

3

Journal of Health Systems Research

Vol. 13 No. 3 July - September 2019



ISSN 2672-9415 (Online)

วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2562

243

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ
แบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ
และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดต่อเฉียบพลัน
ในระบบทางเดินหายใจส่วนบนของประชากรไทย

271

ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก
ของประชากรไทย: การวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัย
และสวัสดิการ พ.ศ. 2560

303

ความพึงพอใจการสร้างไตทางช่องท้องและ
ทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วย
ที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy

Network

N

M

Management

C

Communication

Health

H

Systems

S

Knowledge

P

Policy

Research

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มุลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
ดร. นายแพทย์สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக

ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ดร. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยั้ง

ดร.สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2832 9200

โทรสาร 0 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link หน้าวารสาร: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

Suwat Chariyalertsak Dean, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatreveth Faculty of Medicine, Thammasat University

Thira Woratanarat Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Suthep Petchmark Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health

Phusit Prakongsai Health Technical Office, Ministry of Public Health

Phenkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,
Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 2832 9200

Fax (66). 2832 9201

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link to journal: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลาภาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors (declare form)*)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* is aimed at being one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

Journal of Health Systems Research is an academic published tool for supporting and enhancing the potential abilities in generating new bodies of knowledge from health systems researches which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

Facts and opinions in articles published in *Journal of Health Systems Research* express solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only the articles that meet our standard criteria. The entire contents published in the Journal have been fully protected by copyrights.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere (*please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at <http://ejournal.hsri.or.th/> and click For authors (declare form)*)
- The articles must contain proper title, abstract, name of author (s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *JHSR* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.



วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กำหนดเผยแพร่ในรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม งานที่จะส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. รายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ
3. จะต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น ถ้าหากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานของตน โดยทำรายการอ้างอิงที่ท้ายบทความ
4. เขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำผู้เขียนของวารสารฯ
5. ผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนั้นๆ อย่างแท้จริง
6. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิจัย และระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
7. ระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดใดบ้าง และเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจง
8. แจ้งการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล
9. ส่งมอบข้อมูลดิบในกรณีที่ทางกองบรรณาธิการแจ้งความประสงค์
10. แจ้งกองบรรณาธิการทราบ หากพบข้อผิดพลาดที่มีนัยสำคัญในผลงาน/การศึกษา เพื่อทำการแก้ไขหรือถอดถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง



ผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่

5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. จัดการให้บทความมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการปรับปรุงคุณภาพ การส่งเสริมสิทธิในการแสดงความคิดเห็น และจัดให้มีผู้ประเมินบทความอย่างน้อย 2 คนต่อบทความ
2. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. เลือกบทความเพื่อเผยแพร่หลังจากผ่านการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร และไม่เสี่ยงต่อข้อเรียกร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท การละเมิดลิขสิทธิ์และการลอกเลียนผลงานของผู้อื่น
4. ไม่เผยแพร่บทความที่เคยเผยแพร่ที่อื่นก่อนแล้ว
5. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ผู้ประเมิน และคณะผู้บริหาร
6. หากตรวจพบการคัดลอกผลงานผู้อื่นในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการจะต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการเผยแพร่บทความนั้นๆ
7. ประเมินความเหมาะสมของทุกบทความที่เนื้อหา โดยไม่ให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ ความเชื่อ ศาสนา ชาติพันธุ์ และความเห็นทางการเมืองของผู้เขียน

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 ภูมิหลังและเหตุผล

1.6 ระเบียบวิธีศึกษา

1.7 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย

1.8 ผลการศึกษา

1.9 วิจารณ์และข้อยุติ

1.10 กิตติกรรมประกาศ

1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

1.12 กรณูณาแบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณูณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

2.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรณูณาแบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอน



นี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

3.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

3.9 กรณแนบบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้

ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ในขั้นตอนการรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. **ชื่อเรื่อง (title)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อ (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใช่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2. **ชื่อผู้เขียน (author and co-author)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. **ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡

4. **บทคัดย่อ (abstract)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์ สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. **ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)** เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. **ระเบียบวิธีศึกษา (methodology)** เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ก็ควรอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ



และสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและ กระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจงด้วย

9. ผลการศึกษา (result) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และแผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมๆกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1 หรือ ใส่ภาพที่ 1 หรือ ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง (ถ้าจำเป็น)
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอื่น
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี
- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels
- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาจากงานของผู้อื่น

10. วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion) เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่ถูกรายงานไว้แล้วในงานของผู้อื่นที่ทำก่อนหน้านั้น (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลอง

สมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

11. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

12. กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (reference) ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขตัวก ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medicus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in press) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished work) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (personal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีลักษณะดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้ามี) และถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่เผยแพร่ใน Index Medicus ทุกปี

ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย : (colon)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258



ไม่มีการเว้นวรรคทั้งสองด้านของเครื่องหมาย ; (semicolon) และ : (colon) ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ ฉบับที่ เลขหน้า

ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011;20(3):477-83.
2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(2):136-45. (in Thai)
3. Snowdon J. Severe depression in old age. *Medicine Today* 2002;3(12):40-7.
4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;18(6):315-20.
5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2008 Mar 29;336(7646):701-4.
6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. *Pediatric Neonatal* 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.
12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)
13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [Internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: <http://www.aseansec.org/index2008.html>.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที่.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff 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.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 June 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceeding

25. 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.

13.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทของรายงาน. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

13.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Khwansuk N. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behavior (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปี เดือน วันที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. The Courier Mail 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. The Courier Mail (Weekend edition). 2010 Mar 6-7: Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. The Courier Mail 2001 May 5:22.

13.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

13.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary [Internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

13.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วัน ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemaneck K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. "Missing Link" fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

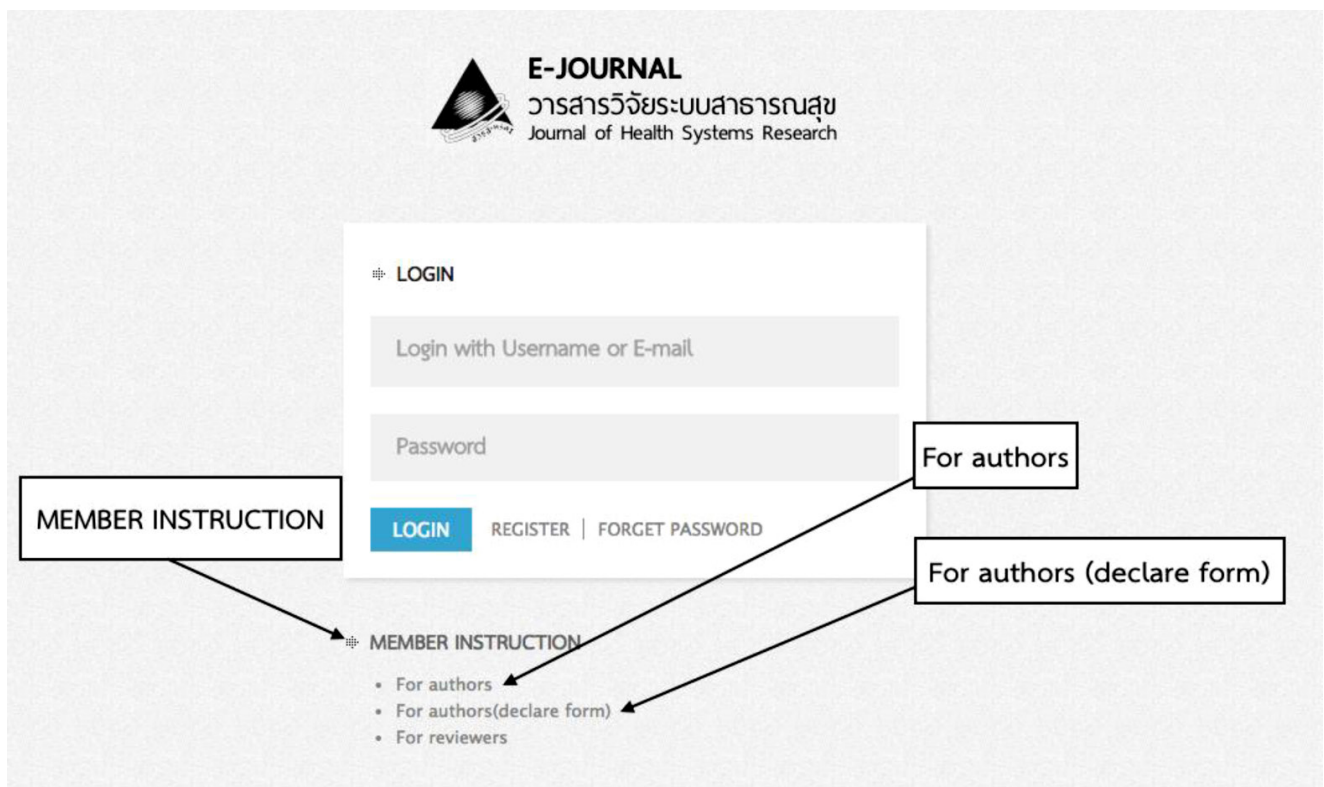


สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

| สถานะบทความในระบบ e-journal | ขั้นตอนการทำงาน |
|--|---|
| 1. Information review | เมื่อผู้เขียนส่งบทความเข้าระบบ e-journal สำเร็จแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความเรียบร้อยเบื้องต้น |
| 2. Editor first view | ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองเบื้องต้น เช่น ตรวจสอบการเข้าขอบข่ายของวารสารฯ และประโยชน์จากงานวิจัย บทความอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นตอนนี้ได้ |
| 3. Reviewer | กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ความเห็นในเชิงวิชาการ บรรณาธิการพิจารณาสรุปความเห็น ก่อนแจ้งผู้เขียนปรับแก้บทความ หรือ แจ้งปฏิเสธที่จะเผยแพร่บทความ |
| 4. Revision Revision 1 | เมื่อกองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้เขียนปรับแก้ วันที่ 1 ถึงวันที่ 30 นับจากวันที่แจ้งผล โดยนับวันแจ้งผลเป็นวันที่ 0 และ ก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน ซึ่งผู้เขียนสามารถดำเนินการตามที่แจ้งในข้อความนั้น เพื่อขอขยายเวลาได้อีก 30 วัน (เมื่อขอขยายเวลา และเข้าวันที่ 31 บทความจึงจะเปลี่ยนสถานะเป็น Revision 2) |
| Revision 2 | วันที่ 31 ถึงวันที่ 60 นับจากวันที่แจ้งผล โดยก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน และไม่สามารถขยายเวลาได้อีก |
| *หากผู้เขียนไม่ส่งบทความภายใน 30 วัน ในกรณีไม่ขอขยายเวลา หรือ ไม่ส่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่ขอขยายเวลา ระบบจะ reject บทความโดยอัตโนมัติ | |
| 5. Edit 1 | เมื่อผู้เขียนส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการปรับแก้ตามที่ได้แจ้งผู้เขียน |
| 6. Edit 2 | ชำระนิพนธ์ต้นฉบับ |
| 7. Editor approval of MS words | กองบรรณาธิการพิจารณาบทความในเชิงวิชาการอีกครั้ง และอาจแจ้งให้ผู้เขียนปรับเพิ่มเติมได้ |
| 8. Artwork | กองบรรณาธิการส่งบทความเพื่อจัดให้อยู่ในรูปแบบสำหรับการเผยแพร่ online (เป็นไฟล์ pdf) |
| 9. Author check | ผู้เขียนตรวจสอบความถูกต้อง กำหนดแจ้งกลับภายใน 3 วัน |
| 10. Editor approval of artwork | กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง |
| 11. Proofreading | พิสูจน์อักษร |
| 12. Library catalogue | กองบรรณาธิการเตรียมการเผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal |
| 13. Publication | เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย |

การส่งต้นฉบับ

จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไป ให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้วจึงจะส่งบทความได้ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้



เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เมื่อคลิกที่ “For authors (declare form)” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำรับรองงานต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งวารสารฯ กำหนดให้ผู้เขียนส่งด้วย สำหรับคำแนะนำในการส่งคำรับรองงานต้นฉบับ กรุณาย้อนกลับไปดูคำแนะนำในส่วน “ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่” ด้านบนของเอกสารนี้

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ



Add new article

The changes have been saved.

INFORMATION

Title (thai) *

Title (eng.) *

Abstract (thai) *

Data

Authors *

Full name (thai)

Full name (eng.)

Email

Add co-author

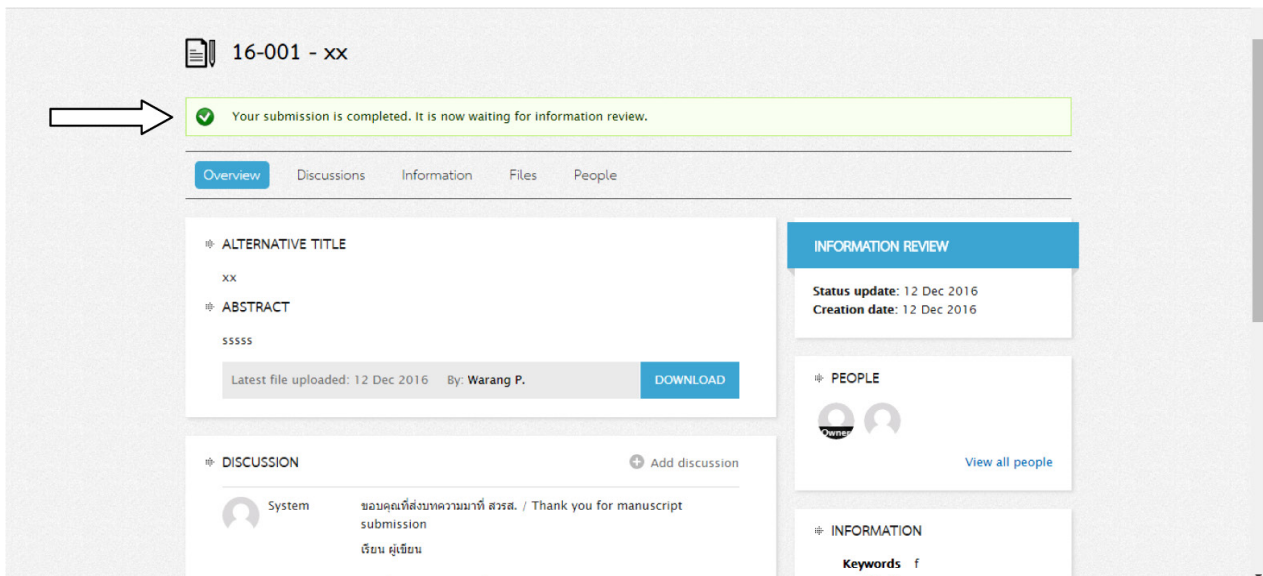
Keywords (thai) *

Add co-author

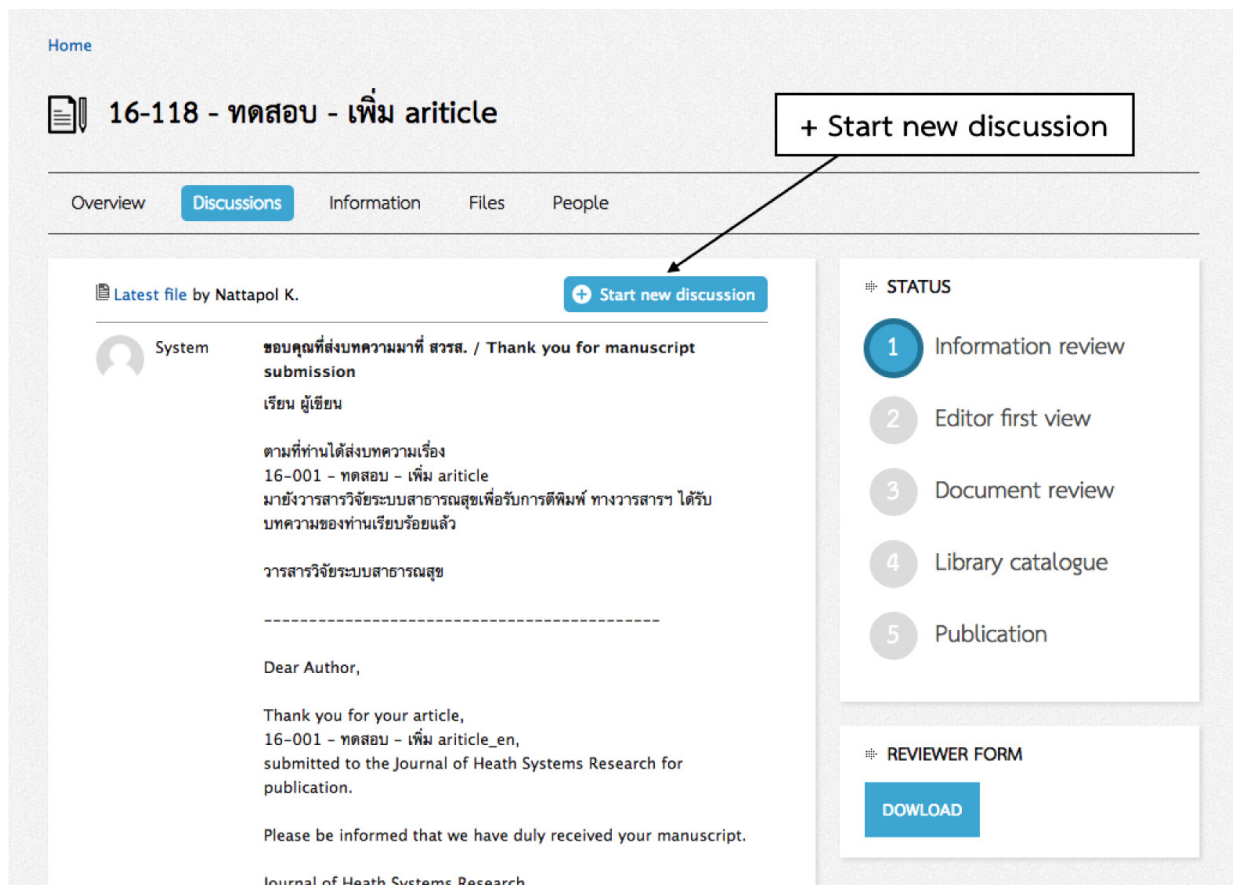
กรุณารอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT

The screenshot shows the 'Full text' section of the submission form. It includes a text area for the abstract, a 'Full text' field with a 'Choose File' button and 'No file chosen' text, and an 'UPLOAD' button. Below this is a checkbox for 'I have read the submission guidelines' and a 'SUBMIT' button. To the right, there are sections for 'Keywords (eng.)', 'Offices', 'Publisher', 'Contributors', 'Date', 'Language', and 'Coverage'. Annotations with arrows point to the 'Choose file' button, the 'SUBMIT' button, and the 'UPLOAD' button.

หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจะปรากฏดังนี้

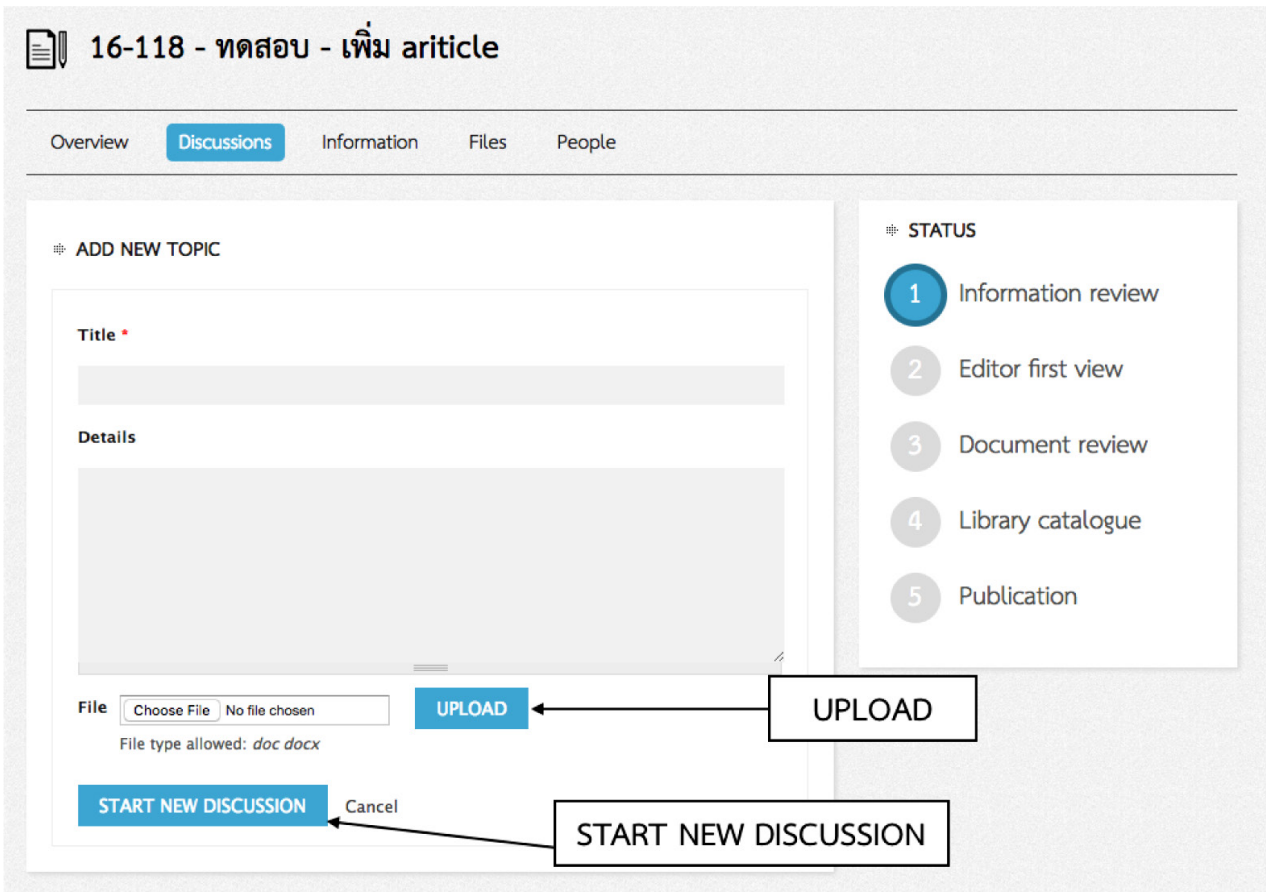


การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง





จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรูณากรอกหัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจึงจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ได้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.30-16.30 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-832-9200 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

อ่านงานวิจัยแล้วตีความหมายผลลัพธ์อย่างไร

ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

241

Editorial

Research Reading and Outcome Comprehension

Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนของประชากรไทย

พรพรรณ ประจักษ์เนตร

243

The Relationship between eHealth Literacy, Information Seeking, Knowledge, Attitude and Self-Management of Upper-Respiratory Infection in Thai Population

Pornpun Prajahnate

ผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ชุตติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ

261

Effect of Rational Drug Use Policy on Antibiotic Prophylaxis Use in Normal Vaginal Delivery in Mahasarakham Hospital

Chutimaporn Chaiyasong, et al.

ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทย: การวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560

ธีรวัฒน์ ทิศนภิมย์ และคณะ

271

Equity in Utilization of Oral Health Services among Thai Population: Results from Health and Welfare Survey 2017

Teerawat Tussanapirom, et al.

การประเมินระบบบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

วิไลลักษณ์ แสงศรี และคณะ

284

An Evaluation of Management System of the National Health Examination Survey in Thailand

Wilailak Saengsri, et al.

ความพึงพอใจการล้างไตทางช่องท้องและทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy

จตุรงค์ กิจตระกูลรัตน์ และคณะ

303

Peritoneal Dialysis Satisfaction and Kidney Transplantation Attitude among Patients under the Peritoneal Dialysis First Policy

Jathurong Kittrakulrat, et al.

ความถี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการน้ำตาลต่ำในเลือด และความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่สอง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชนากานต์ ชัยชนกุล

นฤชา โกมลสุรเดช

312

Frequency and Associated Factors of Hypoglycemic Symptoms and Fear of Hypoglycemia in Elderly Patient with Type 2 Diabetes at Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital

Chanakarn Chaitanakul

Narucha Komolsuradej

สารบัญ

Contents

ภาระทางเศรษฐกิจจากการดูแลรักษาผู้ป่วยต่าง
ด้าว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี

รักษ์พงศ์ เวียงเจริญ และคณะ

การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการ
สุขภาพที่ 10

นิชนันท์ สุวรรณกฎ และคณะ

323

**Economic Burden from Providing Care to Migrant
Patients: a Case Study of Phaholpolpayuhasena
Hospital, Kanchanaburi**

Rakpong Wiangcharoen, et al.

339

**Perception and Satisfaction of Stakeholders towards
National Health Security System in Health Region
10**

Nitchanun Suwannakoot, et al.

อ่านงานวิจัยแล้วตีความหมายผลลัพธ์อย่างไร Research Reading and Outcome Comprehension

“อะไรเป็นแรงจูงใจให้ผู้อ่านต้องอ่านงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ” และ “ผู้อ่านได้อะไรบ้างเมื่ออ่านงานวิจัยจบ” คือสิ่งที่บทบรรณาธิการฉบับนี้ต้องการเชื่อมโยงถึง

“ทำไมเราต้องอ่านหนังสือ” หรือเมื่อตั้งเป็นคำถามวิจัยว่า “อะไรคือแรงจูงใจในการอ่านหนังสือ (reading motivation)” ซึ่งคำตอบสำหรับคำถามวิจัยนี้มีมากมาย เช่น การวิจัยที่ทำในกลุ่มเด็กเล็ก สรุปว่าแรงจูงใจที่ทำให้เด็กอ่านหนังสือ ได้แก่ ความเชื่อของเด็ก (children’s belief) คุณค่า (value) และเป้าหมาย (goal) ซึ่งความเชื่อเหล่านี้รวมถึง ความเชื่อในสมรรถนะของตน (competence-related belief) หรือความรับรู้ในสมรรถนะของตน (self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถบรรลุภารกิจหลายอย่างได้ รู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง (sense of control) และความเป็นอิสระ (autonomy) ถ้าผู้เรียนเชื่อว่าจะทำกิจกรรมใดๆ ได้สำเร็จ จะทำให้ทำเรื่องนั้นได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁾ ส่วนที่น่าเสียดายของแรงจูงใจในการอ่านหนังสือคือ ผลวิจัยพบว่า ความเชื่อในสมรรถนะของเด็ก (children’s competence beliefs) แรงจูงใจจากภายใน (intrinsic motivation) และการเห็นคุณค่า (value) ของวิชาที่เรียน จะลดน้อยลงเรื่อยๆ เมื่อเรียนขึ้นชั้นสูงขึ้น⁽¹⁾ จึงทำให้แรงจูงใจในการอ่านลดลง

นอกจากนั้น งานวิจัยเรื่องการอ่าน (reading research) ด้วยระเบียบวิธีทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาขอบเขต “แนวคิดแรงจูงใจในการอ่าน” (reading motivation concept) ที่ครอบคลุมกลุ่มเด็กก่อนอนุบาลถึงวัยรุ่น พบวรรณกรรมที่เข้าข่ายทั้งหมด 92 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2546 ถึงปี 2556 พบว่า คำที่พบมากที่สุดในวรรณกรรมคือ แรงจูงใจในการอ่าน (reading motivation)

ซึ่งเป็นการกล่าวแบบแฝงนัย (implicit) อันดับสองคือ สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นการกล่าวแบบชัดเจน (explicit) ซึ่งการกล่าวแบบชัดเจนนี้ตามมาด้วยแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) แรงจูงใจภายนอก (extrinsic motivation) คุณค่า (value) ทศนคติ (attitude) ความสนใจ (interest) และ แนวคิดของตน (self-concept)⁽²⁾

การวิจัยการอ่านในประเทศไทยที่หาพบ เป็นการวิจัยเรื่องทัศนคติและแรงจูงใจในการอ่านภาษาอังกฤษในกลุ่มผู้เรียนระดับมหาวิทยาลัยปีแรก พบประเด็นสำคัญว่า ผู้เรียนมีความกังวลในการอ่านภาษาอังกฤษสูงถ้าการให้คุณค่าภายใน (intrinsic value) และสมรรถนะการอ่าน (reading efficacy) ของผู้เรียนต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนสอบภาษาอังกฤษที่ใช้แยกห้องผู้เรียน แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์ระหว่างคะแนนความกังวลกับคุณค่าภายนอก (extrinsic value) นั่นคือ ผู้เรียนที่ได้คะแนนน้อยอาจยังให้คุณค่าภายนอกของการเรียนภาษาอังกฤษสูงก็ได้⁽³⁾

การวิจัยแรงจูงใจในการอ่านสามเรื่องข้างต้นให้ความสำคัญกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีผลต่อการอ่านตั้งแต่เด็กไปจนถึงวัยรุ่น การวิจัยในประเทศไทยให้มิติความกังวลต่อการอ่าน ซึ่งน่าจะเป็นประเด็นชัดเจนเมื่อต้องอ่านวรรณกรรมงานวิจัยที่เขียนกันค่อนข้างอ่านเข้าใจยาก

ดังนั้นจุดเน้นต่อไปของบทบรรณาธิการนี้คือ เมื่ออ่านผลวิจัยจบแล้วได้ข้อสรุปอะไร การวิเคราะห์คำถามวิจัยของแต่ละบทความวิจัยตามหลักเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) เป็นขั้นตอนตาม PICO (patient/problem, intervention, comparison, outcome) ยังใช้ได้ดีกับสถานการณ์ปัจจุบัน^(4,5) ในที่นี้จะ

แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์ผลลัพธ์ (outcome) งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนของประชากรไทย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18-65 ปี ในพื้นที่ที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูง (P) ไม่มีการทดลองปัจจัยใดๆ (I) ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (C) มีผลลัพธ์ (O) ของการศึกษาหลายระดับ ได้แก่ ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลาง การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการจำแนกคุณภาพของข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตในระดับต่ำ และมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในระดับต่ำ⁽⁶⁾

เมื่อเชื่อมโยงกับผลการศึกษารื่องผลของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม วิเคราะห์คำถามวิจัยได้เป็นหลายชุด เช่น ทำการศึกษาภาพรวมกลุ่มผู้ป่วยคลอดปกติ (P) โดยมีสิ่งแทรกแซงคือนโยบายการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (I) มีกลุ่มเปรียบเทียบคือหญิงคลอดปกติก่อนมีนโยบายเปรียบเทียบกับหลังนโยบาย (C) โดยมีผลลัพธ์ที่สนใจ (O) ได้แก่ อัตราการใช้อาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 82 มูลค่าการใช้อาปฏิชีวนะต่อเดือนลดลง 6,663 บาท แต่อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลันต่อเดือนไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนคำถามวิจัยรองในกลุ่มผู้คลอดปกติภายหลังมีนโยบายแต่ยังได้รับยาปฏิชีวนะหลังคลอด (P) ผลลัพธ์ที่สนใจ (O) คือเหตุผลที่ได้รับยาเป็นเพราะการคลอดทำให้เกิดแผลฉีกขาดระดับรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนของการคลอด ฯลฯ⁽⁷⁾

การสังเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสองเรื่องดังกล่าวอาจให้ภาพเชิงนโยบายของการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อไปว่า การแทรกแซงที่ผู้ให้บริการ (supply side) มีผลสำเร็จที่ดีกว่า การแทรกแซงที่ภาคประชาชน (demand side) โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูง

ดังนั้นถ้าผู้อ่านงานวิจัยสามารถตีความจากการอ่านได้อย่างแจ่มชัด โดยเฉพาะส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของคำถามวิจัยหลักและคำถามวิจัยรองเมื่ออ่านงานวิจัยจบลง จะเป็นส่วนเสริมแรงจูงใจต่อการอ่านงานวิจัยของผู้อ่านทั่วไป จึงเป็นหน้าที่สำคัญของทั้งผู้พิมพ์บทความและบรรณาธิการวารสารจะทำให้บทความเมื่อผ่านการอ่านโดยผู้อ่านทั่วไปได้เพิ่มพูนสมรรถนะของผู้อ่านมากยิ่งขึ้นก็จะทำให้มีแรงจูงใจในการอ่านต่อไป และจะเกิดผลดีต่อการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้วย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

References

1. Wigfield A, Gladstone J, Turci L. Beyond cognition: reading motivation and reading comprehension. *Child Dev Perspect* 2016;10(3):190-5. doi: 10.1111/cdep.12184.
2. Conradi K, Jang BG, McKenna MC. Motivation terminology in reading research: a conceptual review. *Educ Psychol Rev* 2014;26:127-64. doi: 10.1007/s10648-013-9245-z.
3. Torudom K, Taylor P. An investigation of reading attitudes, motivation and reading anxiety of EFL undergraduate students. *Language Education and Acquisition Research Network Journal* 2017;10(2): 47-70.
4. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(3):508-11. [accessed 2019 Sep 21]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
5. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2007;7:16. doi: 10.1186/1472-6947-7-16.
6. Prajaknate P. The relationship between eHealth literacy, information seeking, knowledge, attitude and self-management of upper-respiratory infection in Thai population. *Health Systems Research Journal* 2019;13(3):243-60. (in Thai)
7. Chaiyasong C, Tiypak P, Supathaweewat S, Mithala S, Chaiyasong S. Effect of rational drug use policy on antibiotic prophylaxis use in normal vaginal delivery in Mahasarakham Hospital. *Health Systems Research Journal* 2019;13(3):261-70. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะและการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนของประชากรไทย

