย



ภาพที่ 1 กรอบประเด็นแนวความคิด (Thematic Framework) เรื่องผลการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคด้วยสูตรดื้อยาหลายขนาน

วิจารณ์

1. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

ผลการรักษาสำเร็จในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศต่างๆ ซึ่งพบการรักษาสำเร็จร้อยละ 64.6-77.12⁽¹¹⁻¹⁵⁾ รวมทั้งผลการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งพบการรักษาสำเร็จร้อยละ 65.5⁽¹⁶⁾ และ 83⁽¹⁷⁾ แต่อัตราการรักษาสำเร็จการศึกษานี้มากกว่าหลายการศึกษา ดังเช่น Tang S มีอัตราการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จร้อยละ 40.95 วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 13⁽⁶⁾ และ Savioli MITG และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเซเปโล ประเทศบราซิล พบอัตราการรักษาหายร้อยละ 54⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผลการรักษาสำเร็จมากกว่าหลายการศึกษาในประเทศไทย ดังต่อไปนี้ นิทยา ตาววงศ์ญาติ ได้ศึกษาผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียน ช่วง 1 ตุลาคม 2552 ถึง 30 กันยายน 2557 พบว่ารักษาสำเร็จ ร้อยละ 66.66⁽¹⁹⁾ อติภา กมลวัฒน์ ได้ทำการศึกษาเรื่อง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และผลการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ. ศ. 2550 พบว่ารักษาสำเร็จร้อยละ 20.99⁽²⁰⁾ และยงยุทธ เมื่อกำเนิดและคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่องสถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2554 พบว่ารักษาหายร้อยละ 28.6⁽²¹⁾ ทั้งนี้ผลการรักษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากลักษณะของผู้ป่วยหรือสูตรยาที่แตกต่างกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ

2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี การศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 96 (AOR 0.040, 95% CI 0.012-0.126, p-value <0.001) โดยเมื่อคิด Prevalence ratio อัตราการรักษาสำเร็จในกลุ่มอายุ < 60 ปี ซึ่งเท่ากับร้อยละ 90.59 เปรียบเทียบกับอัตราการรักษาสำเร็จในกลุ่มอายุ ≥ 60 ปี ซึ่งพบร้อยละ 29.41 โดยจะเห็นว่า กลุ่มอายุ < 60 ปี มีอัตราการรักษาสำเร็จเป็นประมาณ 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ ≥ 60 ปี (Prevalence ratio = $90.59/29.41 = 3.08$ โดยใช้กลุ่มอายุ ≥ 60 ปี เป็น Reference สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaves Torres NM⁽⁷⁾ และ Van LH⁽⁵⁾ 2) เพศ การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Van LH⁽⁵⁾ และ Soeroto AY⁽¹⁴⁾ 3) น้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัม การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Tang S⁽⁶⁾ และ Khan I⁽²²⁾ ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยที่น้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัมมักมีโอกาสเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่า 4) ต้มแอลกอฮอล์ การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Skrahina A และคณะ พบการต้มแอลกอฮอล์ (OR: 1.3, 95% CI: 1.0-1.8) มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²³⁾ 5) สูบบุหรี่ การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Skrahina A⁽²³⁾ และธนภูมิ รัตนานุพงศ์ พบการสูบบุหรี่กลับพบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (AOR = 6.00, 95%CI 1.32- 27.32)⁽²⁴⁾ ซึ่งการสูบบุหรี่เสี่ยงมีโรคประจำตัวเป็นหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง เสี่ยงเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน 6) ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือ ติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Skrahina A และคณะ พบการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (OR 2.2, 95% CI: 1.4-3.5) มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾ กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ พบผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวี (OR 1.35, 95%CL

1.09-1.68) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²⁵⁾ และ Tang S และคณะ พบผู้ป่วยเบาหวาน (OR,0.305; 95% CI, 0.140-0.663, P=0.003) มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จ⁽⁶⁾ และ Phuong NT⁽¹³⁾ พบผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีมีผลการรักษาไม่สำเร็จมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวีถึง 2 เท่า (RR=2.1; 95% CI=1.3-3.6 P<0.001) ซึ่งผู้ป่วยมีโรคร่วมมักมีภูมิคุ้มกันต่ำและส่งผลให้มีโอกาสรักษาไม่สำเร็จ

2.2 ปัจจัยด้านการรักษา

1) ระดับผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา การศึกษาเชิงปริมาณนี้พบผู้ป่วยที่พบผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา 2+ หรือ 3+ มีโอกาสรักษาวัณโรคดื้อยาสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มผลตรวจเสมหะเมื่อเริ่มยา scanty หรือ 1+ ร้อยละ 78.7 (AOR 0.213, 95%CI 0.060-0.751, p-value=0.016) สอดคล้องกับ Phuong NT⁽¹³⁾ และ Van LH⁽⁵⁾ 2) ชนิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Tang S และคณะ พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (OR,13.368; 95% CI, 6.745-26.497, P<0.001) มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จ⁽⁶⁾ และ Chaves Torres NM และคณะ พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 58.4 (95% CI: 51.4-64.6) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 27.1⁽⁷⁾ 3) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากหลายการศึกษา ดังต่อไปนี้ อติภา กมลวาทน์ พบว่า ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคมีโอกาสเกิดการดื้อยาหลายขนานมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน (OR =5.33 , 95% CI 1.09-5.33 p-value=0.05)⁽²⁰⁾ Skrahina A และคณะ พบปัจจัยด้านเคยประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน (OR 6.1 ,95% CI: 4.8-7.7) มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²³⁾ Workicho A และคณะ พบประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อนนี้ (AOR = 21, 95% CI 17.8-28) มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²⁶⁾ Alene KA และคณะ พบปัจจัยด้านเคยมีประวัติการรักษาวัณโรค (AOR 83.8, 95% CI 40.7-172.5) ความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽⁵⁾ Tang S และคณะ พบผู้ป่วยรักษาซ้ำ (OR, 0.171; 95% CI, 0.093-0.314, P<0.001) มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จ⁽⁶⁾ และ Van LH และคณะ พบการเคยมีประวัติการรักษา MDR-TB (OR 5.53; 95% CI 2.85-10.72) มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽⁵⁾ 4) รักษาานกว่า 1 ปี การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Tang S และคณะ พบระยะเวลาการรักษาานกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (OR, 0.077; 95% CI, 0.011-0.499, P<0.001) มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จ⁽⁶⁾ 5) พบอาการข้างเคียงจากยา การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แตกต่างจากการศึกษาของ Chen S และคณะ พบว่าเกิดผลข้างเคียงของยาต้านวัณโรค (OR 3.63, 95% CI 1.79-7.36) มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²⁷⁾

2.3 ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบบริการ

1) ระดับการศึกษาผู้ให้บริการ การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ แต่ผู้ให้บริการควรให้ความรู้และเน้นการปรับทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับวัณโรคดื้อยาหลายขนานและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ ควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มอัตราการรักษายาของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน⁽²⁸⁾ รวมถึงดูแลรักษาตามมาตรฐานแบบ DOT ให้มีคุณภาพ การเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน การเร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การพัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการ การสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน และการส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมเพื่อพัฒนาการควบคุมวัณโรค จะทำให้ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันและควบคุมวัณโรคดีขึ้น⁽²⁹⁾ 2) ระบบบริหารจัดการด้านยา การศึกษานี้พบว่าการมีระบบบริหารจัดการด้านยาที่ดีส่งผลต่อการรักษาสำเร็จ ดังนั้นรับบริการแบบ One stop service ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายโดยแพทย์คนเดิมตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนจำหน่าย มีการส่งยาให้

ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือส่งยาให้ผู้ป่วยผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ในผู้มีปัญหาการเข้าถึงสถานบริการ โดยจากการศึกษานี้พบปัญหาการมีหน่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานยังมีน้อยเพียง 2 แห่ง, การสำรองยามีปริมาณน้อย ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะตามที่ระบุในภาพที่ 1 เช่น การเพิ่มปริมาณการสำรองยา การเพิ่มหน่วยขึ้นทะเบียนรักษา นอกจากนี้การศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียรกิจ พบว่ารูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อแบบ 2-2-2 มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การแจ้งรับ-ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ภายใน 2 วันหลังจากขึ้นทะเบียน, การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน 2 สัปดาห์แรกของการรักษา, การติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยพี่เลี้ยงใน 2 เดือนแรกของรักษา สามารถช่วยเพิ่มอัตราการเปลี่ยนจากเสมหะพบเชื้อเป็นเสมหะลบมากถึง 1.20 เท่า ของการกำกับติดตามแบบปกติ (RR adj= 1.20, 95% CI: 1.12-1.28, P-value : 0.0227) ดังนั้นในพื้นที่อัตราอุบัติการณ์วัณโรคสูง ควรนำไปใช้ในการติดตามการรับประทานยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน⁽³⁰⁾ 3) ระบบกำกับกำกับการรับประทานยา (DOT) การศึกษานี้พบว่าระบบกำกับกำกับการรับประทานยา ส่งผลต่อการรักษาสำเร็จ โดยต้องมีทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีเจ้าหน้าที่ Video call ติดตามการรับประทานยา ออกติดตามเยี่ยมบ้านในระยะเข้มข้น หรือจัดรถไปรับ-ส่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ตามนัด ปียะดา คุณาวรรักษ์ และคณะแนะนำเสริมบริการสื่อสารเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาทุกมื้อ โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ติดตามทุกรายจนครบ 18 เดือน พบว่าอัตราการรักษาสำเร็จสูงขึ้น (p=0.024) กลวิธี DOTS PLUS ที่เสริมด้วยโทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้การควบคุมวัณโรคมีประสิทธิภาพ และสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย⁽³¹⁾ ดังนั้นต้องมีผู้กำกับกำกับการรับประทานยาที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยในการติดตาม กำกับ และให้คำแนะนำในการรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดยาและการปฏิเสธการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคเรื้อรังจะมีโอกาสรักษาวัณโรคดื้อยาลำบากน้อย ต้องมีมีระบบบริหารจัดการด้านยาที่ดี เช่น รับประทานแบบ One stop service ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนจำหน่าย มีการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ หรือส่งยาให้ผู้ป่วยผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และระบบกำกับกำกับการรับประทานยา (DOT) ต้องมีทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีเจ้าหน้าที่ Video call ติดตามการรับประทานยา ออกติดตามเยี่ยมบ้านในระยะเข้มข้น หรือจัดรถไปรับ-ส่งผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณจำนวนน้อยเพียง 119 ราย อาจทำให้ทำให้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติม และเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น

สรุป

ผลการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 119 ราย เป็นผู้ป่วยประเภทวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB) ร้อยละ 91.58 พบการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 73.11 ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้รักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานไม่สำเร็จได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและผู้ป่วยที่มีผลเสมหะเมื่อเริ่มยา 2+ ขึ้นไป ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบปัจจัยสนับสนุนด้านระบบบริการที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จ ดังนั้นควรส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและเข้มงวดกับระบบกำกับการรับประทานยา (Directly observed therapy, DOT) ในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัยวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ ดร.อรรถัย ศรีทองธรรม และเภสัชกรหญิงพนัสนิพัทธ์ นาคนิกร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ข้อเสนอแนะโครงร่างวิจัยและติดต่อประสานงานกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องทำให้การเก็บข้อมูลวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of disease control, Ministry of public health (TH). Tuberculosis publication papers [Internet].2019. [cited 2020Nov24] Available from: www.tbthailand.org/documents.html. (in Thai).
2. World health organization. Global tuberculosis reports[Internet]. 2020. [cited 2020Nov24] Available from: www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports.
3. Bureau of tuberculosis, Department of disease control (TH), Ministry of public health. Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis patients. Bangkok: Agricultural Cooperative federation of thailand [Internet]. 2015. (in Thai).
4. World health organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, emergency update [Internet]. 2008. [cited 2020Nov24] Available from: www.who.int/publications/i/item/9789241547581.
5. Van LH, Phu PT, Vinh DN, Son VT, Hanh NT, Nhat LTH, et al. Risk factors for poor treatment outcomes of 2266 multidrug-resistant tuberculosis cases in Ho Chi Minh City: a retrospective study. BMC Infect Dis., 2020;20(1):1-10.
6. Tang S, Tan S, Yao L, Li F, Li L, Guo X, et al. Risk factors for poor treatment outcomes in patients with MDR-TB and XDR-TB in China: retrospective multi-center investigation. PLoS One, 2013;8(12):e82943.
7. Chaves Torres NM, Quijano Rodriguez JJ, Porras Andrade PS, Arriaga MB, Netto EM. Factors predictive of the success of tuberculosis treatment: A systematic review with meta-analysis. PLoS One, 2019;14(12):e0226507.
8. Bureau of tuberculosis (TH), Department of disease control, Ministry of public health. Action plan on combating tuberculosis 2017-2021. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2017. (in Thai).
9. Office of Disease Prevention and Control Region 10 Ubon Ratchathani (TH). Strengthening the tuberculosis control plan for the year 2020[Internet]. [cited 2020Nov24] Available from: https://odpc10.ddc.moph.go.th/?page_id=2278. (in Thai).
10. World health organization. Implementing the end TB strategy: the essentials 2015 [cited November 24, 2020] . Available

from: https://www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/en/.

11. Belachew T, Yaheya S, Tilahun N, Gebrie E, Seid R, Nega T, et al. Multidrug-resistant tuberculosis treatment outcome and associated factors at the university of Gondar comprehensive specialized hospital: A ten-year retrospective study. *Infect Drug Resist*, 2022;15(1):2891–9.
12. Lecai J, Mijiti P, Chuangyue H, Mingzhen L, Qian G, Weiguo T, et al. Predictors and trends of MDR/RR-TB in Shenzhen China: A retrospective 2012–2020 period analysis. *Infect Drug Resist*, 2021;14(3):4481–91.
13. Phu PT, Van LH, Vinh DN, Son VT, Hanh NT, Nhat LTH, et al. Risk factors for poor treatment outcomes of 2266 multidrug-resistant tuberculosis cases in Ho Chi Minh City: a retrospective study. *BMC Infect Dis*, 2020;20(1):164.
14. Soeroto AY, Nurhayati RD, Purwiga A, Lestari BW, Pratiwi C, Santoso P, et al. Factors associated with treatment outcome of MDR/RR-TB patients treated with shorter injectable based regimen in West Java Indonesia. *PLoS One*, 2022;17(1):e0263304.
15. Wakjira MK, Sandy PT, Mavhandu-Mudzusi AH. Treatment outcomes of patients with MDR-TB and its determinants at referral hospitals in Ethiopia. *PLoS One*, 2022;17(2):e0262318.
16. Sombat Tanprasertsuk, Chitlada Uthaipiboon, Korpong Thotsapornphong, Chantira Sukhasitwanich, Wanlapa Chulawet. Descriptive epidemiology of multidrug-resistant tuberculosis, Makarak hospital, 2007–2015. *Disease Control Journal*. 2017;43(4): 400–12. (in Thai).
17. Nilobon Narkbamrung, Yosawadee Petchkam, Sasithorn Daengjay, Sukanya Bunchuay, Tum Boonrod, Witchada Simla. Treatment outcomes for patients with multidrug-resistant tuberculosis A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*. 2020;29(4): 648–59. (in Thai).
18. Savioli MTG, Morrone N, Santoro I. Primary bacillary resistance in multidrug-resistant tuberculosis and predictive factors associated with cure at a referral center in Sao Paulo, Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2019;45(2):1–7.
19. Nittaya Daowongyat. Factors related to treatment outcome of registered multidrug-resistant tuberculosis patients. *Journal of the office of disease prevention and control* 10. 2017;15(1): 41–53. (in Thai).
20. Atipha Kamolwat. Multidrug-resistant tuberculosis and short-term systemic treatment outcomes in Maharat nakhon ratchasima hospital, 2007. *Disease Control Journal*. 2007;34(2): 204–14. (in Thai).
21. Yongyut Maokamnerd, Somsri Khamphira, Suporn Kawinam, Kittipat Iamrod, Wittaya Sawatdiwutthiphong. Situation of multidrug-resistant tuberculosis in Tak province, Fiscal year

- 2011 – April 2014. Thai Journal of Tuberculosis, Chest disease and critical care medicine . 2014;35(1): 400–12. (in Thai).
- 22.Khan I, Ahmad N, Khan S, Muhammad S, Khan SA, Ahmad I, et al. Evaluation of treatment outcomes and factors associated with unsuccessful outcomes in multidrug resistant tuberculosis patients in Baluchistan province of Pakistan. J Infect Public Health, 2019;12(6):809–15.
- 23.Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchyk E, Astrauko A, van Gemert W, et al. Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: results of a survey in Minsk. Eur Respir J, 2012;39(6):1425–31.
24. Thanapoom Rattananuphong. Risk factors associated with multidrug-resistant tuberculosis and time to start treatment for multidrug-resistant tuberculosis in Thailand[Doctor of Science Thesis].Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
25. Kannika Trinwutthiphong. Factors associated with multidrug-resistant tuberculosis (Multi drugs resistance tuberculosis, MDR-TB) in patients with pulmonary tuberculosis : Meta-analysis. Bangkok: department of disease control, 2012. (in Thai).
- 26.Workicho A, Kassahun W, Alemseged F. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis among tuberculosis patients: a case-control study. Infect Drug Resist, 2017;10(1):91–6.
- 27.Chen S, Huai P, Wang X, Zhong J, Wang X, Wang K, et al. Risk factors for multidrug resistance among previously treated patients with tuberculosis in eastern China: a case-control study. Int J Infect Dis, 2013;17(12):1116–20.
28. Natakorn Chantana, Wantana Maneesriwongkul, Panwadee Putwattana. Factors related to drug adherence in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Ramathibodi Nursing Journal. 2019;25(3): 296–309. (in Thai).
29. Pantee Marod, Niramol Pimnamyen, Adisorn Worachaysombut, Watchara Sungkoranee. The effectiveness of policy management for tuberculosis prevention and control Phetchabun province. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2017;61(2): 119–28. (in Thai).
30. Wanchai Laosathienkit. Development and evaluation of drug medication monitoring Model of new fungal phlegm tuberculosis patients in Sisaket province. Journal of the Department of Medical Services. 2019;44(2): 128–35. (in Thai).
31. Piyada Kunawararak,Sakkarin Janthawong, Phattana Phothikaew, Anong Pornprapanwon. The development of a multidrug-resistance situation control model in the upper northern region. Disease Control Journal. 2010;36(2): 118–28. (in Thai).

