



Journal of disease and health hazard
Eastern Region Thailand (JDH)

วารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย

Volume 1 NO.2 May - August 2025

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568



ส่งบทความผ่านระบบ
ดูรายละเอียดเพิ่มเติม



ISSN 3088 - 1234 (Online)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

วารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย

Journal of Disease and Health Hazard Eastern Region Thailand (JDH)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่วิชาการและบทความเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ขอบเขตรวมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผลการปฏิบัติงาน บทความพินิจวิจารณ์งาน รายงานผู้ป่วย การสอบสวนโรค และบทความวิชาการ

คณะที่ปรึกษา	นายแพทย์วิชัย สติมัย นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงลานทิพย์ เหวอบัตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
กองบรรณาธิการ (ภายนอก)	แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย สัตวแพทย์หญิงเสาวพัตร อึ้งน้อย รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร รองศาสตราจารย์ ดร.น.สพ.อนุวัฒน์ วิรัชสุตากุล รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร ภัทรพทุธ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ หน่อแก้ว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณญา เบญจกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนพร วงศ์สุนทรชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชณิดา ประดิษฐ์สถาพร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี สร้อยสงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลาภาซิม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รจกิติ ไซติกาวิรินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภา มหาราชพงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร ศรีสุจริตพานิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริยน อยู่ตระกูล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อลิศรา แสงวิรุณ สุจริต นายแพทย์โรม บัวทอง แพทย์หญิงรสรพ ภัคติเยวมาลย์ ดร.คณัจฉรีย์ ธานีสงค์ ดร.สำราญ สิริคมงคล ดร.สรวรรยา สิริคมงคล ดร.พิมพ์รา ทองแสง ดร.สุนิศา แสงจันทร์	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นักวิชาการอิสระ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อทางตาโดยแมลง กรมควบคุมโรค คณะศิลปศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก คณะศิลปศาสตร์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

	ดร.ณัฐกัญญาณ์ ทิพย์เครือ ดร.ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ ดร.อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค นักวิชาการอิสระ
กองบรรณาธิการ (ภายใน)	นางสาวสมปอง โรจน์รุ่งศศิธร นางวัลภา ศรีสุภาพ นางดารณี จุนเจริญวงศา นายแพทย์สรรพลสิทธิ์ ศรีแสง ดร.วรรณภา ฤทธิสนธิ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
ผู้ประสานงานวารสาร	นางสาวমনชยา วาระสิทธิ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
พิสูจน์อักษร	นางสาวทิพวรรณ ศิริวรรณยา นายชาญชัย มานะเฝ้า นางสาวลักขณ์ นูทอง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
Art Work	นายพงศ์ธัช ขาวกระโทก นายอาทิตย์ บุญสุทธิ นางสาวกวิณนาฏ งามสมชน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
เจ้าของ	กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี เลขที่ 29/85 ถนนวรจักรการ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000 โทรศัพท์ 03 827 1881-2 โทรสาร 03 8274 862 E-mail : Journal.jdh@gmail.com Website : https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JDHH	
กำหนดเผยแพร่	ปีละ 3 ครั้ง หรือ ราย 4 เดือน มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม	

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย ยินดีรับบทความวิชาการและบทความเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ขอบเขตรวมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นนิพนธ์ ต้นฉบับ รายงานผลการปฏิบัติงาน บทความพินิจ รายงานผู้ป่วย และการสอบสวนโรค เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงาน ด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจ โดยเรื่องที่ส่งจะต้องไม่เคยเผยแพร่หรือกำลังรอเผยแพร่ในวารสารอื่นทั้งนี้ กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตามลำดับก่อน - หลัง และ ตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเผยแพร่

1. บทความที่ส่งเผยแพร่

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยการเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผลและ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน (Results of Operations) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการ ซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่าง แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บทวน อภิปรายและเอกสารอ้างอิง อาจเพิ่มความเห็นของผู้รวบรวมด้วยก็ได้ ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นกลุ่มโรค หรือ กลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนและ ต้องมีหลักฐานครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชระเบียน (Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิจารณ์ หรือข้อสังเกต การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (inform consent) และเอกสารอ้างอิง ความยาว ไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา นำเสนอข้อคิดเห็นผู้บริหารและ ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และนำแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงาน และทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความเชิงวิชาการ ที่เป็นการเขียนรวบรวมองค์ความรู้ ประกอบด้วยดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุปผลการ ศึกษา ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อและสกุล (ไม่ต้องระบุคำนำหน้านาม) และชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนสังกัดในปัจจุบันทั้งภาษาไทยและภาษา อังกฤษ กรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคน และอยู่ต่างหน่วยงานกัน ให้ใส่หมายเลขยกด้านท้ายนามสกุล กับใส่หมายเลขยกด้านหน้าชื่อ หน่วยงาน ในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย (*) ยกไว้หลังสกุลในภาษาไทยและภาษา อังกฤษ และระบุอีเมล เพื่อติดต่อผู้พิมพ์ (Corresponding author) หากผู้พิมพ์ไม่ระบุ ทางวารสารฯ ขอกำหนดให้ผู้พิมพ์ ที่ส่งบทความเข้ามาเป็น Corresponding author

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือไม่เกิน 300 คำ ประกอบด้วยบทนำ (ความสำคัญและ ความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถ

อ้างอิง บทความต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทความสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหา หรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจเขียนไว้ในส่วนนี้ได้ และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ บรรยายเป็นร้อยแก้ว ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน - หลัง ตามที่อ้างอิงในเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัย หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ที่สอดคล้องกับผลการศึกษา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารุ่นต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง กำหนดให้ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดย

1. การอ้างอิงเอกสารให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากการอ้างอิงจากต้นฉบับที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น

2. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขยกในวงเล็บ⁽¹⁾ วางบนบรรทัดท้ายข้อความ ไม่ต้องเว้นวรรค เรียงตามลำดับเนื้อเรื่อง และต้องสอดคล้องกับลำดับรายการอ้างอิง หากต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การอ้างอิงจากเอกสารที่มากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ และถ้าอ้างอิงเอกสารที่รายการลำดับไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่ต้องเว้นวรรค เช่น ^(4,7,8)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journal)

ก.ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่พิมพ์ (Years) ; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย (Page). ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

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

3.2 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* 2022;26:541-5.

3.3 การอ้างอิงหนังสือ หรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

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

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง

Nelson SA, Warschow. Protozoa and worms. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. 3 rd ed. New York: Elsevier; 2012. p. 391-421.

3.4 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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

3.5 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

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

ตัวอย่าง

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

3.6 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

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

3.7 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง

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

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง

Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: https://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word แบบอักษร EucrosiaUPC ความยาวไม่เกิน 10 หน้า กระดาษ A4 โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ) และใช้ตัวเลขอารบิก ทั้งบทความ การใช้จุดทศนิยม หากใช้ 1 หรือ 2 ตำแหน่ง ให้ใช้เหมือนกันทั้งบทความ

4.2 ตาราง ควรพิมพ์ ไม่ใช้ตารางที่เป็นภาพ มีลำดับที่และชื่อตาราง ปรากฏอยู่เหนือตาราง นำหน้าด้วยคำว่า “ตารางที่” แผนภูมิ และภาพประกอบ ควรเป็นภาพสี และต้องมีความคมชัดสูง มีลำดับที่ และชื่อแผนภูมิ/ภาพ ปรากฏอยู่ใต้แผนภูมิ/ภาพ นำหน้าด้วยคำว่า “ภาพที่”

4.3 การส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์วารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย ผ่านระบบ ThaiJO ได้ทาง <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JDHh>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ประเมินบทความ (Reviewer) จำนวน 2 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้พิมพ์ (Double-blind Peer Review) โดยผู้พิมพ์ปรับปรุงแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมินบทความ ไม่น้อยกว่า 2 รอบ จึงแจ้งผลการพิจารณาเผยแพร่

5.2 บทความที่ได้รับการตอบรับการเผยแพร่ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนด้านวิชาการ และรูปแบบการเผยแพร่ให้สอดคล้องกับวารสารที่กำหนดอีกครั้งหนึ่ง ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบยืนยันต้นฉบับบทความในขั้นตอนนี้เสียก่อน กองบรรณาธิการจึงจะส่งบทความเข้าสู่กระบวนการจัดรูปแบบไฟล์ pdf สำหรับการเผยแพร่ออนไลน์

5.3 หลังจากบทความถูกจัดรูปแบบ pdf แล้ว กองบรรณาธิการอาจขอให้ผู้พิมพ์ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมได้ ผู้พิมพ์ต้องพิสูจน์อักษรเพื่อยืนยันความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาเป็นครั้งสุดท้ายก่อนการเผยแพร่ออนไลน์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เผยแพร่ เฉพาะเนื้อหาที่ผ่านความเห็นชอบของกองบรรณาธิการเท่านั้น

5.4 ผลการพิจารณาเผยแพร่วารสาร ทั้งที่ตอบรับและปฏิเสธกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบผ่านทางกระตุ่มสนทนาในระบบออนไลน์ของวารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย

5.5 บทความที่ได้รับการพิจารณาอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) ผู้พิมพ์สามารถดาวน์โหลดบทความได้ที่เว็บไซต์

<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JDHh> โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการเรียงลำดับ การเผยแพร่ ตามความเหมาะสม และความรวดเร็วในการจัดทำต้นฉบับบทความ

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัวและจริยธรรมในการตีพิมพ์

ชื่อและที่อยู่ E-mail ที่ระบุในวารสาร จะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในวารสารเท่านั้น และจะไม่ถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่นหรือต่อบุคคลอื่น

บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Author)

1. ผู้พิมพ์ ต้องไม่ส่งนิพนธ์หรือบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับนิพนธ์หรือบทความซ้ำซ้อนกับวารสารวิชาการอื่น และผู้พิมพ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย แล้ว
2. ผู้พิมพ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุ ผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. คณะชื่อผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนด กรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. ผู้พิมพ์จะไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่น มานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง
5. ผู้พิมพ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุ การได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
6. ในบทความ ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้อง กับข้อสรุป
7. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้พิมพ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน
8. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้พิมพ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัวและไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญ ของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

วารสารโรคและภัยสุขภาพ ภาคตะวันออก ประเทศไทย

Journal of disease and health hazard Eastern Region Thailand (JDH)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ค. - ส.ค. 2568

Volume 1 No. 2 May - Aug 2025

สารบัญ

หน้า
PAGE

CONTENTS

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
ปัญญา สุวรรณทอง

3

Supporting Factors Affecting Health Literacy in the Prevention
of Non-Communicable Diseases Among Village Health
Volunteers in Bang Bo District, Samut Prakan Province
Panya Suwanthong

การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ในชุมชน
สิริบุญจันทร์ กันทาทรัพย์

17

Development of Cholangiocarcinoma Screening System
in community
Sirunnat Kanthasap

ความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
สุชาญวัชร สมสอน

25

The Prevalence and Characteristic of Hepatitis B and C Infections
among Risk Populations in Lopburi Provincial Organization
Suchanwat Somsorn

ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการหญิง ในพื้นที่เมืองพัทยา
จังหวัดชลบุรี
ชนิสรา ฐะคำ, อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, อัจฉริมา มาศโอสถ

35

Health Literacy on Preventive Behaviors for HIV/AIDS
and Sexually Transmitted Infections among Female
Sex Workers in Pattaya City, Chonburi Province
Pitsanuporn Saicamthon, Premmika wongla, Saranyu Samphusri

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มแล้วกระดูก
สะโพกหักของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6
ชาญชัย มานะเฝ้า, นิพา ศรีช้าง, ธนะศักดิ์ โกยทา, ณภัทรสินี หนองพร้าว

45

A study of Factors Affecting to Falls with Hip Fracture
in Elderly in Health Region 6
Charnchai Manafao, Nipa Sichang, Thanasuk Koita,
Naphatsinee Nhongprow

จดหมายจากบรรณาธิการ

สุขภาพของคนไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อน ทั้งจากโรคติดต่อที่ยังคงอยู่ โรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังท้าทายระบบบริการสุขภาพให้ต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายขึ้น

วารสารโรคและภัยสุขภาพภาคตะวันออก ฉบับนี้ เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ได้นำเสนอผลงานวิชาการที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ รวม 5 เรื่อง ได้แก่

- ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
- การพัฒนากระบวนการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- ความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
- ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี
- ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6

นอกจากนี้ยังมี บทความพิเศษจากกองบรรณาธิการ เรื่อง “โรคมือ เท้า ปาก ภัยเงียบในเด็กเล็กที่ต้องไม่มองข้าม” เพื่อสร้างความตระหนักแก่สังคมในปัญหาสุขภาพที่ใกล้ตัว

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า รวมถึงผู้สนับสนุนจากหลายหน่วยงานที่ร่วมส่งผลงานมาตีพิมพ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนางานวิชาการ และเสริมสร้างการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แพทย์หญิงลานทิพย์ เหวอบัตย์

บรรณาธิการ

บทความพิเศษ จาก กองบรรณาธิการ

โรคมือ เท้า ปาก...ภัยใกล้ตัวที่ไม่ควรมองข้ามในเด็กเล็ก

ลานทิพย์ เहरาบัตย์ พ.บ.

Lanthip Herabut, M.D.

เมื่อพูดถึงโรคติดต่อในเด็กเล็ก ชื่อของ “โรคมือ เท้า ปาก” มักเป็นโรคที่ผู้ปกครองและครูในศูนย์เด็กเล็กคุ้นหูมากที่สุด เพราะเป็นโรคที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทุกปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน และมักสร้างความกังวลใจไม่น้อยให้กับครอบครัวและชุมชน หลายคนอาจคิดว่าเป็นโรคธรรมดาที่หายเองได้ แต่ความจริงแล้วโรคนี้มีความสำคัญที่เราไม่ควรมองข้าม เพราะสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กอย่างรุนแรงหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) เช่น Coxsackievirus และ Enterovirus 71 ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้อย่างง่ายดายผ่านทางสารคัดหลั่ง น้ำลาย น้ำมูก อุจจาระ รวมทั้งของเล่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เด็กเล็กที่ยังไม่สามารถดูแลสุขอนามัยตนเองได้จึงตกเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะเมื่ออยู่รวมกันในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนอนุบาลที่มีเด็กจำนวนมาก การระบาดจึงสามารถเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวังทุกปี จากข้อมูลจาก กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วันที่ 27 มิถุนายน 2568 พบว่า ขณะนี้ผ่านมาระลอกปีมีผู้ป่วยสะสมแล้ว 22,162 ราย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี จำนวน 16,386 ราย หรือคิดเป็นกว่า 70% ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5 – 10 ปี (21.9%) และกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี (2.5%) อย่างไรก็ตาม นับเป็นข่าวดีที่ ตั้งแต่ต้นปีจนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบผู้เสียชีวิต(1) สำหรับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบผู้ป่วยสะสม 7,920 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 124.99 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ถึง 2.3 เท่า กลุ่มเสี่ยงสูงสุดยังคงเป็น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยสถานที่เสี่ยงสำคัญคือ โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก(2)

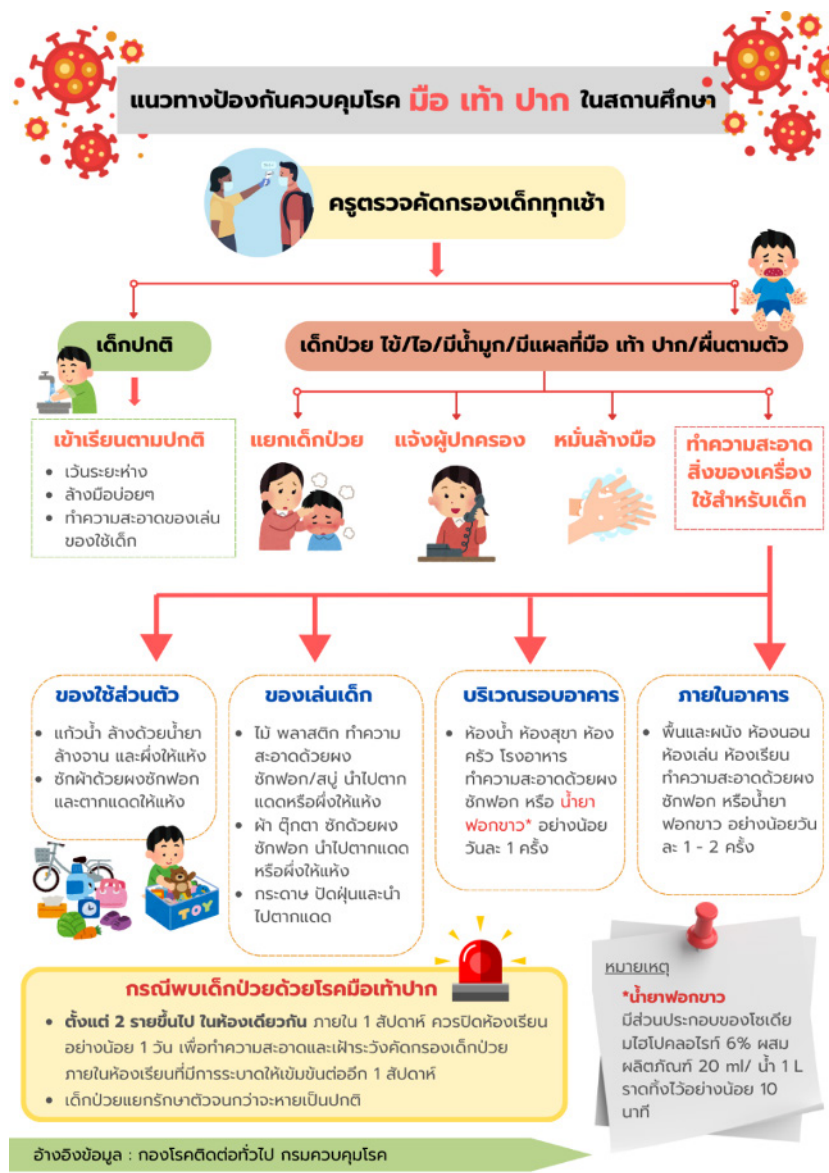
อาการของโรคมักเริ่มจากใช้ดื่มน้ำเย็นหรืออาหาร มีแผลในปาก ทำให้เด็กไม่ยอมรับประทานอาหาร ร่วมกับการเกิดผื่นหรือตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และก้น แม้ว่าอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะหายได้เองในเวลา 7 – 10 วัน แต่สิ่งที่น่ากังวลคือผู้ป่วยบาง

รายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ หรือกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โดยเฉพาะกรณีที่เกิดจากเชื้อ Enterovirus 71 ซึ่งมีรายงานการเสียชีวิตในเด็กเล็กหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย ความจริงข้อนี้ตอกย้ำว่าโรคมือ เท้า ปาก ไม่ใช่เพียง “โรคเด็ก ๆ” ที่หายเองเสมอไป แต่เป็นโรคที่เราทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันป้องกันและเฝ้าระวังอย่างจริงจัง

การป้องกันโรคนี้ทำได้ไม่ยาก แต่ต้องอาศัยความร่วมมือและความใส่ใจในรายละเอียด เด็ก ๆ ควรได้รับการฝึกฝนให้ล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ ของเล่นและอุปกรณ์ที่เด็กใช้ร่วมกันต้องได้รับการทำความสะอาดเป็นประจำ ครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ช้อน หรือผ้าเช็ดหน้า ที่สำคัญ หากพบว่าเด็กมีอาการป่วย ควรหยุดเรียนทันทีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังเพื่อน ๆ ในห้องเรียน

ในระดับสถานศึกษาและชุมชน การจัดสภาพแวดล้อมที่สะอาด มีมาตรการคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนเข้าเรียน และการให้ความรู้แก่ครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับการสังเกตอาการเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยลดการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสื่อสารที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ก็มีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและทำให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการป้องกันโรค รวมทั้งเมื่อพบผู้ป่วยให้ดำเนินการตามแนวทางป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในสถานศึกษา(3) รายละเอียดดังภาพที่ 1

ท้ายที่สุด โรคมือ เท้า ปาก เป็นเสมือน “สัญญาณเตือน” ให้เราเห็นถึงความสำคัญของการใส่ใจสุขอนามัยเด็กเล็กอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพราะเด็กคือทรัพยากรอันล้ำค่าของครอบครัวและของประเทศ หากเราสามารถลดความเสี่ยงจากโรคนี้ได้ นั่นหมายถึงการสร้างรากฐานสุขภาพที่แข็งแรงให้กับอนาคตของชาติ



ภาพที่ 1 แนวทางแนวทางป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในสถานศึกษา

เอกสารอ้างอิง

The Department of Disease Control warns against hand, foot, and mouth disease. Surveillance your children during the rainy season. (2025) Home. Available at: <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=53774&deptcode=brc> (Accessed: 28 August 2025).