พรพรรณ ประจักษ์นาศ*

บทคัดย่อ

ถึงแม้ว่าการดำเนินการรณรงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในประเทศไทยจะได้เริ่มต้นขับเคลื่อนในระดับประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 แล้ว แต่ประชากรไทยยังคงมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นประเด็นท้าทายอย่างมากในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในประเทศไทยในระยะต่อไป งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในกลุ่มประชากรไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจำนวน 2,708 ตัวอย่างจากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคใต้และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งสิ้น 21 จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการจำแนกคุณภาพของข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตในระดับต่ำ มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากครอบครัวและญาติมากที่สุด มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลาง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ และมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในระดับต่ำ ผลการวิจัยนำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการด้านการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์, การค้นหาข้อมูลข่าวสาร, การจัดการตนเอง, โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน

The Relationship between eHealth Literacy, Information Seeking, Knowledge, Attitude and Self-Management of Upper-Respiratory Infection in Thai Population

Pornpun Prajaknate

pornpun.p@nida.ac.th

Graduate School of Communication Arts and Management Innovation, National Institute of Development Administration

Abstract

Although, Thailand has been committed to fight against irrational use of antibiotics since 2007, an inappropriate use of antibiotic continues to occur among Thai population. Therefore, the situation poses

* คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

Received 6 April 2019; Revised 28 August 2019; Accepted 29 August 2019

a significant challenge to the efficient working of the national rational antibiotic program in Thailand. The objective of this research was to examine the relationship between eHealth literacy, information seeking, knowledge, attitude and self-management of upper-respiratory infection (URI) in Thai population. The quantitative approach was employed in this study. The self-administered questionnaires were distributed to 2,708 respondents who resided in 21 provinces across four regions of Thailand. The results demonstrated that respondents reported low level of eHealth literacy on the ability to evaluate the health information on the internet. Respondents were more likely to seek information regarding the treatment of upper-respiratory infection from member of the family. The overall level of knowledge on antibiotic was moderate. Respondents had a positive attitude toward antibiotic usage and reported a low level of self-management of upper-respiratory infection. Findings of this study offer useful insights into the communication program for the reduction in antibiotic usage for upper-respiratory infection among Thai population.

Keywords: eHealth literacy, information seeking, self-management, upper respiratory infection

ภูมิหลังและเหตุผล

ประชากรทั่วโลกมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักฐานของกลุ่มนักวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกา สวิตเซอร์แลนด์ สวีเดน และเบลเยียมที่วิเคราะห์ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับการรักษาต่อวันใน 76 ประเทศรวมถึงประเทศไทย พบว่าทั่วโลกมีการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 65 จากปี ค.ศ. 2000 ถึงปี ค.ศ. 2015 โดยเพิ่มขึ้นจาก 2.11 หมื่นล้าน DDDs (defined daily doses) ไปเป็น 3.48 หมื่นล้าน DDDs หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 จาก 11.3 DDDs/1,000 ประชากร/วัน เป็น 15.7 DDDs/1,000 ประชากร/วัน ประเด็นที่น่าสนใจคือ นักวิจัยกลุ่มนี้ได้ประมาณการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะไปจนถึงปี ค.ศ. 2030 พบว่า ถ้าแต่ละประเทศไม่มีการดำเนินการเชิงนโยบายอย่างเร่งด่วน และถ้าทุกประเทศมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่เพิ่มมากขึ้นในอัตราการเติบโตแบบทบต้นเฉลี่ยต่อปี (compounded annual growth rate) จะมีการใช้ยาปฏิชีวนะรวมกันทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 202 ซึ่งเท่ากับ 1.28 แสนล้าน DDDs และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 161 จนกลายเป็น 41.1 DDDs ต่อ 1,000 ประชากร/วัน⁽¹⁾

สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อเป็นความเสี่ยงระดับโลก ข้อมูลจากรายงานของสภาเศรษฐกิจ

โลก (World Economic Forum) ในปี ค.ศ. 2018⁽²⁾ ระบุว่า การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อส่งผลลดประสิทธิภาพการรักษาของยาต้านแบคทีเรียลง เพราะเชื้อแบคทีเรียพัฒนาตัวเองให้ดื้อต่อยา ในขณะที่เดียวกันก็ก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพราะต้นทุนการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกามีต้นทุนการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 21-34 พันล้านดอลลาร์ต่อปี⁽³⁾ และท้ายที่สุดก็จะเกิดปัญหาสังคม คือ มีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾ โดยในปัจจุบันมีประชากรทุกช่วงอายุเสียชีวิตจากการดื้อยาปฏิชีวนะทั่วโลกประมาณ 700,000 คนต่อปี⁽²⁾

โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนเป็นโรคที่ประชากรในหลายประเทศใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นจำนวนมาก เช่น มีหลักฐานจากงานวิจัยหลายเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศจอร์แดน อียิปต์ เลบานอนและมาเลเซีย พบว่า ผู้ที่มีอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนส่วนใหญ่รับประทานยาปฏิชีวนะด้วยตนเองโดยที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์⁽⁵⁻⁹⁾ แหล่งที่มาของยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ร้านขายยา^(6,10,11) การเก็บยาปฏิชีวนะไว้ในตู้ยาประจำบ้านเพื่อใช้ในครั้งต่อไป^(12,13) ยาของญาติพี่น้อง^(14,15) มากไปกว่านั้น ประชากรในหลายประเทศยังมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่

สมเหตุผลในรูปแบบอื่นๆ เช่น ใช้ยาปฏิชีวนะไม่ครบตามใบสั่งยาของแพทย์⁽¹⁶⁾ หยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีเมื่ออาการทุเลา⁽¹⁷⁾ ขอยาปฏิชีวนะจากแพทย์ ไม่ยอมรับคำวินิจฉัยของแพทย์ และเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาถ้าไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้⁽¹⁸⁾

พฤติกรรมดังกล่าวนำมาสู่การตั้งคำถามว่า ปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งนี้ มีข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนขาดความรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติของยาปฏิชีวนะ จนทำให้เข้าใจผิดคิดว่ายาปฏิชีวนะสามารถรักษาอาการไข้หวัดที่ติดเชื้อไวรัสได้^(5,7,10,11,17-25) ยาปฏิชีวนะทำให้หายจากอาการไข้หวัดได้อย่างรวดเร็ว^(7,11,15,26) นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้าว่า มีประชากรในหลายๆ ประเทศ เช่น ประเทศภูฏาน ประเทศเลบานอน มีทัศนคติต่อยาปฏิชีวนะในระดับที่ไม่เหมาะสม^(14,27) คนส่วนใหญ่จะรีบรับประทานยาปฏิชีวนะทันที ถ้ารู้สึกว่ามีอาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน หยุดใช้ยาปฏิชีวนะทันทีที่อาการของโรคหายไป^(10,24) และเข้าใจผิดคิดว่ายาปฏิชีวนะสามารถรักษาอาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนได้ง่ายกว่ายาชนิดอื่น^(21,23,27) จึงคาดหวังให้แพทย์สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะหรือร้องขอยาปฏิชีวนะจากแพทย์^(20,27)

สำหรับสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2557 พบว่า มีงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่ดำเนินการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ เช่น จังหวัดปทุมธานี⁽²⁸⁾ จังหวัดนครปฐม⁽²⁹⁾ จังหวัดจันทบุรี⁽³⁰⁾ และจังหวัดชลบุรี⁽³¹⁾ พบว่า ประชาชนยังมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะค่อนข้างต่ำไปจนถึงปานกลาง สำหรับการดำเนินการสำรวจในระดับประเทศนั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติจัดทำรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี พ.ศ. 2560 จากกลุ่มตัวอย่าง 27,960 ครัวเรือน พบว่า มีจำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้ยาปฏิชีวนะ 2,167,293 คน และประชากรที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากสถานพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนมากที่สุดจำนวน 1,523,899 คน แหล่งยาปฏิชีวนะ

ที่ประชากรได้รับยา รองลงมา คือ ร้านขายยา มีจำนวนทั้งสิ้น 578,793 คน ร้านชำ มีจำนวน 51,668 คน และลำดับสุดท้าย คือ การใช้ยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะที่เหลือจากครั้งที่แล้วจำนวน 7,114 คน สำหรับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะนั้น พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเข้าใจผิดคิดว่ายาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อไวรัสได้ รักษาไข้หวัดได้ และมีประชากรประมาณ 6 ล้านคนที่ยังเข้าใจผิดคิดว่ายาปฏิชีวนะคือยาแก้ไอ⁽³²⁾ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงสรุปได้ว่า ผู้ที่มีอาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนมักจะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะระดับต่ำ และมีความเชื่อว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้น การปรับเปลี่ยนความรู้และทัศนคติต่อยาปฏิชีวนะจะส่งผลให้ประชากรในประเทศไทยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยเชิงประจักษ์ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย พบว่า การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์เป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพรวมทั้งการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยโมเดลปัญญาเชิงสังคมด้านสุขภาพ (social cognition models of health) อธิบายว่าการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (health literacy) เปรียบเสมือนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ หรือความรู้ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลต่อการจัดการสุขภาพและการรักษาโรค⁽³³⁾ มากไปกว่านั้น มีหลักฐานจากงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางหายใจส่วนบนและพฤติกรรมด้านสุขภาพ⁽³⁴⁾ และพรพรรณ ประจักษ์เนตร⁽³⁵⁾ พบว่าการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะและการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางหายใจเฉียบพลันของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการค้นหาข้อมูลข่าวสารเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ Schulz et al.⁽³⁶⁾ ศึกษาผู้ใช้ระบบบริการสุขภาพในประเทศ



นิวซีแลนด์ อังกฤษและสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคคลที่มีระดับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์สูงมักจะค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ต ตลอดจนมีความถี่ค่อนข้างสูงในการพบแพทย์หรือใช้บริการสุขภาพ Neter and Brainin⁽³⁷⁾ พบว่าบุคคลที่มีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ (eHealth literacy) ในระดับสูงมักจะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต นิตยสาร หนังสือ โทรทัศน์ วิทยุ การสื่อสารกับเภสัชกร พยาบาลและแพทย์ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รู้วิธีการจัดการสุขภาพตนเองได้

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์แสดงให้เห็นว่า ประชากรในบางพื้นที่ของประเทศไทยยังมีระดับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ต่ำ โดย พรพรรณ ประจักษ์เนตร⁽³⁵⁾ พบว่า ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยในระดับน้อยที่สุด ด้านความรู้ต่อแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต และความสามารถในการประเมินคุณภาพของแหล่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต หากประชาชนไม่สามารถจำแนกคุณภาพแหล่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตได้ และเกิดความเชื่อต่อแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลต่อความรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแบบไม่สมเหตุผลมากไปกว่านั้น รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการสะท้อนให้เห็นว่า มีประชาชนเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้ โดยจากประชากรทั้งหมดที่สำรวจจำนวนเป็นจำนวน 27,300,649 ล้านคนมีเพียง 4,850,252 คน ที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เมื่อพิจารณาถึงแหล่งข้อมูลที่มีประชากรระบุถึงมากที่สุด คือ แพทย์ รองลงมา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกร สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ข่าวทางโทรทัศน์อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ และโฆษณาทางโทรทัศน์⁽³⁸⁾

ถึงแม้ว่าอินเทอร์เน็ตจะไม่ใช่แหล่งข้อมูลที่มีผู้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากที่สุด แต่ขณะนี้ประเทศไทยและทั่วโลกอยู่ในยุคสารสนเทศ

และการสื่อสารที่มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการทบทวนวรรณกรรมถึงจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย รวมทั้งจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจำแนกตามภูมิภาค อายุและระดับการศึกษา เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการออกแบบสื่อให้มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยข้อมูลการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี พ.ศ. 2561 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽³⁹⁾ ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยจำนวน 21,729,382 ล้านคน เพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน 35,954,165 คน ในปี พ.ศ. 2561 โดยส่วนใหญ่แล้วอาศัยอยู่ในภาคกลางจำนวน 11,588,986 คน รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 7,995,037 คน กรุงเทพมหานครจำนวน 6,351,558 คน ภาคเหนือจำนวน 5,246,219 คน และภาคใต้จำนวน 4,772,365 คน และจากประชากรเกือบ 36 ล้านคนที่ใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า กลุ่มประชากรอายุระหว่าง 40-49 ปี มีจำนวนผู้ใช้มากที่สุด คือประมาณ 6 ล้านคน รองลงมาในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มประชากรช่วงอายุ 15-19 ปี 20-24 ปี และ 25-29 ปี มีจำนวนผู้ใช้กลุ่มละประมาณ 4 ล้านกว่าคน และกลุ่มประชากรช่วงอายุ 10-14 ปี 30-34 ปี 35-39 ปี และ 50-59 ปี มีจำนวนผู้ใช้กลุ่มละประมาณ 3 ล้านกว่าคน ทั้งนี้มีประชากรเพียง 2 กลุ่มที่มีจำนวนการใช้อินเทอร์เน็ตน้อยเพียงแค่งกลุ่มละล้านกว่าคน ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา พบว่า ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดมีจำนวนใกล้เคียงกัน 4 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 7 ล้านกว่าคน ได้แก่ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และประถมศึกษา

จากสถานการณ์ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะของประชากรไทย จึงนำมาสู่การพิจารณาถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหในระดับประเทศเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ทั้งนี้ ประเทศไทยริเริ่มโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ภายใต้โครงการนำร่องเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้ให้ทุนดำเนินการในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง และสถานอนามัย 87 แห่งในจังหวัดสระบุรี⁽⁴⁰⁾ และในช่วงปี พ.ศ. 2551 ได้ขยายโครงการสู่ระยะที่ 2 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสมุทรสงคราม และ 2 เครือข่ายของสถานพยาบาล คือ เครือข่ายของโรงพยาบาลกันตัง (จังหวัดตรัง) และกลุ่มโรงพยาบาลศรีวิชัย (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนมี 4 สาขา ในกรุงเทพมหานครและสมุทรสาคร) และในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการด้านยาของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2553 จึงขยายพื้นที่ในสถานพยาบาลทุกระดับ⁽⁴¹⁾

ต่อมา มีแผนยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 (2) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556 - 2559 (3) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2557) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2558) จวบจนปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้ดำเนินการร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการดื้อยา การควบคุมการกระจายยา การป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล การป้องกันเชื้อดื้อยาในภาคการเกษตร การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยา และความตระหนักในการใช้ยา และการพัฒนาเชิงนโยบาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ที่ 5 ที่มุ่งส่งเสริมให้องค์กรด้านสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาสังคม สื่อมวลชน เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2562 โดยมีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักของแผนยุทธศาสตร์ที่ 5 ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽³⁹⁾

ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการจัดทำงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่ศึกษาการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสารตลอดจนความรู้ ทักษะคิดต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ และการจัดการตนเองด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำเสนอแผนการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงประชากรในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชากรในการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกวิธีเพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์ที่ 5 ที่มุ่งส่งเสริมให้องค์กรด้านสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาสังคม สื่อมวลชน เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในกลุ่มประชากรไทย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างด้านลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในกลุ่มประชากรไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในกลุ่มประชากรไทย



ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทศนคติ และการจัดการตนเอง เพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในกลุ่มประชากรในประเทศไทย โดยงานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Chiang Mai University Research Ethic Committee) รหัสโครงการวิจัยคือ CMUREC 61/038

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรทั่วประเทศที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีจำนวน 33,349,460 คน โดยกลุ่มประชากรดังกล่าวมีความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตระดับสูง⁽⁴²⁾ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เคยค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อสุขภาพและเคยรับประทานยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ ± 2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,401 ตัวอย่าง⁽⁴³⁾ แต่ในการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยเก็บได้ทั้งสิ้น 2,708 ตัวอย่าง สำหรับการคัดเลือกตัวอย่างใช้การเลือกแบบแบ่งพื้นที่ตามภูมิภาค (cluster random sampling) ได้ 4 พื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดแพร่) ภาคกลาง (จังหวัดชลบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดอุดรธานี) ภาคใต้ (จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสงขลา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดพัทลุง) ปริมณฑล (จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดปทุมธานี) และกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sam-

pling) ด้วยการเลือกจังหวัดที่มีจำนวนประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด 2 จังหวัด และจังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 2 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 21 จังหวัด หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสะดวกสบาย (convenient sampling) ในการเก็บแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด รายได้ สถานภาพการทำงาน และภูมิภาค จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ หมายถึง “ความรู้ ความถนัด และการรับรู้ทักษะของตนเองในการค้นหา ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ” ใช้มาตรวัดลิเคิร์ตแบบ 5 ระดับ โดยแบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์พัฒนาโดย Norman and Skinner⁽⁴⁴⁾ มีจำนวน 8 ข้อ ที่วัด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความตระหนัก ด้านทักษะ และด้านการประเมิน