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Health Literacy of self-protection from particulate matter PM_{2.5} affected to community health in Health region 5

Chaweewan Chaiprapankoon

Chevin Somsang

Kwanta Suthum

Sresuda Jaroonpornpong

The Office Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province

Received: November 17, 2023 | Revised: May 17, 2024 | Accepted: June 5, 2024

Abstract

The research on health literacy about self – protection from fine particulate matter PM_{2.5} affecting public health, Health Region 5. The objective is to study how demographic characteristics are related to health literacy and self-protection behavior from PM_{2.5} fine dust particles, health literacy is related to people's self-protection behavior from PM_{2.5} fine dust particles. That has an impact on the health of the people in Health Region 5. A Cross – sectional Analytic Research type of Correlation Studies. The sampling up to 380 people. The results of chi – square test between gender, education, age groups and health literacy with self – protection behaviors were not significant. The employment and health literacy with of self – protection behaviors were significant ($p < 0.05$). Correlation analysis between the overall health literacy and self – protection behaviors was significant at .05.

Correspondence: Chaweewan Chaiprapankoon

E-mail: shaweewan21@outlook.co.th

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5

ฉวีวรรณ ไช้ประพันธ์กุล

ชีวิน สมสว่าง

ขวัญตา สุธรรม

ศรีสุดา จรูญพรพงศ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

วันรับ: 17 พฤศจิกายน 2566 | วันแก้ไข: 17 พฤษภาคม 2567 | วันตอบรับ: 5 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Cross – sectional Analytic Research) ประเภทศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Studies) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน ผลการศึกษา การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษากับระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาชีพกับระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนผลรวมความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนผลรวมความรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ติดต่อผู้พิมพ์: ฉวีวรรณ ไช้ประพันธ์กุล

อีเมล: shaweewan21@outlook.co.th

Keywords

Health Literacy

Particulate matter 2.5 (PM_{2.5})

Self – protection behaviors

คำสำคัญ

ความรู้ด้านสุขภาพ

ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5}

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง

บทนำ

จากการรายงานคุณภาพอากาศโลกของ IQAir 2021 ประเทศไทยประสบกับปัญหามลพิษทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยมีค่ามลพิษทางอากาศสูงเป็นอันดับที่ 45 ของโลกจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศใน 6,475 เมือง 117 ประเทศ⁽¹⁾ ฝุ่น $PM_{2.5}$ คือ ฝุ่นละอองในอากาศที่มีขนาดเล็กมาก ๆ (ขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน) มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า อันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ต่อร่างกายผู้ที่แข็งแรงเมื่อได้รับฝุ่น $PM_{2.5}$ อาจจะไม่ส่งผลกระทบให้เห็นในช่วงแรก ๆ แต่หากได้รับติดต่อกันเป็นเวลานานหรือสะสมในร่างกายสุดท้ายก็จะก่อให้เกิดอาการผิดปกติของร่างกายในภายหลัง การรายงานอัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในฐานะข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5⁽²⁾ พบว่า อัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อม (Y97) เพิ่มขึ้นจาก 1.07 : ประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 4.12 : ประชากรแสนคน และเป็น 6.17 : ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์สุขภาพอันได้แก่ การมีโรคเรื้อรังและภาวะอ้วนลงพุง กล่าวคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือภาวะอ้วนลงพุงมักจัดอยู่ในกลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่มีภาวะปกติ (วิลล โรมา และคณะ)⁽³⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเป็นการสร้างระบบที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญจนอาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในอนาคต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ถาม การตัดสินใจและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5

วัตถุประสงค์และการศึกษา

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก $PM_{2.5}$ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Cross – sectional Analytic Research) ประเภทการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Studies) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ประชาชนทั่วไปทั้งชายและหญิง สัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : คำนวณหากลุ่มตัวอย่างจากประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 5,162,438 คน โดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดข้อมูลเบื้องต้นในการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง ดังนี้ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.3 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 และระดับค่าองศาอิสระเท่ากับ 16 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 317 ตัวอย่าง และเพิ่มค่าการประมาณการไม่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 20 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 380 ตัวอย่าง นำมาหากลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีลดอัตราส่วนได้ค่ากลุ่มตัวอย่าง รายจังหวัด ดังนี้ จังหวัดราชบุรี จำนวนประชากร 843,018 คน กลุ่มตัวอย่าง 62 คน , จังหวัดกาญจนบุรี จำนวนประชากร 814,857 คน กลุ่มตัวอย่าง 60 คน , จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนประชากร 836,110 คน กลุ่มตัวอย่าง 61 คน , จังหวัดนครปฐม จำนวนประชากร 910,511 คน กลุ่มตัวอย่าง 67 คน , จังหวัดสมุทรสาคร

จำนวนประชากร 551,234 คน กลุ่มตัวอย่าง 41 คน ,จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนประชากร 190,282 คน กลุ่มตัวอย่าง 14 คน จังหวัดเพชรบุรี จำนวนประชากร 478,072 คน กลุ่มตัวอย่าง 35 คน และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนประชากร 538,354 คน กลุ่มตัวอย่าง 40 คน นำจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ละจังหวัด นำมาสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi State Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random Sampling) เพื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random Sampling) เพื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 2 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 เลือกหมู่บ้านแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random Sampling) โดยเลือกหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ขั้นตอนที่ 4 สุ่มแบบบังเอิญโดยเลือกตัวอย่างแบบไม่จำกัดเพศ ที่มีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นคนไทยที่พบในหมู่บ้านนั้น ระยะเวลาของการดำเนินงาน ปี 2564-2566

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคม โดยการวิเคราะห์หาการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics) นำมาใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Chi-Square test) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlations) ที่ระดับสถิติ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรมป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)⁽⁴⁾

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรมป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน เขตสุขภาพที่ 5

สมมติฐานที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรมป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน เขตสุขภาพที่ 5

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 380)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	127	33.4
หญิง	253	66.6

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	161	42.4
40 ปี ขึ้นไป	219	57.6
$\bar{X} = 43.83$ S.D. = 17.67 ต่ำสุด = 18 ปี สูงสุด = 78 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	113	29.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	15.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	82	21.6
อนุปริญญา/ปวส.	32	8.4
ปริญญาตรี	85	22.4
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.6
4. อาชีพ		
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	98	25.8
รับจ้างทั่วไป	105	27.6
ค้าขาย	62	16.3
พนักงานบริษัท	22	5.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	7.1
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	36	9.5
นักเรียน/นักศึกษา	30	7.9

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละและระดับความสัมพันธ์ของเพศกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 380)

ระดับความรู้ และ พฤติกรรม	เพศ			
	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ
ปานกลาง	30	7.9	44	11.6
มาก	97	25.5	209	55
รวม	127	33.4	253	66.6

(Chi - Square test = 2.093, df. =1, p = .148)

จากผลการทดสอบ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ด้วยคุณสมบัติของสถิติทดสอบ จึงไม่สามารถบอกได้ว่า ชายหรือหญิงมีค่ามากกว่ากัน ต้องใช้สถิติทดสอบชนิดอื่น แต่จากตารางที่ 2 พบว่าความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างเพศกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง พบอยู่ในระดับคะแนนมาก จำนวน 209 คนคิดเป็นร้อยละ 55.0 การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างเพศกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .05 (Chi - Square test = 2.093, df. = 1, p = .148) หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 380)

ระดับความรู้ และ พฤติกรรม	กลุ่มอายุ			
	ต่ำกว่า 40 ปี	ร้อยละ	40 ปี ขึ้นไป	ร้อยละ
ปานกลาง	30	7.9	44	11.6
มาก	131	34.5	175	46.1
รวม	161	42.4	219	57.6

(Chi - Square test = 0.126, df. =1, p = .723)

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มอายุกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 มีคะแนนสูงสุดในกลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป จำนวน 219 คนคิดเป็นร้อยละ 57.6 การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มอายุกับระดับคะแนนรวมความรู้

ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .05 (Chi – Square test = 0.126, df.=1, p = .723) หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5

(n = 380)

ระดับความ รอบรู้ และ พฤติกรรม	ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช.	อนุปริญญา/ ปวส.	ปริญญา ตรี	สูงกว่า ปริญญา ตรี
ปานกลาง	33	7	11	3	18	2
ร้อยละ	(8.7)	(1.8)	(2.9)	(0.8)	(4.7)	(0.5)
มาก	80	51	71	29	67	8
ร้อยละ	(21.1)	(13.4)	(18.7)	(7.6)	(17.6)	(2.1)
รวม	113	58	82	32	85	10
	(29.7)	(15.3)	(21.6)	(8.4)	(22.4)	(2.6%)

(Chi – Square test = 13.010, df.= 5, p = .023)

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 มีค่าคะแนนสูงสุดที่ระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างการศึกษา กับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .05 (Chi – Square test = 13.010, df. = 5, p = .023) หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และระดับความสัมพันธ์ของอาชีพกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 380)

ระดับความ รอบรู้ และ พฤติกรรม	อาชีพ						
	เกษตรกร (ทำนา ทำ สวน ทำไร่)	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย	พนักงาน บริษัท	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ไม่ได้ ทำงาน/ แม่บ้าน	นักเรียน/ นักศึกษา
ปานกลาง	17	16	24	3	5	6	3
ร้อยละ	(4.5)	(4.2)	(6.3)	(0.8)	(1.3)	(1.6)	(0.8)

มาก	81	89	38	19	22	30	27
ร้อยละ	(21.3)	(23.4)	(10.0)	(5.0)	(5.8)	(7.9)	(7.1)
รวม	98	105	62	22	27	36	30
	(25.8)	(27.6)	(16.3)	(5.8)	(7.1)	(9.5)	(7.9)

(Chi - Square test = 18.505 , df. = 6, $p < 0.05$)

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความสัมพันธ์ของอาชีพกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนสูงสุดในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 โดยมีคะแนนระดับมาก จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างอาชีพกับระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .05 (Chi - Square test = 18.505, df. = 6, $p < 0.05$)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนเขตสุขภาพที่ 5

(n = 380)		
	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	
	r	p-value
คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ	.331	<0.001

จากตารางที่ 6 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

(n = 380)		
ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	
	r	p-value
ด้านเข้าถึงข้อมูล	.256	<0.001
ด้านเข้าใจข้อมูล	.178	<0.001
ด้านการได้ถามข้อมูล	.276	<0.001
ด้านการตัดสินใจ และนำไปใช้ประโยชน์	.354	<0.001

จากตารางที่ 7 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ถาม และการตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วิจารณ์ผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างเพศกับระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chi - Square test = 2.093, df. = 1, $p = 0.148$) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ หัตยา มาลัยเจริญ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM_{2.5} ของประชาชน อาจเป็นเพราะความสนใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นโดยตรงจนทำให้เกิดความสนใจในการค้นหาข้อมูลมากขึ้น การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างการศึกษาที่ระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญที่ระดับสถิติ .05 (Chi - Square test = 13.010, df. = 5, $p = .023$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทร พงษ์เทิดศักดิ์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศ อาจจะเป็นเพราะเทคโนโลยีทางการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนมีการเปิดกว้างมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้ประชาชนทุกระดับการศึกษาที่มีความสนใจเรื่องโรคและภัยสุขภาพต่างมีช่องทางที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารได้อย่างเท่าเทียมกัน ประกอบกับในยุคปัจจุบันประชาชนได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} โดยตรงจึงให้ความสนใจและติดตามสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} มากขึ้น จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้

การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มอายุกับระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม สีดาจิตต์และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า อายุกลุ่ม อสม. ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมและรายด้านมากกว่ากลุ่ม อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสังคมและปัญญาของแต่ละบุคคลที่ก่อให้เกิดความสามารถแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ ตรวจสอบข้อมูล ตัดสินใจและนำข้อมูลนั้นไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

การทดสอบความสัมพันธ์ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มอาชีพกับระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทร พงษ์เทิดศักดิ์ และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรรมที่ต้องทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสนใจในการติดตามสถานการณ์ตามช่องทางต่าง ๆ เข้าใจ ตรวจสอบและตัดสินใจนำข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองอีกส่วนหนึ่งอาจเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่เกินค่ามาตรฐานและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนผลรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.77, p < 0.01$) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ เพราะคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงจะให้ความสนใจและมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ตรวจสอบ ชักถามเมื่อเกิดข้อสงสัยและสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในการป้องกันตนเองได้ดีกว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่า

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการเสนอนโยบายส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วางแผน พัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคที่อาจเกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในอนาคตต่อไปให้กับประชาชนทั่วไปและระดับหน่วยงานเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5” สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพสาขาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษา ขอขอบคุณสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ที่ให้ความอนุเคราะห์แบบสอบถามในการเก็บตัวอย่างประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านผู้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบคุณกลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. IQAir. 2021 World Air Quality Report Region & City PM 2.5 Ranking. {Internet}. 2021 [cited 30 November 2021}. Available from: <https://www.iqair.com/th/world-air-quality-report>
2. HDC Department of Disease Control. Rate of chronic diseases of the lower respiratory tract that are caused by environmental pollution Y97.{Internet}{cited 10 November 2021}. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. Wimon Roma et al. Complete report of the health literacy survey project of Thai people aged 15 years and over, 2017 (Phase 1). Department of Health, Ministry of Public Health; 2018.
4. Office of Disease and Health Risk Communication, Department of Disease Control. Assessment of health literacy in the prevention and control of diseases and public health hazards in 2020. 1st printing. Bangkok; S. Offset Graphic Printing House. C Design; 2020.
5. Hatthaya Malaicharoen et al. Factors related to the behavior of protecting oneself from dust particles smaller than 2.5 microns (PM 2.5) of the people of Na Phra Lan Subdistrict. Chaloe Phra Kiat District Saraburi Province, Public Health and Innovation Journalism, Year 2, Issue 3, September – December 2022 : 97–82
6. Naphat Pongtherdsak et al. People's knowledge, understanding and behavior for self-protection in smog conditions. In the area of Chanchawa Subdistrict Municipality, Mae Chan District, Chiang Rai Province. Graduate Journal Chiang Rai Rajabhat University, 8(17) : 147–140
7. Prathum Sidajit et al. Assessment of environmental health knowledge in preventing health effects from dust particles no larger than 2.5 microns PM 2.5 among village health volunteers in the eco-industrial city area. {Internet} 2021 [cited 10 November 2021} : 89–1 Available from: <https://hia.anamai.moph.go.th/th/newsanamai/download/?did=205869&id=77140&reload>
8. Duangnet Thammakul et al. Relationship between health literacy and health behavior of the elderly, Bang Phlat District, Bangkok. Journal of Research in Health Sciences. {internet}. 2020 [cited on 3 July 2021}; 21:48 Available from: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JHR/article/download/245457/168817/>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

A Comparison of the Workload of Promotion and Prevention Fee Schedule in Sub-district Health Promoting Hospital affiliated and not affiliated to the Ministry of Public Health in Health Region 3

Wanna Prayukvong^{*}

Traithep Fongthong^{**}

Yupha Wanyeam^{**}

Thananon Srinon^{***}

Alna Suathuan^{***}

Wittaya Chansombut^{***}

Nutthaya Wilaiwan^{****}

^{*}Mahidol University Nakhonsawan Campus

^{**}National Health Security Office Region 3

^{***}Sub-district Health Promoting Hospital under Nakhon Sawan Provincial Administrative Organization

^{****}Office of Disease Prevention and Control 3, Department of Disease Control

Received: February 10, 2024 | **Revised:** May 7, 2024 | **Accepted:** June 20, 2024

Abstract

This in-depth research aimed to compare the workload of promotion and prevention fee schedule of the National Health Security Office (NHSO) in between two primary care units, one of which is affiliated to and the other not affiliated to the Ministry of Health in Health Region 3. We will conduct the research using the database of the NHSO and Health Data Center-HDC in the fiscal years of 2022 and 2023. The result showed such workload of a primary care unit or a sub-district health promoting hospital (SD PH) in year 2023 was much higher than in year 2022. A mean comparison of several services in fee schedule which SD PH could provide, showed that there was no difference between them. Similarly, the rate of change of the percentage of outpatient services from HDC of SD PH in fiscal year 2022 and 2023 revealed no difference between them.