ODPC6 (2025) Weekly Report 2025, Home Department of disease control. Available at: <https://ddc.moph.go.th/odpc6/pagecontent.php?page=1991&dept=odpc6> (Accessed: 28 August 2025).

Lertsuphotvanit S, Kloimklinsuk A, Sanaprom J, Tongfak O, Ponsanong N. Guidelines for Control and Prevention of Disease and health hazard for childcare teacher. Nonthaburi: Department of Disease Control (TH); 2023.

ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
Supporting Factors Affecting Health Literacy in the Prevention of
Non-Communicable Diseases Among Village Health Volunteers
in Bang Bo District, Samut Prakan Province

ปัญญา สุวรรณทอง

Panya Suwanthong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

Bang Bo District Health Office, Samut Prakan Province

Corresponding author: npps48@hotmail.com

Received: July 23, 2025 | Revised: August 29, 2025 | Accepted: August 29, 2025

Abstract

Health literacy plays a crucial role in reducing the burden of non-communicable diseases (NCDs), particularly among village health volunteers (VHVs), who serve as key agents in communicating and disseminating health knowledge at the community level. This study aimed to examine personal factors and supportive factors influencing health literacy in NCDs prevention, assess the level of health literacy, and identify significant predictors of health literacy among VHVs in Bang Bo District, Samut Prakan Province. A descriptive cross-sectional study was conducted with a stratified random sample of 265 VHVs. Data were collected using a validated questionnaire with content validity and high reliability (Cronbach's alpha = 0.95–0.99). Descriptive statistics, Pearson's correlation, and Multiple regression analysis (enter method) were applied. The results revealed that more than 60% of VHVs were older than 50 years, female, had an education level lower than an associate degree, had over seven years of volunteer experience, and had attended health training more than five times. Supportive factors for health literacy were rated high to very high, including attitude and motivation support (Mean = 4.53, S.D. = 0.58), access to health information (Mean = 4.31, S.D. = 0.64), support from health agencies (Mean = 4.42, S.D. = 0.64), and community network support (Mean = 4.18, S.D. = 0.79). The overall health literacy level for NCDs prevention was also high (Mean = 4.32, S.D. = 0.62). Multiple regression analysis indicated that three factors significantly predicted health literacy at the 0.05 level: access to health information (Beta = 0.56, p-value < 0.001), community network support (Beta = 0.27, p-value < 0.001), and attitude and motivation support (Beta = 0.13, p-value < 0.001), jointly explaining 79% of the variance in health literacy ($R^2 = 0.79$, $F = 238.93$, p-value < 0.001). In conclusion, enhancing access to health information, strengthening community network support, and fostering positive attitudes and motivation are key strategies to improve VHVs' health literacy and effectiveness in NCDs prevention. Investment in capacity building for VHVs is therefore essential to support Thailand's long-term strategy for sustainable NCDs prevention and control.

Keywords: Supporting factors, Health literacy, Prevention of non-communicable diseases (NCDs), Village health volunteers in Bang Bo District

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชนในระดับชุมชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกัน NCDs และศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 265 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นระหว่าง 0.95 - 0.99 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Pearson's Correlation และ Multiple regression analysis (enter method) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60.00 อายุมากกว่า 50 ปี เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับอนุปริญญา มีประสบการณ์ในการเป็น อสม. มากกว่า 7 ปีขึ้นไป เคยเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพมากกว่า 5 ครั้ง และมีปัจจัยสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากทัศนคติและแรงจูงใจ (Mean = 4.53, S.D.=0.58) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.31, S.D. = 0.64) การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข (Mean = 4.42, S.D.= 0.64) การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (Mean = 4.18, S.D. = 0.79) และพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D. = 0.62) และปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เรียงตามการมีอิทธิพลในการทำนาย คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Beta = 0.56, p-value < 0.001) การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (Beta = 0.27, p-value < 0.001) และการสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจ (Beta = 0.13, p-value < 0.001) สามารถร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ของ อสม. ได้ร้อยละ 79.00 ($R^2 = 0.79$, $F = 238.93$, p-value < 0.001) สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพรวมถึงการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน และการสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจ สามารถช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกัน NCDs ในระดับชุมชน ดังนั้น ควรมีการลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม NCDs ของประเทศไทย อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยสนับสนุน, ความรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), อสม.อำเภอบางบ่อ

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ รวมถึงประเทศไทยซึ่งพบว่ามีอัตราการเกิดโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานว่าคนไทยป่วยด้วย NCDs รวมกว่า 33 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 300,000 คน โรคมะเร็ง ปีละ 140,000 คน และมีผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตกว่า 100,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเหล่านี้กว่า 400,000 คนต่อปีทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการป้องกัน NCDs จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระดับชุมชน สอดคล้องตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งเป็นแผนต่อเนื่องโดยมี

เป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ลงร้อยละ 25.00 ภายในปี พ.ศ. 2570⁽²⁾

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับว่าเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁽³⁾ โดยเฉพาะ NCDs ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหา NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชนในระดับชุมชน⁽⁴⁾ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้สามารถสื่อสารข้อมูลได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่ายแก่ประชาชนในชุมชน⁽⁵⁾ มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและ อสม. ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยส่วนใหญ่เน้นไปที่ปัจจัยส่วนบุคคล⁽⁶⁻¹⁰⁾ ขณะที่การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่ “ปัจจัยสนับสนุน” ที่สามารถส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพด้านความรู้

ด้านสุขภาพของ อสม. ในระดับชุมชนยังมีจำนวนจำกัด เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ⁽¹¹⁾ การสนับสนุนด้านทรัพยากรมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.⁽¹²⁻¹³⁾ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากชุมชน⁽¹⁴⁾ และการช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะที่ดี และทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน⁽¹⁵⁾

จังหวัดสมุทรปราการมีรายงานข้อมูลสุขภาพในปีงบประมาณ 2565 - 2567⁽¹⁶⁾ พบว่าอัตราป่วยเฉลี่ยของโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 508.90, 554.54 และ 579.39 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,027.02, 1,099.52 และ 1,242.50 ตามลำดับ อำเภอบางบ่อ พบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 650.85, 740.00 และ 1,000.47 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,703.82, 2,085.69 และ 2,279.12 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่ามีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ NCDs ในพื้นที่ที่มีความรุนแรงมากกว่าหลายจังหวัด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลไก อสม. ในการสื่อสารและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทเสี่ยงสูง เช่น อำเภอบางบ่อ ยังมีจำนวนจำกัด และส่วนใหญ่เน้นไปที่การประเมินความรู้ทั่วไปของประชาชนมากกว่า อสม. อีกทั้งยังไม่ชัดเจนว่าปัจจัยและบริบทเฉพาะพื้นที่ส่งผลต่อศักยภาพของ อสม. อย่างไร จึงเกิดช่องว่างทางวิชาการที่ควรได้รับการศึกษาเพื่อเสริมสร้างบทบาท อสม. ในการรับมือปัญหา NCDs

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของ อสม. ในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีความมุ่งหวังว่างานวิจัยนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ ทั้งนี้ หากอสม. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลให้สามารถปฏิบัติภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนการวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดสามารถทำนายความรอบรู้ดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับจะช่วยสะท้อนศักยภาพของอสม. ในการมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทพื้นที่เสี่ยง อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้กำหนดนโยบายและพัฒนามาตรการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 848 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ซึ่งได้รับการสุ่มตัวอย่างและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 265 คน คำนวณตามสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) $n = (Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / ((e^2 \cdot (N-1)) + (Z^2 \cdot p \cdot q))$ กำหนดค่า N คือ จำนวนประชากรทั้งหมดเท่ากับ 848, Z คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 95% เท่ากับ 1.96, p คือ สัดส่วนประชากรที่คาดว่าจะมีลักษณะที่สนใจ (ค่ากลาง 0.5) เท่ากับ 0.5, q คือ สัดส่วนประชากรที่ไม่มีลักษณะที่สนใจ เท่ากับ 1 - p, e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% หรือเท่ากับ 0.05 การศึกษาค้นคว้านี้ได้ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 265 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) อสม. ของอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ 2) ส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน 3) สามารถอ่านออก เขียน ฟังภาษาไทยได้ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีความเจ็บป่วยไม่สบาย ขณะเก็บข้อมูล 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล 3) ขอยุติการตอบแบบสอบถามในระหว่างดำเนินการสอบถาม

การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ดังนี้ 1) แบ่งประชากรเป็นชั้นภูมิตามพื้นที่ตำบลในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ 2) สุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิ แต่ละตำบลตามสัดส่วนคำนวณตามสูตร $n_i = N_i / N \times n$ กำหนดค่า n_i คือ จำนวนตัวอย่างที่ต้องสุ่มจากตำบล, N_i คือ จำนวน อสม. ในตำบล, N คือ จำนวน อสม. ทั้งหมด เท่ากับ 848 คน, n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการสุ่มเท่ากับ 265 คน 3) เรียงลำดับรายชื่อ อสม. ทั้งหมดในตำบล

4) สุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลโดยใช้เครื่องมือ Excel Random Number สุ่มเลือกตามจำนวนที่คำนวณได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล

ตำบล	จำนวน อสม. (N_i)	คำนวณ $N_i/N \times 265$	จำนวนที่ต้องสุ่ม (n_i)
บางบ่อ	184	$184/848 \times 265 \approx 57$	57
บ้านระกาศ	71	$71/848 \times 265 \approx 22$	22
บางพลีน้อย	105	$105/848 \times 265 \approx 33$	33
บางเพรียง	44	$44/848 \times 265 \approx 14$	14
คลองด่าน	259	$259/848 \times 265 \approx 81$	81
คลองสวน	63	$63/848 \times 265 \approx 20$	20
เปร็ง	49	$49/848 \times 265 \approx 15$	15
คลองนิคมยาตรา	73	$73/848 \times 265 \approx 23$	23
รวม	848(N)	265(n)	265

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัย⁽¹⁷⁾ ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และการเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดความคิดเห็นของอสม. เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย ปัจจัยสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยสนับสนุนด้านความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 ข้อ และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. จำนวน 10 ข้อ ตามแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert scale) ที่มีการวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽¹⁸⁾ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนในระดับมากที่สุด 2) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 มีปัจจัยสนับสนุนในระดับมาก 3) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 มีปัจจัย

สนับสนุนในระดับปานกลาง 4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 มีปัจจัยสนับสนุนในระดับน้อย 5) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 มีปัจจัยสนับสนุนในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อวัดระดับความสามารถของ อสม. ในการป้องกัน NCDs ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ความเข้าใจและการประเมินข้อมูลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ และการนำข้อมูลไปใช้ป้องกันโรคได้จริง จำนวน 10 ข้อ เพื่อวัดความคิดเห็นของ อสม. ตามแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert scale) ที่มีการวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด รวมจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ให้ค่าคะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้ตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽¹⁸⁾ ดังนี้ 1) ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด 2) ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก 3) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง 4) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย 5) ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยหาดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 เป็นไปตามมาตรฐาน⁽¹⁹⁾

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (Pretest Questionnaires) กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ทดลองใช้แบบสอบถามในเขตพื้นที่ติดต่อใกล้เคียงในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ตำบลบางปู อำเภอเมืองสมุทรปราการ จำนวน 15 ชุด ตำบลบางเสาธง อำเภอ บางเสาธง จำนวน 15 ชุด รวมจำนวน 30 ชุด นำข้อมูลของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มาวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกโดยทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.20 หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) ปัจจัยสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข 3) ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน 4) ปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.95, 0.97, 0.97, 0.97 และ 0.99 ตามลำดับ ตามเกณฑ์ยอมรับ⁽²⁰⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ลำดับที่ 14/2568 เลขที่รับรอง 14/10 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2568 อาสาสมัครได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูล และรายละเอียดต่าง ๆ ตามคำชี้แจง และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากอาสาสมัคร และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วง เมษายน ถึง พฤษภาคม 2568 ด้วยแบบสอบถามตามขั้นตอนต่อไปนี 1) จัดเตรียมเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม. ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามจำนวน อสม. ตัวอย่าง 2) ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อถึงประธาน อสม. ในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ประธาน อสม. ตำบลทุกแห่ง เพื่อจัดส่งแบบสอบถามไปยัง อสม. โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ละตำบล 4) ประธาน อสม. ตำบล ดำเนินการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามจาก อสม. ในพื้นที่ที่ได้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยบรรจุใส่ซองและปิดผนึกเพื่อส่งกลับคืนให้เจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งให้ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไปปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ปัจจัยสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาแล้วสรุปในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาแล้วสรุปในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม. กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Pearson's Correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ นำเข้าสู่วิเคราะห์

4. วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Multiple regression Analysis with Enter Method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับโดยทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ (Normality) ระดับตัวแปรเป็นค่าต่อเนื่องทั้งหมด 2) ทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามด้วยสถิติ Pearson's Correlation มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกันไม่เกิดปัญหา Auto-correlation พิจารณาจากค่า Durbin - Watson มีค่าระหว่าง 1.5 - 2.5 ซึ่งการวิจัยนี้มีค่า = 1.967⁽²¹⁾ 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าไม่เกิน 0.80 ในงานวิจัยนี้ไม่นำปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขเข้าวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณเนื่องจากมีความสัมพันธ์กันสูงกับตัวแปรปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (r = 0.86) 5) ความ

แปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers ตรวจสอบจากกราฟ Scatter Plot พบการกระจายมีแบบแผนคงที่อยู่รอบศูนย์

ผลการศึกษา

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs

ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี

(ร้อยละ 40.38) รองลงมาคือ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 37.36) มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.51) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.25) และต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.87) โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69.06) และเคยเข้าร่วมอบรมมากกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 60.38) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไปปัจจัยส่วนบุคคล (n = 265)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 31 ปี	1	0.37
	31 – 40 ปี	16	6.04
	41 – 50 ปี	42	15.85
	51 – 60 ปี	107	40.38
	มากกว่า 60 ปี	99	37.36
เพศ	ชาย	49	18.49
	หญิง	216	81.51
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	103	38.87
	มัธยมศึกษา	104	39.25
	อนุปริญญา	25	9.43
	ปริญญาตรี	31	11.70
	ปริญญาโทขึ้นไป	2	0.75
ประสบการณ์ในการเป็น อสม.	น้อยกว่า 1 ปี	3	1.13
	1 - 3 ปี	45	16.98
	4 - 6 ปี	34	12.83
	7 ปีขึ้นไป	183	69.06
การเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพ	ไม่เคยเข้าอบรม	1	0.38
	เข้าร่วม 1 – 2 ครั้ง	48	18.11
	เข้าร่วม 3 – 5 ครั้ง	56	21.13
	เข้าร่วมมากกว่า 5 ครั้ง	160	60.38

ปัจจัยสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษา พบว่า อสม. เห็นว่ามีปัจจัยสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทางบวกอยู่ในระดับมาก ในทุกปัจจัย ดังต่อไปนี้

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่ามีปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.31, S.D. = 0.64) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง อสม. รับข้อมูลสุขภาพจากการประชุมหรือกิจกรรมที่จัดโดยหน่วยงานสาธารณสุข (Mean = 4.51, S.D. = 0.69) และเรื่อง อสม. สามารถรับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้เป็นประจำ (Mean = 4.50, S.D. = 0.73) ส่วนเรื่องการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อชุมชน เช่น วิทยุหรือโทรทัศน์ อสม. เห็นว่ามีปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพน้อยกว่าช่องทางอื่น (Mean = 4.03, S.D. = 1.06) ดังแสดงในตารางที่ 3

การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.42, S.D. = 0.64) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง อสม. ได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุขในการทำงานด้านการป้องกันโรค (Mean = 4.49, S.D. = 0.70) และเรื่องหน่วยงานสาธารณสุขมีการจัดอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับ NCDs ให้กับ อสม. (Mean = 4.48, S.D. = 0.71) ส่วนเรื่อง อสม. มีทรัพยากร เช่น เอกสาร คู่มือ และเครื่องมือให้ความรู้

จากหน่วยงานสาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ อสม. เห็นว่ามีปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขน้อยกว่าเรื่องอื่น (Mean = 4.26, S.D. = 0.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่าการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.79) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุด ในเรื่อง อสม. ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน (Mean = 4.39, S.D. = 0.76) การทำงานร่วมกันในชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในการป้องกัน NCDs (Mean = 4.38, S.D. = 0.81) ส่วนเรื่อง คนในชุมชนมีการร่วมมือในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกัน NCDs อสม. เห็นว่าการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนน้อยกว่าเรื่องอื่น (Mean = 4.05, S.D. = 0.96) ดังแสดงในตารางที่ 3

การสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่าการสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53, S.D. = 0.58) โดยมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง การทำงานร่วมกันในชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในการป้องกัน NCDs (Mean = 4.60, S.D. = 0.64) คนในชุมชนมีการร่วมมือในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกัน NCDs (Mean = 4.57, S.D. = 0.67) ส่วนเรื่อง ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกัน NCDs อสม. เห็นว่าการสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจน้อยกว่าเรื่องอื่น (Mean = 4.48, S.D. = 0.43) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม. (n = 265)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Level
ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม.	4.31	0.64	มาก
อสม. ใช้แหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์ (เช่น เว็บไซต์ หรือ social media) ค้นหาข้อมูล	4.15	0.95	มาก
อสม. สามารถรับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้เป็นประจำ	4.50	0.73	มากที่สุด
อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลในชุมชนอย่างเพียงพอ	4.26	0.82	มาก
อสม. รับข้อมูลสุขภาพจากการประชุมหรือกิจกรรมที่จัดโดยหน่วยงานสาธารณสุข	4.51	0.69	มากที่สุด
อสม. สามารถรับข้อมูลสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชันหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้	4.29	0.83	มาก
อสม. ใช้สื่อชุมชน (เช่น วิทยุ หรือ โทรทัศน์) ในการรับข้อมูลสุขภาพ	4.03	1.06	มาก
อสม. สามารถรับข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ ได้ทุกเวลาที่ต้องการ	4.34	0.89	มาก
อสม. ได้รับข้อมูลจากคู่มือ หรือเอกสารการศึกษาจากหน่วยงานสาธารณสุข	4.32	0.81	มาก
อสม. ได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมและเชื่อถือได้	4.38	0.74	มาก
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในภาวะวิกฤตได้ทันเวลาทุกครั้งเมื่อต้องการ	4.33	0.78	มาก
ปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการป้องกัน NCDs ของ อสม.	4.42	0.64	มาก
หน่วยงานสาธารณสุขมีการจัดอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับ NCDs ให้กับ อสม.	4.48	0.71	มาก
ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมให้ความรู้	4.47	0.73	มาก
หน่วยงานสาธารณสุขจัดทำเอกสารหรือคู่มือในการให้ความรู้เกี่ยวกับ NCDs	4.34	0.79	มาก

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Level
หน่วยงานสาธารณสุขจัดให้มีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ	4.47	0.74	มาก
อสม. มีทรัพยากร (เช่น เอกสาร คู่มือ และเครื่องมือให้ความรู้) สนับสนุนจากหน่วยงาน	4.26	0.83	มาก
สาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ			
อสม. ได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุขในการทำงานด้านการป้องกันโรค	4.49	0.70	มาก
หน่วยงานสาธารณสุขมีการจัดการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน NCDs	4.47	0.72	มาก
หน่วยงานสาธารณสุขจัดให้มีทรัพยากร (เช่น เอกสาร คู่มือ และเครื่องมือให้ความรู้) ที่ช่วยให้ อสม. ทำงานได้ดีขึ้น	4.34	0.82	มาก
อสม. ได้รับข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการป้องกัน NCDs จากหน่วยงานสาธารณสุข	4.45	0.72	มาก
หน่วยงานสาธารณสุขมีการติดตามและประเมินผลการทำงานของ อสม. ในด้านการให้ความรู้กับประชาชน	4.43	0.78	มาก
ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชนในการป้องกัน NCDs ของ อสม.	4.18	0.79	มาก
ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกัน NCDs	4.08	0.99	มาก
ในชุมชนให้การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	4.12	0.97	มาก
ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการกระตุ้นให้ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ	4.06	1.02	มาก
ท่านได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ	4.15	0.87	มาก
คนในชุมชนมีการร่วมมือในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกัน NCDs	4.05	0.96	มาก
คนในชุมชนช่วยในการสนับสนุนและเสริมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรค	4.08	0.94	มาก
อสม. ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน	4.39	0.76	มาก
อสม. ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรค	4.21	0.89	มาก
การทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. และผู้นำชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค	4.28	0.89	มาก
การทำงานร่วมกันในชุมชนช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในการป้องกัน NCDs	4.38	0.81	มาก
ปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม.	4.53	0.58	มากที่สุด
อสม. เชื่อว่าการป้องกัน NCDs สามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพในชุมชนได้	4.48	0.73	มาก
อสม. มีความตั้งใจในการส่งเสริมการป้องกันโรคในชุมชน	4.54	0.66	มากที่สุด
อสม. เห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกัน NCDs	4.52	0.66	มากที่สุด
อสม. มีแรงจูงใจในการทำงานเพื่อสุขภาพของชุมชน	4.54	0.67	มากที่สุด
อสม. รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการป้องกัน NCDs	4.57	0.67	มากที่สุด
อสม. เชื่อว่าการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนสามารถสร้างผลกระทบที่ดี	4.51	0.67	มากที่สุด
อสม. มีความมุ่งมั่นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชุมชน	4.52	0.66	มากที่สุด
อสม. มีแรงจูงใจในการเสริมสร้างทักษะการทำงานด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	4.50	0.67	มากที่สุด
อสม. เชื่อว่าความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	4.55	0.66	มากที่สุด
อสม. พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำแก่ประชาชนในการป้องกัน NCDs	4.60	0.64	มากที่สุด

2. ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม.

จากการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความรู้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D. = 0.62) ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้จริงในการป้องกัน NCDs (Mean = 4.33, S.D. = 0.66) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.32, S.D. = 0.65) และความเข้าใจและการประเมินข้อมูลสุขภาพ

(Mean = 4.31, S.D. = 0.65) โดยเรื่องที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ อสม. เห็นว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.50, S.D. = 0.67) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ของ อสม. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจและการประเมินข้อมูลสุขภาพ และความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้จริงในการป้องกัน NCDs (n = 265)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	Level
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม.	4.32	0.62	มาก
<i>ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ</i>	4.32	0.65	มาก
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ได้ง่าย	4.28	0.83	มาก
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขได้ทันเวลา	4.34	0.78	มาก
อสม. รู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สามารถเชื่อถือได้	4.28	0.79	มาก
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ได้อย่างรวดเร็ว	4.30	0.75	มาก
อสม. สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน NCDs ได้จากแหล่งต่าง ๆ	4.29	0.75	มาก
อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	4.50	0.67	มากที่สุด
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อชุมชน เช่น วิทยุหรือโทรทัศน์	4.05	0.97	มาก
อสม. สามารถหาข้อมูลสุขภาพจากเอกสารหรือคู่มือที่ให้มาโดยหน่วยงานสาธารณสุข	4.29	0.84	มาก
อสม. สามารถขอข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขที่คุณทำงานด้วยได้	4.46	0.73	มาก
อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของชุมชน	4.46	0.70	มาก
<i>ความเข้าใจและการประเมินข้อมูลสุขภาพ</i>	4.31	0.65	มาก
อสม. สามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับ NCDs ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ	4.31	0.79	มาก
อสม. สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ	4.29	0.75	มาก
อสม. สามารถเข้าใจผลกระทบของ NCDs ต่อสุขภาพของชุมชน	4.37	0.72	มาก
อสม. สามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้เพื่อใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติงาน	4.25	0.82	มาก
อสม. สามารถเข้าใจวิธีการป้องกัน NCDs จากข้อมูลที่ได้	4.37	0.75	มาก
อสม. สามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับ NCDs ให้ชุมชนเข้าใจได้	4.33	0.74	มาก
อสม. สามารถประเมินความเสี่ยงจากข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ	4.27	0.75	มาก
อสม. สามารถเข้าใจแนวทางในการป้องกัน NCDs ได้อย่างถูกต้อง	4.26	0.72	มาก
อสม. มีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการออกกำลังกาย	4.35	0.70	มาก
อสม. สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในชุมชนได้	4.26	0.74	มาก
<i>ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้จริงในการป้องกัน NCDs</i>	4.33	0.66	มาก
อสม. สามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน NCDs ไปใช้ในกิจกรรมชุมชนได้	4.32	0.74	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้	4.35	0.70	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการอบรมในการสื่อสารกับชุมชน	4.32	0.72	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคในชุมชน	4.37	0.71	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ NCDs ในชุมชน	4.34	0.70	มาก
อสม. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	4.35	0.72	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลในการส่งเสริมให้ชุมชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	4.26	0.78	มาก
อสม. สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน	4.31	0.76	มาก
อสม. สามารถนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการสร้างมาตรการป้องกันโรคในชุมชน	4.34	0.76	มาก
อสม. สามารถติดตามผลการใช้ข้อมูลในการป้องกันโรคในชุมชนได้	4.32	0.80	มาก

3. ศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม. กับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ของ อสม. พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ($r=0.86, p\text{-value}<0.01$) ปัจจัยด้านสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ($r = 0.79, p\text{-value}<0.01$) ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน ($r = 0.67, p\text{-value}<0.01$) และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจ ($r = 0.78, p\text{-value}<0.01$) มีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระระหว่างการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (X_1) กับ

การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข (X_2) มีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.80 ($r = 0.86$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน และปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการป้องกัน NCDs ของ อสม. กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ของ อสม. ($n = 265$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Y	X_1	X_2	X_3	X_4
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ของ อสม. (Y)	1.00				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (X_1)	0.86*	1.00			
การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข (X_2)	0.79*	0.86*	1.00		
การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (X_3)	0.67*	0.66*	0.71**	1.00	
การสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. (X_4)	0.78*	0.76**	0.79**	0.60**	1.00

* p-value < 0.001

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. พบว่าปัจจัยสนับสนุนที่ผ่านเกณฑ์ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (X_1) การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (X_3) ทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. (X_4) สามารถรวมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ได้ร้อยละ 79.00 ($R^2=0.79$,

$F = 238.93$, p-value < 0.001) โดยที่ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลในการทำนายมากที่สุด ($\beta = 0.56$, p-value < 0.001) รองลงมาคือปัจจัยสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. ($\beta = 0.27$, p-value < 0.001) และปัจจัยที่มีผลทางบวกลำดับสุดท้ายคือการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ($\beta = 0.14$, p-value < 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ($n = 265$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	Beta(β)	t	p-value
Constant	0.19		1.35	0.178
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (X_1)	0.55	0.56	11.71	<.001*
การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน (X_3)	0.11	0.14	3.49	<.001*
การสนับสนุนด้านทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. (X_4)	0.29	0.27	5.99	<.001*

$R = 0.887$, $R^2 = 0.786$, Adj. $R^2 = 0.784$, SEE = 0.289, $F = 319.772$ (p-value < 0.001)

* p-value < 0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ได้ดังต่อไปนี้ ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่โดดเด่น

เช่น อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเป็นเพศหญิงสูง และมีประสบการณ์ในการเป็นอสม. มากกว่า 7 ปี รวมถึงมีการเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพบ่อยครั้ง ส่งผลให้ อสม. กลุ่มนี้มีความพร้อมทั้งด้าน ประสบการณ์ และทักษะในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยชี้ว่า อสม. ที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี มักมีทักษะ

และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานสูงกว่า อสม. รุ่นใหม่ ซึ่งทำให้บทบาทการเป็นแกนนำสุขภาพในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²²⁾ ในด้านปัจจัยสนับสนุน พบว่า อสม. เห็นว่ามีปัจจัยสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุน ด้านทัศนคติและแรงจูงใจ (Mean = 4.53, S.D. = 0.58) และการสนับสนุนจาก หน่วยงานสาธารณสุข (Mean = 4.42, S.D. = 0.64) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นในบทบาท อสม. และการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐอย่างใกล้ชิด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่าการจัดอบรมและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันโรค NCDs⁽²³⁾ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่า มีการสนับสนุนในระดับมาก โดยช่องทางที่สำคัญคือการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการประชุมที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อชุมชน เช่น วิทยุหรือโทรทัศน์ ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับช่องทางอื่น สะท้อนให้เห็นว่าการใช้สื่อดั้งเดิมอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของ อสม. ในยุคปัจจุบัน ตรงกันข้ามกับการใช้สื่อออนไลน์และเทคโนโลยี ที่ได้รับความนิยมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า อสม. เริ่มหันมาใช้เว็บไซต์และสื่อออนไลน์เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพมากขึ้น⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยสนับสนุนด้านเครือข่ายชุมชน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, S.D. = 0.79) โดย อสม. เห็นว่าการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าความร่วมมือระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น มีผลอย่างมากต่อความสำเร็จ ของกิจกรรมป้องกันโรค NCDs ในระดับพื้นที่⁽²⁵⁾

จากการอภิปรายมีผลสะท้อนว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสนับสนุนมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งประสบการณ์ ทัศนคติแรงจูงใจและการสนับสนุน จากหน่วยงาน และเครือข่ายชุมชน ซึ่งหากมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของ อสม. ในการป้องกันและควบคุม NCDs ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ของ อสม. ได้ดังต่อไปนี้ จากผลการศึกษา พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D. = 0.62) โดยเฉพาะความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้จริง (Mean = 4.33, S.D. = 0.66) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.32, S.D. = 0.65) แสดงให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการใช้ความรู้เพื่อปรับใช้กับการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่า อสม. ที่ได้รับการอบรมและมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีแนวโน้มที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ (Mean = 4.50, S.D. = 0.67) ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับแต่เพียงทักษะของบุคคล แต่ยังขึ้นอยู่กับโอกาส และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้⁽²⁷⁾ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านแหล่งต่าง ๆ พบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งการเข้าถึงข้อมูล จากหน่วยงานสาธารณสุข เอกสาร คู่มือ และสื่อออนไลน์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย ในการเข้าถึงข้อมูล แม้ว่าการใช้สื่อชุมชนแบบดั้งเดิม เช่น วิทยุหรือโทรทัศน์ ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับช่องทางอื่น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า อสม. เริ่มหันมาใช้สื่อออนไลน์เพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพมากขึ้น⁽²⁸⁾

การศึกษารุ่นนี้สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหลายพื้นที่ แต่ยังคงมีความแตกต่างในด้านวิธีการ เข้าถึงข้อมูล เช่น การใช้สื่อออนไลน์และสื่อดั้งเดิม ที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนต่อไป

3. ศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน NCDs ได้ดังต่อไปนี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนและทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถร่วมกันทำนายความรู้ ได้ถึง ร้อยละ 79.00 ($R^2 = 0.79$) โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\beta = 0.56$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ทัศนคติและแรงจูงใจ ($\beta = 0.27$, $p\text{-value} < 0.001$) และการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ($\beta = 0.13$, $p\text{-value} < 0.01$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ⁽²⁷⁾ อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่กล่าวถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน⁽²⁵⁾ และผลงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า แรงจูงใจและการสนับสนุนที่ต่อเนื่องมีส่วนสำคัญต่อความมั่นใจและประสิทธิภาพของ อสม.⁽²³⁾ อย่างไรก็ตาม ผลบางส่วนแตกต่างจากงานวิจัยที่ระบุว่า การสนับสนุนจาก หน่วยงานสาธารณสุข เพียงอย่างเดียว หากขาดความต่อเนื่องอาจไม่เพียงพอต่อการยกระดับความรู้ ด้านสุขภาพของ อสม.⁽²²⁾

จากการอภิปรายนี้สะท้อนว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ การมีเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน และทัศนคติที่ดีของ อสม. ถือเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs หากมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

สรุปผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อสม. จำนวน 265 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเกิน 50 ปี มีประสบการณ์เป็น อสม. มากกว่า 7 ปี และเคยรับการอบรมในด้านสุขภาพมากกว่า 5 ครั้ง โดยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค NCDs อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D. = 0.62) โดยเฉพาะด้านการนำข้อมูลไปใช้จริงและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนระดับของปัจจัยสนับสนุนพบว่าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ทัศนคติและแรงจูงใจ (Mean = 4.53, S.D. = 0.58) การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข (Mean = 4.42, S.D. = 0.64) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 4.31, S.D. = 0.64) และเครือข่ายชุมชน (Mean = 4.18, S.D. = 0.79) ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค NCDs ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\beta = 0.56$, $p\text{-value} < 0.001$) ทัศนคติและแรงจูงใจ ($\beta = 0.27$, $p < 0.001$) และเครือข่ายชุมชน ($\beta = 0.14$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ได้ ร้อยละ 79.00 ($R^2 = 0.79$) สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ควบคู่กับการส่งเสริมทัศนคติ แรงจูงใจ และการเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเสริมบทบาท อสม. ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน ควรมีการจัดระบบสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งด้านข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ ยกย่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในพื้นที่อำเภอบางบ่อ ด้วยการจัดทำช่องทางสื่อสารกลางทั้งอำเภอ เช่น LINE OA หรือโซเชียลมีเดีย สำหรับสาระ NCDs ที่ผ่านคัดกรองความถูกต้อง

จัดรูปแบบเป็นคู่มือสั้น อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้น อัปเดตทุกสัปดาห์ เป็นต้น และการสร้างความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชน รวมถึงการส่งเสริมทัศนคติที่ดีของ อสม. เพื่อเพิ่มพลังการทำงานร่วมกันและช่วยให้ชุมชนสามารถควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม NCDs โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบ่อ ควรมีการจัดอบรมและกิจกรรมเสริมทักษะเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ทัศนคติที่ดี และแรงจูงใจในการทำงานของ อสม. ควบคู่กับการพัฒนากลยุทธ์การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อันจะช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้นและต่อเนื่อง เพื่อให้ อสม. มีความรอบรู้ในการป้องกัน NCDs ในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อสะท้อนมุมมองเชิงลึกของ อสม. เกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนที่แท้จริงในการป้องกัน NCDs รวมถึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือประสบการณ์การทำงานในชุมชน เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของปัจจัยที่มีผลอย่างรอบด้านยิ่งขึ้น และควรมีการเปรียบเทียบการวิจัยในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เพื่อหากลยุทธ์การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร อำเภอบางบ่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ทุกคนที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Accessed 10 Jan 2025.

2. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand national action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2023–2027 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf> (in thai)
3. Intrakamhaeng A. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2017. (in thai)
4. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strengthening health literacy: from village health volunteers (VHVs) to community health volunteers (CHVs). Bangkok:O-Wit (Thailand); 2017. (in thai)
5. Guilfoyle A, et al. Role of community health workers in chronic disease management. *Glob Health Action*. 2017;10(1):127–35.
6. Smith J, Roberts M. Influence of age on health literacy and health promotion effectiveness among community health workers. *J Public Health*. 2019;45(2):112–25.
7. Jones A, Taylor B. Gender differences in health counseling and education skills: a comparative study. *Health Educ Res*. 2020;34(2):112–25.
8. Suksawat K. Personal factors influencing the performance of village health volunteers. *Nurs Res J*. 2023;41(2):45–58. (in thai)
9. Brown L, et al. Role of experience in shaping health literacy among community health volunteers. *Health Educ Res*. 2021;32(3):165–80.
10. Garcia H, et al. Impact of continuous training on health literacy among community health volunteers. *BMC Health Educ*. 2017;17(3):310–25.
11. Phitak T. Consumers’ awareness on health information-seeking behavior in Thailand: a health consumer perspective [Internet]. *Journal of Information Systems in Business*. 2016;2(3).[cited 2025 Jan 11]. Available from: https://www.jisb.tbs.tu.ac.th/wp-content/uploads/2022/10/Jisb2559-Vol2No3_1Thanyarat.pdf. DOI:10.14456/jisb.2016.16. (in thai)
12. Namsri W, Wongkumsin T. Health literacy, participation in the prevention of COVID-19 and transformational leadership of village health volunteers in Phayao Province. *Prim Health Care J (Northeast Ed)*. 2024;39(1):47–61. (in thai)
13. Kaewprom C, Sara A, Pimthong N. Resource support influences health literacy of village health volunteers. *Journal of Nursing and Health Care*. 2014;31(3):45–54. (in thai)
14. Marangsi S. Effects of an empowerment program on knowledge, attitudes, and skills of village health volunteers in community practice. *Rachawadee Journal*. 2020;10(1):43–53. (in thai)
15. Marangsi S. Effects of an empowerment program on knowledge, attitudes, and skills of village Health volunteers in community practice. *Rachawadee Journal*. 2020;10(1):43–53. (in thai)
16. Samut Prakan Provincial Public Health Office. Health Data Center (HDC) [Internet]. Available from:<https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php>. Accessed 2025 Jan 10. (in thai)
17. Kitpreedaburisuth B. Techniques for developing research data collection tools. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (in thai)
18. Kitpreedaburisuth B. Research handbook: writing research reports and theses. 10th rev. ed. Bangkok:Rueankaeo Printing; 2010. p.197–208. (in thai)
19. Hambleton RK. Test score validity and standard-setting methods. In: Berk RA, editor. *Criterion-referenced measurement: The state of the art*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1980.
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297–334. Available from:<https://doi.org/10.1007/BF02310555>
21. Azami M, Sharifi H, Alvandpur S. Evaluating the relationship between information literacy and evidence-based nursing and their impact on knowledge and attitude of nurses working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences on medication errors. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(8):4097–106. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_5_20

22. Charoensuk S, Srisa-ard B, Chansatitporn N. Factors influencing performance of village health volunteers in health promotion and disease prevention. *J Public Health Dev.* 2020;18(1):85–98. (in thai)
23. Srithongthum Y, Wongkongdech R, Sillabutra J. Capacity building of village health volunteers for NCDs prevention in Thailand. *J Health Sci.* 2019;28(2):112–20. (in thai)
24. Thanyarat W. Use of online media for health information among village health volunteers in Thailand. *Thai J Nurs Res.* 2016;20(3):205–15. (in thai)
25. Maneewat K. Community participation and success in NCDs prevention programs: Evidence from local health volunteers in Thailand. *J Community Health.* 2023;48(2):233–42. (in thai)
26. Phuphaibul R, Thanooruk R, Sinsuksai N, et al. Factors related to health literacy among village health volunteers in Thailand. *J Health Res.* 2018;32(5):371–80. (in thai)
27. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8.
28. Thanyarat P. Awareness of information use in health websites in the context of Thailand [Internet]. *J Inf Syst Bus Rev.* 2016;2(3):1–14. Available from: https://www.jisb.tbs.tu.ac.th/wp-content/uploads/2022/10/Jisb2559Vol2No3_1Thanyarat.pdf (in thai)

การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน Development of Cholangiocarcinoma Screening System in community

สิริณัฐ ภัณฑารักษ์

Sirunnat Kanthasap

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

Department of communicable disease control Lamphun Provincial Health Office

Corresponding author: sirunnk@gmail.com

Received: April 17, 2025 | Revised: August 23, 2025 | Accepted: August 29, 2025

Abstract

This research and development study aimed to develop a screening service system for cholangiocarcinoma among at-risk populations under the strategic plan for the elimination of liver fluke and cholangiocarcinoma in Lamphun Province. The study was conducted in three phases: (1) situation survey and problem analysis,⁽²⁾ development of the screening service system, and (3) monitoring and evaluation. Data were collected from October 2023 to April 2025. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean.

The results showed that the developed service model comprised five key components: (1) integration of collaboration between the Department of Disease Control and partner networks to support mobile royal ultrasound units, increase the number of ultrasound machines in the area, and provide skilled screening personnel; (2) proactive communication through multiple channels of health promotion and initial risk assessment conducted by village health volunteers and community health leaders; (3) provision of proactive screening services in communities; (4) development of an information system for recording risk behaviors and abdominal ultrasound results; and (5) assignment of a primary responsible physician in each area for referral management when further investigation was required. The outcomes revealed that the number of people receiving cholangiocarcinoma screening services increased by 9.8%, which exceeded the Ministry of Public Health's target by 12.1%.

In conclusion, the development of this screening service system improved access to cholangiocarcinoma screening, enhanced the efficiency of resource utilization, and enabled timely management of suspected cholangiocarcinoma cases.