ส่วนที่ 3 การค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน หมายถึง “ความบ่อยครั้งในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน โดยค้นหาจากสื่อออนไลน์ สื่อมวลชน และสื่อบุคคล” ใช้มาตรวัดลิเคิร์ตแบบ 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Neter and Brainin⁽³⁷⁾

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ หมายถึง “ระดับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ซึ่งแบ่งเนื้อหาความรู้ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผลในการรักษาของยาปฏิชีวนะ (2) ประโยชน์ของยา

ปฏิชีวนะ (3) การจำแนกยาปฏิชีวนะ และ (4) อันตราย และผลข้างเคียงจากยาปฏิชีวนะ” ผู้ที่ตอบถูกจะได้คะแนน 1 คะแนน ในขณะที่ผู้ที่ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ จะได้ 0 คะแนน แบบสอบถามมี 10 ข้อ ซึ่งพัฒนาจากงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน^(13,45)

ส่วนที่ 5 ทักษะต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ หมายถึง “การประเมินของคุณค่าเมื่อใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ใช้มาตรวัดลิเคิร์ทแบบ 7 ระดับ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดทัศนคติของ Ajzen⁽⁴⁶⁾ เป็นแบบวัดทัศนคติที่ใช้คำศัพท์ตรงกันข้าม (bipolar) จำนวน 7 ข้อ โดยวัดภาพรวมของทัศนคติจำนวน 1 ข้อ คือ ดี-แย่มาก ทัศนคติด้านความคิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ มีประโยชน์-เป็นอันตราย เป็นสิ่งจำเป็น-ไม่จำเป็นเลย เป็นสิ่งที่ต้องการ-ไม่ใช่สิ่งที่ต้องการเลย และทัศนคติด้านความรู้สึก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ นำยินดี-ไม่นำยินดี นำพอใจ-ไม่นำพอใจ กินได้ง่ายสบายมาก-กินได้ยากมาก

ส่วนที่ 6 การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน หมายถึง “การปฏิบัติตนของคุณค่าด้านการเลือกรับประทานยาปฏิชีวนะด้วยตนเองเพื่อรักษาสุขภาพเมื่อเกิดอาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน เมื่อมีอาการน้ำมูกไหล จาม คัดจมูก มีเสมหะ เสียงแหบ ปวดศีรษะ มีไข้ ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย โดยพิจารณาจากรูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะ” โดยพัฒนาคำถาม 5 ข้อ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน^(27,45) โดยมีคำถามดังนี้ “ท่านเลือกซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเองจากร้านขายยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ” “ท่านนำยาปฏิชีวนะของญาติ หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน” “ท่านหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการดีขึ้น” “ท่านหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อหายป่วยทันที” “ไม่รับประทานยาปฏิชีวนะสม่ำเสมอจนครบตามที่แพทย์หรือเภสัชกรสั่ง” ข้อคำถามดังกล่าวใช้แบบมาตรวัดลิเคิร์ทซึ่งมี 5 ระดับ โดยสามารถแปลผลดังนี้

4.21-5.00 คือ การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุผลในระดับมากที่สุด

3.41-4.20 คือ การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุผลในระดับมาก

2.61-3.40 คือ การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุผลในระดับปานกลาง

1.81-2.60 คือ การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุผลในระดับต่ำ

1.00-1.80 คือ การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุผลในระดับต่ำที่สุด

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังศึกษาจำนวนครั้งในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน โดยข้อคำถามที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยมีคำถามว่า “ในหนึ่งปีที่ผ่านมา ท่านใช้ยาปฏิชีวนะมาแล้วกี่ครั้งเมื่อเกิดอาการน้ำมูกไหล จาม คัดจมูก มีเสมหะ เสียงแหบ ปวดศีรษะ มีไข้ ปวดเมื่อยอ่อนเพลีย”

การพัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่เป็นนักวิชาการด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ แพทย์ และเภสัชกร ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับภายในระดับที่รับได้คือ .90⁽⁴⁷⁾ และทดสอบความน่าเชื่อถือ (reliability) ด้วยการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แบบอัลฟาของการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์เท่ากับ .864 การค้นหาข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .850 ความรู้เท่ากับ .707 ทักษะเท่ากับ .848 และการจัดการตนเองเพื่อรักษา



โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนเท่ากับ .700

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามใน 4 ภูมิภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเก็บข้อมูลที่ในแถบมหาวิทยาลัย และสถานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น ร้านขายยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ด้านความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้การทดสอบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับปัจจัยด้านต่างๆ และใช้การทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance table) หรือ ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุ การศึกษา ระดับรายได้และสถานภาพอาชีพกับปัจจัยด้านต่างๆ นอกจากนี้ ยังใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 2,708 คน จาก 4 ภูมิภาค รวมทั้งจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดในเขตปริมณฑล รวมทั้งสิ้น 21 จังหวัด กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 911 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 541 คน ภาคกลางมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 503 คน ภาคเหนือมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 409 คน ภาคใต้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 344 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือมีจำนวน 1,634 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 และเพศชายจำนวน 1,074 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 อายุเฉลี่ย คือ 34.42 ปี ระดับการ

ศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ คือระดับปริญญาตรี มีจำนวน 1,209 คน คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจำนวน 490 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 กลุ่มตัวอย่างระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงจำนวน 458 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คือมีจำนวน 1,623 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุด คือมีจำนวน 747 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 สถานที่รับบริการสุขภาพที่ใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 974 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมา คือ การใช้บริการร้านขายยา จำนวน 633 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4

การรู้เท่าทันสื่อ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่า มีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านความรู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง เท่ากับ 3.20 แต่ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการจำแนกคุณภาพของข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต มีค่าเฉลี่ย 2.65 (ตารางที่ 1)

ด้านการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน พบว่ากลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและญาติมากที่สุด รองลงมาได้แก่ จากแพทย์ เภสัชกร อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (ตารางที่ 1)

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ 3.48 คะแนน จาก 10 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมาก

Table 1 Mean and standard deviation of eHealth literacy, information seeking, attitude and self-management of upper respiratory infection

| Factors | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| eHealth literacy items | 2.92 | 0.87 |
| I know how to find helpful health resources on the internet. | 3.20 | 1.05 |
| I know how to use the internet to answer my health questions. | 3.08 | 1.06 |
| I know what health resources are available on the internet. | 3.04 | 1.06 |
| I know where to find helpful health resources on the internet. | 2.85 | 1.07 |
| I know how to use the health information I find on the internet to help me. | 2.96 | 1.03 |
| I have the skills I need to evaluate the health resources I find on the internet. | 2.82 | 1.01 |
| I can tell high quality from low quality health resources on the internet. | 2.65 | 1.02 |
| I feel confident in using information from the internet to make health decisions. | 2.80 | 1.00 |
| Information seeking | 2.55 | 0.61 |
| Online media (internet, social media and health applications) | 2.65 | 0.98 |
| Mass media (television and radio) | 2.27 | 0.96 |
| Interpersonal media (pharmacist, nurse, physician, health care officer, family and friend) | 2.89 | 0.76 |
| Print media (newspaper, leaflet and book) | 1.94 | 0.87 |
| Attitude toward use of antibiotic | 4.62 | 1.46 |
| Self-management of upper-respiratory infection | 2.56 | 0.74 |
| Getting antibiotics at the pharmacy without a prescription or consulting medical doctor | 1.74 | 0.85 |
| Obtain antibiotics from family member or acquaintance who experienced similar symptom | 1.69 | 0.84 |
| Stop taking antibiotics if the symptoms vanished. | 2.31 | 1.04 |
| Stop taking antibiotics if you are getting better. | 2.42 | 1.08 |
| Do not finish full course of antibiotics as indicated by medical doctors. | 2.36 | 1.09 |

ที่สุด คือ “ยาปฏิชีวนะสามารถใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บคอได้” รองลงมาได้แก่ “ยาปฏิชีวนะสามารถใช้เพื่อรักษาไข้หวัดและอาการไอได้” “ยาปฏิชีวนะทำให้อาการไข้หวัดหายเร็วขึ้น” และ “ยาแก้ไอเสบคือยาปฏิชีวนะ” สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ “การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปทำให้เกิดการดื้อยา” (ตารางที่ 2)

ด้านทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนในระดับค่อนข้างดี

โดยมีค่าเฉลี่ย 4.62 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านความคิดต่อการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนว่า ค่อนข้างมีประโยชน์ ($\bar{x} = 4.40$) ค่อนข้างเป็นสิ่งจำเป็น ($\bar{x} = 4.18$) และค่อนข้างเป็นสิ่งที่ต้องการ ($\bar{x} = 4.11$) สำหรับทัศนคติด้านความรู้สึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่ายาปฏิชีวนะค่อนข้างกินได้ง่าย ($\bar{x} = 4.54$) ค่อนข้างน่าพอใจ ($\bar{x} = 4.06$) และน่ายินดี ($\bar{x} = 3.88$)

การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันใน

Table 2 Frequency and percentage of respondents' correct responses (yes or no) to knowledge questions

| Knowledge | n | % |
|--|-------|------|
| Effect of antibiotics | | |
| Antibiotics can cure cold and cough that causes by viral infection. (no) | 415 | 15.3 |
| Antibiotics can cure sore throat. (no) | 381 | 14.1 |
| Benefits of antibiotics | | |
| Cold symptom can be disappeared without taking antibiotics. (yes) | 1,504 | 55.5 |
| Antibiotics help patients who have cold symptom get better faster. (no) | 475 | 17.5 |
| Identification of antibiotics | | |
| Anti-inflammatory drug is antibiotics. (no) | 529 | 19.5 |
| Aspirin and Ibuprofen are antibiotics. (no) | 615 | 22.7 |
| Risk and side effect of antibiotics | | |
| Overuse of antibiotics causes drug resistance. (yes) | 1,790 | 66.1 |
| You can stop taking antibiotics as soon as the symptoms improve. (no) | 931 | 34.4 |
| There is no side effect of using antibiotics. (no) | 1,220 | 45.1 |
| Failure to complete the treatment course of antibiotics can cause drug resistance. (yes) | 1,580 | 58.3 |

ระบบทางหายใจส่วนบน พบว่า จำนวนครั้งที่ไข้ยาปฏิชีวนะในรอบปีที่ผ่านมาคือประมาณ 2.83 ครั้ง เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อหายป่วยทันที มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 รองลงมาคือค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ “การไม่รับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามที่แพทย์หรือเภสัชกรสั่ง” ($\bar{x} = 2.36$) และ “การหยุดใช้ยาปฏิชีวนะเมื่ออาการดีขึ้น” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{x} = 2.31$) สำหรับข้อคำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดมี 2 ข้อ คือ “การซื้อยาปฏิชีวนะทานเองจากร้านขายยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ” ($\bar{x} = 1.74$) และ “การนำยาปฏิชีวนะของญาติ หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน” ($\bar{x} = 1.69$) ทั้งนี้ ระดับค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้งหมดแปลความหมายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในระดับต่ำ

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะทางประชากรกับการรู้เท่าทันสื่อ การค้นหาข้อมูลข่าวสารความรู้ ทักษะคติ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน

การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ และภูมิภาคต่างกันจะมีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .001

การค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี 21-30 ปี และ 31-40 ปี มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อออนไลน์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 41-50 ปี 51-

60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนและนักเรียน นักศึกษามีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อออนไลน์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน ไม่ประกอบอาชีพ รับจ้างและเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคใต้มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อออนไลน์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในภาคอื่นๆ

สื่อมวลชน กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อมวลชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 51-60 ปี และ 61 ปี ขึ้นไป มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อมวลชนมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อมวลชนมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านและไม่ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อมวลชนมากกว่ากลุ่มที่รายได้ระหว่าง 20,000-30,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อมวลชน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

สื่อบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีการค้นหา

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่าไม่มีกลุ่มที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ อาชีพและภูมิภาคต่างกันมีการค้นหาข้อมูลจากสื่อบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคกลางมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อบุคคลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สื่อสิ่งพิมพ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ และอาศัยอยู่ในภูมิภาคต่างกันมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนผ่านสื่อสิ่งพิมพ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสิ่งพิมพ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนจากสื่อสิ่งพิมพ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในปริมณฑล ภาคเหนือ และภาคกลาง

ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศอายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และภูมิภาคแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มาก



กว่าผู้ชาย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี มีระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และประกาศนียบัตรวิชาชีพและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง กลุ่มที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 20,000-30,000 บาท และ 30,001-40,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน และนักเรียน นักศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประกอบอาชีพและรับจ้าง และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับความรู้ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในภูมิภาคอื่นๆ

ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและสถานภาพอาชีพต่างกันมีระดับทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน และไม่ประกอบอาชีพมีทัศนคติเชิงบวกต่อยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

การจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพอาชีพ และภูมิภาคที่แตกต่างกันมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพศชายมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่สมเหตุสมผลมากกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนแบบไม่สม

เหตุผลในระดับสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ น้อยกว่า 20,000 บาท มีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนแบบไม่สมเหตุสมผลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 30,001-40,000 บาท 40,001-50,000 บาท และมากกว่า 70,000 บาทขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน นักเรียน นักศึกษา ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน ไม่ประกอบอาชีพ และรับจ้าง มีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนอย่างไม่เหมาะสมในระดับสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพอาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางหายใจส่วนบนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในปริมณฑล ภาคเหนือ และภาคกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสารความรู้ ทัศนคติ และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน

ผลการวิจัยพบข้อค้นพบสำคัญดังนี้

1. การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ($r = 0.324, p < 0.001$) และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r = 0.154, p < 0.001$)
2. การค้นหาข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เกี่ยวกับปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.048, p = 0.013$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.098, p < 0.001$)
3. ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.060, p = 0.01$)
4. ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการ

ตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจ ส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.135, p < 0.001$)

วิจารณ์และข้อยุติ

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้โมเดลปัญญาเชิงสังคมด้านสุขภาพ (social cognitive of health model) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจ ส่วนบนในกลุ่มประชากรในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีระดับการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการประเมินคุณภาพของแหล่งข้อมูลในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่บนอินเทอร์เน็ตใดเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพ ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในระดับต่ำ จะไม่สามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่นำเสนอผ่านสื่อได้⁽⁴⁴⁾

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน จากสื่อออนไลน์ สื่อมวลชน และสื่อบุคคล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Quinn, Bond, & Nugent⁽⁴⁸⁾ ที่พบว่า การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน สื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผลการวิจัยนี้ พบว่าแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้ค้นหาข้อมูลมากที่สุด คือ ญาติและพี่น้อง รองลงมา ได้แก่ แพทย์ และเภสัชกร อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า กลุ่มประชากรในประเทศการ์ตาและปาเลสไตน์ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาถึงเป็นสื่อประเภทอื่นๆ เช่น สื่อบุคคลประเภทอื่น เช่น เภสัชกร บุคคลในครอบครัว สื่อมวลชน และสื่อออนไลน์^(19,49)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้พบว่าการค้นหาข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งสามารถตีความได้ว่า ยิ่งกลุ่มตัวอย่างค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนมากเท่าใด ก็จะมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะลดน้อยลง และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะมากยิ่งขึ้น จึงเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงเพราะแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างค้นหาในการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนมากที่สุด คือ บุคคลในครอบครัวที่อาจมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเพียงแค่ 3.48 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนใหญ่ไม่สามารถวินิจฉัยผลในการรักษาของยาปฏิชีวนะได้ และมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องที่คิดว่า ยาปฏิชีวนะสามารถใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บคอได้ สามารถใช้เพื่อรักษาไข้หวัดและอาการไอได้ และทำให้อาการไข้หวัดหายเร็วขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างยาแก้ไอกับยาปฏิชีวนะได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศจีน มาเลเซีย ภูฏาน และในประเทศไทย ที่พบว่า ประชาชนไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างยาแก้ไอกับยาปฏิชีวนะได้^(10,14,28,50) มากไปกว่านั้น ผลการวิจัยนี้พบว่า ทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองแบบไม่สมเหตุผลในการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Esther et al.⁽⁵¹⁾ ที่พบว่า การมีทัศนคติเชิงบวกต่อยาปฏิชีวนะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแบบไม่สมเหตุผล ทั้งนี้งานวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในเชิงบวก โดยเชื่อว่ายาปฏิชีวนะค่อนข้างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ค่อนข้างเป็นสิ่งจำเป็น และค่อนข้างรับประทานได้ง่าย จากผลการวิจัยด้านความรู้และทัศนคติ ผู้รับผิดชอบโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม

เหตุผล ควรให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับประเด็นด้านการจำแนกยา ประโยชน์ของการรักษา และผลของการรักษา ตัวอย่างเช่น การดื้อยาไม่ใช่อาการ แต่เป็นปรากฏการณ์ที่ยาในปริมาณปกติไม่สามารถฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค การดื้อยาจึงเป็นเรื่องของเชื้อโรคไม่ใช่อาการของคน เรื่องนี้คนจำนวนมากยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ให้เกิดความรู้สึกว่ายาปฏิชีวนะมีประโยชน์และจำเป็นเมื่อมีอาการในระบบทางหายใจส่วนบน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมกับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และภูมิภาคแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Esther et al.⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยงานวิจัยก่อนหน้าจากประเทศมาเลเซีย ระบุเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการสถานีนอนมัยที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำมักจะมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะต่ำ⁽⁵⁰⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และภูมิภาคแตกต่างกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะทางประชากรกับการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพอาชีพ และภูมิภาคที่แตกต่างกัน มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางหายใจส่วนบนแตกต่างกัน

โดยเฉพะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านภูมิภาคส่งผลต่อความแตกต่างในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางหายใจส่วนบนจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในภูมิภาคอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนมากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ปัจจัยด้านภูมิภาคส่งผลต่อการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยกลุ่มคนที่อาศัยในเขตเมืองส่วนใหญ่มักจะค้นหาข้อมูลผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต แต่คนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รอบนอกมักจะค้นหาข้อมูลผ่านสื่อบุคคล^(10,13) ดังนั้น ผู้รับผิดชอบโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลควรเลือกใช้สื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบน พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพอาชีพ และภูมิภาคส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางหายใจส่วนบนแตกต่างกัน ทั้งนี้ งานวิจัยนี้พบผลการวิจัยที่น่าสนใจ คือกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีความบ่อยครั้งในการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือ ภาคใต้ ปริมณฑลและภาคกลาง ซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในชนบทมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่ากลุ่มคนที่อาศัยในเขตเมือง^(10,13) ที่เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุมาจากโอกาสในการเข้าถึงยาของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่อื่น เพราะสามารถหาซื้อยาปฏิชีวนะได้จากร้านขายยา ร้านขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ และร้านชำ

ช้อยท์

ประชากรในประเทศไทยมีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ด้านการประเมินคุณภาพแหล่งข้อมูลในระดับต่ำ มีการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบนจากบุคคลในครอบครัวและญาติมากที่สุด มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับต่ำและมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาปฏิชีวนะและมีการจัดการตนเองเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนบนแบบไม่เหมาะสม ดังนั้น ผลการวิจัยนี้นำมาซึ่งข้อเสนอแนะการเลือกช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมกับพฤติกรรม การค้นหาข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมาย โดยเนื้อหาสารที่ควรใช้ในการรณรงค์ คือ การรักษาอาการไข้หวัดที่เกิดจากเชื้อไวรัสไม่ควรรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ และยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้อักเสบ นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ขอนแก่น มหาสารคาม และอุดรธานี มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำที่สุด มีการจัดการตนเองด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนบนแบบไม่สมเหตุผล ดังนั้น ควรส่งเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มนี้ผ่านสื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ทั้งนี้อาจมีการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านวิทยุกระจายเสียง เสียงตามสาย และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากไปกว่านั้น กลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีความถนัดในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนในอันดับสอง จึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรในกรุงเทพมหานครผ่านสื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคม และสื่อบุคคล ได้แก่ เภสัชกร แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะเป็นสื่อที่เข้าถึงบุคคลกลุ่มนี้มากที่สุด งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในขอบเขตการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและการจัดการตนเอง

เพื่อรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนบนเท่านั้น จึงยังไม่ครอบคลุม 3 อาการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับประเทศและระดับภูมิภาคกำลังดำเนินการและให้ความสำคัญ ได้แก่ ไข้หวัด เจ็บคอ ท้องเสีย และแผลเลือดออก ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตจึงควรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมทั้ง 3 อาการดังกล่าว เพื่อให้เกิดการวางแผนด้านการสื่อสารในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่สามารถเข้าถึงเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนประจำปี พ.ศ. 2561 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เภสัชกรและแพทย์ ใน 21 จังหวัด ที่ให้ความร่วมมือและประสานงาน รวมทั้งขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนามจาก 4 ภูมิภาค 21 จังหวัด ศูนย์วิชาการ เฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการและข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อโครงการวิจัย

References

1. Klein EY, Van Boeckel TP, Martinez EM, Pant S, Gandra S, Levin SA, et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2018; United State of America: PNAS; 2018
2. World Economic Forum. The global risks report 2018. Geneva: World Economic Forum; 2018.
3. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Ministry of Public Health and Ministry of Agriculture and Cooperatives. Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021. Bangkok: Ministry of Public Health and Ministry of Agriculture and Cooperatives; 2018. (in Thai)
5. Jamhour A, El-Kheir A, Salameh P, Hanna PA, Mansour H. Antibiotic knowledge and self-medication practices in a developing country: a cross-sectional study. *Am J Infect Control* 2017;45(4):384-8.



6. Yusef D, Babaa AI, Bashaireh AZ, Al-Bawayeh HH, Al-Rijjal K, Nedal M, et al. Knowledge, practices & attitude toward antibiotics use and bacterial resistance in Jordan: a cross-sectional study. *Infection, Disease & Health* 2018;23(1):33-40.
7. El-Hawry RM, Ashmawy MI, Kamal MM, Khamis HA, El-Hamed NMA, Eladely GI, et al. Studying the knowledge, attitude and practice of antibiotic misuse among Alexandria population. *Eur J Hosp Pharm* 2017;24(6):349-54.
8. Virmani S, Nandigam M, Kapoor B, Makhija P, Nair S. Antibiotic use among health science students in an Indian university: a cross sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2017;5(4):176-9.
9. Asha V, Yadav KD. Knowledge, attitude and practice of using antibiotics as self-medication among non-medical graduates. *International Journal of Dental Research* 2017;5(2):101-2.
10. Jie Chang, Bing Lv, Shan Zhu, Jiale Yu, Yu Zhang, Dan Ye, et al. Non-prescription use of antibiotics among children in urban China: a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices. *Expert review of anti-infective therapy*. 2018;16(2):163-72. doi: 10.1080/14787210.2018.1425616.
11. Kandelaki K, Lundborg CS, Marrone G. Antibiotic use and resistance: a cross-sectional study exploring knowledge and attitudes among school and institution personnel in Tbilisi, Republic of Georgia. *BMC Research Notes* 2015;8(1):495.
12. Bahlas R, Ramadan I, Bahlas A, Bajunaid N, Al-Ahmadi J, Farghaly QM, et al. Knowledge, attitude and practice towards the use of antibiotics. *Life Science Journal* 2016;13(1).
13. Yu M, Zhao G, Lundborg CS, Zhu Y, Zhao Q, Xu B. Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2014;14(1):112.
14. Tshokey T, Deepika A, Thupten T, Sangay W, Kinley W. Assessing the knowledge, attitudes, and practices on antibiotics among the general public attending the outpatient pharmacy units of hospitals in Bhutan: a cross-sectional survey. *Asia Pac J Public Health* 2017;29(7):580-8.
15. Al-Haddad MS, Abdallah QM, Alhamyani AH, Althomali AJ, Alshakhshir SM. General public knowledge and practices about the common cold. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2016;11(2):104-9.
16. El Zowalaty ME, Belkina T, Bahashwan SA, El Zowalaty AE, Tebbens JD, Abdel-Salam HA, et al. Knowledge, awareness, and attitudes toward antibiotic use and antimicrobial resistance among Saudi population. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2016;38(5):1261-8.
17. Almeida Santimano NM, Foxcroft DR. Poor health knowledge and behaviour is a risk for the spread of antibiotic resistance: survey of higher secondary school students in Goa, India. *Perspectives in Public Health* 2017;137(2):109-13.
18. Pan DST, Huang JH, Lee MHM, Yu Y, Mark I, Chen C, et al. Knowledge, attitudes and practices towards antibiotic use in upper respiratory tract infections among patients seeking primary health care in Singapore. *BMC family practice* 2016;17(1):148.
19. Alkhuzaei AMJ, Salama RE, Eljak IE, Chehab MAH, Selim NAA. The knowledge, practice, and attitude regarding antibiotic use among attendants of primary health care centres: a cross-sectional study in Qatar. *International Journal of Community Medicine And Public Health* 2017;4(11):3969-75.
20. Gaarslev C, Yee M, Chan G, Fletcher-Lartey S, Khan R. A mixed methods study to understand patient expectations for antibiotics for an upper respiratory tract infection. *Antimicrobial Resistance & Infection Control* 2016;5(1):39.
21. Pereko DD, Lubbe MS, Essack SY. Public knowledge, attitudes and behaviour towards antibiotic usage in Windhoek, Namibia. *Southern African Journal of Infectious Diseases* 2015;30(4):134-7.
22. Fredericks I, Hollingworth S, Pudmenzky A, Rossato L, Syed S, Kairuz T. Consumer knowledge and perceptions about antibiotics and upper respiratory tract infections in a community pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2015;37(6):1213-21.
23. Qamar M, Sheikh Abdullah N, Khan J, Mahmud A, Ahmad A. Knowledge and attitude towards antibiotic usage among general public in Shah Alam, Malaysia. *UK J Pharm Biosci*. 2014;2(6):60-6.
24. Lim KK, Teh CC. A cross sectional study of public knowledge and attitude towards antibiotics in Putrajaya, Malaysia. *Southern med review* 2012;5(2):26.
25. Norris P, Ng LF, Kershaw V, Hanna F, Wong A, Talekar M, et al. Knowledge and reported use of antibiotics amongst immigrant ethnic groups in New Zealand. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2010;12(1):107-12.
26. Sa'ed HZ, Taha AA, Araj KF, Abahri IA, Sawalha AF, Sweileh WM, et al. Parental knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use for acute upper respiratory tract infections in children: a cross-sectional study in Palestine. *BMC pediatrics* 2015;15(1):176.
27. Mouhieddine TH, Olleik Z, Itani MM, Kawtharani S, Nassar H, Hassoun R, et al. Assessing the Lebanese population for their knowledge, attitudes and practices of antibiotic usage. *Journal of Infection and Public Health* 2015;8(1):20-31.

28. Monkolchapat J, Reumsuk J, Chairatip A. The study of customer's knowledge and behavior in using antibiotics at community drug store in Pathum Thani province. *EAU Heritage Journal* 2012;6(2):91-100. (in Thai)
29. Sirirassamee B. Antibiotics use behavior of people in Nakhon Pathom province. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 1997. (in Thai)
30. Porisutiwutiporn S, Hemchayat M. Influencing factors of antibiotics use behavior of clients in Khlung Hospital, Chanthaburi. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center* 2014;31(2):114-27. (in Thai)
31. Wongwain T. Knowledge on antibiotic use for acute upper respiratory tract infections among outpatients with that infections at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2014;6(2):106-14. (in Thai)
32. National Statistical Office. The 2017 survey on health and welfare [Internet]. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2017 [cited 2019 March 15]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-5-1.html>. (in Thai)
33. von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav* 2009;36(5):860-77.
34. Sun X, Yang S, Fisher EB, Shi Y, Wang Y, Zeng Q, et al. Relationships of health literacy, health behavior, and health status regarding infectious respiratory diseases: application of a skill-based measure. *Journal of Health Communication* 2014;19(sup2):173-89.
35. Prajaknate P, editor. eHealth literacy, knowledge, and self-management of upper respiratory infection (URI) among the Thai population. The Proceedings of the 4th ICADA 2015, The Fourth International Conference on Advancement of Development Administration 2015, Social Sciences and Interdisciplinary Studies; 2015 May 28-30; National Institute of Development Administration, Thailand. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2016. p. 271-86.
36. Schulz PJ, Fitzpatrick MA, Hess A, Sudbury-Riley L, Hartung U. Effects of eHealth literacy on general practitioner consultations: a mediation analysis. *J Med Internet Res* 2017;19(5):e166. doi: 10.2196/jmir.6317.
37. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14(1):e19.
38. National Statistical Office. The 2017 health and welfare survey [Internet]. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2018 [cited 2019 March 15]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/health_and_welfare/2017/Full%20Report_080119.pdf. (in Thai)
39. National Statistical Office. The 2018 household survey on the use of information communication technology (quarter 1). [cited 2019 June 1]. Available from: www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/.../2561/ict61-สรุปผลที่สำคัญ_Q1.pdf. (in Thai)
40. Sumpradit N. Promotion of antibiotic smart use: case study of antibiotic smart use project [Internet]. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2009 [cited 2019 May 31]. Available from: <http://newsr.fda.moph.go.th/rumthai/userfiledownload/asu171dl.pdf>. (in Thai)
41. Sumpradit N. The expansion project of antibiotic smart use. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute and Food and Drug Administration; 2009. (in Thai)
42. National Statistical Office. Table 2.8 number of internet users aged 6 years old and above by region, age and gender In: National Statistical Office Thailand, editor. Bangkok 2018.
43. Morra-Imas LG, Morra LG, Rist RC. The road to results: designing and conducting effective development evaluation [Internet]. Washington DC: The World Bank; 2009 [cited 2019 March 15]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/400101468169742262/pdf/The-road-to-results-designing-and-conducting-effective-development-evaluations.pdf>. doi: 10.1596/978-0-8213-7891-5.
44. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res* 2006;8(4):e27. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27.
45. Saengcharoen W, Lerkiatbundit S, Kaewmang K. Knowledge, attitudes, and behaviours regarding antibiotic use for upper respiratory tract infections: a survey of Thai students. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2012;43(5):1233-44.
46. Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. Berkshire: McGraw-Hill Education; 2005.
47. Dilorio CK. Measurement in health behavior: methods for research and evaluation. Vol. 1. John Wiley & Sons, 2006.
48. Quinn S, Bond R, Nugent C. Quantifying health literacy and eHealth literacy using existing instruments and browser-based software for tracking online health information seeking behavior. *Computers in Human Behavior* 2017;69:256-67.
49. Pavydė E, Veikutis V, Mačiulienė A, Mačiulis V, Petrikonis K, Stankevičius E. Public knowledge, beliefs and behavior on antibiotic use and self-medication in Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*



- 2015;12(6):7002-16.
50. Teck KC, Ghazi HF, Bin Ahmad MI, Binti Abdul Samad N, Ee Yu KL, Binti Ismail NF, et al. Knowledge, attitude, and practice of parents regarding antibiotic usage in treating children's upper respiratory tract infection at primary health clinic in Kuala Lumpur, Malaysia: pilot study. *Health Services Research and Managerial Epidemiology* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 21];(3):1-3. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266440/pdf/10.1177_2333392816643720.pdf. doi: 10.1177/2333392816643720.
51. Esther OA-O, Patience OA, Wasiu OA, Akinlolu GO, Michaeline AI, Mustapha BH, et al. Perceptions and use of antimicrobials among staff of a university community in Southwestern Nigeria. *SAGE Open* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 21];4(2):1-7. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014529778>/ doi: 10.1177/2158244014529778.

ผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม

ศุภมาภรณ์ ไชยสงค์*
สุภาพร สุภาภวิวัฒน์†
สุรศักดิ์ ไชยสงค์‡

พริยา ตียากักต์*
ศราวุธ มิกะลา†

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุรศักดิ์ ไชยสงค์

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ “การใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด” เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล โดยมีเป้าหมายคือ อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะไม่เกินร้อยละ 10 ในกรณีนี้ โรงพยาบาลมหาสารคามได้ดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยได้จัดการประชุมชี้แจง กำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายฯ ต่ออัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะ อัตราการติดเชื้อในหญิงคลอดปกติฯ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา: ทำการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการทบทวนเวชระเบียนของหญิงคลอดปกติฯ ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 – เมษายน 2561 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยอัตราการใช้จ่ายและมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะนั้น เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ส่วนอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของแผนกสูติรีเวชกรรม และรูปแบบการใช้จ่ายปฏิชีวนะช่วงหลังการดำเนินงาน เก็บข้อมูลโดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนตุลาคม 2560 – เมษายน 2561 เปรียบเทียบอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะ และอัตราการติดเชื้อระหว่างช่วงก่อน (ตุลาคม 2558 – ตุลาคม 2559) และหลังการดำเนินงาน (พฤศจิกายน 2559 – เมษายน 2561) ด้วย Mann-Whitney U test และประเมินผลของนโยบายด้วย segmented regression of interrupted time-series analysis

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงาน อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะและมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่ามัธยฐานของอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะรายเดือนเท่ากับร้อยละ 100 vs ร้อยละ 13.2, $p < 0.001$, ค่ามัธยฐานของมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะต่อเดือน เท่ากับ 8,368 บาท vs 1,328 บาท, $p < 0.001$) ส่วนอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บไม่แตกต่างกัน (ค่ามัธยฐาน ร้อยละ 0 vs ร้อยละ 0, $p = 0.222$) ผลการดำเนินงานตามนโยบายทำให้อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะลดลง -82.1% (95%CI: -87.3 to -76.9, $p < 0.001$) และมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะต่อเดือนลดลง -6,663.2 บาท (95%CI: -8,396.7 to -4,929.8, $p < 0.001$) แต่ไม่ทำให้อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บเฉลี่ยต่อเดือนเปลี่ยนแปลงไป (0.063%, 95%CI: -0.280 to 0.406, $p = 0.709$) ในการทบทวนเวชระเบียนของหญิงคลอดปกติฯ ทั้งหมด 721 คน พบว่า มีการใช้จ่ายปฏิชีวนะ 45 คน (ร้อยละ 6.2) เหตุผลของการใช้จ่ายปฏิชีวนะส่วนใหญ่คือ มีแผลฉีกขาดระดับ 3-4 (14 คน, ร้อยละ 31.1) โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้บ่อยที่สุดคือ Amoxycillin และ Cefazolin

สรุปและข้อเสนอแนะ: การดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติฯ ทำให้มีการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น ส่งผลให้อัตราและมูลค่าการใช้จ่ายปฏิชีวนะของโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล, การใช้จ่ายปฏิชีวนะ, หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด, มูลค่าการใช้จ่าย

* กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

† กลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

‡ หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Effect of Rational Drug Use Policy on Antibiotic Prophylaxis Use in Normal Vaginal Delivery in Mahasarakham Hospital

Chutimaporn Chaiyasong*, Piriya Tiyaapak*, Supaporn Supathaweewat†, Sarawut Mithala†, Surasak Chaiyasong‡

* Department of Pharmacy, Mahasarakham Hospital

† Department of Obstetrics and Gynecology, Mahasarakham Hospital

‡ Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Corresponding author: Surasak Chaiyasong, surasak.c@msu.ac.th

Abstract

Background & Rationale: Ministry of Public Health introduced “antibiotic use in vaginal delivery of normal term labor” as an indicator of rational drug use (RDU) service plan with target goal of not more than 10% use. Mahasarakham Hospital implemented this RDU policy in October 2016 via meetings, setting a goal and practice guideline together with regular monitoring and evaluation. The objective of the present study was to examine effects of the RDU policy on antibiotic use, expenditure on antibiotic and infection rate after implementing the policy among vaginal delivery of normal term labor in Mahasarakham Hospital. **Methodology:** A retrospective study was conducted using hospital data of vaginal delivery of normal term labor during October 2015 to April 2018. Antibiotic use and expenditure were obtained from the 43-file standard dataset. Infection rate was collected from readmission record of obstetrics and gynecology department. Patterns of antibiotic use after implementing the policy were investigated from medical record reviews between October 2017 and April 2018. Mann-Whitney U test was performed to compare antibiotic use rate and expenditure and infection rate between before (October 2015 – October 2016) and after (November 2016 – April 2018) policy implementation. Segmented regression of interrupted time-series analysis was applied to examine policy effects. **Results:** Comparing before and after policy implementation, the antibiotic use rate and expenditure were declined significantly (median antibiotic use rate: 100% vs 13.2%, $p < 0.001$ and median expenditure per month: 8,368 baht vs 1,328 baht, $p < 0.001$). The infection rates were not significantly different (median: 0% vs 0%, $p = 0.222$). From time-series analysis, the policy significantly decreased antibiotic use rate (-82.1%, 95%CI: -87.3 to -76.9, $p < 0.001$) and decreased monthly-expenditure of antibiotic use (-6,663.2 baht, 95%CI: -8,396.7 to -4,929.8, $p < 0.001$) but no effects on infection rate by month (0.063%, 95%CI: -0.280 to 0.406, $p = 0.709$). From chart review of 721 vaginal normal deliveries, 45 women (6.2%) used antibiotics. The major reason of antibiotic use was the 3rd - 4th degree tear (14 women, 31.11%). Amoxicillin and Cefazolin were mostly used antibiotics. **Conclusion:** The findings of this study indicate that implementation of the RDU policy significantly reduced antibiotic use and expenditure and did not increase infection rate. The policy could improve rational use of antibiotic prophylaxis in vaginal delivery of normal term labor.

Keywords: rational drug use, antibiotic use, normal vaginal delivery, drug expenditure

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยกำหนดให้เป็นแผนพัฒนาระบบ

บริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 เพื่อคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล อันจะนำ

ไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และหนึ่งในเป้าหมายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลตามแนวทางการพัฒนาของ Service Plan คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (antibiotic prophylaxis in vaginal delivery of normal term labor: APL) เนื่องจากในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดนั้น กระบวนการทำหัตถการและการดูแลบาดแผลอย่างเหมาะสมมีความสำคัญที่สุด⁽¹⁾ มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยหลังคลอดมีอัตราการติดเชื้อเพียงร้อยละ 6 โดยผู้ที่ได้รับการผ่าท้องคลอด (cesarean section) มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 7.4 และผู้ที่คลอดทางช่องคลอดปกติ (normal labor) มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 5.5⁽²⁾ ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติทางช่องคลอดทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนั้นไม่ได้มีประโยชน์ในการทำให้อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บลดลง^(3,4) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ไม่เกินร้อยละ 10⁽⁵⁾

การใช้ยาปฏิชีวนะแก่มารดาหลังคลอดอย่างไม่สมเหตุผล ทำให้ทารกได้รับยาปฏิชีวนะผ่านทางน้ำนมโดยไม่จำเป็น ซึ่งการได้รับยาปฏิชีวนะในเด็กแรกเกิดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเด็กอ้วน⁽⁶⁾ หรือโรคหอบหืด โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ได้⁽⁷⁾ และยิ่งไปกว่านั้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกคลอดมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่าทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยที่คลอดในช่วงปี ค.ศ. 1998 – 2000 มีการติดเชื้อแกรมบวก Group B Streptococci ในกระแสเลือดน้อยกว่าทารกที่คลอดในช่วง ค.ศ. 1991 – 1993 แต่กลับมีการติดเชื้อจากเชื้อแกรมลบ *Escherichia coli* (*E.coli*) เพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ และการติดเชื้อ *E.coli* ที่พบเป็นเชื้อ *E.coli* ที่ดื้อยา Ampicillin เพิ่มมากขึ้น โดยทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนมีการติดเชื้อ *E.coli* ชนิดดื้อยา Ampicillin มากกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งการติดเชื้อ *E.coli* ที่ติดต่อ

ยา Ampicillin นั้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกแรกคลอดเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^(8,9)

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยเริ่มดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างครอบคลุมทั้งมิติด้านประสิทธิผล ต้นทุนค่าใช้จ่าย และความปลอดภัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดของโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2561 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลาด้วยสมการถดถอยแบบเป็นช่วง การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ COA No. 61/028

การดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

หลังจากกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้นำแนวนโยบายในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่อง

คลอดเข้าประชุมเพื่อปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์และพยาบาลกลุ่มงานสูติกรรม เพื่อกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดในช่วงปลายเดือนตุลาคม 2559 โดยอ้างอิงแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะเป็น routine ในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 หรือ 4 โดยใช้ยานีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งเดียวภายในเวลาไม่เกิน 60 นาทีก่อนเย็บแผล ดังนี้ cefazolin 1-2 กรัม หรือ ampicillin-sulbactam 3 กรัม หากแพ้ penicillin ใช้ clindamycin 600-900 มิลลิกรัม⁽⁵⁾ ตั้งเป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อในหญิงคลอดปกติทางช่องคลอด คือ “ไม่เกินร้อยละ 10”

หลังจากนั้น ทำการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน และสะท้อนข้อมูลดังกล่าวทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้แก่กลุ่มงานสูติกรรมทุกเดือนจนกระทั่งผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย โดยในแต่ละเดือนมีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ข้อมูลยาที่ใช้ ระยะเวลาการใช้ เหตุผลการใช้ แพทย์ผู้สั่งใช้ และความเหมาะสมตามแนวทางการใช้ยาที่กำหนด ส่งข้อมูลทั้งหมดโดยไม่ปกปิดชื่อแพทย์ให้หัวหน้ากลุ่มงานเพื่อทบทวนการสั่งใช้ยาในกลุ่มงาน และมีการประชุมร่วมกันในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพในบางโอกาส รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลทุกไตรมาสอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนจัดประชุมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแก่แพทย์และบุคลากรใหม่ทุกปี โดยในช่วงระยะเวลาของการศึกษาไม่มีแนวปฏิบัติอื่นๆ ที่เป็น co-intervention ของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดเพิ่มเติมในโรงพยาบาล

แหล่งข้อมูลและตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรสำคัญในการวิจัยนี้ ได้แก่ อัตราการใช้ยาและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บและรูป

แบบการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด โดยข้อมูลอัตราและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะรวมทั้งอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ เป็นข้อมูลภาพรวมระดับหน่วยงาน (aggregate data) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 - เมษายน 2561 (จำนวน 31 เดือน) ซึ่งมากพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลาด้วยสมการถดถอยแบบเป็นช่วง ที่ควรมีขนาดตัวอย่างหรือจำนวนจุดที่วัดอย่างน้อย 20 จุด^(10,11) ส่วนข้อมูลรูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด เป็นข้อมูลระดับบุคคล (individual data) โดยอธิบายแหล่งข้อมูลและการวัดตัวแปรดังนี้

1) อัตราการใช้และมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แพ้ม แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2561 โดยการดึงข้อมูลการคลอดทางช่องคลอดจากระหัส ICD-10 O800 และตัดผู้ที่คลอดก่อนกำหนดรหัส O601 ออก อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ คำนวณจากสูตร B^*100/A โดย A (ตัวหาร) คือ จำนวน AN ของหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดทั้งหมดและ B (ตัวตั้ง) คือ จำนวน AN ของหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างน้อย 1 dose ส่วนมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะคำนวณจากผลรวมของมูลค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้ทั้งหมดระหว่างช่วงการเข้านอนโรงพยาบาลครั้งนั้น สร้างตัวแปรเป็นอัตราการใช้ยาและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเดือน

2) อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกสถิติการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2561 อัตราการติดเชื้อ คำนวณจากสูตร B^*100/A โดย A คือ จำนวนหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดทั้งหมด และ B คือ จำนวนหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดที่ติด

เชื้อแผลฝีเย็บ สร้างตัวแปรเป็นอัตราการติดเชื้อต่อเดือน

3) รูปแบบการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ ครบกำหนดทางช่องคลอด

ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในของหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยการคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด และได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ 1 dose ขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2561 โดยเหตุผลของการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะทำการประเมินด้วยเหตุผลที่แพทย์ระบุในเวชระเบียน และในกรณีที่ไม่มีการระบุ ทีมผู้วิจัยจึงประกอบไปด้วยสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอดจะเป็นผู้ร่วมประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และผลรวมทั้งหมด เปรียบเทียบอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ และอัตราการติดเชื้อระหว่างช่วงก่อนการดำเนินงานตามนโยบาย (1 ตุลาคม 2558 – 31 ตุลาคม 2559 เป็นเวลา 13 เดือน) และช่วงหลังการดำเนินงานตามนโยบาย (1 พฤศจิกายน 2559 - 30 เมษายน 2561 เป็นเวลา 18 เดือน) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และประเมินผลของการดำเนินงานตามนโยบายต่ออัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ และอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ด้วยการวิเคราะห์เชิงข้อมูลอนุกรมด้วยสมการถดถอยแบบเป็นช่วง (segmented regression of interrupted time-series analysis: ITS) เพื่อควบคุมแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและปัจจัยที่รบกวนผลลัพธ์ของการศึกษาตามสมการนี้⁽¹⁰⁾

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 * time + \beta_2 * intervention + \beta_3 * time \text{ after intervention} + \epsilon_t$$

เมื่อ time คือเวลาเป็นเดือนในช่วงที่ศึกษา intervention คือการดำเนินงานตามนโยบาย time after intervention คือเวลาหลังการมีนโยบาย β_0 คือค่าคงที่ β_1

คือค่าสัมประสิทธิ์ของแนวโน้มตามเวลา (secular trend) หรือแนวโน้มที่มีอยู่แล้วก่อนการมีนโยบาย β_2 คือค่าสัมประสิทธิ์ของการเปลี่ยนแปลงจากนโยบาย และ β_3 คือค่าสัมประสิทธิ์ของการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มจากการมีนโยบายหรือการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มหลังการมีนโยบาย ϵ_t คือค่าความคลาดเคลื่อน

ทำการวิเคราะห์ ITS แยกตามตัวแปรตาม (Y_t) ได้แก่ อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะและอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ เมื่อทดสอบ first-order autocorrelation พบค่า Durbin-Watson statistics ของแต่ละโมเดลอยู่ที่ 1.5, 2.6 และ 2.3 จึงวิเคราะห์ด้วย generalized least squares estimator ของ Prais-Winsten method ทำให้ค่า Durbin-Watson statistics เข้าใกล้ 2.0 (เท่ากับ 1.8, 2.1 และ 2.0 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงว่าไม่มีปัญหา autocorrelation กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 15

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ผลของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลต่ออัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ และอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดและ 2) รูปแบบการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

1) ผลของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลต่ออัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ และอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

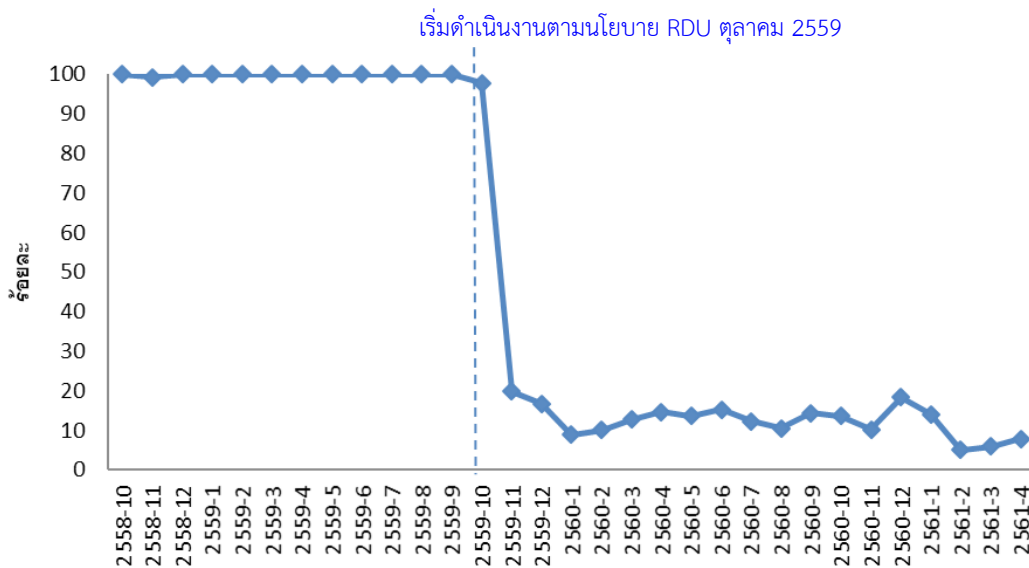
ในการศึกษานี้มีหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดทั้งสิ้น 3,660 คน แบ่งเป็นช่วงก่อนดำเนินงาน 1,549 คน และช่วงหลังดำเนินงาน 2,111 คน โดยมีผู้ได้รับยาปฏิชีวนะ 1,545 คน และ 269 คน มีผู้ติดเชื้อแผลฝีเย็บจำนวน 0 คน และ 2 คน ในช่วงก่อนและหลังดำเนินงานตามลำดับ