Correspondence: Wanna Prayukvong

Email: wanna.pry@mahidol.edu

เปรียบเทียบผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

วรรณ ประยุกต์วงศ์*

ไตรเทพ ฟองทอง**

ยุพา วันแย้ม**

ธนากร ศรีนนท์***

แอลนา เสือเถื่อน***

วิทยา จันทร์สมบัติ***

ณัฐธยา วิไลวรรณ****

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

****สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

วันรับ: 10 กุมภาพันธ์ 2567 | วันแก้ไข: 7 พฤษภาคม 2567 | วันตอบรับ: 20 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยวิธีการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกรายการ (Fee schedule) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 และปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 3 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและข้อมูลการใช้บริการสุขภาพจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center-HDC) ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ผลการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ผลงาน (Workload) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ในเขต 3 ดำเนินการ มีจำนวนคนรับบริการมากกว่าปี พ.ศ. 2565 ในสัดส่วนมาก ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการ เฉพาะรายการ Fee schedule ที่ รพ.สต. ดำเนินการได้ ของ รพ.สต. สังกัด สธ. และสังกัด อบจ. ในปี พ.ศ. 2566 ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขต 3 ในสังกัดและนอกสังกัด สธ. ในปี พ.ศ. 2566 เทียบกับ ปี พ.ศ. 2565 มีความแตกต่างกันไม่มาก

ติดต่อผู้พิมพ์: วรรณ ประยุกต์วงศ์

อีเมล: wanna.pry@mahidol.edu

Keywords

Promotion and Prevention

Workload of Fee Schedule

Sub-district Health Promoting Hospital

Ministry of Public Health

Provincial Administrative Organization

คำสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

ผลงานการบริการตามรายการที่กำหนด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

กระทรวงสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ทั้งการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค เป็นงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในปี พ.ศ. 2551–2565 มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยได้เพียงจำนวน 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.81 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ 9,787 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁾ ด้วยอุปสรรคการถ่ายโอนหลายประการ เช่น ความไม่ชัดเจนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อเรื่องนี้ ทั้งเกณฑ์ตัวชี้วัดและกระบวนการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กรและระบบบริหารงานบุคคล งบประมาณ และการกำกับติดตาม และประเมินผลการถ่ายโอน และประชาชนและชุมชนขาดช่องทางมีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการให้กับ อปท. เป็นต้น^{(2) (3) (4)}

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงกำหนดมาตรการเร่งรัดการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามขั้นตอนระยะสุดท้ายของแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 2 คือ หาก อปท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ รายงานต่อรัฐสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พร้อมกับจัดทำคู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจภารกิจ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเมินความพร้อม อบจ. เร่งรัดส่วนราชการในถ่ายโอนภารกิจ ทรัพย์สิน (ครุภัณฑ์ สิ่งปลูกสร้าง) งบประมาณ และบุคลากร ตลอดจนการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยเน้นให้บุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอนได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการไม่แตกต่างไปจากเดิม ด้วยการปรับเปลี่ยนระเบียบของกระทรวงมหาดไทยให้สอดคล้อง อีกทั้งยังจัดสรรงบประมาณเงินบำรุงเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการที่ถ่ายโอน

ในปีงบประมาณ 2566 มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอน และมีพิธีส่งมอบภารกิจการถ่ายโอนสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 3,263 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด และบุคลากร จำนวน 21,917 คน ให้แก่ อบจ. 49 แห่ง และในปีงบประมาณ 2567 มีการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 931 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.43 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ให้แก่ อบจ. 62 แห่ง⁽¹⁾

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่มีสัดส่วนหนึ่งในสามของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในครั้งนี้ เป็นการเปลี่ยนโครงสร้างบริหารจากที่มีระบบภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) หรือในสังกัด สธ. ซึ่งเป็นระบบเดียว ไปสู่นอกสังกัด สธ. คือเป็นระบบที่มีความหลากหลายภายใต้การบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และอบจ. 62 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ท่ามกลางความไม่ค้อยไว้วางใจและความกังวลห่วงใยจากหลายฝ่าย ทั้งกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องทำหน้าที่ใหม่ (การกำกับดูแล) และในประสบการณ์

การจัดบริการ ของ อบจ. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อม ตลอดจนความต่อเนื่องของการบริหาร อัตรากำลังหรือกำลังคน และการรักษาคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ช่วงสามเดือนแรกหลังการถ่ายโอน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนวจความเห็นประชาชนพบว่า โดยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเรื่องการถ่ายโอน และยังไม่มืผลกระทบเชิงลบ⁽⁶⁾ ต่อมาสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ได้ประเมินผลนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพการดำเนินงาน รพ.สต. จำนวน 32 แห่ง สังกัด อบจ. 8 แห่งในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีการดำเนินงานเป็นไปตามคู่มือฯ ทั้งการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และกองสาธารณสุขใน อบจ. การดูแลความก้าวหน้าบุคลากร และการจัดสรรงบประมาณ การประเมินผลองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนการประเมินรูปแบบจังหวัดยังคงเหมือนเดิม แม้ว่ารพ.สต. มีรายได้เพิ่มขึ้น ทั้งจากรายได้จากเงินอุดหนุนตามขนาด S M L และจากเงินอุดหนุนของ อบจ. แต่งานส่งเสริมป้องกันสุขภาพยังมีรายจ่ายอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับหน้าที่ของ รพ.สต. ที่ต้องเน้นบริการเชิงรุก⁽⁷⁾

นอกเหนือจากรายได้ข้างต้นแล้วยังมีรายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบการจัดสรรและโอนงบกองทุนฯ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจไปอยู่กับ อบจ. ในฐานะลูกข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตามที่แต่ละเขตสุขภาพร่วมกันพิจารณาการจัดสรรเงินในส่วนของงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ตลอดจนงบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การจัดสรรงบประมาณกองทุนฯ ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด อบจ. แต่ละแห่งแตกต่างกัน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 3 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 267 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46 จากทั้งหมดในเขต 3 จำนวน 586 แห่ง เป็นการถ่ายโอนแบบไม่ครบทั้งจังหวัด แต่มีการถ่ายโอนทั้งอำเภอหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในบางอำเภอ ยกเว้นจังหวัดชัยนาท ซึ่งจะมีการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แต่ละจังหวัดมีการจัดสรรงบประมาณกองทุนฯ แตกต่างกัน โดย รพ.สต. ลูกข่าย CUP นอกจากได้รับงบประมาณโดยตรงจาก สปสช. แล้ว ยังคงได้รับการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันเป็นภารกิจโดยตรงของ รพ.สต. ที่เคยได้รับก่อนหน้าการถ่ายโอน เมื่อดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ สปสช. กำหนด

ผลการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรงข้างต้น ทำให้ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยรับเงินบริการและการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 รพ.สต. เหล่านั้น รับเงินจัดสรรผ่านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) การได้เป็นหน่วยบริการของ สปสช. ข้างต้นจะส่งผลให้ผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) แตกต่างจากเดิมหรือไม่ รวมทั้งจำนวนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการก่อนและการถ่ายโอนมีความแตกต่างกันหรือไม่ หรือไม่มีความแตกต่างกันดังเช่น ผลการประเมินความเห็นประชาชน⁽⁶⁾ และการประเมินผลการให้บริการ⁽⁷⁾ ข้างต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ คือการศึกษาเปรียบเทียบผลงานการให้บริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัด อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2566 โดยพิจารณาจากข้อมูลผลงานการให้บริการ 2 กลุ่ม คือ 1) ผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยวิธีการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกรายการ (Fee schedule) ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 2) ข้อมูลการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอก (OPD) หรือจำนวนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center-HDC) ⁽⁵⁾ ทั้งนี้ข้อมูลผลงานการให้บริการ 2 กลุ่มดังกล่าว อาจมิได้ครอบคลุมการให้บริการทั้งหมด แต่เป็นการให้บริการส่งเสริมป้องกัน ที่เป็นบทบาทหลัก แต่กลับมีการให้บริการน้อย ⁽⁶⁾ และจำนวนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนโดยภาพรวมในแต่ละปีย่อมช่วยให้เห็นถึงความไว้วางใจของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงหลังการถ่ายโอนได้

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยข้างต้น จึงใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2565 และปี พ.ศ. 2566 โดยผู้ร่วมวิจัย รวบรวมจากฐานข้อมูลระบบ e-Claim ที่หน่วยบริการรวบรวมและนำเข้าข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มายัง สปสช. โดยข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ผู้วิจัยใช้ข้อมูลเฉพาะรายการที่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบก่อนชดเชย และได้รับการจ่ายเงินแล้ว และข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center-HDC) ในปีงบประมาณ 2565 และปี พ.ศ. 2566 บนเว็บไซต์ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ⁽⁵⁾ โดยข้อมูลปฐมภูมิดังกล่าว เป็นข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3 ที่นำส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบของ สปสช. และของ HDC กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบความถูกต้องของข้อมูล (Validation) โดยตรง ส่วนข้อจำกัดของแหล่งข้อมูลคืออาจมีหน่วยบริการบางแห่งไม่ส่งข้อมูล ทั้งนี้ไม่ส่งผลต่อการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลของหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลระหว่างปีก่อนถ่ายโอน (พ.ศ. 2565) และหลังการถ่ายโอน (พ.ศ. 2566) ด้วยนำข้อมูลประชากรดังกล่าวมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละในแต่ละปีเปรียบเทียบกัน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลงานการให้บริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัด อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2566 โดยพิจารณาจากข้อมูลผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีจำนวนหน่วยบริการที่ส่งผลงาน (Workload) ขอรับการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ Fee schedule ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่เขต 3 ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 91 แห่ง แยกเป็น รพ. จำนวน 49 แห่ง รพ.สต. จำนวน 42 แห่ง ที่อยู่ในทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดนครสวรรค์ และในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 524 แห่ง แยกเป็น รพ. จำนวน 54 แห่ง รพ.สต. จำนวน 470 แห่ง อยู่ในสังกัด สธ. จำนวน 237 แห่ง และรพ.สต. นอกสังกัด สธ. เฉพาะสังกัด อบจ. จำนวน 233 แห่ง เมื่อเปรียบเทียบจำนวน รพ.สต. ที่ส่งผลงาน Fee Schedule กับจำนวนทั้งหมดในแต่ละสังกัด พบว่า รพ.สต. สังกัด สธ. ส่งผลงาน Fee Schedule มีอัตรา

ร้อยละ 76 ขณะที่รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ส่งผลงาน Fee Schedule มีอัตราร้อยละ 87 ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยบริการในเขต 3 ที่ส่งผลงาน Fee Schedule เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2565 และ 2566

จังหวัด	สังกัด สธ. ปี พ.ศ. 2565		สังกัด สธ. ปี พ.ศ. 2566		นอกสังกัด สธ. ปี พ.ศ. 2566
	รพ.	รพ.สต.	รพ.	รพ.สต.	รพ.สต. สังกัด อบจ.
กำแพงเพชร	11	15	12	36	68
ชัยนาท	8	4	8	48	*
นครสวรรค์	11	0	14	63	80
พิจิตร	12	21	12	41	63
อุทัยธานี	7	2	8	49	22
รวมทั้งหมด	49	42	54	237	233

หมายเหตุ * องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาทรับถ่ายโอน รพ. สต. ในปี พ.ศ. 2567

ผลจากการรวบรวมข้อมูลผลงาน (Workload) ที่ขอรับการจ่ายชดเชยตามรายการบริการ Fee schedule ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่ง รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการได้ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 รายการ คือ 1) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ Pap Smear/VIA 2) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ HPV DNA Test 3) บริการดูแลฝากครรภ์ และ 4) ตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการขัดและทำความสะอาดฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ สำหรับในปี พ.ศ. 2566 นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศรายการที่ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้เพิ่มเติมอีก 8 รายการ รวมเป็น 12 รายการ คือ 5) บริการตรวจหลังคลอด 6) บริการยาเสริมธาตุเหล็กหลังคลอด 7) บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit Test 8) บริการคัดกรอง อายุ 15-34 ปี อันหมายถึงบริการการบริการประเมินดัชนีมวลกาย (ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว) ตรวจวัดความดันโลหิต คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ต่อมะเร็งเต้านมและการเสพยาเสพติด ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า และให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ในกลุ่มประชาชน อายุ 15-34 ปี 9) บริการคัดกรอง อายุ 35-59 ปี อันหมายถึงการบริการประเมินดัชนีมวลกาย (ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว) ตรวจวัดความดันโลหิต คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ต่อมะเร็งเต้านมและการเสพยาเสพติด ประเมินภาวะเครียด-ซึมเศร้า ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และหรือเจาะเลือดปลายนิ้วภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับน้ำตาล (FCG) ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้คำปรึกษาและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล และค่าบริการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ ภายหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจวัดระดับน้ำตาล (Fasting Plasma Glucose : FPG) ในกลุ่มประชาชน อายุ 35-59 ปี 10) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 11) บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (Ferrofolic) 12) บริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก อายุ 4-12 ปี) ซึ่งทันตภิบาลของ รพ.สต. สามารถให้บริการได้ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ (มีเลข ว.) พบว่า มีผลรวมจำนวนคนรับบริการทั้งหมดที่ รพ.สต. เขต 3 ดำเนินการ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 603 คน อันหมายถึง มีผู้รับบริการจำนวน 603 คน และรับบริการ 603 รายการ ซึ่งคน 1 คน อาจรับบริการหลายรายการ และในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 202,866 คน มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 7 เท่า ขณะที่จำนวนรายการ Fee Schedule เพิ่มขึ้นเพียง 3 เท่า ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับ

บริการต่อจำนวนสถานบริการ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.71 คน/สถานบริการ และในปี พ.ศ. 2566 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 431.63 คน/สถานบริการ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 29 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีค่า SD เท่ากับ 33.61 คน/สถานบริการ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย ขณะที่ในปี พ.ศ. 2566 มีค่า SD เท่ากับ 497.37 คน/สถานบริการ มีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย อันแสดงให้เห็นว่าการกระจายตัวของข้อมูลในปี 2566 มีน้อยกว่า 2565 ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ผลรวมจำนวนคนรับบริการ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) จำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการตามผลงาน Fee Schedule เฉพาะรายการที่ รพ.สต. ดำเนินการ ในเขต 3

จังหวัด	จำนวนคนรับบริการทั้งหมด		ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการ		SD. จำนวนคนรับบริการ	
	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566
กำแพงเพชร	422	30,004	28.13	288.50	53.12	329.04
ชัยนาท	11	11,348	2.75	236.42	2.87	273.91
นครสวรรค์	0	74,589	0	521.60	0	530.13
พิจิตร	167	58,761	7.95	565.01	8.01	385.00
อุทัยธานี	3	28,164	3.00	396.68	N/A	747.49
เขต 3	603	202,866	14.71	431.63	33.61	497.37

หมายเหตุ: - หมายถึงไม่สามารถคำนวณ SD. จำนวนคนรับบริการต่อสถานบริการ

เนื่องจากจำนวน รพ.สต. ที่ส่งผลงาน Fee Schedule ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนเพียง 42 แห่ง หรือร้อยละ 9 เมื่อเทียบกับจำนวน รพ.สต. ที่ส่งผลงานฯ ในปี พ.ศ. 2566 จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างหน่วยบริการ รพ.สต. ในสังกัด สธ. ทุกจังหวัด และ รพ.สต. สังกัด อบจ. ยกเว้นจังหวัดชัยนาท เนื่องจากเริ่มถ่ายโอนใน ปี พ.ศ. 2567 จึงทำให้ข้อมูลในตารางที่ 3 ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ชัยนาท ว่าง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อสถานบริการตามรายการบริการ Fee Schedule ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ รพ.สต. ในเขต 3 ดำเนินการเบิกจ่ายจาก สปสช. ในภาพรวมทั้ง 12 รายการ มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการเทียบกับจำนวนสถานบริการใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาแต่ละจังหวัดนั้น จังหวัดกำแพงเพชรและจังหวัดพิจิตร ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. มากกว่า รพ.สต. สังกัด สธ. ขณะที่ จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดอุทัยธานี ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. น้อยกว่า รพ.สต. สังกัด สธ.