Keywords: Ultrasound screening, Cholangiocarcinoma, Liver fluke risk group

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำพูน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหา (2) การพัฒนาระบบบริการคัดกรอง และ (3) การติดตามและประเมินผล โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเมษายน 2568 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบบริการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ (1) การบูรณาการความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่าย ในการสนับสนุนตรวจอัลตราซาวด์พระราชทานและเพิ่มเครื่องอัลตราซาวด์ในพื้นที่พร้อมบุคลากรผู้ตรวจที่มีความชำนาญ (2) การสื่อสารเชิงรุกผ่านการประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ ร่วมกับการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นโดย อสม. และแกนนำสุขภาพ (3) การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ (4) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อบันทึกข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและผลการตรวจอัลตราซาวด์ของท้อง และ (5) การจัดให้มีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลักในพื้นที่เพื่อประสานการส่งต่อกรณีจำเป็น ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่า มีผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.8 และสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดถึงร้อยละ 12.1

สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีดังกล่าว ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการผู้สงสัยป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างทันทั่วถึง

คำสำคัญ: การคัดกรองอัลตราซาวด์, มะเร็งท่อน้ำดี, กลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ

บทนำ

ประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก โดยมีรายงานอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age - standardized incidence rates: ASR) 85 ต่อประชากรแสนคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ โดยในปี พ.ศ. 2555 - 2564 มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่พบอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในประเทศไทยเฉลี่ย 22.6 - 26.3 ต่อประชากรแสนคน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ⁽²⁾ อุตการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับหรือติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำส่งผลให้เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคนได้^(3,4) องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 - 2568 โดยกำหนดเป้าหมาย คือ อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ 1.0 ในปี 2568 และอัตราการตายจากมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ในปี 2578⁽⁵⁾ ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่เข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อแสดงอาการหรืออยู่ในระยะลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง ซึ่งโอกาสการรักษาในระยะนี้ให้ดีขึ้นหรือหายถือน้อยมากส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ในปี พ.ศ. 2556 - 2564 เขตสุขภาพที่ 1 เป็นหนึ่งในเขตสุขภาพที่มีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงเฉลี่ย 30.7

ต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 ต่อปี อุตการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 ต่อปี โดยจังหวัดลำพูนเป็นหนึ่งใน 1 ใน 30 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง ที่มีแหล่งระบาดของพยาธิใบไม้ตับ ในปี พ.ศ. 2555 - 2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีเฉลี่ย 27.7 ต่อแสนประชากร และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกัน⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจังหวัดลำพูนมีแนวโน้มการพบพยาธิใบไม้ตับลดลง ซึ่งพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังคงมีความจำเป็นในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากจังหวัดมีพื้นที่เสี่ยงคือ มีพื้นที่ติดแหล่งน้ำ มีแหล่งเก็บน้ำขนาดใหญ่ และประชาชนที่มีวิถีชีวิตที่ติดแหล่งน้ำพบว่ามีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เป็นปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาร้า ปลาส้ม ปลาจ่อม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้นด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเข้าถึงง่ายที่สุด ปัจจุบันมีรังสีแพทย์ รวมถึงแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องอัลตราซาวด์สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรก และติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโดยอัลตราซาวด์ของท้องที่สามารถมองเห็นก้อนมะเร็งหรือลักษณะของท่อน้ำดีขยายตัว ซึ่งบ่งบอกถึงความผิดปกติอันอาจหมายถึงมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งนี้หากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกพบว่ามีโอกาสรักษาได้มากกว่าและมีโอกาสรักษาหายสูงถึงร้อยละ 90.0 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น มะเร็งท่อน้ำดี จะได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันด้วยเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (CT) หรือการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) อีกครั้งเพื่อนำเข้าสู่ระบบวางแผนตรวจรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนได้ดำเนินงานตาม แผนงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการปลอด พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี พ.ศ. 2568 โดยหนึ่งในเป้าหมายการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 30 จังหวัดเสี่ยง ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์จำนวน 2,000 คนต่อปี⁽⁷⁾ ใน ปี พ.ศ. 2560 - 2565 คัดกรองไปแล้ว 4,748 คน เฉลี่ย 950 คนต่อปี ซึ่งผลการคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมายต่อปีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ดังนั้นจึงมีการ ศึกษาปัญหาและพัฒนากระบวนการให้บริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัด กรอง ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการควบคุมและ ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดไว้ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัด ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 - 2568 ที่มุ่งลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี อีกทั้งยังเป็นข้อมูล สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีผลต่อการดำเนินงานด้าน การดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่าง ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีใน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหา พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาที่พบจาก การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมา โดยการทบทวน จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับ ผิดชอบงานโครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน จำนวน 15 คน เพื่อระบุนโยบายด้านการ เข้าถึงบริการ เครื่องมือ บุคลากร และระบบส่งต่อ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง มุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของ ประชาชน โดยประกอบด้วย 3 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่

1. การออกแบบรูปแบบบริการคัดกรอง มีการประชุม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วม กันออกแบบระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน กลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นในประเด็นการบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์และเครื่องมือสื่อสาร รูปแบบการให้ บริการ การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านข้อมูล และแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติ

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบข้อมูล มีการ ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลใน พื้นที่เป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง รวมถึงการ บันทึกและประมวลผลข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงเพื่อระบุกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่การตรวจคัดกรอง และ แบบสอบถามบันทึกผลการตรวจอัลตราซาวด์ ทั้งหมดจัดทำ ผ่านระบบ Google Form เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็ว และ ลดความผิดพลาดในการจัดเก็บข้อมูล

3. การคัดเลือกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ดำเนิน การถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณา จากพื้นที่ที่ มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ พื้นที่ติดแหล่งน้ำหรือมีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับ และพื้นที่ที่ เคยพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ครอบคลุม 4 อำเภอ 15 ตำบล ในจังหวัดลำพูน กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 46,000 คน โดยคัดเลือกจากผู้ผ่านการคัดกรอง ความเสี่ยงเบื้องต้นด้วยการสอบถามวาจา (verbal screening) และมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ผู้เข้ารับการตรวจต้องมีเลข ประจำตัวประชาชน 13 หลักและสมัครใจเข้ารับบริการตรวจ อัลตราซาวด์

ระยะที่ 3 ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือเพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็ง ท่อน้ำดี

1.1 การสำรวจสภาพปัญหาการดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมา ดำเนินการโดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มย่อย (focus group discussion) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ ดำเนินงาน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของ ระบบคัดกรองที่มีอยู่ เช่น การเข้าถึงบริการของประชาชน ความเพียงพอของเครื่องอัลตราซาวด์และบุคลากร ความล่าช้า ในขั้นตอนบริการ รวมถึงการขาดระบบประสานงานส่งต่อ

1.2 การพัฒนาแบบสอบถามการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีและบันทึกผลตรวจอัลตราซาวด์ พัฒนาแบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการตรวจคัดกรอง โดยอ้างอิงแบบฟอร์มมาตรฐาน CCA01 และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ภาคเหนือ เช่น การสอบถามประวัติการอยู่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของผู้ตอบหรือญาติ พร้อมทั้งพัฒนาแบบบันทึกผลตรวจมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้อง โดยอ้างอิงจากแบบฟอร์มมาตรฐาน CCA02 ของโครงการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งสองเครื่องมือได้รับการพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบ Google Forms เพื่อเพิ่มความสะดวกในการบันทึกและประมวลผลข้อมูล พร้อมระบบจำกัดสิทธิ์การเข้าถึง ป้องกันการแก้ไขข้อมูลโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และอำนวยความสะดวกต่อการประสานงานส่งต่อ

1.3 การพัฒนารูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรอง ออกแบบการให้บริการคัดกรองโดยใช้หน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ (Public Health Service Delivery Mobile Unit) ร่วมกับรถอัลตราซาวด์พระราชทานและรังสีแพทย์ในจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน จัดกิจกรรม ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ผ่านสื่อวิทยุชุมชน เสียงตามสาย และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยให้อสม. ทำหน้าที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยวาจา (verbal screening) ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป

2. เครื่องมือเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยวาจาโดยอสม. เพื่อคัดกรองเบื้องต้นในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป

2.2 แบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี (ปรับจาก

CCA01) ใช้เก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการตรวจคัดกรอง

2.3 แบบบันทึกผลการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (ปรับจาก CCA02) ใช้บันทึกข้อมูลผลการตรวจของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่และแยกแยะข้อมูลตามประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำพูน ดังต่อไปนี้

1.รูปแบบการพัฒนาระบบคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยง

การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของ กลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากรูปแบบเดิมเป็นรูปแบบใหม่ ได้แก่ ด้านความร่วมมือกับเครือข่ายภาครัฐและภาคี การจัดสรรบุคลากรที่ผ่านการอบรม รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น รถตรวจอัลตราซาวด์พระราชทาน การสื่อสารเชิงรุกผ่านวิทยุชุมชน เสียงตามสาย และการคัดกรองด้วยวาจาจากกลุ่มเสี่ยง ก่อนวันให้บริการโดย อสม. การให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ชุมชน มีห้องตรวจเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรที่ตรวจได้สูงขึ้น การบันทึกข้อมูลเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Google Forms พร้อมระบบส่งต่อกรณีสงสัย การส่งต่อและติดตามดูแลร่วมกับแพทย์ประจำพื้นที่ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
ความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย	การดำเนินงานจัดบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการโดยสถานพยาบาลในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้ บุคลากร : จ้างเหมารังสีแพทย์นอกพื้นที่ หรือ แพทย์ที่ได้รับการอบรม อย่างใดอย่างหนึ่ง อุปกรณ์ : เครื่องอัลตราซาวด์ของพื้นที่ที่จะดำเนินการคัดกรอง จำนวน 2 - 3 เครื่อง	การบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทีมจากกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่ายในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี มีรายละเอียด ดังนี้ บุคลากร : ประกอบด้วยรังสีแพทย์ แพทย์ที่ได้รับการอบรมของพื้นที่ และพยาบาลที่ผ่านการอบรมของทีมบูรณาการต่างพื้นที่ อุปกรณ์ : ได้รับสนับสนุนรถพระราชทานอัลตราซาวด์ (Mobile Unit) จำนวน 1 คัน พร้อม Mobile ultrasound และเครื่องอัลตราซาวด์ของพื้นที่ในจังหวัด จำนวน 2 - 3 เครื่อง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
การสื่อสาร	- ประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่เป้าหมายเพื่อประชาสัมพันธ์เข้าร่วมในช่วงเวลาคัดกรองที่กำหนด คัดกรองเบื้องต้นในวันให้บริการ	- การสื่อสารเชิงรุกโดยการประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน - คัดกรองเบื้องต้นด้วยวาจาในผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปและมีประวัติเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในชุมชนโดยอสม. และแกนนำสุขภาพ ก่อนวันให้บริการ
รูปแบบการให้บริการ	การจัดบริการเชิงรับดำเนินการในโรงพยาบาล โดยให้ ผู้ที่เข้ามารับบริการ หรือกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ 40 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการด้วยตนเอง (walk - in) ที่สถานที่ตรวจ ณ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งจะมีห้องตรวจให้บริการ จำนวน 1 ห้อง ตรวจได้เฉลี่ย 15 คนต่อชั่วโมง	จัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ชุมชน ให้บริการแบบเชิงรุกในพื้นที่ชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้กับที่อยู่อาศัย ทำให้การเดินทางสะดวกขึ้น เข้าถึงบริการมากขึ้น นอกจากนี้ได้มีการจัดเตรียมห้องตรวจให้เพียงพอต่อความต้องการโดยจัดห้องตรวจให้บริการ จำนวน 3 – 4 ห้อง ซึ่งตรวจได้เฉลี่ย 25 คนต่อชั่วโมง
การพัฒนาระบบสารสนเทศ	บันทึกการคัดกรองและผลตรวจในรูปแบบเอกสาร	การบันทึกข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและผลการตรวจด้วยการอัลตราซาวด์ช่องท้องดำเนินการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ Google Forms สามารถส่งคืนข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้พื้นที่เพื่อดูแลติดตามป้องกันโรค และสามารถส่งต่อผลตรวจในรายที่เข้าข่ายสงสัยได้ทันที
การส่งต่อ	ขาดระบบประสานงานการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหรือการส่งต่อไปรับบริการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	การจัดให้มีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลักของพื้นที่เพื่อรับส่งต่อกรณีที่จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมกรณีที่ผู้ตรวจพบความผิดปกติหรือเข้าข่ายสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี

2. ผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการ พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบ ผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่ ร้อยละ 9.8 และมีผลสำเร็จสูงกว่าเป้าหมาย

ร้อยละ 12.1 โดยพบผู้ตรวจพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งร้อยละ 31.8 ผู้เข้าข่ายสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 0.3 และผู้ตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 0.07 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการ

ผลการพัฒนา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
จำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีต่อประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปในพื้นที่ (ร้อยละ)	2,046/46,000 (4.5)	4,485/46,000 (9.8)
ร้อยละผลสำเร็จตามเป้าหมาย 2,000 คน/ปี	ต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 48.9	สูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 12.1
จำนวนผู้ตรวจพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง (ร้อยละ)	730/2,046 (35.7)	1,430/4,485 (31.8)
จำนวนผู้เข้าข่ายสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ)	7/2,046 (0.3)	11/4,485 (0.3)
จำนวนผู้ตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ)	1/2,046 (0.05)	3/4,485 (0.07)

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดลำพูน พบว่า ระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงรูปแบบใหม่ คือ การให้บริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้องเชิงรุกถึงพื้นที่ชุมชน โดย (1) บูรณาการความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนรถตรวจอัลตราซาวด์พระราชทาน และเพิ่มเครื่องอัลตราซาวด์ในพื้นที่ ส่งผลต่อความครอบคลุมของการให้บริการและเพิ่มความยืดหยุ่นในการเข้าถึงพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งร่วมกับเครือข่ายในการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทาง เช่น รังสีแพทย์ แพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรม สามารถเพิ่มปริมาณห้องตรวจและคุณภาพของการตรวจคัดกรอง (2) การสื่อสารเชิงรุกโดยการประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน และการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นด้วยวาจาของ อสม. และแกนนำสุขภาพถือเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเสี่ยง (3) การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้กับที่อยู่อาศัย ทำให้การเดินทางสะดวกขึ้น เข้าถึงบริการมากขึ้น (4) การบันทึกข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและผลการตรวจด้วยการอัลตราซาวด์ช่องท้องในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ Google Forms สามารถส่งคืนข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้พื้นที่เพื่อดูแลติดตามป้องกันโรค และสามารถส่งต่อผลตรวจในรายที่เข้าข่ายสงสัยได้ทันที (5) การจัดให้มีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลักของพื้นที่เพื่อรับส่งต่อกรณีที่ต้องตรวจเพิ่มเติม ผู้ตรวจพบความผิดปกติหรือเข้าข่ายสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี สามารถเข้าสู่การรักษาได้ทันทีที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชตภรณ์ แสงภักดี พบว่ารูปแบบคำถามการคัดกรองด้วยวาจาที่สามารถคัดกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการอัลตราซาวด์ได้อย่างครอบคลุม การคืนข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงให้กับพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ปรับระบบการให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ทั้งตั้งรับที่โรงพยาบาลแม่ข่าย และออกตรวจอัลตราซาวด์เชิงรุกถึงพื้นที่ชุมชนให้บริการทั้งวันราชการและวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกได้⁽³⁾

นอกจากนี้ในด้านต้นทุนในการคัดกรอง พบว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงจาก 170 บาทต่อคน เหลือ 60 บาทต่อคน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การลดต้นทุนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ แต่กลับเอื้อต่อการเพิ่มจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ระบบบริการตรวจคัดกรองได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งการคัดกรองมะเร็ง

ท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย⁽⁴⁾ เพราะการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้องในกลุ่มเสี่ยง เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีที่ราคาถูก สะดวก และความไวสูงโดยเฉพาะในประชาชนที่มีโอกาสเกิดมะเร็งท่อน้ำดีและอาจยังไม่แสดงอาการ อีกทั้งสามารถเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองได้มากกว่าวิธีการอื่น การตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาทางคลินิกที่ดี ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงได้^(8,9)

จากข้อมูลเปรียบเทียบผลการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีรูปแบบใหม่ สามารถคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 9.8 ภายหลังการพัฒนา ผลสำเร็จตามเป้าหมายจำนวน 2,000 คนต่อปี สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 12.1 ภายหลังการพัฒนา แสดงให้เห็นว่ามาตรการเชิงรุก ทั้งการให้บริการในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของพื้นที่ผ่านเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น การประชาสัมพันธ์ และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยวาจา มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และกระตุ้นการเข้ารับบริการของประชาชนได้ อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละของผู้ตรวจพบความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 35.7 เป็นร้อยละ 31.8 ร้อยละของจำนวนผู้เข้าข่ายสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีคงที่ร้อยละ 0.3 ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา และร้อยละของจำนวนผู้ตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 0.05 เป็น 0.07 แสดงให้เห็นว่าในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีของจังหวัดลำพูนคงที่

ซึ่งจากการติดตามประเมินผลพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีประชาชนกลุ่มเสี่ยง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบทสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต พบว่า ตอบสนองปัญหาที่พบช่วงก่อนการพัฒนาระบบทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ดำเนินการคัดกรองสะดวกต่อการเข้าถึงการให้บริการ การเลือกพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในการดำเนินงาน ทำให้สามารถประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มบุคลากรผู้ตรวจคัดกรองที่มีความเชี่ยวชาญ รถพระราชทานอัลตราซาวด์เคลื่อนที่ การพัฒนาระบบสารสนเทศ บันทึกข้อมูลคัดกรอง ส่งผลให้การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นบรรลุจำนวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประสานการส่งต่อการรักษาได้รวดเร็วต่อเนื่อง และสามารถส่งคืนผลข้อมูลการตรวจคัดกรองให้พื้นที่เพื่อให้เกิดการพัฒนาการส่งเสริมป้องกัน

มะเร็งท่อน้ำดีได้ โดยเฉพาะการดำเนินงานในรูปแบบหน่วยบริการ สาธารณสุขเคลื่อนที่นำโดยพระราชทานอัลตราซาวด์ เป็นทางเลือกในพื้นที่ที่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงานเพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงและเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย และเป็นการส่งสารรูปแบบสำคัญเชิงสัญลักษณ์ไปยังประชาชนถึงการให้ความสำคัญของระบบบริการที่ห่วงใยในสุขภาพของประชาชน

สรุปผล

การพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดลำพูน ตามแผนยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าระบบบริการรูปแบบใหม่ที่เน้นการให้บริการเชิงรุกโดยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ทั้งในด้านบุคลากร เช่น รังสีแพทย์ แพทย์ และพยาบาล ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง เครื่องมือ เช่น รถตรวจอัลตราซาวด์ พระราชทานและเครื่องอัลตราซาวด์ประจำพื้นที่ การจัดการข้อมูลและระบบการส่งต่อ รวมถึงการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เชิงรุก ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงการให้บริการคัดกรอง คุณภาพของการตรวจคัดกรอง และการบริหารจัดการข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรขยายพื้นที่คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีไปยังพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ใกล้แหล่งน้ำ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงแฝงที่มีความเสี่ยงสูง เช่น นิคมอุตสาหกรรม เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานต่างถิ่นหรือคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือย้ายถิ่นฐาน
2. สร้างความรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมบทบาทของแกนนำสุขภาพและอสม. ในการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น
3. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดระบบคัดกรอง ติดตามและส่งต่ออย่างเป็นระบบ มีความรวดเร็ว และดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง
4. การสร้างความยั่งยืนในการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการอัลตราซาวด์ในพื้นที่ทางเลือก ควรได้รับการสนับสนุนการส่งพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายเข้าฝึกอบรมตามโครงการฝึกอบรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง การรับรู้และตระหนักรู้

ความเสี่ยงพฤติกรรมที่อาจเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน เพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้

2. ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ร่วมให้บริการ ผู้รับบริการ ในการพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค และทีมบูรณาการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในการนำรถอัลตราซาวด์ พระราชทานร่วมดำเนินงานในพื้นที่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการคัดกรอง ตลอดจนผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและผลักดันจนการพัฒนาสำเร็จตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. Banales JM, Marin JJG, Lamarca A, Rodrigues PM, Khan SA, Roberts LR, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2020 Jun 30; 2020;17:557–88. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0310>.
2. ThaiHealthStat [Internet]. Nonthaburi: Health Information System Development Office; 2020 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/>.(in thai)
3. Kumluang S, Kingkaew P, Teerawattananon Y. A literature review of cholangiocarcinoma screening in Thailand. JHSR. 2013;7(3):421-30.(in thai)
4. Songserm N, Phromthep S. Cholangiocarcinoma Analysis: Knowledge Role and Challenges of Public Health Professional in Prevention and Control in Thailand. kkujphr. 2011;4(3):97-103.(in thai)
5. Department of Disease Control Ministry of Public Health (2016). Decade strategic plan to eliminate liver fluke and cholangiocarcinoma problems, 2016 - 2025. Nonthaburi: WVO Office of Printing Mill.(in thai)

6. Phongnikorn D, Daoprasert K, Wongkaew B, Saengkham S, Praditkhai M, Meemak R. Trends in cancer incidence and mortality in northern Thailand 1993 – 2017. [publisher unknown]. Lampang cancer hospital; 2020. p33-4, 72-7.(in thai)
 7. Guidelines for implement screening and treatment of liver fluke disease and Cholangiocarcinoma [Internet]. Nonthaburi: Health Administration Division of the Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://shorturl.asia/Jvn4W> (in thai)
 8. Saengphak R. The development of cholangiocarcinoma screening model in high risk population at Mueang district, Yasothon Province. *hej*. 2020;5(4):180-88. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252896> (in thai)
 9. Thamma S. The development system for screening on liver flukes and cholangiocarcinoma in risk groups as participatory communities Suwannaphum Hospital. *jrhi*. 2023;4(3):203-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/267441> (in thai)
-

ความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี Prevalence and Characteristics of Hepatitis B and C Virus Infections among At-Risk Populations in Lopburi Provincial Administrative Organization

สุชาญวัชร สมสอน

Suchanwat Somsorn

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

Corresponding author: suchanwat.somsorn@bcnnon.ac.th

Received: April 16, 2025 | Revised: August 2, 2025 | Accepted: August 29, 2025

Abstract

Hepatitis B and C viruses remain major public health concerns worldwide and in Thailand, as they can lead to chronic hepatitis, cirrhosis, and hepatocellular carcinoma. Populations born before 1992, who did not benefit from universal hepatitis B vaccination, are at particular risk. This study aimed to assess the prevalence and characteristics of hepatitis B and C infections among at-risk populations in Lopburi Province.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 429 at-risk individuals aged 30 years and older who underwent proactive screening with rapid test kits. The screening took place between October 2024 and February 2025 in four subdistrict health-promoting hospitals under Lopburi Provincial Administrative Organization. Data were collected using standardized screening forms from the Demonstration Center for Preventive Medicine, Office of Disease Prevention and Control Region 4, and analyzed using descriptive statistics.