รายการ ที่ รพ.สต. ในเขต 3 ดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด สธ. มากกว่า มีจำนวน 6 รายการ การตรวจ Pap Smear/VIA การตรวจ HPV DNA Test ตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการขัดและทำความสะอาดฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย Fit Test บริการคัดกรอง อายุ 35-59 ปี และบริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียน (เคลือบฟลูออไรด์ในเด็กอายุ 4-12 ปี)

รายการที่ รพ.สต. ในเขต 3 ดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด สธ. น้อยกว่า มีจำนวน 4 รายการ คือ บริการดูแลฝากครรภ์ บริการยาเสริมธาตุเหล็กหลังคลอด บริการคัดกรอง อายุ 15-34 ปี และบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ส่วนรายการที่เหลือ 2 รายการ คือ บริการตรวจ

หลังคลอด และบริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด สธ. และสังกัด อบจ. ใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณาแต่ละจังหวัด พบว่า รพ.สต. สังกัด อบจ. กำแพงเพชร และ อบจ. พิจิตร มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการทั้ง 12 รายการสูงกว่า และมีจำนวนรายการที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการของ รพ.สต. สูงกว่า รพ.สต. สังกัด สธ. จำนวนมากกว่า 4 รายการ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการ Fee Schedule ที่ รพ.สต. ดำเนินการ ในปี 2566 ในเขต 3

รายการ	เขต 3		กำแพงเพชร		ชัยนาท		นครสวรรค์		พิจิตร		อุทัยธานี	
	สธ.	อบจ.	สธ.	อบจ.	สธ.	อบจ.*	สธ.	อบจ.	สธ.	อบจ.	สธ.	อบจ.
รวม 12 รายการ	421.8	441.6	209.0	330.6	236.4	N/A	587.4	469.8	534.0	585.2	452.9	271.4
1) Pap Smear/VIA	15.8	12.1	5.6	15.0	30.6	N/A	16.5	18.2	3.0	1.5	0	1.5
2) HPV DNA Test	37.6	20.3	30.9	22.0	30.3	N/A	25.4	20.2	37.0	24.8	72.4	1.0
3) ดูแลฝากรรค์	11.0	12.3	10.9	15.9	8.3	N/A	3.4	3.2	9.4	9.0	18.6	16.3
4) ตรวจสุขภาพ ทำความสะอาดฟัน	3.4	1.8	14.3	5.1	0.7	N/A	0.2	0	1.5	0.8	3.7	2.2
5) ตรวจหลังคลอด	5.5	5.3	5.4	4.6	3.4	N/A	5.4	5.2	5.8	4.7	6.1	9.7
6) ยาเสริมธาตุ เหล็กหลังคลอด	5.4	6.6	2.7	6.5	2.4	N/A	8.4	5.5	6.8	5.6	5.9	12.8
7) คัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ด้วย Fit Test	93.1	85.6	89.9	60.5	110.6	N/A	77.7	91.5	106.9	109.8	84.6	58.3
8) บริการคัดกรอง อายุ 15-34 ปี	105.8	115.7	65.3	100.0	58.8	N/A	122.3	101.1	103.2	152.7	129.2	81.9
9) บริการคัดกรอง อายุ 35-59 ปี	352.8	330.9	268.1	327.0	192.0	N/A	503.4	337.6	341.4	366.3	283.6	185.7
10) คัดกรองโลหิต จางจากการขาด ธาตุเหล็ก	1.3	1.4	2.0	2.0	1.0	N/A	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0
11) ยาเม็ดเสริม ธาตุเหล็ก	56.8	71.5	4.5	27.4	25.5	N/A	88.7	96.0	54.1	76.9	55.5	42.3
12) เคลือบฟลูออไรด์ในเด็ก อายุ 4-12 ปี	32.6	24.4	1.5	21.3	43.0	N/A	26.8	11.5	17.0	34.2	45.8	20.7

หมายเหตุ: * อบจ. ชัยนาท เริ่มรับถ่ายโอน รพ.สต. ในปี พ.ศ. 2568 จึงไม่มีข้อมูล รพ.สต. ถ่ายโอนในปี พ.ศ. 2567

จากค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการ ของรพ.สต. ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าใน ปี พ.ศ. 2565 ดังแสดงข้างต้น จึงได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการ ของ รพ. หรือ รพ. แม่ข่าย (CUP) ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ส่งผลงาน Fee Schedule ระหว่าง ปี พ.ศ. 2565 และ 2566 เฉพาะ 4 รายการแรก เนื่องจากเป็นรายการที่ดำเนินการต่อเนื่อง พบว่า ในเขต 3 และในแต่ละจังหวัด รพ. (CUP) สามารถดำเนินงานและส่งผลงาน Fee Schedule ในปี พ.ศ. 2566 มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการเทียบกับจำนวนสถานบริการ มากกว่า ปี พ.ศ. 2565 ใน

สัดส่วนเกือบเท่าตัว ทุกรายการ ยกเว้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ HPV DNA Test ซึ่งเป็นการบริการที่ รพ. สต. สามารถดำเนินการได้อย่างสะดวก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการตามผลงาน Fee Schedule ที่ รพช. และ รพท. ดำเนินการ

รายการ	เขต 3		กำแพงเพชร		ชัยนาท		นครสวรรค์		พิจิตร		อุทัยธานี	
	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566	2565	2566
1) Pap Smear/VIA	66.8	102.6	24.4	44.6	9.0	173.5	68.3	1.0	162.0	144.0	15.0	55.7
2) HPV DNA Test	20,999.7	1,703.9	9,822.0	924.4	N/A	62.2	26,588.5	4,527.9	N/A	513.0	N/A	693.0
3) ดูแลฝากครรภ์	215.3	382.5	263.4	467.1	74.1	265.1	355.5	528.6	165.8	269.1	158.7	272.6
4) ตรวจสุขภาพช่องปาก และทำความสะอาดฟัน	43.7	80.9	50.1	59.4	49.7	67.1	43.5	116.6	31.0	57.3	48.6	99.9

ในส่วนผลการศึกษเปรียบเทียบผลงานการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยนอก (OPD) ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัด อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ ปี พ.ศ. 2566 โดยวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยนอก(OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขต 3 จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center-HDC) ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 มาวิเคราะห์อัตราการเปลี่ยนแปลงปี พ.ศ. 2565 เทียบกับปี พ.ศ. 2566 พบว่า ในเขต 3 และในแต่ละจังหวัด มีอัตราการเปลี่ยนแปลงของร้อยละการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของ รพ.สต. ทั้งในและนอก สังกัด สธ. มีความใกล้เคียงหรือแตกต่างกันน้อย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ร้อยละการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยนอก(OPD)ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566

จังหวัด	รพ.สต. สังกัด สธ.			รพ.สต. สังกัด อบจ.		
	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566	เปลี่ยนแปลง	ปี พ.ศ. 2565	ปี พ.ศ. 2566	เปลี่ยนแปลง
เขต 3	74.88	75.93	1%	66.13	69.27	5%
กำแพงเพชร	32.74	68.83	110%	30.50	64.39	111%
ชัยนาท	78.32	74.33	-5%	N/A	N/A	N/A
นครสวรรค์	85.09	77.17	-9%	81.76	69.78	-15%
พิจิตร	73.93	77.48	5%	73.66	71.12	-3%
อุทัยธานี	88.31	79.52	-10%	87.68	76.40	-13%

วิจารณ์

จากการเปรียบเทียบผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามรายการที่กำหนด (Fee Schedule) ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีการนำส่งข้อมูลผลงานบริการที่มีการจ่ายแบบ Fee Schedule ในปี พ.ศ. 2566 พบข้อมูลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยจำนวนคนรับบริการเพิ่มขึ้น 7 เท่า และค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้น 29 เท่า สาเหตุหลักมาจาก สปสช. เพิ่มจำนวนรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก 4 รายการในปี พ.ศ. 2565 เป็น 22 รายการในปี พ.ศ. 2566

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการบริการของ รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 3 ในปี พ.ศ. 2566 อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากรายการใหม่ที่มีการปรับปรุงเงื่อนไขชุดสิทธิประโยชน์นี้หน่วยบริการต่างๆ เพิ่งรับทราบ จึงอาจมีข้อจำกัดในการดำเนินงานและส่งข้อมูล นอกจากนี้ การดำเนินการส่งผลงาน Fee schedule ของ รพ.สต. สังกัด สธ. ในฐานะลูกข่าย ยังขึ้นอยู่กับข้อตกลงของแม่ข่ายหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา (CUP)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการของ รพ. หรือแม่ข่าย CUP ในผลงาน Fee schedule 4 รายการ ในปี พ.ศ. 2566 ที่มีสัดส่วนมากกว่าปี พ.ศ. 2565 เกือบเท่าตัว แสดงให้เห็นว่าเข้าถึงบริการของประชาชนที่เพิ่มขึ้นนั้น มิได้เพิ่มเฉพาะ รพ.สต. ลูกข่ายเท่านั้น หากยังมาจาก รพ. แม่ข่าย ด้วย

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการ Fee schedule ในปี พ.ศ. 2566 ในเขต 3 ภาพรวมทั้ง 12 รายการที่ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ มีค่าเฉลี่ยผลรวมทั้ง 12 รายการ ใกล้เคียงกันในแต่ละสังกัด

เมื่อพิจารณาแต่ละรายการ พบว่าบริการดูแลฝากครรภ์ บริการยาเสริมธาตุเหล็กหลังคลอด บริการคัดกรอง อายุ 15-34 ปี และบริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. มากกว่า เนื่องจากเป็นการบริการที่ไม่ซับซ้อน

ในส่วนบริการตรวจหลังคลอด และบริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีค่าเฉลี่ย ใกล้เคียงกัน ในขณะที่รายการที่เหลือ มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการฯ ของ รพ.สต. สังกัด สธ. มากกว่า อันเนื่องมาจากการให้บริการที่ต้องเชื่อมต่อกับ รพ. แม่ข่าย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแต่ละจังหวัด พบว่า รพ.สต. สังกัด อบจ. กำแพงเพชร และ อบจ. พิจิตร มีจำนวนรายการที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการของ รพ.สต. สูงกว่า รพ.สต. สังกัด สธ. และจังหวัดอื่น อาจเป็นเพราะประสบการณ์ ทักษะ และความสามารถในการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ สปสช. ที่แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ครั้งนี้ มีการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบสารสนเทศที่แตกต่างจากการถ่ายโอนก่อนหน้า⁽⁸⁾ อีกทั้งผลการให้บริการดังกล่าว อยู่ในสถานการณ์ที่จำนวนบุคลากร รพ.สต. ที่ลดลงหลังการถ่ายโอน เนื่องจากบุคลากรไม่ได้ถ่ายโอนทั้งหมด อบจ. ทุกแห่งจึงได้ดำเนินการบรรจุบุคลากรในอัตรากำลังที่ว่าง แต่ก็ยังติดขัดในเรื่องขั้นตอนการสรรหา อบจ. บางแห่ง ใช้วิธีการจ้างเหมาบุคลากรชั่วคราวแทน

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขต รับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขต 3 ในสังกัดและนอกสังกัด สธ. จาก

คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center-HDC) ในปี พ.ศ. 2566 เทียบกับ ปี พ.ศ. 2565 มีความแตกต่างกันไม่มาก แสดงให้เห็นประชาชนเข้าใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ใน รพ.สต. สังกัด อบจ. ไม่แตกต่างจากปีที่ผ่านมาที่อยู่ในสังกัด สธ. และแสดงถึงความต่อเนื่องของการให้บริการของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ในปี พ.ศ. 2566 ได้แม้ว่าจะมีจำนวนบุคลากรที่ถ่ายโอนไม่ครบทั้งหมด ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวอยู่ในทิศทางเดียวกับผลการสำรวจข้อมูลเสียงสะท้อนของประชาชนที่มารับบริการ รพ.สต. ถ่ายโอน ในช่วง 3 เดือนของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเรื่องการถ่ายโอนและให้ความเห็นต่อการประกอบการรับบริการในเชิงบวกทุกด้าน⁽⁶⁾ สอดคล้องกับผลการประเมินโครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. ของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่พบว่าการประเมินผลองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนการประเมินรูปแบบจังหวัดยังคงเหมือนเดิม⁽⁷⁾

ที่สำคัญ การจ่ายชดเชยตามรายการบริการ (Fee Schedule) ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. เกิดขึ้น ด้วยกำหนดราคาของแต่ละรายการ และจ่ายตามจำนวนคนรับบริการในแต่ละรายการ เป็นการนำกลไกตลาด เข้ามาช่วยสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเข้าร่วมแก้ปัญหาหรือร่วมทำกิจกรรมสำคัญ โดยกลไกตลาดที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากโครงสร้างตลาดที่มีหน่วยบริการจำนวนมากเท่านั้น⁽⁹⁾

สรุปและขอเสนอแนะ

การเปรียบเทียบผลงานการให้บริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัด อบจ. ในเขตสุขภาพที่ 3 ระหว่างปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบว่าปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนคนรับบริการจากผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค Fee schedule ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจาก สปสช. เพิ่มจำนวนรายการบริการ ๓ กว่า 3 เท่า โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการต่อจำนวนสถานบริการปฐมภูมิในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัด อบจ. ไม่มีความแตกต่างกันในภาพรวมของเขต แต่พบว่า มีบางจังหวัดที่ค่าเฉลี่ยจำนวนคนรับบริการในบางรายการต่อจำนวนสถานบริการปฐมภูมิก่อนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสังกัด อบจ. มีค่าสูงกว่า อาจเนื่องจากการประสานงาน ทักษะ และความสามารถในการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบของบุคลากรที่มีมากกว่า เช่นเดียวกับผลการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละการให้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขต 3 ในสังกัดและนอกสังกัด สธ. ในปี พ.ศ. 2566 เทียบกับ ปี พ.ศ. 2565 มีความแตกต่างกันไม่มาก

ทั้งนี้ สรุปผลการศึกษาข้างต้นเป็นเพียงการเปรียบเทียบผลงานการให้บริการของหน่วยในแต่ละสังกัด อาจไม่ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ และไม่ได้วัดประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพการให้บริการที่เปลี่ยนแปลง หรือแสดงถึงผลการจัดบริการสุขภาพที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบการรับบริการของประชาชนในพื้นที่แต่อย่างใด แต่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่แสดงถึงความสามารถในการจัดบริการและบันทึกข้อมูล และเป็นโอกาสของ รพ.สต. องค์การภาครัฐท้องถิ่นขนาดเล็ก และมีสายบังคับบัญชาสั้น เมื่อเข้ามาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ สปสช. ก็สามารถแสดงบทบาทการประกอบการตอบสนองต่อแรงจูงใจได้ทันที ที่สำคัญ สปสช. ยังสามารถแสดงบทบาทในฐานะผู้ซื้อบริการ ช่วยสร้างให้เกิดความร่วมมือเชื่อมต่อของหน่วยบริการในแต่ละระดับ เป็นเครือข่ายการประกอบการที่ช่วยเกื้อหนุนกัน

ในห่วงโซ่คุณค่า ร่วมกันสร้างผลลัพธ์ (Outcome) ที่มีความหมายและผลกระทบต่อระบบสุขภาพองค์รวม และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อันเป็นมิติสุขภาพด้านบวก (Health and Wellness) มากกว่าการจ่ายตามผลงานบริการ (Output) หรือการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวแก่หน่วยบริการ⁽¹⁰⁾ ที่สำคัญเป็นโอกาสจากการกระจายอำนาจภารกิจสาธารณสุขให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ไม่เป็นเพียงการเปลี่ยนสังกัดเท่านั้น หากยังเป็นการเอาอำนาจการแก้ปัญหาไปไว้ใกล้ปัญหา ทั้งอำนาจการตัดสินใจในวิธีการแก้ปัญหา รูปแบบการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิสังคมและภูมิวัฒนธรรม เป็นความมีอิสระ (Autonomy) ทั้งในด้านนโยบาย การใช้ทรัพยากร และรูปแบบการจัดการ แผนการกระจายอำนาจจึงเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุหลักการดังกล่าว อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการปรับบทบาทภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการเอื้อให้ภาคเอกชน ประชาสังคม และชุมชนเข้ามาร่วมในการแก้ปัญหาดังกล่าว⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุขภาพเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขนั้น มีความซับซ้อน และมีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อยู่นอกเหนือการรักษาพยาบาลหรือเฉพาะเรื่องการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