Results: The prevalence of hepatitis B surface antigen (HBsAg) was 1.17%, while anti-hepatitis C virus antibody (Anti-HCV) was 0.70%. Most HBV-positive individuals were female, aged 60 years or older, and married, whereas most HCV-positive cases were male, aged 50–59 years, and engaged in informal occupations (labor/trade). The most common risk factors included being born before 1992 (99.3%) and sharing sharp instruments (55.94%), both of which were associated with infection. Tattooing or body piercing outside medical facilities was reported by only 0.47% of participants, yet half of them were HCV-positive.

Conclusion: Although the prevalence of hepatitis B and C infections among at-risk populations in Lopburi Province was lower than national and specific population estimates, the issue remains a significant concern. Proactive screening of individuals born before 1992, campaigns to reduce high-risk behaviors, and strengthened local collaboration to ensure timely treatment are essential for reducing transmission and supporting the national strategy to eliminate viral hepatitis by 2030.

Keywords: Prevalence, Hepatitis B virus, Hepatitis C virus, At-risk population, Lopburi Province

บทคัดย่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากก่อให้เกิดภาวะตับอักเสบริื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 429 ราย ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid test ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของศูนย์สถิติเวชศาสตร์ป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: พบความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ร้อยละ 1.17 และไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti-HCV) ร้อยละ 0.70 ผู้ติดเชื้อ HBV ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสถานภาพสมรส ขณะที่ผู้ติดเชื้อ HCV ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 50 – 59 ปี และมีอาชีพรับจ้าง (รับจ้าง/ค้าขาย) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการเกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 (99.30%) และการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น (55.94%) โดยตรวจพบการติดเชื้อสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ การสักหรือเจาะในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล แม้พบเพียงร้อยละ 0.47 แต่มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 50.00

สรุปผลการศึกษา: แม้ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรีจะอยู่ในระดับต่ำกว่าความชุกโดยรวมของประเทศและกลุ่มประชากรเฉพาะ แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับความสนใจ การดำเนินมาตรการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 การณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการบูรณาการความร่วมมือระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว มีความจำเป็นต่อการลดการแพร่กระจายเชื้อและสนับสนุนยุทธศาสตร์การกำจัดไวรัสตับอักเสบบีภายในปี 2573

คำสำคัญ : ความชุก, ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบบีซี, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง, จังหวัดลพบุรี

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี หนึ่งในปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยประชากรถึง 350 ล้านคน เป็นโรคตับอักเสบริื้อรังจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของตับแข็งและมะเร็งตับ สามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ หรือจากการคาบูกาย ในปี 2019 มีประชากรถึง 1.1 ล้านคนที่เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากตับแข็งและมะเร็งตับ ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส ได้คาดการณ์ประเทศไทย จะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณสูงถึง 2.2 – 3 ล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535⁽¹⁾ ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (R506, D506) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽²⁾ พบว่า ปี 2566 - 2567 มีอัตราป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี คิดเป็น 12.23 และ 24.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และโรคไวรัสตับอักเสบบีซี เท่ากับ 2.04 และ 4.75 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอัตราป่วยที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนที่สามารถป้องกันและรักษาตามอาการ ส่วนการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีซี ไม่มีวัคซีนในการป้องกัน และรักษาหายขาดด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส ระยะเวลา 12 สัปดาห์^(3,4) ดังนั้นตามยุทธศาสตร์กำจัด

โรคไวรัสตับอักเสบบีได้เร่งรัดส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและสนับสนุนการรักษาไวรัสตับอักเสบบีให้เข้าสู่ระบบบริการตามหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มากที่สุด^(1,3,4)

สถานการณ์การไวรัสตับอักเสบบี และซี ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ย้อนหลัง 5 ปี (ปีงบประมาณ 2563 - 2567) เท่ากับ 6.13, 4.51, 6.34, 8.48 และ 22.14 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีซี ย้อนหลัง 5 ปี (ปีงบประมาณ 2563 - 2567) เท่ากับ 0.18, 0.13, 0.31, 2.32 และ 19.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(5,6) จากรายงานสรุปผลการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ประชาชนทั่วไป กลุ่ม อปท. ในเขตสุขภาพที่ 4 ของกรมควบคุมโรค พบว่า ปี 2567 มีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2.13 และความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี ร้อยละ 1.04⁽⁷⁾ ซึ่งจากการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เขตสุขภาพที่ 4 พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.67 ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 0.81 โดยจังหวัดที่มีความชุกโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดลพบุรี ร้อยละ 3.62 รองลงมาจังหวัดสระบุรี ร้อยละ

3.25 จังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 3.12 และจังหวัดที่มีความชุกโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี ร้อยละ 2.23 รองลงมาจังหวัดปทุมธานีร้อยละ 1.15 และจังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 1.02⁽⁸⁾

จากสถานการณ์ทำให้เห็นว่า จังหวัดลพบุรี เป็นจังหวัดที่มีปัญหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี สูง จึงต้องให้ความสำคัญกับการเร่งรัดค้นหาและคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี พบในผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 5.17 และ 1.76 ตามลำดับ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ตามที่กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค สำรวจพบความชุก⁽⁴⁾ ร้อยละ 2.09 และ 0.42 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ และความชุกไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.41 แสดงให้เห็นว่าของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ยังสูงอยู่โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงตามข้อมูลของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ตามแนวทางของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ ได้แก่ ผู้ที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 ผู้ใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่เคยได้รับเลือดหรือสารเลือด ผู้ที่เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ที่เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคนโดยไม่ได้ป้องกัน ผู้ที่เคยมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่เคยสักผิวหนังเจาะหู เจาะตามร่างกาย ผึ้งเข็ม ในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล ผู้ที่เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และผู้ที่เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้เร่งรัดให้คัดกรองเชิงรุกจะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^(3,4,12) อย่างไรก็ตามในการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี ถึงแม้จะมีนโยบายเร่งรัดแต่ยังมีการศึกษาวิจัยยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จึงทำการศึกษาความชุก และคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยนี้

โดยเฉพาะเมื่อทราบถึงคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี มาใช้ประกอบการวางแผนขยายผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว รวมถึงสามารถลดการแพร่เชื้อและลดโอกาสป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปในพื้นที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 481,547 คน⁽¹³⁾ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid test ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไก่ตัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพระงาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเสม็ดสาร จำนวน 429 คน⁽¹⁴⁾ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นคนไทยที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 หรืออายุ 30 ปีขึ้นไป
2. มีประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ได้แก่
 - ประวัติเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดแม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว
 - เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประวัติเคยได้รับเลือด หรือ สารเลือด ก่อนปี พ.ศ. 2535
 - ประวัติเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี พ.ศ. 2535
 - ประวัติเคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - ประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
 - คนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา เป็นผู้ป่วย

ไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี

- ประวัติเคยสักผิวหนัง เจาะหู หรือ ฟันเขี้ยว ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล

- ประวัติเคยได้รับการฉีดยา หรือ ผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน

- บุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และเคยใช้ของที่มีคมบางชนิดร่วมกับผู้อื่น

3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

4. สัมผัสใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี ด้วยชุดตรวจ Rapid test ไวรัสตับอักเสบบี และซี

เกณฑ์คัดออก

1. อายุต่ำกว่า 30 ปี

2. ไม่มีประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี

3. มีความเจ็บป่วย หรือเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อการเจาะเลือดปลายนิ้ว

4. ปฏิเสธเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี ด้วยชุดตรวจ Rapid test

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของศูนย์สาธิตเวชศาสตร์ป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ สัญชาติ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ประวัติการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2) ประวัติการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และ 3) ประวัติการได้รับวัคซีน ไวรัสตับอักเสบบี เป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย เคยตรวจและไม่เคยตรวจ

ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) เกิดก่อนปี 2535 2) ประวัติเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดแม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว 3) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) ประวัติเคยได้รับเลือด หรือ สารเลือด ก่อนปี พ.ศ. 2535 5) ประวัติเคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี พ.ศ. 2535 6) ประวัติเคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 7) ประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย 8) มีคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี 9) ประวัติเคยสักผิวหนัง เจาะหู ฟันเขี้ยว ในที่ที่ไม่ใช่

สถานพยาบาล 10) ประวัติเคยได้รับการฉีดยา หรือ ผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน 11) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และ 12) เคยใช้ของมีคมบางชนิดร่วมกับผู้อื่น คำถามเป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย เคย และไม่เคย

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Anti-HCV) เป็นแบบตัวเลือก 2 ตัวเลือก ประกอบด้วย ผลลบ (Negative) และผลบวก (Positive)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid test ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี ตามแผนงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เชิงรุกในชุมชน ปีงบประมาณ 2568 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี⁽¹⁴⁾ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ตามแบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของศูนย์สาธิตเวชศาสตร์ป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค⁽¹⁵⁾

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เชิงรุกด้วยชุดตรวจ Rapid test ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จำนวน 4 แห่ง ตามแผนงานการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เชิงรุกในชุมชน ปีงบประมาณ 2568 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี⁽¹⁴⁾ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ตามแบบฟอร์มการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของศูนย์สาธิตเวชศาสตร์ป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิโดยข้อมูลมีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล ให้เฉพาะผู้ได้รับอนุญาต โดยเลือกเฉพาะข้อมูลที่เป็นและเข้ารหัสเพื่อความปลอดภัย การรักษาความลับ

โดยใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล ปกปิดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และควบคุมการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด โดยให้สิทธิ์ในการเข้าถึงและแก้ไขข้อมูล ปฏิบัติตาม PDPA หรือ GDPR และหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

จากการศึกษาประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหาร

ส่วนจังหวัดลพบุรี พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg positive) จำนวน 5 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.17 (95% CI = 0.51-2.72) และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti - HCV positive) จำนวน 3 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.70 (95% CI = 0.24-2.04) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี จำนวนทั้งสิ้น 429 ราย

การติดเชื้อ	จำนวนตรวจทั้งหมด (ราย)	จำนวนผู้ติดเชื้อ (ราย)	ความชุก (%)	95% CI (%)
ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)	429	5	1.17	0.51 - 2.72
ไวรัสตับอักเสบบีซี (Anti - HCV)	429	3	0.70	0.24 - 2.04

จากการศึกษาประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 429 ราย พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 72.49) โดยตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3 ราย (ร้อยละ 0.96) และไวรัสตับอักเสบบีซี 1 ราย (ร้อยละ 0.32) ขณะที่เพศชายตรวจพบเชื้อไวรัสบีและซีอย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 1.69 กลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.26 สำหรับไวรัสบี และร้อยละ 0.45 สำหรับไวรัสซี) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50 - 59 ปี (ร้อยละ 1.79 สำหรับไวรัสซี)

ด้านอาชีพ พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในกลุ่มค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 2.70 เท่ากัน) และในกลุ่มอาชีพรับจ้างพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 1.25

ส่วนกลุ่มว่างงาน/ไม่ระบุ พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 2.13 และไวรัสซีร้อยละ 0.71 สำหรับสถานภาพสมรส พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 1.89) ขณะที่กลุ่มโสดตรวจพบการติดเชื้อไวรัสซีร้อยละ 1.00

เมื่อพิจารณาโรคประจำตัว พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มโรคเบาหวาน (ร้อยละ 1.92) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 2.32) ส่วนไวรัสตับอักเสบบีพบในกลุ่มที่มีโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 2.44) สำหรับประวัติการตรวจคัดกรองและการได้รับวัคซีน พบว่าผู้ที่เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 0.70) มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี 1 ราย (ร้อยละ 33.33) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดลพบุรี

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ	การติดเชื้อ (ราย/ร้อยละ)			
			ไวรัสตับอักเสบบี		ไวรัสตับอักเสบบีซี	
			คัดกรอง	ติดเชื้อ	คัดกรอง	ติดเชื้อ
เพศ						
ชาย	118	27.51	118	2 (1.69)	118	2 (1.69)
หญิง	311	72.49	311	3 (0.96)	311	1 (0.32)
สัญชาติ						
ไทย	429	100.00	429	5 (1.17)	429	3 (0.67)
อายุ						
30-39 ปี	35	8.16	35	0 (0.00)	35	0 (0.00)
40-49 ปี	61	14.22	61	0 (0.00)	61	0 (0.00)

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดลพบุรี (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ	การติดเชื้อ (ราย/ร้อยละ)			
			ไวรัสตับอักเสบบี		ไวรัสตับอักเสบบี	
			คัดกรอง	ติดเชื้อ	คัดกรอง	ติดเชื้อ
50-59 ปี	112	26.11	112	0 (0.00)	112	2 (1.79)
60 ปี ขึ้นไป	221	51.51	221	5 (2.26)	221	1 (0.45)
ค่าต่ำสุด = 30, ค่าสูงสุด = 87, ค่าเฉลี่ย = 55.94, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.15						
อาชีพ						
เกษตรกร	113	26.34	113	0 (0.00)	113	0 (0.00)
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	58	13.52	58	0 (0.00)	58	0 (0.00)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	8.62	37	1 (2.70)	37	1 (2.70)
รับจ้าง	80	18.65	80	0 (0.00)	80	1 (1.25)
ว่างงาน/ไม่ระบุ	141	32.87	141	3 (2.13)	141	1 (0.71)
สถานภาพ						
สมรส	264	61.54	264	5 (1.89)	264	2 (0.76)
โสด	100	23.31	100	0 (0.00)	100	1 (1.00)
หม้าย/หย่าร้าง	40	9.32	40	0 (0.00)	40	0 (0.00)
แยกกันอยู่	25	5.83	25	0 (0.00)	25	0 (0.00)
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	207	48.25	207	3 (1.45)	207	2 (0.97)
โรคความดันโลหิตสูง	86	20.05	86	0 (0.00)	86	0 (0.00)
โรคเบาหวาน	52	12.12	52	1 (1.92)	52	0 (0.00)
โรคไขมันในเลือดสูง	43	10.02	43	1 (2.32)	43	0 (0.00)
อื่นๆ	41	9.56	41	0 (0.00)	41	1 (2.44)
ประวัติการตรวจคัดกรอง/การรับวัคซีน						
เคยตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	83	19.35	83	0 (0.00)	83	1 (1.20)
เคยตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	348	81.12	348	0 (0.00)	348	1 (0.29)
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	3	0.70	3	0 (0.00)	3	1 (33.33)

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 429 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การเกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 (ร้อยละ 99.30) โดยตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 5 ราย (ร้อยละ 1.17) และไวรัสตับอักเสบบี 3 ราย (ร้อยละ 0.70) รองลงมาคือการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น (ร้อยละ 55.94) ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3 ราย (ร้อยละ 1.25) และไวรัสตับอักเสบบี 1 ราย (ร้อยละ 0.42) นอกจากนี้ การสัก เจาะหู หรือฝังเข็มในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล แม้พบเพียงร้อยละ 0.47 แต่ตรวจพบการติดเชื้อทั้งไวรัสตับอักเสบบีและซี อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 50.00) ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น

การใช้สารเสพติดชนิดฉีด การได้รับเลือดหรือสารเลือดก่อนปี พ.ศ. 2535 การมีคนในครอบครัวป่วย การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม หรือการถูกของมีคมที่มึนขณะปฏิบัติงาน ไม่พบผู้ติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ ของประชากรกลุ่มเสี่ยง (N=429)

ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	การติดเชื้อ (ราย/ร้อยละ)			
			ไวรัสตับอักเสบ บี		ไวรัสตับอักเสบ ซี	
1) เกิดก่อนปี 2535	426	99.30	5	1.17	3	0.70
2) ประวัติเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงครั้งเดียว	3	0.70	0	0.00	0	0.00
3) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4) เคยได้รับเลือด หรือ สารเลือด ก่อนปี พ.ศ. 2535	17	3.96	0	0.00	0	0.00
5) เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี พ.ศ. 2535	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6) เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	0	0.00	0	0.00	0	0.00
7) เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8) มีคนในครอบครัว เช่น คู่ บิดา มารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี	27	6.29	0	0.00	0	0.00
9) เคยสักผิวหนัง เจาะหู ฟันเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล	2	0.47	1	50.00	1	50.00
10) เคยได้รับการฉีดยา หรือ ผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	3	0.70	0	0.00	0	0.00
11) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่	1	0.23	0	0.00	0	0.00
12) เคยใช้ของที่มีคมบางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เป็นต้น	240	55.94	3	1.25	1	0.42

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดลพบุรี พบว่า ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 1.17 และไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ 0.70 อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าความชุกภาพรวมของประเทศ ซึ่งจากรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง ใน พ.ศ. 2557 การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ~4.5 และ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ ~0.39⁽⁴⁾ รวมถึงต่ำกว่าความชุกในกลุ่มเสี่ยงบางพื้นที่ที่มีศึกษามาก่อนหน้านี้ เช่น กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดอุดรธานี พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5.17 การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 1.76⁽¹¹⁾ หรือพนักงานคัดแยกขยะ พนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดยโสธร พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 4.2⁽¹⁷⁾ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงความหลากหลายทางพฤติกรรมเสี่ยงและบริบทชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรีส่วนใหญ่เป็นประชากรสูงอายุ ซึ่งแม้จะมีประวัติความเสี่ยงสะสม แต่ขาดปัจจัยเสี่ยงร่วมที่พบในกลุ่มเฉพาะ เช่น การใช้สารเสพติดแบบฉีด ซึ่งประชาชนทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงสูงมีอัตราการติดเชื้อค่อนข้างต่ำ แต่ยังคงเป็นภัยเงียบที่ต้องมีมาตรการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความชุกแตกต่างกันไปตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำกว่าความชุกภาพรวมของประเทศ

คุณลักษณะของผู้ติดเชื้อ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีสถานภาพสมรส ขณะที่ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 50–59 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย สอดคล้องกับการศึกษาของเขมกร เทียงทางธรรม (2565)⁽¹⁶⁾ และสุชาญวัชร สมสอน (2567)⁽¹²⁾ ที่รายงานอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงใกล้เคียงกัน และยืนยันว่าผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการเฝ้าระวัง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ชี้ว่าผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ไม่ได้รับวัคซีน HBV และมีความเสี่ยงสะสมจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในอดีต

ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น (55.94%) ซึ่งสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 60.00 และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 33.00 แม้ไม่ใช่อันตรายสูงสุดเทียบกับการใช้สารเสพติดแบบฉีด แต่สะท้อนถึงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของประชาชนทั่วไปที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อ สอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรคที่ระบุว่า เป็นช่องทางการแพร่เชื้อในครัวเรือนที่ยังพบได้บ่อย การกำหนดมาตรการควบคุมโรคที่เน้นครัวเรือนและชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการลดการแพร่เชื้อในระยะยาว ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยสักหรือเจาะหูในสถานที่ไม่ใช่สถานพยาบาล แม้จะมีสัดส่วนน้อย ร้อยละ 0.47 แต่กลับตรวจพบเชื้อทั้งไวรัสตับอักเสบบี และซี ในอัตราสูงร้อยละ 50.00 แสดงให้เห็นความสำคัญของการควบคุมมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขอนามัย ควรมีการให้ความรู้กับร้านสัก ร้านตัดผม และการแจกอุปกรณ์ป้องกันเฉพาะบุคคลในชุมชน อาจเป็นแนวทางที่ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปลักษณะของผู้ติดเชื้อ เช่น เพศหญิงสูงอายุในกลุ่มไวรัสตับอักเสบบี และเพศชายวัยทำงานในกลุ่ม ไวรัสตับอักเสบบี ซี บ่งชี้ว่าการออกแบบมาตรการควรแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น การส่งเสริมสุขภาพและวัคซีนในผู้สูงอายุ และการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน และแม้ความชุกของการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี และ ไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรีจะไม่สูง เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรเฉพาะ แต่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุและผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ดังนั้น การดำเนินมาตรการคัดกรองเชิงรุกและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในชุมชนยังคงมีความจำเป็น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แก่ผู้สัมผัสทั้งในครอบครัวและชุมชนได้^(3,4,12) และสนับสนุนเป้าหมายการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขภายในปี 2573

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด ควรบูรณาการนโยบายการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการเอกชนควรเร่งรัดการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ซึ่งยังไม่ได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี อย่างทั่วถึง และมีความเสี่ยงสะสมจากการสัมผัสในอดีต การค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้เข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์ ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางการเข้ารับบริการที่ใกล้บ้าน รวมทั้งประสานการส่งต่อเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างเหมาะสม

3. เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการใช้ของมีคมร่วมกัน รวมถึงการสักหรือเจาะในสถานบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งแม้จะพบในสัดส่วนประชากรน้อย แต่มีอัตราการติดเชื้อสูง ควรมีมาตรการควบคุมคุณภาพร้านสัก ร้านเจาะ และร้านตัดผมอย่างเป็นระบบ

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกัน และการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เช่น ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในแต่ละพื้นที่

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความชุกและคุณลักษณะของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ร้อยละ 1.17 และไวรัสตับอักเสบบี ซี (Anti - HCV) ร้อยละ 0.70 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสถานภาพสมรสขณะที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 50 – 59 ปี และมีอาชีพรับจ้าง (รับจ้าง/ค้าขาย) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การเกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 (99.3%) และ การใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น (55.94%) โดยตรวจพบการติดเชื้อสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากนั้นการสักหรือเจาะในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล แม้พบเพียงร้อยละ 0.47 แต่มีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 50.00 ดังนั้นควรเร่งรัดการดำเนินมาตรการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 การรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการบูรณาการความร่วมมือ

ระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว มีความจำเป็นต่อการลดการแพร่กระจายเชื้อและสนับสนุนยุทธศาสตร์การกำจัดไวรัสตับอักเสบภายในปี 2573

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดชลบุรีที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานตามแผนงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี ขอขอบคุณศูนย์สาธิตเวชศาสตร์ป้องกันที่สนับสนุนบริการและชุดตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี และขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีที่ร่วมดำเนินงานในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Viral Hepatitis Coordination Center, Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control. Guidelines for screening and treatment of hepatitis C to increase access to antiviral drugs. Nonthaburi: Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
2. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Epidemiological Disease Surveillance Report (R506, D506) Hepatitis B and C [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 14]. Available from: <https://ddssoe.ddc.moph.go.th/ddss/> (in Thai)
3. Viral Hepatitis Coordination Center, Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control. Viral Hepatitis Elimination Strategy 2022–2030. Samut Prakan: S.B.K. Printing; 2023. (in Thai)
4. Viral Hepatitis Coordination Center, Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control. Guidelines for screening for hepatitis B and C in target populations at risk for referral to treatment systems in local administrative organizations. Nonthaburi: Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control; 2022. (in Thai)
5. Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, Department of Disease Control. Hepatitis B situation compared over the past 5 years [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/79acb97f-47cb-4d00-b087-59a64833321e/page/p_pf3wd640uc?s=tvUjOoZ8M_Y (in Thai)
6. Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, Department of Disease Control. The situation of hepatitis C virus infection in 5 years [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/e65a2f5c-7ad3-4d54-9735-2249588887a4/page/p_pf3wd640uc (in Thai)
7. Department of Disease Control. Summary report of the results of hepatitis B and C screening. Screening in the general public (local administrative organizations) in 2024, Health Region 4 [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://hepbcc.ddc.moph.go.th/report_summary (in Thai)
8. Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, Department of Disease Control. The situation of hepatitis C virus infection in 5 years [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 30]. Available from: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/e65a2f5c-7ad3-4d54-9735-2249588887a4/page/p_pf3wd640uc (in Thai)
9. Phimsingh N, Wasitthanakasem R, Trisun K, Phuworawan Y, Phothisuwan N. Prevalence and risk factors associated with hepatitis C virus infection in Phetchabun Province. J Dis Prev Control Phitsanulok. 2021;8(3):28–40. (in Thai)
10. Inthasiripong S, Inthasiripong W. Prevalence of hepatitis B, hepatitis C, syphilis and HIV infection in people with thrombocytopenia. Maharat Nakhon Ratchasima Hosp J. 2016;38(3):157–61. (in Thai)
11. Wiwattanachang O, Watcharasuwanseri S, Kitwattanachai P, Ranmeechai P, Maneechote N, Tawichai T, et al. Prevalence and risk factors of hepatitis B and C virus infection, HIV virus and syphilis among prisoners in Udon Thani Provincial Prison. J Dis Control. 2024;50(3):463–75. (in Thai)

12. Somsorn S. Active screening for hepatitis B and C virus in high-risk population in communities in Lopburi Province, fiscal year 2024. *J Sci Technol Community*. 2025;3(2):40–52. (in Thai)
 13. Lopburi Provincial Statistical Office. Population structure of Lopburi Province 2023. Lopburi: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2024. (in Thai)
 14. Emergency Medical Services Division, Public Health Division, Lopburi Provincial Administrative Organization. Results of Hepatitis B and C screening in Lopburi Province, Fiscal Year 2025. Lopburi: Public Health Division, Lopburi Provincial Administrative Organization; 2025. (in Thai)
 15. Preventive Medicine Demonstration Center, Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, Department of Disease Control. Hepatitis B and C Screening Form. Saraburi: Office of Disease Prevention and Control 4, Department of Disease Control; 2024. (in Thai)
 16. Thiangthangtham K, Wongsathit O, Chetsaphan W, Phusa U, Sukkasem S. A study of hepatitis B and C virus screening in high-risk service recipients receiving services at the Urban Clinic Innovation Center. *J Urban Dis Control Inst*. 2022;6(1):218–31. (in Thai)
 17. Thanapathomsinchai P, Duangkaew C, Namwong T. Development of a model for preventing hepatitis B and C in waste sorting staff in local administrative organizations, Yasothon Province. *J Dis Control*. 2021;47(3):531–41. (in Thai)
-

ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของพนักงานบริการหญิง ในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี Health Literacy on Preventive Behaviors for HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Pattaya City, Chonburi Province

ชนิสรา ฐวะคำ*, อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, อัสสิมา มาศโอสถ
Chanissara Thuwakham*, Apinya Piumwattanasup, Assima Madosod
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

Office of Disease Prevention and Control Region 6 Chonburi

*Corresponding author: chanissara.thu@gmail.com

Received: July 9, 2025 | Revised: August 29, 2025 | Accepted: August 29, 2025

Abstract

This cross - sectional survey aimed to assess health literacy regarding HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STIs) preventive behaviors among female sex workers in Pattaya City, Chonburi Province. The target population comprised women aged over 18 years who voluntarily participated. A total of 348 participants were selected using two - stage cluster sampling. Data were collected by a questionnaire adapted from the Ministry of Public Health's health literacy framework and Huynh's instrument. Descriptive statistics were used for analysis. The findings indicated that 59.8% of participants had a high level of health literacy in HIV/AIDS and STIs prevention, with an average score of 125 points (range 43–160 point). When categorized into five key skills, over 70% of the participants demonstrated high levels in accessing (76.4%), understanding (83.0%), appraising (71.8%), and decision - making (76.1%), while only 49.7% achieved a high level in application. Reported gaps included difficulty remembering important health information (32.8%), inconsistent condom use with intimate partners (56.6%) compared to clients (occasional and regular: 89.0%), never undergoing HIV testing (27.6%), and never receiving gynecological examinations for STIs screening (25.9%). The study suggests that public health personnel should promote co - designed health literacy interventions, particularly in developing self - reminder and self - management skills for disease prevention. Additionally, risk communication and the consistent, correct use of condoms with all sexual partners should be emphasized to prevent HIV infection among female sex workers and to improve their overall quality of life.

Keywords: Female sex workers, Health Literacy on Preventive Behaviors for HIV/AIDS and STIs, Disease prevention

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อสำรวจความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการหญิงเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงพื้นที่เมืองพัทยา อายุ 18 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน จำนวน 348 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ประยุกต์จากทฤษฎีแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามของ Huynh วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 59.8 มีความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 125 คะแนน (ต่ำสุด 43 คะแนน, สูงสุด 160 คะแนน) เมื่อจำแนก 5 ทักษะ พบว่า พนักงานบริการหญิงมากกว่าร้อยละ 70.0 มีทักษะเข้าถึง (ร้อยละ 76.4) สร้างความเข้าใจ (ร้อยละ 83.0) ไต่ถาม (ร้อยละ 71.8) และตัดสินใจ (ร้อยละ 76.1) อยู่ในระดับสูง แต่ทักษะการนำไปใช้ในระดับสูงเพียงร้อยละ 49.7 เป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างมักจะหลงลืมข้อมูลสำคัญ (ร้อยละ 32.8) เช่น มีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่สมรส (ร้อยละ 56.6) ใช้กับผู้ชายบริการชั่วคราวและประจำ (ร้อยละ 89) พนักงานบริการหญิงบางคนไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี (ร้อยละ 27.6) และไม่เคยตรวจภายในเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 25.9) จากผลการวิจัยดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายร่วมออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพ โดยเฉพาะทักษะด้านการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองในการป้องกันโรค ร่วมกับการสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธีกับคู่เพศสัมพันธ์ทุกคนเป็นประจำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ

คำสำคัญ : พนักงานบริการหญิง, ความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, การป้องกันโรค

บทนำ

ประเทศไทยดำเนินงานเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 มุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรหลักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และประชากรที่มีภาวะเปราะบาง (คู่ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูง และผู้ต้องขัง)⁽¹⁾ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก โดยกรมควบคุมโรค ในปี 2561 พบความชุกในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีสถานบริการ (Entertainment venues) ร้อยละ 0.7 ปี 2564 พบความชุกในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่มีสถานบริการ (Non-entertainment venues) ร้อยละ 1.1 และปี 2565 พบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด เท่ากับ ร้อยละ 1.7, 2.2, 4.2 และ 8.2 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการป้องกันโรคด้วยการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า พนักงานบริการหญิงมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยลดลงกว่าประชากรหลักอื่น⁽²⁾

พนักงานบริการหญิงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากการมีคู่นอนหลายคน และส่วนมากมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย มีคู่นอนหลายคน หรือมีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่ติดเชื้อ ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพและการ

ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เพิ่มขึ้น⁽³⁾

กรมควบคุมโรคคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีสัดส่วนของกลุ่มประชากรเสี่ยงอาศัยอยู่ในพื้นที่มากที่สุดของประเทศไทย (ร้อยละ 15.0) โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและพนักงานบริการหญิงจำนวนมาก อีกทั้งจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ของการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 1.8 และในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 1.2 ขณะที่ความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงเท่ากับ ร้อยละ 49.3 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 73.3⁽²⁾

วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการหญิงพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เพื่อนำผลวิจัยไปส่งเสริมให้พนักงานบริการหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเข้าถึงการป้องกันการวินิจฉัย และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และนำไปสู่การวางแผนดำเนิน

งานด้านป้องกันและลดผู้ติดเชื้อ รายใหม่ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 ของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิงพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 เดือน และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรแบบทราบจำนวนประชากรโดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดค่า effect size (Cohen's d) เท่ากับ 0.24 ส่งผลให้ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 267 คน และป้องกันการปฏิเสธหรือการไม่ตอบกลับของกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 30 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 348 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Stratified two-stage cluster sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ตามบริบทของพื้นที่เป็น 4 พื้นที่ ได้แก่

- 1) พื้นที่บริเวณถนนเทพประสิทธิ์ - นาจอมเทียน
- 2) พื้นที่บริเวณพัทยาใต้ 3) พื้นที่บริเวณพัทยากลาง 4) พื้นที่บริเวณพัทยาเหนือ - นาเกลือ

ขั้นตอนที่ 2 จำแนกสถานบริการตามพื้นที่ที่ได้ทำการแบ่งไว้ โดยสุ่มแบบโควตา (Quota sampling)

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามที่คำนวณไว้ ดังนี้

- 1) ดำเนินการสุ่ม 1 ต่อ 40 ในพื้นที่บริเวณถนนเทพประสิทธิ์ - นาจอมเทียน
- 2) ดำเนินการสุ่ม 1 ต่อ 37 ในพื้นที่พัทยาใต้
- 3) ดำเนินการสุ่ม 1 ต่อ 37 ในพื้นที่บริเวณพัทยากลาง
- 4) ดำเนินการสุ่ม 1 ต่อ 38 ในพื้นที่พื้นที่บริเวณพัทยาเหนือ - นาเกลือ

ตารางที่ 1 จำนวนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยจำแนกตามพื้นที่ในเมืองพัทยา

พื้นที่	สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานบริการหญิง (คน)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เทพประสิทธิ์ - นาจอมเทียน	51	160	4
พัทยาใต้	296	4,457	120
พัทยากลาง	487	4,769	128
พัทยาเหนือ - นาเกลือ	337	3,597	96
รวม	1,171	12,983	348

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁽⁴⁾ ประยุกต์จากแบบสอบถามของกระทรวงสาธารณสุขและแบบสอบถามของ Huynh⁽⁵⁾ แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน จำนวน 82 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และจำนวนบุคคลที่ต้องอุปการะ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย ประเภทของสถานบริการ อาชีพที่ทำก่อนมาเป็นพนักงานบริการ เหตุผลในการทำงานพนักงานบริการ ระยะเวลาในการทำงานพนักงานบริการ (ปี) ระยะเวลาในการทำงานต่อ

สัปดาห์ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ (ครั้ง/สัปดาห์) จำนวนผู้ขอบริการประจำ (คน) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเสพยา และ การเสพยาเสพติด

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ ประสิทธิภาพการใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขอบริการชั่วคราว ผู้ขอบริการประจำ แฟนหรือคู่สมรส การจัดหาถุงยางอนามัย แหล่งการเข้าถึงถุงยางอนามัย การเข้าถึงถุงยางอนามัย ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการทำงาน ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยเอชไอวี/เอดส์โรคไวรัสตับอักขี้/ซี วัณโรค โรคโควิด-19 โรคฝีดาษวานร ประวัติการทำแท้ง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเข้าถึง

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของสถานประกอบการ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 48 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้⁽⁶⁾ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะ การนำไปใช้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรายทักษะ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 8 – 15 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 16 – 23 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 24 – 32 อยู่ใน ระดับสูง การแปลผลค่าคะแนนภาพรวม 5 ทักษะ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 40 – 93 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 94 – 147 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 148 – 160 อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้อ้างอิงจากคู่มือการสร้าง เสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์⁽⁶⁾ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยและข้อคำถามที่สร้างขึ้น ส่งให้ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากการตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item - Objective Congruence Index: IOC) โดยมีเกณฑ์การ ตรวจสอบเกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตาม วัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตาม วัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตาม วัตถุประสงค์ จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมา คำนวณหาค่า IOC ตามเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 - 1.00 มีค่าความ เทียบตรง สามารถใช้ได้
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยัง ใช้ไม่ได้

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ วัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่า คะแนน IOC ภาพรวม เท่ากับ 0.986 อยู่ในเกณฑ์มีค่าความเที่ยงตรง สามารถใช้ได้ โดยแยก เป็นรายทักษะ ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึง เท่ากับ 0.956
2. ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ เท่ากับ 0.975
3. ทักษะการไต่ถาม เท่ากับ 0.964
4. ทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ 0.965
5. ทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ 0.954

การวิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรอง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 001-2566 ลงวันที่ 17 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

พนักงานบริการหญิงจำนวน 348 คน อายุเฉลี่ย 32 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 78.4) มีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู เฉลี่ย 1 – 2 คน นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย รายได้ เฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.9) รายได้แต่ละเดือนเพียงพอในการใช้และเหลือเก็บ สถานที่ ทำงานส่วนใหญ่เป็นบาร์เบียร์ (ร้อยละ 66.4) อาชีพที่ทำก่อน เป็นพนักงานบริการ ได้แก่ รับจ้าง (ร้อยละ 36.2) พนักงาน บริษัท (ร้อยละ 23.9) และเกษตรกร (ร้อยละ 13.2) เหตุผล ในการมาทำงานเป็นพนักงานบริการเนื่องจากรายได้ดี (ร้อยละ 34.8) ชอบ/สมัครใจด้วยความชอบ (ร้อยละ 26.4) และอยาก ลองทำงานประเภทนี้ (ร้อยละ 13.2) โดยระยะเวลาในการ ทำงานของพนักงานบริการประมาณ 1 - 2 ปี (ร้อยละ 48.0) ทำงาน 6 - 7 วัน/สัปดาห์ และทำงาน 6 - 12 ชั่วโมง/วัน กลุ่ม ตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่มี ผู้ซื้อบริการประจำ (ร้อยละ 44.8) ขณะทำงานส่วนใหญ่มีการ ตีมีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 72.7) ข้อมูลตามตารางที่ 2 และ 3

ประสบการณ์ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 ป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้ถุงยาง อนามัย โดยใช้ทุกครั้งกับผู้ซื้อบริการชั่วคราว (ร้อยละ 89.4) ผู้ซื้อบริการประจำ (ร้อยละ 89.9) และแฟนหรือคู่สมรส (ร้อยละ 56.6) ด้านการเข้าถึงถุงยางอนามัย พนักงานบริการ หญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.0) สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัย ได้ง่าย ราคาเหมาะสม (ร้อยละ 69.8) ด้านการจัดหาถุงยาง อนามัย พบว่า ร้อยละ 73.6 พนักงานบริการหญิงจัดหาถุงยาง อนามัยด้วยตนเองด้วยการซื้อจากร้านขายยา (ร้อยละ 59.8) การเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน พบว่า ร้อยละ 34.5 เจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 หากมีอาการเจ็บ ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 39.1) และคลินิก (ร้อยละ 32.2) นอกจากนี้ พบว่ามีพนักงานบริการหญิงบางคนร้อยละ 27.6 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี และร้อยละ 25.9

ไม่เคยตรวจภายในเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขณะที่พนักงานหญิงบางคนเข้ารับการตรวจเลือดทุก 3 เดือน เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 49.7) และตรวจภายใน เพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 30.7) โดย ร้อยละ 37.4 ไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐ และร้อยละ 30.7

เข้ารับบริการที่คลินิกด้านสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของ สถานบริการ พบว่า ร้อยละ 71.6 มีการจัดบริการสุขภาพให้ แก่พนักงาน ได้แก่ มียาสามัญประจำบ้านไว้ในสถานบริการ (ร้อยละ 35.3) และมีถุงยางอนามัยสำหรับบริการอย่าง ต่อเนื่อง (ร้อยละ 29.6)

ตารางที่ 2 ลักษณะประชากรของพนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา

ลักษณะประชากร (n = 348)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	25	7.2
21 – 30 ปี	168	48.3
31 - 40 ปี	97	27.9
41 – 50 ปี	44	12.6
51 – 60 ปี	14	4.0
Min, Max	18, 60	
Mean (SD)	31.71 (9.06)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.1
ประถมศึกษา	46	13.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	116	33.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	113	32.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	24	6.9
ปวส. หรือ อนุปริญญา	30	8.6
ปริญญาตรี	15	4.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	96	27.6
10,001 – 15,000 บาท	123	35.3
15,001 – 20,000 บาท	56	16.1
มากกว่า 20,000 บาท	73	21.0
รายได้แต่ละเดือนเพียงพอหรือไม่		
พอใช้เหลือเก็บ	191	54.9
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	112	32.2
ไม่พอใช้	41	11.8
อื่นๆ	4	1.1
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	119	34.2
1 - 2 คน	192	55.2
3 คนขึ้นไป	37	10.6

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพของพนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา

ลักษณะประชากร (n = 348)	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของสถานบริการ		
บาร์เปียร์	231	66.4
ผับ/ดิสโก้/ไนต์คลับ	1	0.3
ร้านอาหาร/ร้านกาแฟ	8	2.3
ร้านนวด	78	22.4
คาราโอเกะ	29	8.3
อื่นๆ	1	0.3
เหตุผลในการทำงานพนักงานบริการ		
ชอบ/สมัครใจด้วยความชอบ	93	26.7
รายได้ดี	121	34.8
ถูกหลอกลวง	1	0.3
หางานอื่นๆไม่ได้	10	2.9
ครอบครัวแตกแยก	15	4.3
เพื่อนชักชวน	23	6.6
อยากลองทำงานประเภทนี้	46	13.2
หารายได้เพิ่มจากงานประจำ	23	6.6
อยากได้สามีต่างชาติ	16	4.6
ระยะเวลาในการทำงาน		
1 – 5 วัน/สัปดาห์	45	12.9
6 - 7 วัน/สัปดาห์	303	87.1
มีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย/สัปดาห์		
ไม่มีเลย	53	15.2
1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์	116	33.3
3 – 5 ครั้ง/สัปดาห์	112	32.2
6 – 9 ครั้ง/สัปดาห์	20	5.8
มากกว่า 9 ครั้ง/สัปดาห์	47	13.5
จำนวนผู้ซื้อบริการประจำ		
ไม่มี	156	44.8
1 – 2 คน	101	29.0
3 – 5 คน	71	20.5
มากกว่า 5 คน	20	5.7
ในขณะทำงาน ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่		
ดื่ม	253	72.7
ไม่ดื่ม	95	27.3
ในขณะทำงาน ท่านสูบบุหรี่หรือไม่		
สูบ	85	24.4
ไม่สูบ	263	75.6

ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า พนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 59.8 มีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 125 คะแนน (ต่ำสุด 43 คะแนน, สูงสุด 160 คะแนน) เมื่อจำแนก

5 ทักษะ พบว่า พนักงานบริการหญิงมากกว่าร้อยละ 70.0 มีทักษะเข้าใจ (ร้อยละ 76.4) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (ร้อยละ 83.0) ทักษะการไต่ถาม (ร้อยละ 71.8) และทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 76.1) อยู่ระดับสูง แต่ทักษะการนำไปใช้อู่ระดับสูงเพียงร้อยละ 49.7 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพนักงานหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา จำแนกตามความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาพรวมและจำแนกรายทักษะ 5 ด้าน (n = 348)

ระดับความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกัน (n=348)	Min, Max	Mean (SD)	ต่ำ n(%)	ปานกลาง n(%)	สูง n(%)
ระดับความรู้ 5 ทักษะ	43, 160	125.0 (25.9)	20 (5.7)	120 (34.5)	208 (59.8)
ทักษะการเข้าถึง	8, 32	25.4 (6.1)	24 (6.9)	58 (16.7)	266 (76.4)
ทักษะการสร้างความเข้าใจ	8, 32	25.9 (6.01)	22 (6.3)	37 (10.6)	289 (83.1)
ทักษะการไต่ถาม	8, 32	24.7 (5.9)	19 (5.5)	79 (22.7)	250 (71.8)
ทักษะการตัดสินใจ	8, 32	25.0 (5.9)	20 (5.7)	63 (18.1)	265 (76.2)
ทักษะการนำไปใช้	8, 32	24.0 (4.7)	17 (4.9)	158 (45.4)	173 (49.7)

ทักษะการเข้าถึง พนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าจะสามารถทำได้ง่ายมากเมื่อต้องการข้อมูลเรื่องการใช้อนามัยอย่างถูกวิธี สามารถค้นหาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (ร้อยละ 43.1) ได้จากหลายแหล่ง (ร้อยละ 45.7) และสามารถค้นหาได้ตนเองทุกครั้ง (ร้อยละ 47.1) การกลั่นกรองข้อมูลก่อนนำไปใช้ให้ความเห็นว่าทำได้ค่อนข้างง่าย โดยสามารถกลั่นกรองข้อมูลฯ พิจารณาจากชื่อหน่วยงาน/ผู้เขียนที่ได้รับการยอมรับ (ร้อยละ 42.5) ข้อมูลมีความทันสมัย (ร้อยละ 44.5) รวมทั้งสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ร้อยละ 43.1) ทำความเข้าใจ (ร้อยละ 42.5) และสามารถตรวจสอบความสมเหตุสมผลทำได้ง่ายมาก (ร้อยละ 40.8)

ทักษะการสร้างความเข้าใจ พนักงานบริการหญิงมีความคิดเห็นว่าจะสามารถทำได้ง่ายมากจากการอ่านคำแนะนำ/เนื้อหาการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีจากสื่อความรู้ของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือได้อย่างเข้าใจ (ร้อยละ 44.8) และทำได้ค่อนข้างง่ายจากการฟัง (ร้อยละ 46.3) สามารถจดจำข้อมูลได้ค่อนข้างง่ายจากการอ่านหรือฟังจากสื่อความรู้ (ร้อยละ 45.4) และจากบุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ (ร้อยละ 45.7) ทำให้สามารถทำความเข้าใจคำแนะนำ/เนื้อหาเรื่อง การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีที่ได้รับค่อนข้างง่ายจากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ (ร้อยละ 46.0) และจากบุคลากรของหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ (ร้อยละ 44.3)

ทักษะการไต่ถาม พนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าจะทำได้ค่อนข้างง่ายในการวางแผนใช้คำถามก่อนไปพบบุคลากรทางการแพทย์/บุคคลที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 51.7) ซึ่งร้อยละ 48.6 มีการจัดเตรียมข้อคำถาม (คิด/เขียน) ไว้ล่วงหน้าเสมอ หากมีข้อสงสัยมีวิธีการตั้งคำถาม (ร้อยละ 46.6) และใช้คำถามที่เตรียมมาบุคลากรทางการแพทย์/บุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ (ร้อยละ 50.0) นอกจากนี้ ร้อยละ 48.0

สามารถทำได้ค่อนข้างง่ายในการปรับปรุงคำถามและใช้คำถามในการสอบถามหรือแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับข้อมูล/คำถามตามที่ต้องการให้ดีขึ้นเสมอ

ทักษะการตัดสินใจ พนักงานบริการหญิงมีความคิดเห็นว่าจะทำได้ค่อนข้างง่าย โดยสามารถระบุประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องทำการตัดสินใจ (ร้อยละ 49.4) สามารถกำหนดทางเลือกในประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องตัดสินใจ จนได้ทางเลือกหลาย (ร้อยละ 49.1) สามารถวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของวิธีปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม (ร้อยละ 48.6) นำไปสู่การตัดสินใจที่ค่อนข้างทำได้ง่ายเกี่ยวกับการใช้อนามัยอย่างถูกวิธีโดยผ่านการคิดพิจารณาแล้วเป็นอย่างดี (ร้อยละ 46.3)

ทักษะการนำไปใช้ พนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าจะทำได้ค่อนข้างง่ายในการสังเกตตัวเองว่ามักจะหลงลืมข้อมูลสำคัญต่างๆ (ร้อยละ 44.8) สามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้อนามัยอย่างถูกวิธี (ร้อยละ 46.0) ซึ่งอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 48.3) สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเตือนตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ (ร้อยละ 46.3) และสามารถสร้างความมั่นใจในการนำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้อนามัยอย่างถูกวิธีนำไปใช้จริง (ร้อยละ 50.0)

จากคำถามปลายเปิด สาเหตุที่ไม่ใช้อนามัยของพนักงานบริการหญิง

1. ขนาดของถุงยางอนามัยที่แจกฟรี และที่ขายตามร้านสะดวกซื้อ มีขนาดเล็กกว่าขนาดของชาวต่างชาติ เช่น แอฟริกา และยุโรป ซึ่งผู้ให้บริการไม่พกถุงยางอนามัยทำให้หาซื้อถุงยางอนามัยได้ยาก โดยสามารถซื้อถุงอนามัยขนาดใหญ่ได้จากร้านขายยาบางแห่งเท่านั้น

2. ผู้ให้บริการบางคนให้บริการระยะยาวระหว่างอาศัยอยู่ในเมืองไทย (เมือเช้า) แรกๆ ก็ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

แต่หลัง ๆ เริ่มมีความไวใจ และผู้ซื้อบริการขอไม่ใช้ถุงยางอนามัย จึงไม่ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

3. ผู้ซื้อบริการบางคนเสนอราคาเพิ่มขึ้น เพื่อแลกกับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า พนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 59.8 มีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาจากทักษะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะระดับสูงที่สุดในด้านทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ (ร้อยละ 83.0) ทักษะเข้าถึง (ร้อยละ 76.4) ทักษะตัดสินใจ (ร้อยละ 76.1) ทักษะไต่ถาม (ร้อยละ 71.8) ตามลำดับ และต่ำสุดในด้านทักษะการนำไปใช้ (ร้อยละ 49.7) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการเข้าถึงการสร้างความรู้เข้าใจ ไต่ถาม และตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มพนักงานบริการหญิงเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลักของการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย ซึ่งได้รับการสนับสนุนชุดความรู้ และอุปกรณ์ป้องกันตามมาตรการของการดำเนินงานเชิงรุกของนโยบายประเทศไทย โดยสามารถเข้าถึงชุดความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ แต่ในขณะที่ทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับต่ำ ขึ้นอยู่กับปัจจัยในระดับตัวบุคคลซึ่งหากพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่พนักงานบริการหญิงตอบว่าทำได้ยากหรือทำได้ค่อนข้างยาก ร้อยละ 32.8 ได้แก่ “ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตัวเองมักจะหลงลืมข้อมูลสำคัญต่าง ๆ” เช่น การใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ซื้อบริการชั่วคราวและประจำ (ร้อยละ 89) แพนหรือคูสมรส (ร้อยละ 56.6) พนักงานบริการหญิงบางคน ร้อยละ 27.6 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี และร้อยละ 25.9 ไม่เคยคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพของพนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่ทำงานในเวลากลางคืน ขณะทำงานมีการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 72.7) และสถานบริการที่พนักงานบริการหญิงประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นบาร์เบียร์ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีถุงยางอนามัยสำหรับบริการให้กับพนักงานทำให้พนักงานบริการหญิง อาจหลงลืมการเตือนตนเอง (Self-monitoring) ที่ต้องปฏิบัติถูกต้องเป็นประจำ และในบางครั้งผู้ซื้อบริการให้ค่าตอบแทนในราคาที่สูงซึ่งเป็นการจูงใจพนักงานบริการหญิงไม่ให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย

ถึงแม้ว่ากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะส่งเสริมให้ประชากรที่มีความเสี่ยงเข้ารับการตรวจเลือดเอชไอวีฟรี ปีละ 2 ครั้ง⁽⁷⁾ แต่จากผลการศึกษาพบว่าพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 27.6 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี และ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุสำคัญอาจมาจากสถานบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 ไม่มีการจัดบริการให้พนักงานเข้ารับการคัดกรองเอชไอวี ประกอบกับอุปสรรคด้านเวลาของพนักงานบริการหญิงซึ่งทำงานในเวลากลางคืน และจากการสอบถามเมื่อมีอาการเจ็บป่วยพนักงานบริการหญิงพบว่า เพียงร้อยละ 37.4 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ขณะที่ส่วนใหญ่เลือกเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ คลินิก (ร้อยละ 30.7) โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 6.9) และร้านขายยา (ร้อยละ 2.9) ถึงแม้การเข้ารับบริการจะสะดวกและรวดเร็ว แต่ต้องแลกกับการเสียค่าใช้จ่ายเอง บ้างจึงเหล่านี้อาจส่งผลให้พนักงานบริการหญิงขาดการตระหนักรู้หรือหลงลืมความสำคัญของการตรวจสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ประชากรกลุ่มเปราะบาง (key populations) เช่น sex workers ควรได้รับการตรวจเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ โดยควรลดอุปสรรคด้านระบบบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวี⁽⁸⁾

อีกทั้งจากข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการหญิง พบว่า ร้อยละ 89.0 ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ซื้อบริการชั่วคราวและประจำ แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคูสมรส เพียงร้อยละ 56.6 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พนักงานบริการหญิงใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า แต่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำกับคู่นอนที่ไม่ใช่ลูกค้า (ร้อยละ 19.4)⁽⁹⁾ และผลการศึกษาที่พบว่า พนักงานบริการหญิงใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อุปสรรคที่เป็นลูกค้าประจำและขายอยู่ในระดับสูง แต่ใช้ถุงยางอนามัยกับสามีหรือคนรักในระดับต่ำ สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยมาจากความไวใจ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทั้งกับแฟนหรือผู้ซื้อบริการ พนักงานบริการหญิงและคู่อุปสรรคต่างก็เสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ทั้งสองฝ่าย

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานด้านงานป้องกันควบคุมโรคเชิงรุกของงานเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสถานบันเทิง และสถานประกอบการ ควรออกแบบกิจกรรมร่วมกับพนักงานบริการ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มพนักงานบริการหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง โดยเริ่มจากการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองในการป้องกันโรคโดยใช้ถุงยางอนามัย 100% กับคู่อุปสรรคทุกคนเป็นประจำ

โดยเฉพาะเมื่อตีพิมพ์แอลกอฮอล์

2. บุคลากรสาธารณสุขเพิ่มการสร้างความเข้าใจการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับเจ้าของสถานบันเทิง และสถานประกอบการ เพื่อสนับสนุนให้ทุกแห่งมีถุงยางอนามัยประจำที่ร้าน และเน้นย้ำให้พนักงานบริการหญิงใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

3. ความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชนด้านการสนับสนุนถุงยางอนามัยฟรีให้กับสถานบริการ/สถานประกอบการอย่างทั่วถึง และเพิ่มขนาดถุงยางอนามัยขนาดใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติ

4. พนักงานบริการหญิงประมาณร้อยละ 40.5 ต้องเสียค่าตรวจคัดกรองเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามสถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา ภาครัฐสถานประกอบการควรชดเชยหรือสนับสนุนค่าตรวจให้ครอบคลุม

ข้อจำกัด

อคติความปรารถนาทางสังคม (Social desirability bias) โดยผู้ตอบแบบสอบถามอาจเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตัดสินจากสังคม

สรุปผลการศึกษา

พนักงานบริการหญิงในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี มีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.8) โดยทักษะที่อยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 70.0 ได้แก่ ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะไต่ถาม ตามลำดับ แต่ทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 49.7 เป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างมักจะหลงลืมข้อมูลสำคัญ (ร้อยละ 32.8) เช่น การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่สมรส (ร้อยละ 56.6) ใช้กับผู้ให้บริการชั่วคราวและประจำ (ร้อยละ 89.0) พนักงานบริการหญิงบางคนไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเอชไอวี (ร้อยละ 27.6) และไม่เคยตรวจภายในเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 25.9) เนื่องจากพนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ขณะทำงานเป็นประจำ (ร้อยละ 72.7) ประกอบกับสถานบริการส่วนใหญ่ที่พนักงานบริการหญิงทำงานเป็นลักษณะบาร์เปียร์ ส่วนใหญ่ไม่มีถุงยางอนามัยสนับสนุน และไม่มีการให้บริการให้พนักงานเข้ารับการคัดกรองเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการที่ให้ค่าตอบแทนที่เพิ่มสูงจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลต่อ

แรงจูงใจของการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่ครอบคลุมได้ทุกครั้ง อีกทั้งจากข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการหญิงพบว่า ร้อยละ 89.0 ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ให้บริการชั่วคราวและประจำ แต่พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่สมรสเพียงร้อยละ 56.6 สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยมาจากความไวใจ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงลานทิพย์ เหวราบัตย์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำปรึกษาตลอดงานวิจัย

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงรสพร กิตติเยวามาลย์ หัวหน้าศูนย์การแพทย์บางรัก ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิยม จันทร์นวล อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และนางณัฏฐา จันทราภาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถาม

ขอขอบคุณเจ้าของสถานประกอบการ และน้องพนักงานบริการหญิง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. AIDS National Committee. National strategy to end AIDS problems B.E. 2560–2573 (2017–2030). Bangkok: NC Concept Co., Ltd.; 2017. (in Thai)
2. HIV INFO HUB. Thailand HIV information center [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2021 [cited 2023 Nov 30]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=bss (in Thai)
3. Thongnopakun S. Sexual health: Guidelines for health promotion sexual among female sex workers. Burapha Univ J Public Health. 2015;10(2):117–25. (in Thai)
4. Chaiphan N, Boonkla S, Konhan K. A manual for developing health literacy for disease prevention and health threats control. 1st ed. Bangkok: R.N.P.P. Water Co., Ltd.; 2021. (in Thai)

5. Huynh G, Nguyen HTN, Nguyen VT, Pham AL. Development and psychometric properties of the health belief scales toward COVID-19 vaccine in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2517–26. doi:10.2147/RMHP.S301645
 6. Kaewdamkoeng N, et al. HIV and sexually transmitted infections literacy promotion manual. Bangkok: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2020. (in Thai)
 7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Free HIV testing twice a year for all Thai citizens [Internet]. Nonthaburi: DDC; [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>
 8. World Health Organization. WHO publishes new guidelines on HIV, hepatitis and STI for key populations [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-07-2022-who-publishes-new-guidelines-on-hiv-hepatitis-and-sti-for-key-populations>
 9. Darawutimaprakorn N, Phuengsamran D, Hawangju D, Tapianthong K, Chanyaem S. The relationship between condom use in risky situations and interest in HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers. *Thai AIDS J*. 2022;34(1):58–69. doi:10.14456/taj.2022.5 (in Thai)
 10. Pulkesorn S, Namwong T. Surveillance results of HIV infection, sexually transmitted diseases, and related behaviors using mobile computer devices among female sex workers in 12 provinces of Thailand in 2014. *Thai AIDS J*. 2014;31(1):40–54. (in Thai)
-

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหัก ของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 A Study of Factors Affecting to Falls with Hip Fractures in Elderly in Health Region 6

ชาญชัย มานะเฝ้า^{1*}, นิพา ศรีช้าง², ธนะศักดิ์ โกยทา¹, ณภัทรสินี นหนองพร้าว¹
Charnchai Manafao^{1*}, Nipa Srichang², Thanasuk Koyta¹, Naphatsinee Nongpraow¹

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี, ²กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

¹Office of Disease Prevention and Control, Region 6 Chonburi, ²Division of Injury Prevention, Department of Disease Control

*Corresponding author: Charnchai.mnf@gmail.com

Received: August 5, 2025 | Revised: August 23, 2025 | Accepted: August 29, 2025

Abstract

This study was a retrospective cross - sectional study. The objective was to examine the characteristics of older adults with hip fractures from falls and to analyze the factors influencing hip fractures after falls among older adults in Health Region 6. Data were obtained from the Injury Surveillance Online (IS - Online) system during 2020 – 2024. The study population was older adults aged 60 years and above, totaling 1,918 cases. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the relationships among variables were examined using inferential statistics with a significance level of 0.05. Descriptive statistics were frequency, percentage, mean, and standard deviation, and logistic regression analysis was performed. All cases were diagnosed as hip fractures from falls.

The study results found that most of the deceased were female (56.7%), with an average age of 74 years. The largest proportion was older adults aged 80 years and above (53.3%). Most falls occurred inside the home (86.7%), with the main cause being tripping or mis-stepping (96.7%). The proportion of older adults transferred for treatment after more than 30 minutes was as high as 91.7%. Analysis of risk factors related to death showed that older adults aged 80 years and above had a higher risk than those in younger age groups (OR = 2.35, p = 0.002). Falls occurring outside the home increased the risk (OR = 1.75, p = 0.030), and receiving treatment after more than 30 minutes also increased the likelihood of death (OR = 1.50, p = 0.010).