กระบวนการความร่วมมือของบุคลากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตที่ 3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สร้างสรรค์บทความวิจัยนี้ขึ้น เกิดจากคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 3 (กขป.3) กำหนดให้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นนโยบายสาธารณะที่ กขป. 3 เข้าไปช่วยหนุนเสริมให้เกิดการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. Health Systems Research Institute (HSRI). Data of transferring of subdistrict health promotion hospitals to local administrative organizations. [Internet]. [cited 2023 November 20]. Available from: https://datastudio.google.com/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page/p_lrgf788rwc (in Thai)
2. Supawatanakorn Wongthananavasu and Tatchalerm Sudhipongpracha. Analysis of the capacity and preparedness of local administrative organizations in health management. Final Report. 2013. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
3. Tatchalerm Sudhipongpracha and others. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs). Final Report. 2021. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
4. Jaruayporn Srisasaluck. Summary of lesson learn of transferring of subdistrict health promotion hospitals to local administrative organizations. Power point presentation for a meeting of executives of Ministry of health (WM) No. 36 on 18 of October 2017 at a lounge of administrative building of Ministry of Health. (in Thai)
5. Ministry of Health. Health Data Center. Service rate of Out-patient visit in fiscal year 2022–2023. [Internet]. [cited 2023 November 20]. Available from:

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=4b35d96e225bf34a16774b13705250f4
(in Thai)

6. Health Intervention and Technology Assessment Program. Department of Health, Ministry of Health. Policy Brief No. 159: Checking the first three months of transferring of subdistrict health promotion hospitals to local administrative organizations affected the receiving services. [Internet]. [cited 2023 November 20]. Available from: <https://www.hitap.net/documents/186447>. (in Thai)
7. Evaluation and Research for policy of the transfer of subdistrict health promotion hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs). National Institute of Development Administration. Opening a research result of a one year of the transferring subdistrict health promotion hospitals was increasing income. [Internet]. [cited 2023 November 20]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/5725> (in Thai)
8. Walaiporn Patcharanarumol and Jaruaiporn Srisasaluck. Evaluation of transferring of subdistrict health promotion hospitals to local administrative organizations and options for decentralization. Power point presentation for a meeting of executives of Ministry of health (WM) No. 12 on 4 of April 2018 at a lounge of administrative building of Ministry of Health. (in Thai)
9. Jitti Wisaiprom, Witthawat Puntumongkol, Wilailak Saengsri. Health promotion and diseases prevention payment mechanism and its effects. Journal of Health Systems Research. 2018; 12. (4): 575–589. (in Thai)
10. Samrith Sirthamrongsawat and others. A report on developing piloted models on area-based health promotion and disease prevention systems. Final Report. 2019. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
11. Wuthisan Tanchai. What people gain from the decentralization? Power point presentation for an academic conference on “Toward the fourth century of collaborative research for uplift the quality of life. date 8 of July 2021 at Aswin Hotel, Bangkok. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Factors Predicting Preventive Behaviors of Coronavirus 2019 Among Pregnant Women in Sawanpracharak Hospital Nakhon Sawan Province

Tipapon Bodeethanawit

Kanjananat Tongmuangtunyatep

Aisawanya Yodwong

Mahidol University, Nakhon Sawan Campus

Received: August 18, 2023 | Revised: June 2, 2024 | Accepted: June 18, 2024

Abstract

The physiological changes of pregnant women can increase the risk of respiratory tract infections. It found that many pregnant women were infected with the coronavirus 2019 during the outbreak. This cross-sectional descriptive study purposed to study the levels of the preventive behaviors and factors predicting the preventive behaviors of the coronavirus 2019. The 153 pregnant women attending antenatal care at Sawanpracharak Hospital were selected by purposive sampling. Data was collected by the questionnaires which was analyzed the validity by Cronbach's alpha coefficient of 0.74 and 0.76. Analyzing the data used the descriptive statistics and multiple regression analysis. The results showed that pregnant women's prevention behavior against coronavirus disease 2019 was at a convenient level. (Mean=2.3, S.D.=0.44). Factors perceiving the health beliefs regarding the coronavirus 2019 and perceiving the benefits of behavioral practices were correlated with the prevention behaviors of coronavirus 2019 infection with a multiple correlation coefficient of 0.49. If the perceived benefit of the behavior practice increased by 1 point, the prevention behavior of coronavirus 2019 infection increased by 0.608 points ($\beta = 0.608$) It was able to predict the preventive behavior of coronavirus 2019 infection by 23.60% with a statistical significance at the .001. Thus, the health agencies should be encouraged about the advantages and disadvantages of infectious prevention for pregnant women for the correct and proper practice can prevent disease effectively.

Correspondence: Kanjananat Tongmuangtunyatep

E-mail: kanjananat.ton@mahidol.edu

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ทิภาพร บัณฑิตาวิทย์

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ไอศวรรยา ยอดวงศ์

มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

วันรับ: 18 สิงหาคม 2566 | วันแก้ไข: 2 มิถุนายน 2567 | วันตอบรับ: 18 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จึงพบสตรีตั้งครรภ์มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนมากในช่วงการระบาดของเชื้อ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกัน และ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 153 คน ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.74 และ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.3, S.D.=0.44) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.49 ถ้าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 0.61 คะแนน ($\beta = 0.61$) สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 23.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับผลดี และประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมสามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ติดต่อผู้นิพนธ์: กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

อีเมล: kanjananat.ton@mahidol.edu

Keywords

Health belief perception

Preventive behaviors of Coronavirus 2019

Pregnant women

คำสำคัญ

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สตรีตั้งครรภ์

บทนำ

ไวรัสโคโรนาเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดโรคเป็นที่เกิดขึ้นทั้งในสัตว์และคนการติดเชื้อในมนุษย์สามารถพบได้หลายสายพันธุ์ และมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีอาการเหมือนโรคไข้หวัดธรรมดาจนถึงอาการรุนแรง ส่งผลกระทบหลายประเทศทั่วโลกเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากมีการรายงานผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในจนถึงเดือนตุลาคม 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 215,973,536 ราย และเสียชีวิต 4,461,999 ราย ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 4,463,557 ราย และเสียชีวิต 33,106 ราย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถูกประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นแต่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อมีผลกระทบระยะยาว⁽¹⁾ หลังได้รับติดเชื้ออาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ไอ ปวดศีรษะ⁽²⁾

ประเทศไทยสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 30 พฤษภาคม 2564 มีจำนวน 310 ราย เสียชีวิตจำนวน 6 ราย ซึ่งพบอาการและอาการไม่แสดงแตกต่างจากคนทั่วไปส่วนใหญ่ร้อยละ 70 และพบความรุนแรงในบางรายถึงขั้นเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงมากกว่าโดยพบว่าส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจมีอาการหายใจลำบาก ปอดบวม การคลอดก่อนกำหนด น้ำเดินทางออกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด และการเสียชีวิตจากภาวะหายใจล้มเหลวในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน เจริญเติบโตช้ามีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบากภายหลังคลอดได้ และมีรายงาน พบว่าทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หลังคลอด 16-24 ชั่วโมง จากการตรวจเชื้อที่จมูกและลำคอ ทารกในมารดาที่ติดเชื้อก่อนคลอด⁽⁴⁾ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองที่ถูกต้องมีความสำคัญต่อการลดการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างมาก⁽⁵⁾ วิธีการป้องกันการเจ็บป่วยและแพร่ระบาดของโรคที่ดีที่สุด คือการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนแออัด การอยู่บ้านเพื่อลดโอกาสในการออกไปสัมผัสเชื้อ การหลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง เป็นต้น⁽¹⁾ และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อได้ดี⁽⁶⁾

ข้อมูลของกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการตายของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 46.11 โดยเฉพาะโรงพยาบาลสรรพางค์พรสวรรค์มีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวน 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.63⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และมีการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำการพบว่า บางรายมีการคลอดก่อนกำหนด ขณะคลอดมีการใช้อุปกรณ์เฉพาะโรคจำนวนมากทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หลังคลอดทารกไม่สามารถได้รับนมมารดาเนื่องจากถูกแยกจากมารดา และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระยะยาวที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกัน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสรรพางค์พรสวรรค์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*POWER version 3.1 โดยกำหนดค่าเพาเวอร์ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ค่าอัลฟา (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.15 จำนวนตัวแปรทำนายเท่ากับ 7 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 153 คน⁽⁸⁾ เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ใช้เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบสอบถามของนิศากร เยาวลักษณ์ (2564) โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือขออนุญาตแล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบบเลือกตอบตามข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ประกอบด้วย สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ภูมิแพ้ มะเร็ง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อ และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งระดับอย่างไร ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด คำถามเชิงลบ 5 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 4 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยมาก 1 = เห็นด้วยมากที่สุด แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย (M) เพื่อแบ่งระดับการรับรู้คือ ระดับมากที่สุด (M = 4.50 - 5.00) ระดับมาก (M = 3.50 - 4.49) ระดับปานกลาง (M = 2.50 - 3.49) ระดับน้อย (M = 1.50 - 2.49) และ ระดับน้อยที่สุด (M = 1.00 - 1.49)⁽⁶⁾

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งระดับอย่างไร ลักษณะการตอบคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 0 = ไม่เคยปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติน้อย 2 = ปฏิบัติปานกลาง 3 = ปฏิบัติเป็นประจำ แปลผลจากคะแนนเฉลี่ย (M) เพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย (M = 0.00 - 0.99) มีการปฏิบัติปานกลาง (M = 1.00 - 1.99) และมีการปฏิบัติมาก (M = 2.00 ขึ้นไป)⁽⁶⁾

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 30 ชุด ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่จะนำมาใช้ในการศึกษาจริง และนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.76 โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อขออนุญาตในการศึกษาวิจัย
2. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการวิจัยที่ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ หมายเลขการวิจัย COE No.4/2566
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่จะเข้าเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้ทราบและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตามจำนวนที่กำหนด นัดหมายระยะเวลาในการขอเก็บข้อมูล การปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรับทราบ
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย หากมีผู้สนใจจะเข้าร่วมให้ลงนามรับรองการยินยอมให้ข้อมูล
5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้สตรีตั้งครรภ์บันทึกข้อมูล และนำมาตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลและดำเนินการรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย ความรู้ และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Multiple linear regression

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.30 รองลงมาคือสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าแยก ร้อยละ 32.70 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 37.30 รองลงมาคือรายได้ 1-10000 ร้อยละ 28.80 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 20.90 รายได้ 20001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 13.10 การมีโรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.0 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	45	29.40
สมรส	103	67.30
หม้าย	2	1.30
แยกกันอยู่/หย่า	3	2.00
รวม	153	100.00
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	32	20.90
1-10000 บาท	44	28.80
10001-20000 บาท	57	37.30
20001 บาทขึ้นไป	20	13.10

2) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.45$) เมื่อแยกด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และแปลผลว่ามีความรู้อยู่ในระดับมาก ($M=4.20$, $SD=0.56$) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และแปลผลว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.33$, $SD=1.00$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=153)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	แปลผล
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
1. ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยทำงาน	3.80	0.88	มาก
2. บุคคลที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว	4.10	0.87	มาก
3. ผู้ที่พักผ่อนน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าคนที่นอนหลับอย่างเพียงพอ	3.56	0.99	มาก
4. ผู้ที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงมีโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง	4.36	0.80	มาก
5. ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านและออกนอกบ้านเฉพาะเวลาจำเป็นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยกว่า	3.58	0.98	มาก

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	แปลผล
ภาพรวมรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.87	0.60	มาก
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค			
6. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 มีอาการรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่	3.99	0.87	มาก
7. ปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019โดยเฉพาะ	2.55	1.18	ปานกลาง
8. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	3.39	1.04	มาก
9. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องพบแพทย์เพื่อรักษา	3.43	1.18	ปานกลาง
10. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ไม่ทำให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้	3.66	1.23	มาก
ภาพรวมรายด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.09	0.77	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค			
11. การรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่จะช่วยให้ท่านมีร่างกายแข็งแรงและเป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019	3.92	0.88	มาก
12. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้ท่านมีร่างกายแข็งแรงและเป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019	4.04	0.79	มาก
13. การไปพบแพทย์ทันทีที่สงสัยว่าติดเชื้อโคโรนา 2019 ทำให้ท่านได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที	4.41	0.71	มาก
14. การหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่คนหมู่มากเป็นการลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.41	0.74	มาก
15. การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	4.52	0.67	มากที่สุด
ภาพรวมรายด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	4.20	2.84	มาก
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค			
16. การมาพบแพทย์เมื่อสงสัยว่า มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	3.25	1.32	ปานกลาง
17. ท่านรู้สึกว่าต้องใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านเป็นภาระ	3.55	1.44	มาก
18. การงดเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด	3.52	1.31	มาก
19. ท่านรู้สึกว่าป็นเรื่องยากที่จะเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร	3.27	1.29	ปานกลาง
20. การหลีกเลี่ยงพื้นที่ในชุมชนที่มีคนจำนวนมากเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	3.07	1.27	ปานกลาง

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	แปลผล
ภาพรวมรายการการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค	3.33	1.00	ปานกลาง

3) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยภาพรวมสตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติมาก ($M=3.71$, $SD=0.45$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและแปลผลว่ามีการปฏิบัติมาก คือ การสวมหน้ากากปิดจมูกและปากทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านและไปในพื้นที่แออัดหรือเมื่อโดยสารพาหนะสาธารณะ ($M=2.83$, $SD=0.41$) ส่วนพฤติกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและแปลผลว่าปฏิบัติปานกลาง คือการจดทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($M=1.73$, $SD=0.94$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($n=153$)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	แปลผล
1. ท่านสวมหน้ากากปิดจมูกและปากทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านและไปในพื้นที่แออัดหรือเมื่อโดยสารพาหนะสาธารณะ	2.83	0.41	ปฏิบัติมาก
2. ท่านเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.82	0.44	ปฏิบัติมาก
3. ท่านพยายามงด/หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงที่มีการติดเชื้อหรือการไปร่วมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมากเช่นตลาด ห้างสรรพสินค้า สถานบริการ พื้นที่ออกกำลังกาย เป็นต้น	2.41	0.67	ปฏิบัติมาก
4. ท่านหมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือไม่น้อยกว่า 20 วินาทีหลังจับต้อง หรือสัมผัสสิ่งของต่างๆ	2.32	0.69	ปฏิบัติมาก
5. ท่านพยายามดื่มน้ำมากๆและพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและสามารถป้องกันโรคได้	2.48	0.59	ปฏิบัติมาก
6. ท่านพยายามทำความสะอาดบริเวณที่พัก อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนรวมและส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ	2.47	0.59	ปฏิบัติมาก
7. ท่านจัดให้มีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยการเตรียม	2.25	0.76	ปฏิบัติมาก

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	แปลผล
แอลกอฮอล์ น้ำสบู่หรือเจลทำความสะอาดมือไว้ที่บริเวณหน้าบ้านเพื่อล้างมือก่อนเข้าบ้าน			
8. ท่านเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเองและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หากท่าน หรือบุคคลในครอบครัวมีอาการป่วย มีไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย รีบไปพบแพทย์ทันที	2.61	0.57	ปฏิบัติมาก
9. ท่านจดทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1.73	0.94	ปานกลาง
10. ท่านเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	1.92	0.91	ปานกลาง
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม	2.30	0.44	ปฏิบัติมาก

4) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ด้วยการวิเคราะห์การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (enter) ตัวแปรตามของการศึกษาคือ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาตรวัดแบบจัดช่วง (Interval scale) มีตัวแปลอิสระที่นำเข้าสู่สมการเพื่อหาความสัมพันธ์ 4 ตัวแปรคือ 1) สถานภาพสมรส 2) รายได้ 3) การมีโรคประจำตัว 4) การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่เข้าสมการการวิเคราะห์ข้อมูลให้คงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดมีดังนี้ (ตารางที่ 4)

ถ้าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 0.608 คะแนน ($\beta = 0.608$) เมื่อเปรียบเทียบกับ การรับรู้ความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่าเดิม

ตัวแปรอิสระที่เหลือ ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส 2) รายได้ 3) การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ (n=153)

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients Standardized Coefficients			t	P-value
	B	Std. Error	Beta		
โสด reference					
สถานภาพสมรส	0.124	0.746	0.13	0.166	0.868
รายได้ต่อเดือน					
ไม่มีรายได้ reference					
1-10000 บาท	0.703	0.948	0.071	0.166	0.868
10001-20000 บาท	0.287	0.936	0.031	0.307	0.760
20001 บาทขึ้นไป	1.338	1.257	0.101	1.065	0.289
ไม่มีโรคประจำตัว reference					
การมีโรคประจำตัว	0.998	0.869	0.088	1.148	0.253
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.151	0.126	0.103	1.193	0.235
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.067	0.121	0.044	0.558	0.578
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	0.608	0.135	0.387	4.495	<0.001*
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อ	-0.48	0.069	-0.53	-	0.491
การป้องกันโรค				0.690	
ค่าคงที่ (Constant)	6.864	3.109		2.208	0.000

R= 0.486 , R2 =0.236, F= 4.918 , * p< 0.05

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ได้อธิบายได้ดังนี้

1. สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส อยู่เป็นครอบครัว ต้องมีการรับผิดชอบร่วมกัน ไม่สอดคล้อง สตรีมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อให้ตนเองและครอบครัวปลอดภัย (Helms,2013)พฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ต่างๆ

2. รายได้ต่อเดือน เป็นตัวแปรที่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้10001-20000 บาทและท่านจัดให้มีอุปกรณ์

ทำความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยการเตรียมแอลกอฮอล์ น้ำสบู่หรือเจลทำความสะอาดมือไว้ที่บริเวณหน้าบ้านเพื่อล้างมือก่อนเข้าบ้าน ซึ่งมีการปฏิบัติมาก และเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมีการปฏิบัติปานกลาง พฤติกรรมดังกล่าวอาจมาจากรายได้ครอบครัวที่จะนำมาสนับสนุนเพื่อใช้ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ เช่นเดียวกับบุคคลที่รายได้เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรังสรรค์ โฉมยา และกรรณิกา พันธุ์ศรี (2564) ที่ทำการเปรียบเทียบถึงความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ จะมีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและแสดงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹⁵⁾

3. การมีโรคประจำตัว เป็นตัวแปรที่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfarb al (2020) พบว่าสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ นั้น จะต้องมีส่วนชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาจากปัจจัยภายใน (Internal cues) เช่นภาวะเจ็บป่วยของตนเอง⁽¹⁶⁾

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 พบว่าด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและมีการรับรู้ระดับมาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำหรือเจลล้างมือที่มีแอลกอฮอล์เป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้มีพฤติกรรมทำความสะอาดที่พัก อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอซึ่งมีการปฏิบัติมาก สอดคล้องกับการศึกษาของธัญนิดา เจริญจันทร์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2557) ที่ พบว่านักเรียนมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคในระดับสูง ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่จะกระทำการใด ๆ ให้ถูกต้องมากกว่าการแสดงพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการป้องกันโรคซึ่งจะส่งผลให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้⁽¹⁷⁾

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่และกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้มีพฤติกรรม สวมหน้ากากปิดจมูกและปิดปากทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและไปในพื้นที่สาธารณะและเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปฏิบัติมาก การจดบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการปฏิบัติมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญนิดา เจริญจันทร์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2557) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองรูปแบบการอบรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีนันทบุรี จังหวัดนันทบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง

และมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องจากเมื่อสตรีตั้งครรภ์รู้ว่าตนเองมีโอกาสที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากน้อยเพียงใด เมื่อเกิดโรคขึ้นจะสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายที่อาจจะนำมาซึ่งความพิการ เสียชีวิต จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ⁽¹⁷⁾

3. การรับรู้โอกาสการเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านและนอกบ้านเฉพาะเวลาจำเป็นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือ การไปร่วมกิจกรรมที่มีคนเป็นจำนวนมาก เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด เป็นต้น ซึ่งมีการปฏิบัติมาก ในเรื่องการพักผ่อนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมากกว่าที่ผู้พักผ่อนน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าคนที่นอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง จ्ञำน้อย (2559) ที่พบว่า บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตของตนเอง และรับรู้ว่าการกระทำใด ๆ ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์และเป็นการรับรู้การกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ⁽¹⁸⁾

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคว่าการพบแพทย์เมื่อสงสัยว่ามีอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเองและบุคคลในครอบครัวเมื่อมีอาการป่วย มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย รีบไปพบแพทย์ทันที ซึ่งมีปฏิบัติมาก และรับรู้ว่ามีสิทธิอัดอัดเมื่อไม่ได้เข้าไปร่วมกิจกรรมสังสรรค์ ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมมาก ในการหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ, สุนีย์ ละกำปັນ, ทศนีย์ รวีวรกุล (2562) ที่พบว่าสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชนที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีใหม่มาตรการควบคุม และต้องมาพบแพทย์เมื่อสงสัยว่ามีอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในรายชื่อนี้ได้คะแนนต่ำกว่าข้อรายอื่น ⁽²⁵⁾

ข้อจำกัดในการศึกษา

ผู้เขียนไม่ได้นำข้อมูลบางตัวแปรมาวิเคราะห์ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณท่านรองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการเก็บวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

จากการจากศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสตรีตั้งครรภ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ควรให้การสนับสนุนให้ความรู้แก่

สตรีตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคควรมีการขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อศึกษาประชากรในกลุ่มที่กว้างขึ้น สามารถเปรียบเทียบความสัมพันธ์และความแตกต่างได้ ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการแพร่กระจายการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาพิจารณาเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Department of disease control. Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or COVID-19 for the general public and at-risk groups. Department of disease control [Internet]. 2021 [cited 2022 October 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th> (in Thai)
2. Ministry of Public Health. Caring for COVID-19 patients after recovery (Post COVID syndrome) or Long COVID condition for doctors and public health personnel. Ministry of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2022 November 10]. Available from: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/(in Thai)
3. Perinatal Society of Thailand. COVID-19 infection situation in Pregnant women, women 6 weeks postpartum, and newborns between 1 December 2020 – 30 May 2021. Perinatal Society of Thailand [Internet]. 2021 [cited 2022 October 22]. Available from: <https://www.thaiperinatal.com/news/category/5-0-0-COVID-19> (in Thai)
4. Wirifai S, Laddangam P. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: challenges for midwives. Journal of Nursing Siam University 2021;22(43):89-102. (in Thai)
5. Nakju S. Behaviors to protect yourself from infection with coronavirus 2019 (COVID-19) of people in Bangkok. Public Health Journal 2021;23(5):832-841. (in Thai)
6. Yaowarat N, Mangkamanee S, Wihakhahan P. Factors predicting behavior to prevent COVID-19 infection. of the mother after giving birth. Journal of Health and Nursing Education 2022;28(1):1-16.
7. Ministry of Public Health. Life Course Approach To Health. Ministry of Public Health [Internet]. 2022 [cited 2022 October 22]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021> (in Thai)
8. Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
9. Wongthi S. Factors affecting the behavior of the Department of Disease Prevention, Corona Virus 2019. of village health volunteers Sukhothai Province. Master of Public Health Naresuan University; 2021.

10. Chandrabenjukul W. Prevention of infection with coronavirus 2019 [Internet]. 2022. [cited 2022 November 11]. Available from:
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout002_26022020.pdf (in Thai)
11. Charoensin S. Factors influencing coronavirus prevention behavior
2019 of high school students in Mueang Nakhon Sawan District Nakhon Sawan Province
[Internet]. 2021. [cited 2022 November 11]. Available from:
<http://203.157.71.163/kpi/uploads/20220509090514> (in Thai)
12. Phaowattana A, Klamphakom S, Lakampan S, Amnatsatsai Sue K. Promoting health and preventing disease in the
community: applying concepts and theories to [Internet]. 2021. [cited 2022 November 11]. Available from:
https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/64kaarsraangesrimukhphaaphaelapngkano_rkhainch.pdf(in Thai)
13. Khompayak J, Durongritthichai W. Community health nursing: concepts, principles and nursing practice. Samut
Prakan: University Press Project Hua Chiew Chaloem Phrakiat; 2010.
14. Jirojkul P. Concepts, theories, health promotion and their use. Nonthaburi: Academic Welfare
Project Praboromarajchanok Institute; 2013. (in Thai)
15. Thaiyapirom N, Klanklin P. Child health promotion. Chiang Mai: Krongchang Printing; 2011.
16. Chomya R, Pansri K. Awareness about behavior to prevent contracting the new coronavirus
disease (COVID-19): A comparison between ages. Journal of Humanities and Social
Sciences Mahasarakham University 2020;39(6):71-82. (in Thai)
17. Goldfarb, IT, Clapp, MA, Soffer, MD, Shook, LL, Rushfirth, K., Edlow, AG, & Bryant,
AS. Prevalence and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) illness in
symptomatic pregnant and postpartum women stratified by Hispanic ethnicity. Obstetrics and
gynecology 2020;136(2):300.
18. Charoengan T, Surinya T. Health beliefs Self-efficacy, parenting style and self-care
behavior of high school students at Satri Nonthaburi School. Nonthaburi Province. Journal of
Social Sciences and Humanities 2014;40(1):69-84. (in Thai)
19. Chamnoi P. Educational knowledge level Perception and behavior of dengue fever control
operations among public health volunteers. Case study of Phan Kratai District Kamphaeng
Phet Province. Disease Control Journal 2016;42(2):138-150. (in Thai)
20. Mansaket K, Rawirakul T, Lakampan S. Effects of a self-management program on blood
sugar control. of patients with type 2 diabetes who use insulin. Journal of Health and Nursing
Education 2019;25(2):12-30. (in Thai)
21. Weerakachorn P, Kwanphichit C, Nowsuwan K, Singweeratham N. Perception and Behavior
Prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) of personnel working in the Medical
Administration Center Doctors in the southern border provinces. Journal of Public Health and
Health Sciences 2020;3(3):106-17. (in Thai)

22. Panuan W. Knowledge and skills in prevention and control of dengue fever among village health volunteers in Pai District. Mae Hong Son Province (Master's Thesis, Chiang Mai Rajabhat University) [Internet]. 2017 [cited 2022 November 11]. Available from: <http://cmuir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1528/1/F432995.pdf> (in Thai)
23. Rattanapanya W. Factors influencing disease surveillance and control behavior. Dengue fever among village health volunteers, Mae Rim District, Chiang Mai Province. Ratchapruet Journal 2018;16(2):87–96. (in Thai)
24. Waehayee H. Perception of violence and prevention behavior of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among teenagers in Sateng Nok Subdistrict. Mueang District, Yala Province. Community Public Health Journal 2020;6(4):158–168. (in Thai)
25. Bunthan W, Waikid P, Soisaeng W, Soinak C, Akkarathanapon P (in Thai), Khompayak J. Factors influencing health promotion behavior in preventing addiction. Coronavirus 2019 (COVID-19) of the elderly. Police Nursing Journal 2020;12(2):232–246. (in Thai)
26. Klomjai T, Kaewjaiboon J, Chatchawarat T. People's knowledge and behavior regarding self-protection. From infection with the new strain of coronavirus 2019. Journal of Nursing, Public Health and Education 2020;21(2):29–39. (in Thai)
27. Atchison C, Bowman LR, Vrinten C, Redd R, Pristerà P, Eaton J, et al. Early perceptions and behavioural responses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of UK adults. BMJ Open 2021;11(1):e043577.
28. Clark, C., Davila, A., Regis, M., & Kraus, S. Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. Global transitions; 2020. p.76–82.
29. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, PW, & Zhang. Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. The lancet 2020;395(10226):809–815.
30. Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. Patient participation in a pediatric program. Journal of Health and Human Behavior 1960;1(3):183–191.
31. Health Protection Scotland. Infection prevention and control in day child care settings. 2020.
32. Jafari, M., Pormohammad, A., Sheikh Neshin, SA, Ghorbani, S., Bose, D., Alimohammadi, S., & Zarei, M. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. Reviews in medical virology 2021;31(5):1–16.
33. Kasl, SV, & Cobb, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior: Health and illness behavior. Archives of Environmental Health: An International Journal 1966;12(2):246–266.
34. Paakkari, L., & Okan, O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. The Lancet Public Health 2020;5(5):249–250.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Model Development of Food Safety with Community Participation

Kamphaeng Phet Province

Tharitwan Prapijit*

Samran Siriphakhamongkhon**

Pawarin Summart*

*Consumer Protection Group Public Health and Pharmacy Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Kamphaeng Phet Public Health Office

**Office of Disease Prevention and Control 6 Chonburi Province

Received: June 16, 2024 | Revised: July 15, 2024 | Accepted: July 23, 2024

Abstract

This study has two main objectives: 1) to identify factors and components related to food safety operations, and 2) to develop a community-involved food safety operational model. The research is divided into three phases: 1) survey research, selecting 200 samples by simple random sampling; 2) participatory action research, selecting 10 key informants by purposive sampling; and 3) connoisseurship, selecting 7 experts by purposive sampling. The research design was a mixed-method sequential exploratory study, starting with a quantitative study followed by a qualitative study. The findings reveal that the majority of the sample group is female (60.0%) with an average age of 44 years and 10 months. Most entrepreneurs are involved in bottled water production (82.2%) in municipal and rural areas (55.0% and 45.0%, respectively). Significant correlations exist between variables related to food safety operations, including knowledge of food safety, information access, understanding, data evaluation, and decision-making abilities; $r = .169, .267, .263, .211, .233, \text{ and } .237$, respectively. Structural equation modeling shows that knowledge components related to food safety and health significantly influence food safety operations (23.0% and 17.0%, respectively). model fit $\chi^2 = 24.061$, $P = 0.088$, $DF = 16$, $CMIN/DF = 1.504$, $RMR = 0.143$, $GFI = 0.974$, $AGFI = 0.928$, $RMSEA = 0.050$. The participation research showed that the operating model for food safety with community participation consists of six steps from the evaluation of connoisseurship that can be put into practice to be effective. The result suggests that policymakers should support entrepreneurs in implementing successful food safety operations with community involvement.

Correspondence: Tharitwan Prapijit

E-mail: achirawat768@gmail.com

การพัฒนาแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จังหวัดกำแพงเพชร

ธฤตวัน พระพิจิตร*

สำราญ สิริภคมงคล**

ปวรินทร์ สุ่มมาตย์*

*กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

วันรับ: 16 มิถุนายน 2567 | วันแก้ไข: 15 กรกฎาคม 2567 | วันตอบรับ: 23 กรกฎาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อค้นหาปัจจัย และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย 2) เพื่อพัฒนาแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีระยะการวิจัยออกเป็น 1) รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเลือกอย่างง่าย 2) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน ด้วยวิธีเจาะจง และ 3) การสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้วยวิธีเจาะจง จำนวน 7 คน รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีเชิงอธิบายศึกษาเชิงปริมาณตามด้วยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุมากที่สุด อยู่ในช่วง 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.0 วายุน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี 10 เดือน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.0 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นด้านการผลิตน้ำดื่ม ร้อยละ 82.2 สถานที่ตั้งของสถานประกอบการอยู่ในเขตเทศบาล และเขตชนบท ใกล้เคียงกันร้อยละ 55.0 และ 45.0 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหาร, ดำเนินงานอาหารปลอดภัย, เข้าถึงสารสนเทศ, เข้าใจสารสนเทศ, ประเมินข้อมูลสารสนเทศ, และ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่อการกระทำ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .169, .267, .263, .211, .233$, และ $.237$ ตามลำดับ การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง พบว่า องค์ประกอบความรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัยร้อยละ 23.0 และ 17.0 อย่างมีสาระรูปสมิท $\chi^2 = 24.061$ $P = .088$ $DF = 16$ $CMIN/DF = 1.504$ $RMR = 0.143$ $GFI = 0.974$ $AGFI = 0.928$ $RMSEA = 0.050$ ผลการวิจัยการมีส่วนร่วมพบว่า รูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญสามารถนำไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จดี ข้อเสนอแนะผู้กำหนดนโยบายควรนำผลที่ได้ไปสนับสนุนผู้ประกอบการในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย

ติดต่อผู้นิพนธ์: ธฤตวัน พระพิจิตร

อีเมล: achirawat768@gmail.com

Keywords

Model Development of Food Safety

Community Participation

Kamphaeng Phet Province

คำสำคัญ

รูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัย

การมีส่วนร่วมของชุมชน

จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิต และยังเป็นปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพที่สำคัญ (Health Determinant) ข้อมูลสถิติสาธารณสุข⁽¹⁾ พบว่าอัตราการตายของประชากรในประเทศไทยจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคมะเร็งทุกชนิด โดยมีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีถึงร้อยละ 12.1 รองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรงคือการบริโภคอาหารที่มีสารปนเปื้อนที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะการตกค้างของยาฆ่าแมลงในผลิตผลทางการเกษตร ซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวทางการแก้ไขปัญหาอาหารไม่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2546⁽²⁾ โดยดำเนินงานในรูปแบบโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร โดยรุดหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารซึ่งมีการตรวจสอบหาสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายในอาหาร เฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มเสี่ยง 54 ประเภทให้ได้รับการพัฒนาและรับรองมาตรฐาน Good Manufacturing Practice: GMP⁽³⁾ จังหวัดกำแพงเพชรได้มีการดำเนินงานตามโครงการอาหารปลอดภัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 จนถึงปัจจุบัน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารเขต 3 นครสวรรค์ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564⁽⁴⁾ มีการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด 1,453 ตัวอย่าง พบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมากที่สุด คือ สารฟอร์มาลิน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และพบยาฆ่าแมลงตกค้างในผักผลไม้เกินเกณฑ์ ในระดับอันตราย จำนวน คิดเป็นร้อยละ 1.0 ในปีงบประมาณ 2565 มีการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 1,873 ตัวอย่าง⁽⁵⁾ พบอาหารที่ไม่ผ่านมาตรฐานมากที่สุด คือ ปริมาณของแข็งที่ละลายได้ในน้ำดื่มและน้ำแข็ง คิดเป็นร้อยละ 45.0 และสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร คิดเป็นร้อยละ 22.1 จากข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยแบบบูรณาการเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคของระดับอำเภอ โดยอ้างอิงกับปัญหาที่พบตามบริบทของพื้นที่ อาจกล่าวได้ว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐานและเป็นอันตราย รวมไปถึงจนถึงโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำ เป็นสื่อแสดงให้เห็นทราบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยประการหนึ่ง โดยเฉพาะโรคที่ติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ อาทิเช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ ที่มักเกิดการระบาดเป็นวงกว้าง ส่วนใหญ่ พบว่าสาเหตุมักเกิดจากสารพิษหรือเชื้อโรคที่ปนเปื้อนในอาหารและน้ำ หรือจากสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยส่วนบุคคล

ข้อมูลการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดกำแพงเพชร ที่ผ่านมาจะพบว่าความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์ ยังตรวจพบสารตกค้างด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ยังขาดการบูรณาการร่วมกัน มีลักษณะการทำงานแยกตามภารกิจของกรมและกองที่ส่งผ่านมายังกลุ่มงานต่าง ๆ เช่น ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มงานคุ้มครองคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขคือการตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร ส่วนของการพัฒนาโรงครัว ร้านอาหาร เป็นภารกิจของกลุ่มงานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อมาเมื่อมีนโยบายการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital เข้าสู่ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เป็นโอกาสในการพัฒนาโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยโดยบูรณาการเข้ากับงาน GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมสู่เครือข่ายอื่นภายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในเงื่อนไขดังกล่าวก็ยังไม่

ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อาหารของระดับจังหวัด อันประกอบด้วยหลากหลายภาคส่วนแยกย่อยออกจากกัน ไม่จำเพาะเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยของจังหวัดกำแพงเพชรยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ที่จะบูรณาการร่วมกัน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับผู้ประกอบการ และประชาชน

รายงานวิชาการ และงานวิจัยที่ผ่านมา มีความเห็นตรงกันว่าการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน คือ ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาที่ยาก และเกิดความยั่งยืน เพราะการมีส่วนร่วมเกิดจากการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อการพัฒนา และสร้างระบบของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยมีเป้าหมายเฉพาะในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การมีส่วนร่วมจึงมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิก ที่ต้องการปรับปรุงภายในชุมชนของตนเอง⁽⁶⁾ แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมา อาทิเช่น การพัฒนาบทบาทคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) กลไกขับเคลื่อนประชาธิปไตยตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง⁽⁷⁾ พบว่ามีศักยภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดเวทีประชาคมของหมู่บ้านจะสร้างการมีส่วนร่วมสะท้อนปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคามแบบมีส่วนร่วม⁽⁸⁾ ที่พบว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดรูปแบบการจัดการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย คือ Mahasarakham Hospital (MSKH) food safety framework เกิดผลกระทบหลังการพัฒนาการจัดการระบบอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเกิดการกระตุ้นให้ชุมชนรับรู้สภาพปัญหาของตนเอง การหาสาเหตุของปัญหา เพื่อวางแผนหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน การแก้ไขปัญหาชุมชนจะค้นพบศักยภาพในตัวเองเป็นการเสริมพลังอำนาจด้านองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน ที่จะควบคุมการผลิตและการดูแลให้เกิดสุขภาวะที่ดี ก่อให้เกิดความเข้มแข็งที่แสดงออกถึงศักยภาพของชุมชนในการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม จากข้อมูลการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์ ยังตรวจพบสารตกค้างด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ยังขาดการบูรณาการร่วมกัน มีลักษณะการทำงานแยกตามภารกิจของกรมและกองที่ส่งผ่านมายังกลุ่มงานต่าง ๆ การดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยของจังหวัดกำแพงเพชรยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ที่จะบูรณาการร่วมกัน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับผู้ประกอบการ และประชาชนด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีคำถามวิจัยว่า

1. สถานการณ์การดำเนินงานการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดกำแพงเพชร เป็นอย่างไร
2. รูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร จะมีลักษณะเป็นอย่างไร
3. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ เป็นอย่างไร ดังนั้นเพื่อให้ได้คำตอบ จึงกำหนดวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้ 1. เพื่อค้นหาปัจจัย และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดกำแพงเพชร และ 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร

วัสดุและอุปกรณ์

การวิจัย ครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะที่ 2 รูปแบบ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) และระยะที่ 3 การสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมวิธี (Mixed Method) แบบอธิบาย (Sequential explanatory mixed research design) เก็บข้อมูลเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบเชิงปริมาณและการหาข้อมูลเพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วม ตามลำดับ

ระยะที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากร คือ ผู้ประกอบการด้านการผลิตอาหารและน้ำ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 206 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนของ Krejcie & Morgan ⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p(1 - p)}{e^2(N - 1) + \chi^2 p(1 - p)}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

N = ขนาดของประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการอาหารด้านอาหารและน้ำ เท่ากับ 206 คน

p = สัดส่วนของความปลอดภัยของอาหารและน้ำจากการประเมินของจังหวัด

กำแพงเพชรในปี 2565 เท่ากับ 0.45⁽¹⁰⁾

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 199 คน โดยผู้วิจัยจะเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 200 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบอิสระอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจัดทำสลากแบบคืนกลับเพราะจะได้โอกาสของความน่าจะเป็นเท่าเดิมสุ่มเลือกสถานประกอบการถ้าสุ่มเลือกได้ซ้ำเดิมจะสุ่มใหม่ เลือก จนครบตามขนาดตัวอย่าง ให้ผู้ประกอบการเพียงคนเดียวในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อความถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทผู้ประกอบการ สถานที่ตั้งของสถานประกอบการ คำถาม เป็นชนิดเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารสำหรับผู้ประกอบการ หมายถึง การจำได้ ระลึกได้ และเข้าใจเกี่ยวกับด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำสำหรับผู้ประกอบการ ลักษณะเป็นข้อความถามปรนัยแบบ 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และความรู้ด้านสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจ สารสนเทศ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศ ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่อการกระทำต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย แต่ละข้อมีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ มากที่สุด 4 คะแนน มาก 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยสุด 1 คะแนนลักษณะเป็น

ประโยชน์บอกเล่าจำนวน 20 ข้อคำถาม โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 20 – 80 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูงแสดงว่ามีความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในระดับดี

ตอนที่ 4 การดำเนินงานอาหารปลอดภัย เป็นกิจกรรมที่ผู้ประกอบการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผลิตภัณฑของสินค้าทำให้เกิดการปนเปื้อน หรือป้องกันสิ่งปนเปื้อน รวมทั้งการยกระดับพัฒนาคุณภาพของสินค้าให้มีมาตรฐานตามที่กำหนด ชุมชน ลักษณะของข้อคำถามเป็นประโยชน์บอกเล่า แบบให้เลือกตอบ มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อย 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 10 – 40 คะแนน ถ้าผู้ตอบมีคะแนนสูง แสดงว่าผู้ตอบมีการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในระดับปฏิบัติมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านมีค่าระหว่าง 0.8 – 1.0 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงวิเคราะห์วิเคราะห์สหสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตว่า มีความสัมพันธ์ระดับและทิศทางใด และ3) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามสมมติฐาน หากโมเดลตามสมมติฐานสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่า รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้างตามทฤษฎี มีลักษณะเหมือนกับรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของประชากรและวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความสอดคล้อง (Goodness of Fit Statistics) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา 6 ดัชนีดังนี้คือ 1) ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics) ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม เกณฑ์พิจารณาคือค่าไค-สแควร์ต่ำ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value มากกว่าหรือเท่ากับ 0.05 ขึ้นไป) 2) ค่าไค-สแควร์ สัมพัทธ์ (χ^2/df) โมเดลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีเมื่อค่า χ^2/df น้อยกว่า 2.00 3) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) ทดสอบความสอดคล้องแบบสมบูรณ์ แสดงปริมาณความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายด้วยโมเดลเกณฑ์ค่าระหว่าง 0 และ 1 ค่า GFI มีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ระดับดี GFI >0.95 4) ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) อยู่ในกลุ่มทดสอบความสอดคล้องแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Index) แสดงปริมาณและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายด้วยโมเดลที่ปรับแก้ด้วยองศาอิสระ เกณฑ์ระดับดี AGFI มากกว่า0.95 5) ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน (Standard Root of Mean Square Residual : SRMR) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานควรไม่เกิน ± 2.00 ถือว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 6) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square error of Approximation

: RMSEA) วัดความแตกต่างต่อหน่วยขององศาอิสระ (discrepancy per degree of freedom) ค่าไกล์ศูนย์โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เกณฑ์ ระดับดีน้อยกว่า 0.05 โดยวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structure Equation Modeling: SEM) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Amos (Analysis of Moment Structures)

ระยะที่ 2 การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัย เก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 การจัดสัมมนาเชิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) จำนวน 7 คน เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร หมายเลข 660214 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุมากที่สุด อยู่ในช่วง 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.0 โดยพบว่าอายุน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี 10 เดือน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.0 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นด้านการผลิตน้ำดื่ม ร้อยละ 82.2 สถานที่ตั้งของสถานประกอบการอยู่ในเขตเทศบาล และเขต อบต. ไกลเคียงกันร้อยละ 55.0 และ 45.0 ตามลำดับ (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	40.0
	หญิง	120	60.0
อายุ	≤ 35 ปี	40	20.0
	36 – 45	78	39.0
	≥ 46 ปี	82	41.0
	อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 44.10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.82		
	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			
สูงสุด	ประถมศึกษา	15	7.5
	มัธยมศึกษา	28	14.0
	ปวช./ปวส.	41	20.5
	ปริญญาตรี	106	53.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	10	5.0

ประเภทผู้ประกอบการ

ด้านอาหาร	27	13.5
ด้านน้ำ	164	82.2
อื่น ๆ	9	4.5
สถานที่ตั้งของสถานประกอบการ		
เขตเทศบาล	110	55.0
เขต อบต.	90	45.0

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหาร, ความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, ความสามารถในการเข้าใจ สารสนเทศ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, ความสามารถในการเข้าใจ สารสนเทศ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, ความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศ ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่อการกระทำต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ระดับต่ำ $r = .169, .267, .263, .211, .233$, และ $.237$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 200$)

ตัวแปร	age	TotalK	TotalHL	Tahl	Tuhl	Tehl	Taahl	TotalBS
age	1							
TotalK	-.232**	1						
TotalHL	-0.053	.315**	1					
Tahl	-0.082	.416**	.845**	1				
Tuhl	-0.121	.239**	.883**	.704**	1			
Tehl	0.044	.274**	.899**	.691**	.668**	1		
Taahl	-0.041	.197**	.898**	.617**	.749**	.786**	1	
TotalBS	0.109	.169*	.267**	.263**	.211**	.233**	.237**	1
Mean	44.96	7.82	67.23	17.12	16.64	16.73	16.75	32.11
S.D.	10.819	1.954	8.419	2.162	2.381	2.589	2.408	4.068

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

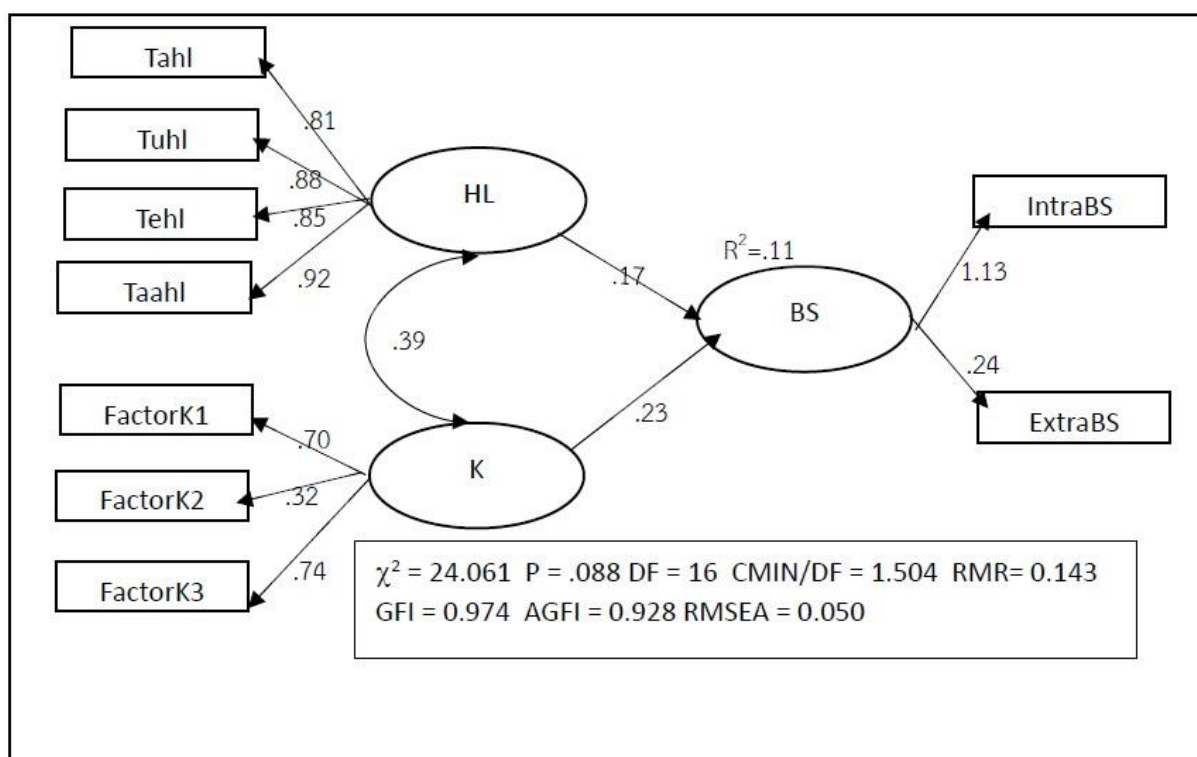
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

โดยที่: age = อายุผู้ประกอบการ, TotalK=ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหาร, TotalHL= ความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, Tahl = ความสามารถในการเข้าใจสารสนเทศ, Tuhl = ความสามารถในการเข้าใจ สารสนเทศ, Tehl = ความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศ, Taahl = ความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่อการกระทำ, และ TotalBS = การดำเนินงานอาหารปลอดภัย

การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง พบว่า องค์ประกอบความรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ได้รับอิทธิพลมากที่สุดมาจากตัวแปรปัจจัยความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การ

ตัดสินใจต่อการกระทำ รองลงมา คือปัจจัยความสามารถในการเข้าใจสารสนเทศถึงปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศของปัจจัยเสี่ยง, และปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และความรู้ด้านสารสนเทศ มีค่าน้ำดถอยมาตรฐาน เท่ากับร้อยละ 92.0, 88.0, 85.0, และ 81.0 ตามลำดับตามลำดับ องค์ประกอบความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำ ได้รับอิทธิพลมากที่สุดมาจากตัวแปร ปัจจัยด้านผู้ประกอบการ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และปัจจัยสัญลักษณ์อาหารปลอดภัย เท่ากับร้อยละ 74.0, 70.0, และ 32.0 ตามลำดับตามลำดับ และองค์ประกอบด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ได้รับอิทธิพลมากที่สุดมาจากตัวแปรปัจจัยการตรวจคุณภาพอาหารและน้ำของตนเอง รองลงมา คือ ปัจจัยการตรวจคุณภาพอาหารและน้ำจากหน่วยงานภายนอก เท่ากับร้อยละ 1.1, และ 0.2 ตามลำดับตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ นอกจากนี้ พบว่า องค์ประกอบด้านองค์ประกอบด้านความรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับ องค์ประกอบด้านความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำ ร้อยละ 39.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ รายละเอียดนำเสนอ ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของของปัจจัยและองค์ประกอบที่มีต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดกำแพงเพชร (n= 200)