The findings indicated that emphasis should be placed on preventing falls outside the home such as improving walkways and roads for safety, increasing lighting in transit areas, and encouraging older adults to wear appropriate footwear when going outdoors. Promotion of exercise to prevent falls among older adults as well as the development of health service systems that can ensure safety for older adults should be further implemented.

Keywords : Elderly fall, Neck of femur fracture, Mortality, Health Region 6, IS Online

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางแบบย้อนหลัง (Retrospective Cross - sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ลักษณะของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจากการหกล้ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS - Online) ระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2567 ประชากร คือผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,918 ราย สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ตัวแปรด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 74 ปี โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป สูงที่สุดร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่เกิดการหกล้มภายในบ้านร้อยละ 86.7 โดยสาเหตุหลักมาจากการสะดุด/ก้าวพลาด ร้อยละ 96.7 การนำส่งผู้สูงอายุมากกว่า 30 นาที มีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 91.7 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า ($OR = 2.35, p = 0.002$) การหกล้มภายนอกบ้านมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ($OR = 1.75, p = 0.030$) และการได้รับการรักษาหลังจาก 30 นาที มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น ($OR = 1.50, p = 0.010$) ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าควรเน้นการป้องกันการหกล้มภายนอกบ้าน เช่น จัดทำพื้นทางเดินและถนนให้ปลอดภัย เพิ่มแสงสว่างบริเวณทางสัญจร และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสวมรองเท้าที่เหมาะสมเมื่อออกนอกบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก, การเสียชีวิต, เขตสุขภาพที่ 6, IS - Online

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0 หรือมากกว่า 12 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2580 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 30.0 หรือมากกว่า 19.7 ล้านคน ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดภาวะทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการบาดเจ็บ กระดูกหัก ความพิการถาวร และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ⁽²⁻⁴⁾ ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศระบุว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่า 3 – 5.5 ล้านคน หกล้มในแต่ละปี และในจำนวนนี้ ร้อยละ 20.0 ได้รับบาดเจ็บ และร้อยละ 8.4 เป็นการบาดเจ็บรุนแรง^(5,6) หนึ่งในภาวะที่รุนแรงที่สุดคือ กระดูกสะโพกหัก ซึ่งเกิดจากการหกล้มถึงร้อยละ 95 ของกรณีทั้งหมด⁷ โดยเฉพาะในเพศหญิงและผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปี พบว่ามีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะนี้^(8,9) ภาวะกระดูกสะโพกหักมักส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ และติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽¹⁰⁻¹²⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี หลังจากเกิดกระดูกสะโพกหักอยู่ในช่วง ร้อยละ 10 – 30⁽¹³⁻¹⁴⁾

และอัตราการพิการถาวรสูงถึงร้อยละ 20 – 60⁽⁹⁾ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิต ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชาย การผ่าตัดล่าช้า ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน^(10,16-18) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มที่จะเกิดกระดูกหักมากกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่า⁽¹⁹⁻²⁰⁾ แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการหกล้มและกระดูกสะโพกหักในประเทศไทย เช่น การศึกษาระบาดวิทยาในไทยที่พบแนวโน้มอุบัติการณ์การหกล้มและกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นและภาระค่าใช้จ่ายสูง และการศึกษาโรงพยาบาลชัชภูมิ พบว่าผู้ที่เคยมีประวัติกระดูกสะโพกหักความเสี่ยงการหกล้มซ้ำสูงการหกล้มซ้ำ⁽¹¹⁻¹²⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาภาพรวมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุแล้วเสียชีวิต โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุสูงมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ จำนวน 1,153,993 คน ดังนั้นควรมีการศึกษาข้อมูลเพื่อป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานเชิงบริบทเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้สูงอายุ และความพร้อมของระบบสุขภาพ ข้อมูลในระดับพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบนโยบาย การจัดการบริการ สาธารณสุข และการวางแผนการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของประชากรในพื้นที่นั้น ๆ⁽¹⁵⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหักในเขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มกระดูกสะโพกหักแล้วเสียชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 โดยมุ่งหวังให้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเชิงรุก การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงมาตรการลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cross - sectional Study) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าการบาดเจ็บจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม ICD10 รหัส W00 - W19 โดยเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลของระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS - Online) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (A ,S ,M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุมทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ ระหว่างช่วงเวลา 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 17,621 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุอายุ ≥ 60 ปี
2. มีการวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสะโพกหัก (Neck of femur fracture) จากการพลัดตกหกล้ม
 - 2.1 รหัสข้อมูลการบาดเจ็บจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม คือ ICD10 รหัส W00 - W19
 - 2.2 รหัสที่ระบุได้รับการบาดเจ็บแล้วกระดูกสะโพกหัก คือ ICD10 ดังต่อไปนี้ S720, S7200, S72000, S72004, S72007, S72008, S72009, S72108, S72109, S72100, S721, S7210 และ S7220

3. มีข้อมูลครบถ้วน ในระบบ IS - Online ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่เกิดเหตุ ช่วงเวลาเกิดเหตุ ประเภทผู้เกิดเหตุ สาเหตุการหกล้ม และระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาล

4. มีข้อมูลผลลัพธ์การรักษาชัดเจน (บาดเจ็บ/เสียชีวิต)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. พลัดตกหกล้มจากสาเหตุอื่น ที่ไม่ส่งผลต่อบริเวณกระดูกสะโพกหัก
 2. ข้อมูลตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งไม่ครบถ้วน
- ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้หลังจากเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกคือ จำนวน 1,918 ราย

นิยามการศึกษา

1. ผู้บาดเจ็บ หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดการ หกล้มและกระดูกสะโพกหัก ในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 และ ยังมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับการรักษาในสถานพยาบาล โดยรวมถึงผู้ที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทุกระดับ ได้รับการลงบันทึกในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS - Online) ว่า บาดเจ็บและไม่เสียชีวิตในระหว่างการนำส่งหรือหลังเข้ารับการรักษา
2. ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เกิดการ หกล้มและกระดูกสะโพกหัก ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 และ เสียชีวิตจากเหตุการณ์ดังกล่าว ซึ่งครอบคลุมกรณี เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิตระหว่างการนำส่ง หรือเสียชีวิตในระหว่างเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล โดยมีการลงบันทึกในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS - Online) ว่า เสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการเกิดเหตุ ได้แก่ สถานที่เกิดเหตุ (ในบ้าน/นอกบ้าน) ช่วงเวลาเกิดเหตุ (เช้า/กลางวัน) สาเหตุการหกล้ม (สะดุด/ก้าวพลาด พื้นลื่น/ลื่นกีดขวาง และอื่น ๆ) และการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาล (≤ 30 นาที และ > 30 นาที) และผลลัพธ์ทางการรักษา ได้แก่ การรอดชีวิตหรือเสียชีวิต สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ของผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มแล้วกระดูกสะโพกหัก การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า $p < 0.05$ ข้อมูลจะโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป Jamovi เวอร์ชัน 2.60 (Free - license)

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,918 คน ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 เพศชาย ร้อยละ 43.3 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นหญิง แต่สัดส่วนเสียชีวิตเพศชายเพิ่มขึ้น อายุมากขึ้นร้อยละบาดเจ็บและเสียชีวิตมากขึ้น อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุอยู่ที่ 74 ปี ซึ่งส่วนใหญ่พบการหกล้มของการเกิดกระดูกสะโพกหักจะอยู่ในช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 53.3 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 35.0 ช่วงอายุ 60 - 69 ปี มีสัดส่วน ร้อยละ 11.7 สถานที่เกิดเหตุ ส่วนใหญ่พบการหกล้มของการเกิดกระดูกสะโพกหักภายในบ้านร้อยละ 91.2 ช่วงเวลาเกิดเหตุ พบว่าการหกล้มเกิดขึ้นในช่วงเช้า ร้อยละ 65.0 พบว่าการสะดุด/ก้าวพลาด เป็นสาเหตุหลักของ

การหกล้ม ร้อยละ 96.7 ตามด้วยระยะเวลาการนำส่งสถาน
พยาบาล พบว่าร้อยละ 91.7 ของผู้สูงอายุได้รับการนำส่ง

มากกว่า 30 นาทีโดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนำส่งเฉลี่ย 50.43 นาที
รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก เขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2565 – 2567 แยกประเภทการบาดเจ็บ
และเสียชีวิต (N=1,918)

ลักษณะประชากร	บาดเจ็บ จำนวน (ร้อยละ) (N = 1,858)	เสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) (N = 60)
เพศ		
ชาย	490 (26.4)	26 (43.3)
หญิง	1,368 (73.6)	34 (56.7)
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	318 (17.1)	7 (11.7)
70 - 79 ปี	669 (36.0)	21 (35.0)
80 ปีขึ้นไป	871 (46.9)	32 (53.3)
Mean = 74.02 ปี (SD = 8.57 ปี) Min = 60 ปี Max = 92 ปี		
สถานที่เกิดเหตุ		
ในบ้าน	1,695 (91.2)	52 (86.7)
นอกบ้าน	640 (34.4)	8 (13.3)
ช่วงเวลาเกิดเหตุ		
ช่วงเช้า (6.00 น. - 17.59 น.)	1,218 (65.6)	39 (65.0)
ช่วงกลางวัน (18.00 - 5.59 น.)	640 (34.4)	21 (35.0)
ประเภทผู้เกิดเหตุ		
คนในพื้นที่	1,734 (93.3)	56 (93.3)
คนนอกพื้นที่	124 (6.7)	4 (6.7)
สาเหตุการหกล้ม		
พื้นลื่น/สิ่งกีดขวาง	50 (2.7)	2 (3.3)
สะดุด/ก้าวพลาด	1,780 (95.8)	58 (96.7)
อื่น ๆ	28 (1.5)	2 (3.3)
ระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาล		
≤ 30 นาที	157 (8.4)	5 (8.3)
≥ 30 นาที	1,701 (91.6)	55 (91.7)
Mean = 50.43 นาที (SD = 41.13 นาที) Min = 10 นาที Max = 180 นาที		

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตพบว่า ปัจจัยที่มีนัย
สำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่มากกว่า 80 ปี การหกล้มภายนอก
บ้าน และระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาลมากกว่า 30 นาที
ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง
ขึ้นถึง 2.35 เท่า (OR = 2.35, p = 0.002) ส่วนผู้ที่หกล้ม
นอกบ้าน มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 1.75 เท่า

(OR = 1.75, p = 0.030) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้รับการ
การนำส่งสถานพยาบาลหลังจาก 30 นาที มีโอกาสเสียชีวิต
สูงขึ้นถึง 1.50 เท่า (OR = 1.50, p = 0.010) รายละเอียด
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก เขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2565 – 2567

ปัจจัย	N	ผู้เสียชีวิต		OR	95% CI		p-value
		จำนวน	ร้อยละ		Upper	Lower	
เพศ							
ชาย	516	26	1.4	ref.			
หญิง	1,402	34	1.8	0.47	0.28	0.79	0.070
อายุ (ปี)							
60 - 69 ปี	325	7	0.4	ref.			
70 - 79 ปี	690	21	1.1	1.41	0.59	3.34	0.441
80 ปีขึ้นไป	903	32	1.7	2.35	1.36	4.05	0.002*
สถานที่เกิดเหตุ							
ในบ้าน	1,747	52	2.8	ref.			
นอกบ้าน	648	8	0.4	1.75	1.06	2.89	0.030*
ช่วงเวลาเกิดเหตุ							
ช่วงเช้า (6.00 น. - 17.59 น.)	1,257	39	2.1	0.97	0.57	1.67	0.922
ช่วงกลางคืน (18.00 - 5.59 น.)	661	21	1.1	ref.			
ประเภทผู้เกิดเหตุ							
คนในพื้นที่	1,790	56	3.0	0.98	0.35	2.76	0.975
คนนอกพื้นที่	128	4	0.2	ref.			
สาเหตุการหกล้ม							
พื้นลื่น/สิ่งกีดขวาง	52	2	0.1	ref.			
สะดุด/ก้าวพลาด	1,838	58	3.1	1.21	0.29	5.02	0.800
อื่น ๆ	30	2	0.1	2.14	0.49	9.29	0.300
ระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาล							
≤ 30 นาที	162	5	0.3	ref.			
≥ 30 นาที	1,756	55	3.0	1.50	1.11	2.15	0.010*

* P - Value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม แล้วกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่ทำให้เพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังวัยหมดประจำเดือน ที่กระดูกมีความเปราะบางมากขึ้น⁽²⁾ การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Beaupre et al. ที่พบว่าหญิงหลังวัยหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการสูญเสียมวลกระดูก ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง และทำให้โครงสร้างกระดูกมีความเปราะบางมากขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด

กระดูกหัก เมื่อเกิดการหกล้ม นอกจากนี้อุบัติเหตุจากการหกล้มในผู้สูงอายุเพศหญิงมักเกิดจากการลดลงของมวลกระดูก⁽³⁾ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด เพราะเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายมีการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ทั้งในด้านความหนาแน่นของมวลกระดูก การทำงานของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว ทำให้โอกาสในการเกิดการหกล้มและความรุนแรงของการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phadungkiat et al. ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุที่มากขึ้นมักมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มและกระดูกสะโพกหัก นอกจากนี้

สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น พื้นลื่นโดยเฉพาะห้องน้ำ การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ไม่เหมาะสม หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ และการศึกษาของ Chittinan⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wichai et al⁽⁶⁾ เรื่องความสำคัญในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การปรับพื้นบ้านให้ไม่ลื่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ และการจัดระเบียบพื้นที่ให้ไม่มีสิ่งกีดขวาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งการศึกษาของ Dyer et al. พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่ขาและมือ และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและภาวะปอดบวม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตหลังจากการหกล้ม⁽⁹⁾ ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ สถานที่เกิดเหตุ ซึ่งการหกล้มภายนอกบ้านมีความเสี่ยงสูงกว่าภายในบ้าน โดยผู้สูงอายุที่หกล้มภายนอกบ้านมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการหกล้มในที่สาธารณะมักเกิดจากพื้นผิวที่แข็ง เช่น ทางเดินที่มาจากคอนกรีตหรือกระเบื้อง ซึ่งทำให้การหกล้มเกิดความรุนแรงมากขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Witthaya et al ที่ระบุว่าอุบัติเหตุจากการหกล้มภายนอกบ้านมีความรุนแรงกว่าเนื่องจากการช่วยเหลือมักจะล่าช้ากว่าภายในบ้าน เพราะเนื่องจากการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้ากว่าภายในบ้าน เพราะสถานที่เกิดเหตุมักอยู่ในพื้นที่สาธารณะหรือห่างไกลสายตาผู้คน ทำให้กว่าที่จะได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งถึงสถานพยาบาลใช้เวลาาน ส่งผลให้อัตราความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น⁽¹⁶⁾ ระยะเวลาการนำส่งสถานพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิต ผู้สูงอายุที่ได้รับการนำส่งภายใน 30 นาที มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาหลังจากนั้น ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ Witthaya et al ที่รายงานว่าความล่าช้าในการเข้าถึงบริการฉุกเฉินในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับความรุนแรงของผลลัพธ์และโอกาสการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการช่วยเหลือที่ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเสียชีวิต การติดเชื้อ หรือภาวะช็อก อีกทั้งยังทำให้การผ่าตัดรักษาถูกเลื่อนออกไป ส่งผลให้การฟื้นตัวช้าลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเสียชีวิตจากการหกล้มสูงกว่ากลุ่มอายุน้อย จึงควรได้รับการติดตามสุขภาพและการส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างใกล้ชิด

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

2. การหกล้มนอกบ้านควรเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในพื้นที่สาธารณะ เช่น ทางเดินที่ปลอดภัย มีราวจับ และแสงสว่างเพียงพอ

3. การใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดินควรได้รับการส่งเสริมเมื่อผู้สูงอายุออกนอกบ้าน เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดโอกาสการพลัดตกหกล้ม

4. สดท้ายการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลและป้องกันการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรพัฒนามาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและพื้นที่สาธารณะ เช่น การติดตั้งพื้นกันลื่น ราวจับ และเพิ่มแสงสว่างในจุดเสี่ยง

2. การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและวิธีการป้องกัน

3. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล ถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดความสูญเสียจากการหกล้ม

4. การใช้ข้อมูลจากระบบ IS - Online และเวชระเบียนซึ่งมีตัวแปรเกี่ยวกับระยะเวลาการนำส่งและการเข้าถึงบริการอยู่แล้ว ควรได้รับการปรับปรุงด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และการบันทึกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการเฝ้าระวัง วางแผนเชิงนโยบาย และพัฒนามาตรการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

การศึกษาค้างต่อไปควรมุ่งเน้นการสร้างแบบจำลองทำนายการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยอาศัยปัจจัยสำคัญที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ≥ 80 ปี การหกล้มนอกบ้าน และการนำส่งสถานพยาบาลล่าช้า พร้อมทั้งขยายการศึกษาไปยังการหกล้มประเภทอื่นตามรหัส ICD-10 กลุ่ม W00-W19 เพื่อให้เข้าใจลักษณะและความเสี่ยงที่แตกต่างกันของการล้มแต่ละแบบ นอกจากนี้ควรพิจารณานำตัวชี้วัดความรุนแรงการบาดเจ็บ เช่น Injury Severity Score (ISS), หรือ Physiologic Score (PS) เข้ามาประกอบการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของแบบจำลองในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและนำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันและแนวทางการดูแลรักษาที่ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 และโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ IS - Online (Injury Surveillance) และมหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Office of the National Economic and Social Development Council. Report on the Situation of the Thai Elderly 2023. Bangkok: NESDC; 2023. (in Thai)
- World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: WHO; 2021.
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns E, Stevens J, Drake C. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(4):693–698.
- Beaupre LA, Carson JL, Magaziner J. Hip fracture: review of prevention, management, and outcomes. *CMAJ*. 2019;191(22):E611–E618.
- Nipha S, Lawitra K. Forecast report on falls in the elderly (60 years and over) in Thailand 2017–2021. Bangkok: War Veterans Organization Press; 2017. (in Thai)
- Wichai E, Hathaichanok P, Woraporn S. The 6th National Health Examination Survey (NHES VI) 2019–2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai)
- Sarawanee T, Danai C, Natthida M, Suradej D, Sreepenn T. Study and recommendation for improving emergency medical services for elderly in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
- Suksrisai B, Linhavong J, Manonom S, Manorangsana S. Prevalence and factors affecting first and recurrent hip fracture in the elderly: a retrospective study from inpatients at Thammasat University Hospital. *Thammasat Med J* 2020;20(4):393–402. (in Thai)
- Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, Sherrington C. A critical review of the long term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr* 2016;16:158. doi:10.1186/s12877-016-0319-3
- Sritara C, Rajatanavin R, et al. Incidence and trends of hip fracture in Thailand, 2008–2019. *Arch Osteoporos*. 2021;16(1):137. doi:10.1007/s11657-021-00981-7
- Charatcharoenwitthaya N, Nimitphong H, Wattanachanya L, Songpatanasilp T, Ongphiphadhanakul B, Deerochanawong C, Karaketklang K. Epidemiology of hip fractures in Thailand. *Osteoporosis International*. 2024;35(9):1661-1668.
- Thanin J. Treatment outcomes of second fractures in patients with previous hip fractures, Chaiyaphum Hospital. *Chaiyaphum Med J* 2018;38(1):27–35. (in Thai)
- Chittinan S. Falls in the elderly: prevention and family medicine approach. Bangkok: Sahamit Printing; 2018. (in Thai)
- Teerapat A, Chanon I. Effectiveness of a preparedness and fall prevention program in the elderly. *J Med Reg* 4 5 2019;38:4288–98. (in Thai)
- Sirivon C, Pornchai K. Factors affecting fall risk among elderly in Taksin Family Clinic, Tak Province. *Lanna Public Health J* 2022;18(1):31 44. (in Thai)
- Wichaya C, Saengchan C. Factors associated with access to emergency medical services for elderly patients at the scene. *Thai J Emerg Med* 2023;3(2):97 108. (in Thai)



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6
The Office of Disease Prevention and Control 6

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 29/85 ถ.วชิรปราการ ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000
โทรศัพท์ 0 3827 1881-2, 0 3827 7057-8 โทรสาร 0 3827 4862
<https://ddc.moph.go.th/odpc6>