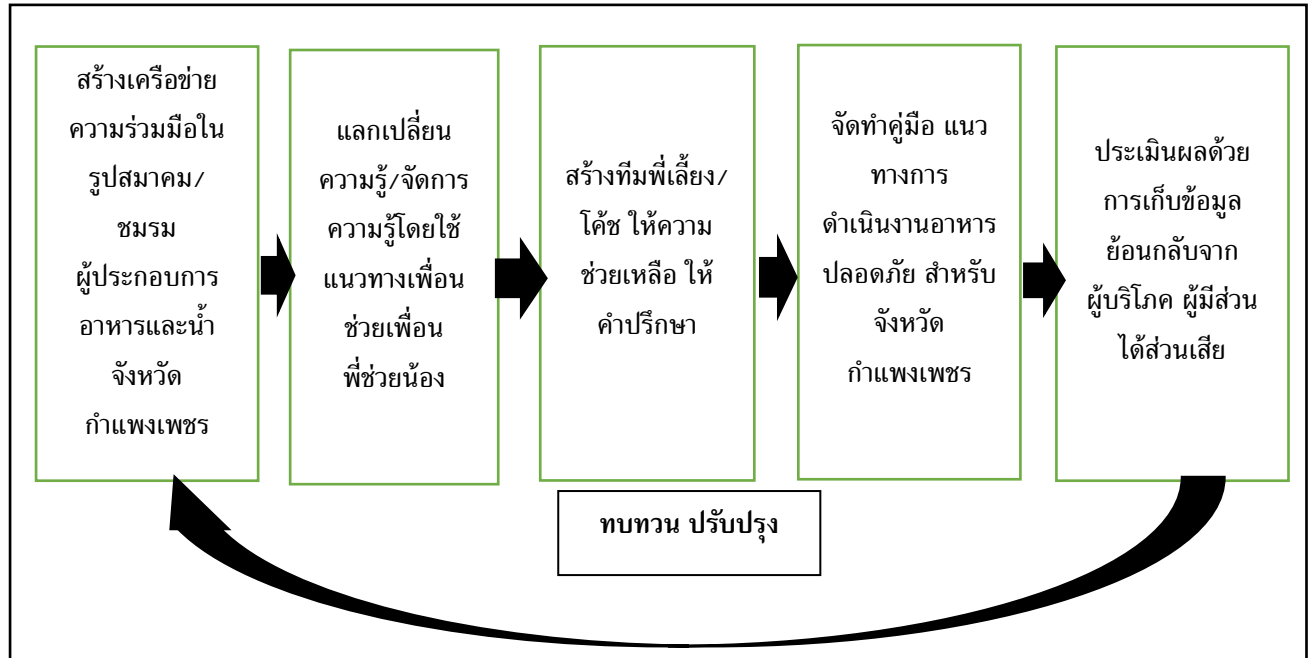


โดยที่ HL =องค์ประกอบความรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, Tahl =ปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล, Tuhl = ปัจจัยความสามารถในการเข้าใจสารสนเทศ, Tehl = ปัจจัยความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศ, Taahl = ปัจจัยความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสาร, K = องค์ประกอบความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำ, FactorK1=ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์, FactorK2 = ปัจจัยสัญลักษณ์อาหารปลอดภัย, FactorK3=ปัจจัยด้านผู้ประกอบการ, BS= องค์ประกอบ

ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, IntraBS = ปัจจัยการตรวจคุณภาพอาหารและน้ำของตนเอง, และ ExtraBS = ปัจจัยการตรวจคุณภาพอาหารและน้ำจากหน่วยงานภายนอก

ข้อค้นพบจากการวิจัยแบบมีส่วนร่วม พบว่ารูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 รูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร



ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบการการดำเนินงานอาหารปลอดภัย (n= 7)

ลำดับ ที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
1	สร้างเครือข่ายความร่วมมือในรูปสมาคม/ ชมรมผู้ประกอบการอาหารและน้ำ จังหวัดกำแพงเพชร	×	
2	แลกเปลี่ยนความรู้/จัดการความรู้โดยใช้แนวทางเพื่อนช่วยเพื่อน ที่ช่วยน้อง	×	
3	สร้างทีมพี่เลี้ยง/โค้ช ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา	×	
4	จัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานอาหารปลอดภัย สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร	×	
5	ประเมินผลด้วยการเก็บข้อมูลย้อนกลับจากผู้บริโภค ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	×	
6	ส่งข้อมูลย้อนกลับ ปรับปรุง	×	

วิจารณ์

ผลการวิจัยคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุมากที่สุด อยู่ในช่วง 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.0 โดยพบว่าอายุน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี 10 เดือน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.0 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นด้านการผลิตน้ำดื่ม ร้อยละ 82.2 สถานที่ตั้งของสถานประกอบการอยู่ในเขตเทศบาล และเขต อบต. ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 55.0 และ 45.0 ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปแสดงคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการด้านอาหารและน้ำของจังหวัดกำแพงเพชร สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ประกอบการจังหวัดกำแพงเพชรที่พบว่าผู้ประกอบการในการดำเนินธุรกิจสาธิตธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีอายุต่ำกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี⁽¹¹⁾ ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำสำหรับผู้ประกอบการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 มีความรู้ระดับสูง รองลงมาคือ ร้อยละ 29.0 ความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 11.0 มีความรู้ระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างดี ดังนั้นจึงมีความรู้ทางด้านความปลอดภัยดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และการปฏิบัติการจัดการอาหารของประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกอบการมีความรู้เรื่องความปลอดภัยด้านอาหารร้อยละ 69.8⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยความรู้ ทศนคติ และแนวปฏิบัติ (KAP) ของผู้ขายอาหารข้างถนนเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารในบางพื้นที่ของบังกลาเทศ⁽¹³⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านความปลอดภัยด้านอาหารร้อยละ 71.9 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยอาหารของอาหารข้างทางผู้ขายในปาดาวัน ชาราวัก เกาะบอร์เนียวประเทศมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพียงร้อยละ 22.2⁽¹⁴⁾ เท่านั้น แต่อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าความรู้เรื่องความปลอดภัยด้านอาหารมีผลสำคัญต่อการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการอาหารปลอดภัย พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหาร, ความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, การเข้าใจสารสนเทศ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, การเข้าใจสารสนเทศ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, การประเมินข้อมูลสารสนเทศของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย, และการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่อการกระทำต่อปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินงานอาหารปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ข้อมูลด้านความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหาร พบว่ามีความสอดคล้องกับการปฏิบัติ เช่นงานวิจัยของ Jores D, Arif MT, Rahman MM^(12,14) เช่นเดียวกับงานวิจัยความรู้ ทศนคติ และแนวปฏิบัติ (KAP) ของผู้ขายอาหารข้างถนนเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารในบางพื้นที่ของบังกลาเทศ⁽¹³⁾ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการ ทำความเข้าใจ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจด้านสุขภาพ⁽¹⁵⁾ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นตัวช่วยในการสนับสนุนให้ตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและดูแลรักษาสุขภาพ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

ปัจจัย และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดกำแพงเพชร ด้วยการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างองค์ประกอบด้านความรอบรู้ด้านการดำเนินงานอาหารปลอดภัย และองค์ประกอบด้านความรู้ด้านความปลอดภัยทางอาหารและน้ำสำหรับผู้ประกอบการ ส่งอิทธิพลต่อการ

ดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยร่วมกันอภิปรายความผันแปรร่วมกันถึงร้อยละ 11 งานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการควบคุมการผลิตของผู้ประกอบการด้านอาหารและน้ำให้มีคุณภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรดำเนินการ 2 องค์ประกอบสำคัญโดยใช้ปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

รูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ที่ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การดำเนินงานสอดคล้องเชื่อมโยงกัน และสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลได้อย่างแท้จริงโดยวิธีการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ข้อเสนอแนะการวิจัย 1) ผู้กำหนดนโยบายควรนำรูปแบบการดำเนินงานอาหารปลอดภัยด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร ไปประยุกต์ใช้โดยการสนับสนุนให้ผู้ประกอบการดำเนินการตามขั้นตอนตามรูปแบบจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และ 2) การประเมินประสิทธิผลการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาจึงใช้การการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental) เพื่อพิสูจน์รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอย่างสูง ได้แก่ นพ.วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรและนางมลวิภา กาศสมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่ให้การสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D.2021. [Internet]. 2024. [Accessed 2 January 2024]. Accessible from <https://shorturl.asia/orcmg>. (in Thai).
2. Bureau of Food Safety Extension and Support. Procedure of Provincial Food Safety Quality System Version 2020. Food Standard Agency, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
3. Office of the Permanent Secretary. Food Act B.E. 2522 along with ministerial regulations and announcements from the Ministry of Public Health (revised edition); 2005. (in Thai).
4. Bureau of Food Safety Extension and Support. Procedure of Provincial Food Safety Quality System Version 2016. Food Standard Agency, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai).
5. Bureau of Food Safety Extension and Support. The report on the food safety situation, fiscal year 2022. [Internet]. 2024. [Accessed 2 January 2024]. Accessible from <https://rb.gy/yh52l9>. (in Thai).
6. Selenger, D. Participatory action research and social change. New York: Cornell University; 1997.

7. Attasit Pankaew, Pattarawut Choeisiri, Kulachart Taksapaibool. Developmental Scheme for Village Committee Organization as an Instrument for Implementing ‘Pracharat Policy on the Basis of the Philosophy of Sufficiency Economy. *Journal of Politics and Governance*. 2018; 8(2): 1–15. (in Thai).
8. Pariya Thomudtha, Adisak Thomudtha. Food Safety Management Model by Participation in Mahasarakham Hospital. *THAI FOOD AND DRUG JOURNAL*. 2022; 29(1): 42–58.
9. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3): 607–10.
10. Bureau of Food Safety Extension and Support. The report on the food safety situation, fiscal year 2023. [Internet]. 2024. [Accessed 2 January 2024].
Accessible from <https://shorturl.asia/mFR1L> (in Thai).
11. Anantitra Donbanthao. Business Strategy for Small and Medium Enterprises (SMEs) Entrepreneurs in Kamphaeng Phet Province. *Journal of Management Science Pibulsongkram Rajabhat University*. 2023; 5(3): 21–39.
12. Marutha KJ, Chelule PK. Safe Food Handling Knowledge and Practices of Street Food Vendors in Polokwane Central Business District. *Foods* 2020; 9:1560.
<https://doi.org/10.3390/foods9111560> PMID: 33126473
13. Meher MM, Afrin M, Talukder AK, et al. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of street food vendors on food safety in selected areas of Bangladesh. *Heliyon* 2022; 8:e12166.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12166> PMID: 36531639
14. Jores D, Arif MT, Rahman MM. Factors Associated with Food Hygiene Practices Among Street Food Vendors in Padawan, Sarawak. *Borneo Journal of Resource Science and Technology* 2018; 8:56–65 <https://doi.org/10.33736/bjrst.824.2018>
15. McCormack. L et al. Measuring health literacy: a pilot study of a new the skills-based instrument. *The Journal of Health Communication*. 2010; 15(S2): 51–71.
16. Zarcadoolas C, Pleasant A, and Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005; 20(2): 195–03.
17. Manganello Jennifer A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research, *Health Education Research*. 2008; 23(5): 840–47.

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

จุฬามาศ 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 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยที่สอง ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่ากัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมายในปีงบประมาณ 2565 - 2566 และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทำการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องการสัมภาษณ์เชิงลึก 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

ติดต่อผู้นิพนธ์: 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⁾ เมื่อพิจารณาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนิดเรื้อรังจะเห็นว่าสถานการณ์ทั่วโลกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ชนิดเรื้อรัง ประมาณ 130 – 150 ล้านคน โดยในปี พ.ศ. 2556 โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นลำดับที่ 7 ของสาเหตุการตายทั่วโลก คาดประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งจากการติดเชื้อเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น มะเร็งตับและภาวะตับแข็ง ประมาณ 1.4 ล้านรายต่อปี⁽²⁾ ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ ในปี 2559 ว่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คาดว่ามีประมาณ 3 – 8 แสนคน โดยผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ทำให้ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองและรักษา จะได้รับการรักษาก็ต่อเมื่อมีอาการรุนแรง 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 ซี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตับอักเสบบี และได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย วัตถุประสงค์เพื่อประสานความร่วมมือด้านนโยบายและการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยระดมทรัพยากรการดำเนินงาน ทั้งบุคลากร และงบประมาณท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด⁽⁶⁾ และการดำเนินงานในระดับประเทศยังคงพบช่องว่างการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงยังดำเนินการได้น้อย 2) ขาดสิทธิประโยชน์การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากรเสี่ยง 3) แนวทางการวินิจฉัยรักษาที่ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกระดับ และ 4) ไม่มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและวางแผนการยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ

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

อีกเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมาย⁽⁷⁾ ที่ผ่านมาได้ สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายด้านสุขภาพในการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ 2563 ที่ดำเนินในกลุ่มพนักงานคัดแยกขยะ ซึ่งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี อีกทั้งยังมีการสนับสนุนชุดตรวจไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อการคัดกรองโรคในช่วงวันรณรงค์ตับอักเสบโลกประจำปี แต่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนเสี่ยงทุกคน ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 จึงได้มีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ได้เห็นถึงความสำคัญในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จึงได้สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อเพิ่มการตรวจคัดกรองไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และได้รับบริการด้านการป้องกันและการรักษาอย่างเหมาะสม รวมถึงพื้นที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย “กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ภายในปี พ.ศ. 2573” และผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

วัสดุและวิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative) โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณก่อนในระยที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยที่สอง ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่ากัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล ดำเนินการศึกษาหลังจากมีการกำหนดนโยบายฯ และนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ศึกษา ในระยที่หนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ในเขตสุขภาพที่ 3 ให้ได้ร้อยละ 90 ของจำนวนเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 (1 ต.ค. 2564 - 30 ก.ย. 2566) และในระยที่สอง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยทำการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) เพื่อนำมาพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล ซึ่งประยุกต์ใช้ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวนมีเตอร์และแวน ฮอร์น⁽⁸⁻¹¹⁾ เป็นกรอบแนวคิดการวิเคราะห์

2) พื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี 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://hepbcdcc.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 ร่วมกับหน่วยงานที่เข้าร่วมการดำเนินงาน 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 ผู้ศึกษาสรุปผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี 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 โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (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://hepbcdcc.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 8.00, 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 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565 – 2566

หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ 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 ผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า

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

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

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565 – 2566

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เขตสุขภาพที่ 3	ปี 2565 (N1 = 3,557)				ปี 2566 (N2 = 14,544)			
	เป้าหมายคัดกรอง (ราย)	จำนวนคัดกรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จตามเป้าหมาย ร้อยละ 90	เป้าหมายคัดกรอง (ราย)	จำนวนคัดกรอง (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 คัดกรอง (ราย)	ร้อยละ	ความสำเร็จ ตาม เป้าหมาย ร้อยละ 90	เป้าหมาย คัดกรอง (ราย)	จำนวน คัดกรอง (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 ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3

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

ตารางที่ 3 ผลของการนำนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 ตามองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น

องค์ประกอบที่สำคัญ	สรุปผลการศึกษา
2.1 วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย (Policy Standards and Objectives)	– เป็นพันธะสัญญานานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก รวมถึงประเทศไทย มีเป้าหมายการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้ได้ภายในปี 2573 – ประเทศไทย ได้ดำเนินงานตามพันธะสัญญานานาชาติ จึงได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 ของประเทศไทย นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและการป้องกันให้กับประชาชนถึงในระดับท้องถิ่น 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 เรื้อรัง 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 การสื่อสารระหว่างองค์กร และกิจกรรมการเสริมแรง (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 ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (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 เจือปนทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Economic, Social and Political Conditions)	เทศบาลเมือง (ทม.) เทศบาลตำบล (ทต.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัดอบจ. – 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)	– ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือกันดำเนินงานตามโครงการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ – ผู้ปฏิบัติงานมีการตกลงทำความเข้าใจและแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกัน จึงทำให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมาย – ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย มีภาระหน้าที่หลายส่วน และมีหลายงานเร่งด่วน ส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในประเด็นการค้นหาประชาชนที่มีความเสี่ยง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมผู้มีความเสี่ยงทั้งหมดในพื้นที่

วิจารณ์

ผลของการนโยบายนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซีสู่การปฏิบัติในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 3 มีวิธีการดำเนินงานโดยการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซีในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 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 โดยถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่เขต และจากเขตสู่จังหวัดและพื้นที่ 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 กราม, อังสนา บุญธรรม, สุภาภรณ์ สงค์ประชา และลือชัย ศรีเงินยวง (2564) เรื่อง รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่สู่การปฏิบัติจังหวัดนนทบุรี ปี 2559⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยหลักในการกำหนดความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การจัดกลไก ควรมีกลไกที่มีการกิจเฉพาะและความชัดเจน 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 และแพทย์หญิงहरषा รักษาคน 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=IwAR2AUjQC8yktspw_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 Noijsad. 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://hepbcdcdc.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)