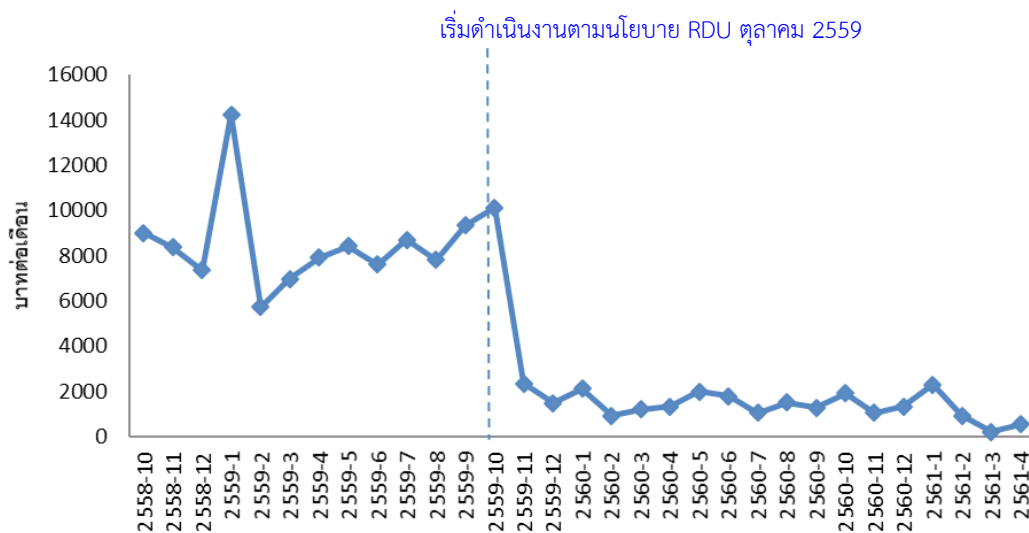
ผลของนโยบายจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในช่วงก่อนและหลังการดำเนินงาน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานตามนโยบาย อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่ามัธยฐานของอัตราการใช้ยา

ปฏิชีวนะต่อเดือน เท่ากับ 100% vs 13.18%, $p < 0.001$, ค่ามัธยฐานของมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเดือน เท่ากับ 8,368 บาท vs 1,328 บาท, $p < 0.001$) โดยในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2561 มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามเป้าหมายของ Service Plan (ภาพที่ 1 และ 2) ส่วนอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บไม่แตก



ภาพที่ 1 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึง เมษายน 2561



หมายเหตุ: เดือนธันวาคม 2558 ยา Amoxicillin 500 mg ขาด และใช้ยา Amoxicillin 250 mg แทน จึงทำให้มูลค่าการใช้ยาสูงกว่าปกติ

ภาพที่ 2 มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึง เมษายน 2561

ต่างกัน (ค่ามัธยฐาน 0% vs 0%, $p=0.222$) ลักษณะของผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อแสดงในตารางที่ 1

ผลของนโยบายจากการวิเคราะห์ Segmented regression of interrupted time-series analysis

จากการวิเคราะห์เชิงอนุกรมเวลาเพื่อควบคุมอิทธิพลของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตามเวลาแล้ว พบว่า ในช่วงก่อนการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตามเวลา (secular trend) สำหรับตัวแปรที่ศึกษาทั้งสามตัว ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะและอัตราการติดเชื้อ

เชื้อฝีเย็บ โดยการดำเนินงานตามนโยบายฯ ทำให้อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะต่อเดือนลดลง -82.1% (95%CI: -87.3 to -76.9, $p<0.001$) และมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะต่อเดือนลดลง -6,663.2 บาท (95%CI: -8,396.7 to -4,929.8, $p<0.001$) แต่ไม่มีผลต่ออัตราการติดเชื้อฝีเย็บเฉลี่ยต่อเดือน (0.063%, 95%CI: -0.280 to 0.406, $p=0.709$) นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินตามนโยบายฯ มีผลต่อแนวโน้มของการใช้จ่ายปฏิชีวนะโดยช่วงหลังการดำเนินงานตามนโยบายมีแนวโน้มการใช้จ่ายปฏิชีวนะเฉลี่ยต่อเดือนลดลง -0.4% (95%CI: -0.8% to -0.1%, $p=0.013$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

| อายุ (ปี) | อาการ | ผลเพาะเชื้อ | ยาปฏิชีวนะที่ได้รับหลังคลอด | ปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อ |
|-----------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 24 | แผลฝีเย็บไม่ติด | ไม่ได้ส่งเพาะเชื้อ | ไม่ได้รับ | - |
| 29 | แผลฝีเย็บไม่ติด | <i>E.coli</i> | Amoxycillin | แผลฝีเย็บฝึกขาระดับ 4 |

ตารางที่ 2 ผลของนโยบายจากการวิเคราะห์ segmented regression of interrupted time-series analysis

| | Coefficient | 95%CI | | p-value |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | Lower limit | Upper limit | |
| อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะเฉลี่ยต่อเดือน (%) | | | | |
| แนวโน้มช่วงก่อน intervention | -0.1 | -0.7 | 0.4 | 0.622 |
| ผลของ intervention ต่ออัตราการใช้จ่าย | -82.1 | -87.3 | -76.9 | <0.001 |
| ผลของ intervention ต่อแนวโน้ม | -0.4 | -0.8 | -0.1 | 0.013 |
| ค่า constant | 100.5 | 96.2 | 104.7 | <0.001 |
| มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | | | | |
| แนวโน้มช่วงก่อน intervention | 7.1 | -159.3 | 173.5 | 0.931 |
| ผลของ intervention ต่อมูลค่าการใช้ยา | -6,663.2 | -8,396.7 | -4,929.8 | <0.001 |
| ผลของ intervention ต่อแนวโน้ม | -55.5 | -156.1 | 45.1 | 0.267 |
| ค่า constant | 8,509.9 | 7,195.5 | 9,824.2 | <0.001 |
| อัตราการติดเชื้อฝีเย็บเฉลี่ยต่อเดือน (%) | | | | |
| แนวโน้มช่วงก่อน intervention | 0.000 | -0.033 | 0.033 | 0.988 |
| ผลของ intervention ต่ออัตราการติดเชื้อ | 0.063 | -0.280 | 0.406 | 0.709 |
| ผลของ intervention ต่อแนวโน้ม | 0.005 | -0.015 | 0.025 | 0.623 |
| ค่า constant | 0.001 | -0.260 | 0.262 | 0.993 |

ตารางที่ 3 เหตุผลของการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

| เหตุผลในการใช้ยาปฏิชีวนะ | จำนวน (n=45) | ร้อยละ |
|--|--------------|--------|
| มีแผลฉีกขาดระดับ 3-4 (3 rd - 4 th degree tear) | 14 | 31.11 |
| มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ทำคลอดนาน มีรกติด มีอุจจาระปน | 12 | 26.67 |
| ใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อระบบอื่นที่ไม่ใช่จากการคลอดเช่น UTI | 9 | 20.00 |
| มีน้ำเดินมากกว่า 18 ชม. (prolong PROM) | 7 | 15.56 |
| ตั้งใจผ่าคลอด ได้ยาปฏิชีวนะแล้วแต่คลอดปกติ | 1 | 2.22 |
| ไม่ทราบสาเหตุ | 2 | 4.44 |

ตารางที่ 4 ชนิด ระยะเวลา และมูลค่าของยาปฏิชีวนะที่ใช้ในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

| เหตุผลในการใช้ยาปฏิชีวนะ | ชนิดของยาปฏิชีวนะ | ระยะเวลาการใช้ยา, วัน Median (min-max) | ค่ายาปฏิชีวนะ, บาท Median (min-max) |
|----------------------------------|--|---|--|
| มีแผลฉีกขาดระดับ 3-4 | Amoxycillin (n=6) | 3.5 (2-7) | 30 (12-56) |
| | Cefazolin, Amoxycillin (n=3) | 2 (2-3) | 49 (36-55) |
| | Cefazolin (n=2) | 1 (1-1) | 39 (16-62) |
| | Ampicillin, Amoxycillin (n=1) | 10 | 186 |
| | Amoxycillin+Metronidazole (n=1) | 2 | 16 |
| | Clindamycin+Metronidazole (n=1) | 2 | 252 |
| มีภาวะแทรกซ้อน | Amoxycillin (n=6) | 5 (1-5) | 43 (12-48) |
| | Cefazolin (n=2) | 1 (1-1) | 47 (16-78) |
| | Cefazolin, Amoxycillin (n=1) | 6 | 89 |
| | Ceftriaxone, Amoxycillin (n=1) | 11 | 192 |
| | Ceftriaxone+Metronidazole, Cefalexin (n=1) | 7 | 392 |
| | Ampicillin (n=1) | 1 | 26 |
| ใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อระบบอื่น | Amoxycillin (n=5) | 5 (1-7) | 40 (8-48) |
| | Ampicillin, Amoxycillin (n=2) | 8.5 (8-9) | 266 (248-284) |
| | Cefazolin, Amoxycillin (n=1) | 7 | 91 |
| | Penicillin V (n=1) | 3 | 11 |
| มีน้ำเดินมากกว่า 18 ชม. | Ampicillin (n=7) | 1 (1-2) | 104 (78-260) |
| ตั้งใจผ่าคลอด แต่คลอดปกติ | Ampicillin (n=1) | 1 | 26 |
| ไม่ทราบสาเหตุ | Amoxycillin+Metronidazole (n=1) | 7 | 102 |
| | Amoxycillin (n=1) | 7 | 60 |

2) รูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ ครบกำหนดทางช่องคลอด

ผลการศึกษาพบว่า จากหญิงคลอดปกติฯ ทั้งสิ้น 721 คน มีผู้ได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 45 คน (6.24%) โดยเหตุผลในการใช้ยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ คือ มีแผลฉีกขาดระดับ 3-4 (14 คน, 31.11%) โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้ในเหตุผลดังกล่าวมากที่สุดคือ Amoxycillin ชนิดรับประทาน และ Cefazolin ชนิดฉีด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

วิจารณ์และข้อยุติ

ในช่วงก่อนการดำเนินงานตามนโยบาย โรงพยาบาลมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดสูงถึงร้อยละ 100 เนื่องจากมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงหลังคลอดทุกราย ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่สืบต่อกันมายาวนานโดยไม่ได้ทำการทบทวนข้อมูลใหม่ที่ทันสมัย แต่หลังการดำเนินงานตามนโยบาย พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และลดลงเรื่อยๆ จนบรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ($\leq 10\%$) ซึ่งส่งผลให้มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงประมาณ 6,663 บาทต่อเดือน โดยไม่ทำให้อัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้ได้ดำเนินการตามนโยบายโดยการให้ความรู้แก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา (clinician education) ปีละครั้ง และการประเมินการสั่งใช้ยาและคืนข้อมูลแก่ผู้สั่งใช้ยา (prescriptions audit and feedback) ให้แก่ผู้สั่งใช้ยาเป็นรายบุคคล ผ่านทางหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรมทุกเดือน ซึ่งวิธีการดังกล่าวล้วนเป็นวิธีการให้ intervention ที่มีการศึกษายืนยันแล้วว่าสามารถทำให้การใช้ยาปฏิชีวนะลดลงได้^(12,13)

แม้ว่าภายหลังการดำเนินงานตามนโยบายฯ แล้ว โรงพยาบาลจะมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยเหตุผลอื่นๆ นอกเหนือจากแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำอีกหลายเหตุผล ตลอดจนยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันติดเชื้อในผู้ที่มีแผลฉีกขาดระดับ 3-4 ไม่ตรง

ตามแนวทางที่กำหนด เช่น ใช้ยาชนิดรับประทานแบบต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการทบทวนประเด็นการใช้ยาดังกล่าวเพิ่มเติม นอกจากนั้น การศึกษานี้ยังพบว่าหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดที่ติดเชื้อแผลฝีเย็บในช่วงหลังดำเนินการมีจำนวนมากกว่าช่วงก่อนดำเนินการ แม้ว่าจะไม่พบนัยสำคัญทางสถิติแต่โรงพยาบาลควรทำการเฝ้าระวังและติดตามผลลัพธ์ดังกล่าวอย่างใกล้ชิดต่อไป

การศึกษานี้ประเมินผลของนโยบายทั้งจากวิธีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างช่วงก่อนและหลังการดำเนินงานตามนโยบายซึ่งทำให้เข้าใจได้ง่าย และวิธีการวิเคราะห์อนุกรมเวลาด้วยสมการถดถอยแบบช่วง (segmented regression analysis of time-series data) ที่ทำให้สามารถควบคุมแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่อาจมีอยู่แล้ว (non-stationary) การเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา (seasonality) และปัจจัยที่รบกวนผลลัพธ์ของการศึกษาได้^(10,11) นอกจากนี้ยังสามารถประมาณค่าสัมประสิทธิ์ผลของนโยบายต่อปริมาณและมูลค่าการใช้ยาได้ ดังตัวอย่างของงานวิจัยประเมินผลของนโยบายควบคุมการใช้ยาก่อนนี้⁽¹³⁻¹⁵⁾ ซึ่งการศึกษานี้มีจำนวนข้อมูลอนุกรมเวลาที่มากพอ ทำให้สามารถแสดงผลกระทบของการดำเนินงานตามนโยบายต่ออัตราการใช้ยา มูลค่าการใช้ยาและอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บได้อย่างเข้มแข็ง^(10,11)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการตามลักษณะของการศึกษาแบบย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้แล้ว อาจส่งผลให้ข้อมูลเรื่องอัตราการติดเชื้อของแผลฝีเย็บที่พบต่ำกว่าความเป็นจริงหากผู้ที่ติดเชื้อแผลฝีเย็บแล้วไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ ตลอดจนไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการติดเชื้อที่แท้จริงเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษาในอนาคต ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป นอกจากนั้น การใช้ข้อมูลแบบ aggregate data ทำให้ขาดรายละเอียดของข้อมูลที่



จำเป็นบางประการ รวมถึงไม่สามารถควบคุมคุณภาพของข้อมูลได้ดีเท่าที่ควร

การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียงเพียงโรงพยาบาลเดียว ผลการศึกษาที่พบอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงกับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยๆ ได้ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ และปัจจัยความไม่สำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบาย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีการวิเคราะห์ในระดับประเทศต่อไป เพื่อใช้ในการปรับปรุงตัวชี้วัดตลอดจนการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นในอนาคต

การศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า การดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลมหาสารคามทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการใช้ยาและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

References

- Jongtrakul P. Antibiotic prophylaxis in vaginal delivery. Reasonable drug use in primary care. 10th ed. Bangkok: Wanida Publishers; 2017. p.187-9. (in Thai)
- Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerg Infect Dis* 2001;7(5): 837-41.
- Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012136. doi: 10.1002/14651858.CD012136.pub2.
- Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD012137. doi: 10.1002/14651858.CD012137.pub2.
- Rational Drug Use Sub-Committee. Rational drug use hospital manual. 2nd ed. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016. (in Thai)
- Trasande L, Blustein J, Liu M, Corwin E, Cox LM, Blaser MJ. Infant antibiotic exposures and early-life body mass. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(1):16-23.
- Yamamoto-Hanada K, Yang L, Narita M, Saito H, Ohya Y. Influence of antibiotic use in early childhood on asthma and allergic diseases at age 5. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2017;119(1):54-8.
- Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Changes in pathogens causing early-onset sepsis in very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 2002;347:240-7.
- Schuchat A, Zywicki SS, Dinsmoor MJ, Mercer B, Romaguera J, O'Sullivan MJ, et al. Risk factors and opportunities for prevention of early-onset neonatal sepsis: a multicenter case-control study. *Pediatrics* 2000;105:21-6.
- Lagarde M. How to do (or not to do) assessing the impact of a policy change with routine longitudinal data. *Health Policy Plan* 2012;27:76-83.
- Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low-and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Organ* 2008;86:839-48.
- Ranji SR, Steinman MA, Shojania KG, Gonzales R. Interventions to reduce unnecessary antibiotic prescribing: a systematic review and quantitative analysis. *Med Care* 2008 Aug;46(8):847-62.
- Zhen L, Jin C, Xu HN. The impact of prescriptions audit and feedback for antibiotic use in rural clinics: interrupted time series with segmented regression analysis. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):777. doi: 10.1186/s12913-018-3602-z.
- Chaiyasong S, Chaiyasong C. Impacts of esomeprazole injection control policy on utilization and expenditure in Mahasarakham Hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2014;10(2):161-72. (in Thai).
- Oekaroek S, Chaiyasong S. Impacts of drug use control measures on utilization and expenditure of non-national essential statins in a provincial hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2017;13(Supplement):658-68. (in Thai).

ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ของประชากรไทย: การวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ พ.ศ. 2560

ธีรวัฒน์ กัศนภิรมย์*

วริศ พานิชกรียงไกร†

วุฒิปันธุ์ วงษ์มงคล†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธีรวัฒน์ กัศนภิรมย์

บทคัดย่อ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้ประชากรเกือบทั้งหมดมีสิทธิในสวัสดิการการรักษาทางทันตกรรมที่จัดให้โดยรัฐ แต่จากผลการสำรวจระดับประเทศที่ผ่านมา การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนยังคงมีสัดส่วนที่ต่ำ รวมถึงยังมีปัญหาความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยผ่านสัดส่วนและรูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประชากรเพียงร้อยละ 9.6 เท่านั้นที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยรูปแบบการรับบริการเป็นไปเพื่อการรักษาถึงร้อยละ 81.6 ของการรับบริการทั้งหมด สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ไปรับบริการสุขภาพช่องปากก็คือ ข้ำและรอนาน ในส่วนของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นพบว่า ประชากรร้อยละ 1.4 มีความต้องการในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยกลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเศรษฐกิจต่ำที่สุดมีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ถึงสองเท่า แต่กลับเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด ผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรต่างสิทธิสวัสดิการและต่างเศรษฐกิจฐานะ สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานโยบายสุขภาพช่องปากเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และสร้างความเป็นธรรมของระบบการให้บริการสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การสร้างความปลอดภัยระหว่างสามระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ และการขยายขอบเขตการให้บริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม, สิทธิการรักษาพยาบาล, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, ความเป็นธรรม, การได้รับบริการ, ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก

* คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข



Equity in Utilization of Oral Health Services among Thai Population: Results from Health and Welfare Survey 2017

Teerawat Tussanapirom*, Warisa Panichkriangkrai†, Vuthiphan Vongmongkol†

* Faculty of Dentistry, Mahidol University

† International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Corresponding author: Teerawat Tussanapirom, Teerawat.tus@mahidol.edu

Abstract

Thailand has achieved Universal Health Coverage since 2002. Consequentially, almost all Thai citizens are covered with basic oral health services by publicly funded insurance schemes. However, the proportion of Thais who receive such services is still low with inequity patterns among different groups of people. The purpose of this study was to analyze the equity in oral health service among Thai citizens through patterns of oral health service uses as well as unmet oral health needs by using the 2017 Health and Welfare Survey by the National Statistical Office of Thailand. The result revealed that 9.6 percent of Thai population received any oral health service within the past 12 months. Most (81.6 percent) of service uses were for treatments. The main reasons of not seeking oral health service were the delays and prolonged waiting time. On the unmet oral health needs, 1.4 percent of the population with oral health needs was not met. The populations with no health benefits, the aged, and the lowest socio-economic status saw twice as many unmet oral health needs compared to other population groups. These groups received the least oral health services. The survey showed the inequity of oral health service utilization, particularly among populations with different health benefits and different socio-economic status. This indicates the necessity of oral health policy that responds to the needs of the people and creates an equitable oral health service system; in particular, promotes oral health literacy, builds harmony among three public health insurance schemes, and expands the scope of services so that people have better accesses to necessary services.

Keywords: dental services, health insurance scheme, health welfare survey, equity, utilization, oral health need

ภูมิหลังและเหตุผล

หนึ่งในเป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) ให้กับประชาชน โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของความเป็นธรรมด้านสุขภาพว่า คือการลดความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable disparity) ในด้านสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น เศรษฐฐานะ ภูมิศาสตร์ เพศ และ อายุ⁽¹⁾ ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ (equity in health care) เป็นองค์

ประกอบสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพนั้น หมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นและจ่ายค่าบริการตามกำลังจ่าย ซึ่งสามารถประเมินได้จากปริมาณ ชนิด และคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับ⁽²⁾ กล่าวคือ ประชาชนต้องได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นจากความแตกต่างทางสังคมต่างๆ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยสวัสดิการของรัฐทั้งสามสิทธิ ได้แก่ สิทธิ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บรรจุสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพช่องปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ประชากรไทยส่วนใหญ่มีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และงานทันตกรรมป้องกัน⁽³⁾ แต่ด้วยกลไกการจ่ายเงิน ชุดสิทธิประโยชน์ และข้อกำหนดในการให้บริการที่ต่างกัน ส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการไม่เท่ากัน⁽⁴⁾ เห็นได้จากผลการศึกษารูปแบบของการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยที่ผ่านมา ซึ่งประชากรกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการมากกว่าประชากรในอีกสองสิทธิมาโดยตลอด^(3,5) นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีประชากรอีกจำนวนหนึ่งที่มีความต้องการด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง⁽⁵⁻⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยยังมีปัญหาการเข้าถึง (access) และความเป็นธรรม (equity) ในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นเรื่องที่รัฐต้องพัฒนาการจัดระบบสุขภาพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการสร้างความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็น และเป็นกลไกป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน (financial risk protection) แก่ประชาชนไทยต่อไป

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นการสำรวจ เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยที่จัดทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงสิทธิการรักษาต่างๆ ทั้งในเรื่องของการรับบริการผู้ป่วยนอก การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล และนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ได้มีการริเริ่มข้อคำถามเกี่ยวกับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งต่อมาได้เพิ่มจำนวนข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดบริการสุขภาพช่องปากอีกในปี พ.ศ. 2550⁽⁴⁾ ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์รูปแบบรับบริการที่

จำแนกลักษณะเฉพาะได้ ที่ผ่านมามีการนำข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการมาวิเคราะห์รูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยหลายครั้ง แต่การศึกษาครั้งล่าสุดที่ได้วิเคราะห์ประเด็นความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากคือการศึกษาใน พ.ศ. 2550⁽⁷⁾ ซึ่งผ่านมาแล้วหนึ่งทศวรรษ ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาครั้งใดที่ทำการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากโดยเทียบจากเศรษฐกิจฐานที่คำนวณจากการถือครองทรัพย์สินของประชาชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยผ่านสัดส่วนและรูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ร่วมสมัยและเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ดำเนินการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 โดยแผนการสุ่มตัวอย่างใช้เป็นแบบ stratified two-stage sampling มีกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) เขตแจงนับ (enumeration area: EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คริวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง เก็บข้อมูลจากคริวเรือนตัวอย่าง 27,960 คริวเรือนในทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยทำการสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนในคริวเรือนตัวอย่างรวม 65,781 คน⁽⁸⁾

ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในเรื่องสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล อาจมีสมาชิกคริวเรือนที่รายงานสิทธิซ้ำซ้อน เช่น มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพเอกชน ในกรณีดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดให้มีสิทธิหลักสิทธิเดียว โดยมีแนวทางการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการรักษา



พยาบาลดังนี้

1. กรณีมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและสิทธิอื่น กำหนดให้สิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นสิทธิหลัก
 2. กรณีมีสิทธิประกันสังคมและสิทธิอื่น ยกเว้นสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กำหนดให้สิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิหลัก
 3. ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในข้อ 1 และ 2 กำหนดให้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิหลัก
 4. กรณีที่มีสิทธิอื่นๆ ที่ไม่เข้าข่ายสิทธิในข้อ 1 ถึง 4 กำหนดให้เป็นสิทธิอื่นๆ
 5. กรณีที่ไม่มีหรือไม่ทราบว่า มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ กำหนดให้เป็นไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล
- ข้อมูลจากคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพช่องปากดังที่แสดงใน ตารางที่ 1 ได้ถูกนำมาประมวลผลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์ 65,781 คน ตามระเบียบวิธีทางสถิติ เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนของ

ประชากรทั้งประเทศ 67,572,274 คน หลังจากนั้นจึงใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ร้อยละ, มัธยฐาน และค่าสูงสุด - ต่ำสุด ในการวิเคราะห์สัดส่วนและรูปแบบการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ การใช้สิทธิสวัสดิการในการใช้บริการ และความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยแบ่งประชากรเป็นกลุ่มต่างๆ ตามสิทธิการรักษาพยาบาล เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจฐานะ เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับการบริการ

เนื่องด้วยการประเมินเศรษฐกิจฐานะจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ประกอบอาชีพอิสระ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ principal component analysis (PCA)⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นเทคนิควิธีทางสถิติที่จะจับกลุ่ม รวมกลุ่ม หรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกันแล้วสร้างเป็นตัวแปรใหม่ ในการจัดกลุ่มประชากรตามเศรษฐกิจฐานะ โดยประมวลผลข้อมูลจากการถือครองทรัพย์สิน เช่น ที่อยู่อาศัย ยานพาหนะ เครื่องใช้

ตารางที่ 1 ข้อคำถามจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ที่ใช้ประกอบการศึกษา

| | |
|---|--|
| หลักประกันด้านสุขภาพ | ปัจจุบัน ..(ชื่อ)..มีสวัสดิการรักษายาบาลดังกล่าวหรือไม่? (HW1_1 – HW1_9) |
| การให้บริการสุขภาพช่องปาก | ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว..(ชื่อ)..ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ (HW51) ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว..(ชื่อ)..ไปรับบริการทันตกรรมกี่ครั้ง (HW52) การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..รับบริการทันตกรรมประเภทใด (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ) (HW53_1 – HW53_2) ..(ชื่อ)..รับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจากที่ใด (12 ตัวเลือก) (HW54) |
| ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ | การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..จ่ายค่าพาหนะไป-กลับทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร (HW55) การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..จ่ายค่าบริการทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร (HW56) |
| การใช้สิทธิสวัสดิการในการใช้บริการ | การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่ (HW57) ..(ชื่อ)..ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด? ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด (14 ตัวเลือก) (HW58) |
| ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง | ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่..(ชื่อ)..เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้รับเข้ารับบริการ (UN5) เพราะเหตุใด..(ชื่อ)..จึงไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น (12 ตัวเลือก) (UN6) |

ไฟฟ้า ฯลฯ ของกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณดัชนีการถือครองทรัพย์สิน (asset index) และจัดกลุ่มประชากรเป็นห้าควินไทล์ (quintile) จากกลุ่มความมั่งคั่งต่ำที่สุดถึงสูงที่สุดเพื่อประกอบการวิเคราะห์

ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิแบบนิรนาม

ผลการศึกษา

ใน พ.ศ. 2560 ประชากรไทยร้อยละ 99.15 มีหลักประกันสุขภาพ โดยประชากรส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 72.9) สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 17) และสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ (ร้อยละ 7.1) สำหรับการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีประชากรประมาณ 6.5

ตารางที่ 2 การรับบริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

| | ประชากรทั้งหมด (คน) | ได้รับบริการ (คน) | ร้อยละของผู้ได้รับ บริการ | จำนวนการรับบริการ เฉลี่ยครั้ง/ปี |
|------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| ทั้งหมด | 67,572,274 | 6,511,602 | 9.6 | 0.17 |
| สิทธิการรักษา | | | | |
| สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ | 5,423,159 | 802,822 | 14.8 | |
| ประกันสังคม | 11,460,454 | 1,411,156 | 12.3 | |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 49,283,803 | 4,206,970 | 8.5 | |
| สิทธิอื่น ๆ | 832,229 | 74,519 | 9.0 | |
| ไม่มีสิทธิสวัสดิการ | 572,629 | 16,136 | 2.8 | |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 31,591,167 | 2,670,000 | 8.1 | |
| หญิง | 33,136,288 | 3,841,602 | 11.1 | |
| อายุ | | | | |
| 0 - 5 | 4,499,931 | 313,323 | 7.0 | |
| 6 - 12 | 5,513,285 | 997,338 | 18.1 | |
| 13 - 24 | 11,261,387 | 1,263,630 | 11.2 | |
| 25 - 59 | 35,135,302 | 3,142,316 | 8.9 | |
| มากกว่า 60 ปี | 11,162,369 | 794,996 | 7.1 | |
| เขตที่อยู่อาศัย | | | | |
| ในเขตเทศบาล | 29,515,870 | 3,116,276 | 10.6 | |
| นอกเขตเทศบาล | 35,211,585 | 3,132,404 | 8.9 | |
| เศรษฐกิจฐานะ | | | | |
| ต่ำที่สุด ควินไทล์ที่ 1 | 13,516,388 | 941,466 | 7.0 | |
| ควินไทล์ที่ 2 | 13,516,388 | 1,069,597 | 7.9 | |
| ควินไทล์ที่ 3 | 13,516,388 | 1,056,896 | 7.8 | |
| ควินไทล์ที่ 4 | 13,516,388 | 1,325,238 | 9.8 | |
| สูงที่สุด ควินไทล์ที่ 5 | 13,516,388 | 2,118,405 | 15.7 | |

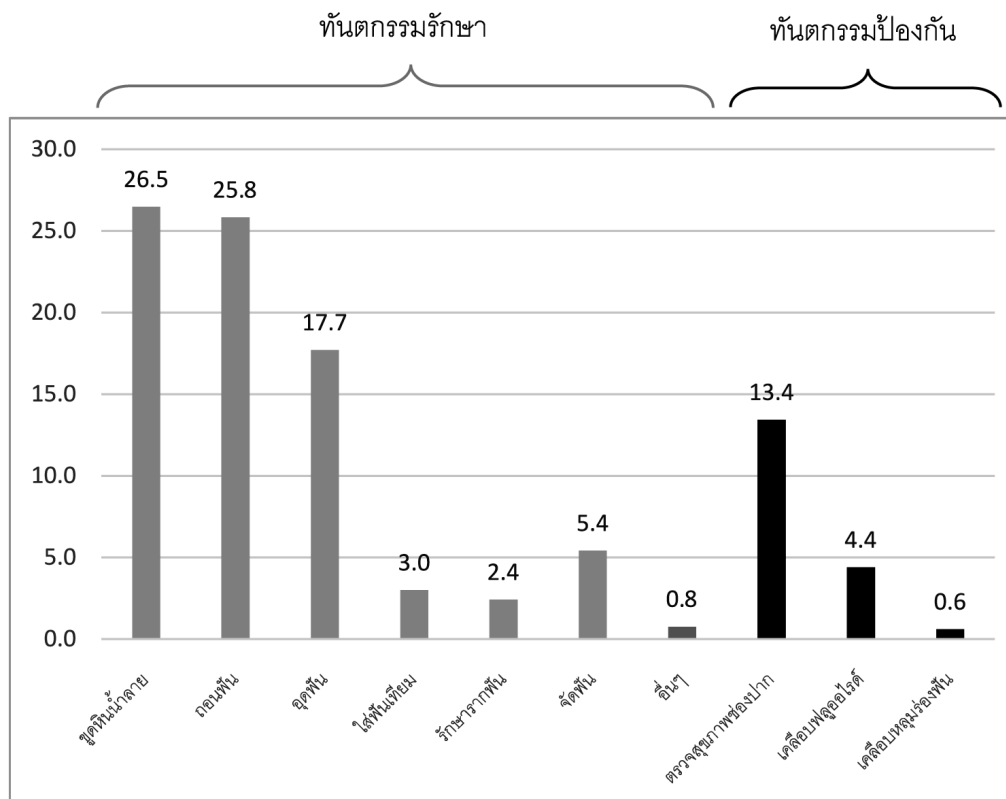
ล้านคน หรือร้อยละ 9.6 ได้รับการรักษาสุขภาพช่องปาก โดยคิดเป็นการรับบริการของประชากรไทยเฉลี่ย 0.17 ครั้ง/ประชากรทั้งหมด/ปี เพศหญิงได้รับการมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 11.1 และ ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ) ประชากรกลุ่มอายุ 6 - 12 ปีได้รับการมากที่สุด (ร้อยละ 18.1) ประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลได้รับการมากกว่าประชากรนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 10.6 และ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ)

หากจำแนกตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการมีสัดส่วนการได้รับการมากที่สุด คือร้อยละ 14.8 ตามด้วยผู้มีสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 12.3) และ สิทธิอื่นๆ (ร้อยละ 9) โดยกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.8) และหากจำแนกประชากรตามเศรษฐกิจฐานะ ประชากรกลุ่มที่ฐานะดีที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) ได้รับการมากกว่ากลุ่มฐานะรองลงมาอย่างชัดเจน โดย

ได้รับการมากกว่าประชากรกลุ่มควินไทล์ที่ 1 - 3 ถึงกว่า 2 เท่า (ตารางที่ 2)

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ประชาชนได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากทั้งหมด 7,786,295 ครั้ง โดยเป็นการรับบริการด้านการรักษาถึงร้อยละ 81.6 ในขณะที่เป็นการรับบริการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ 18.4 ทั้งนี้ การรับบริการทันตกรรมรักษามากที่สุดสองอันดับแรก ได้แก่ การอุดหินน้ำลายและการถอนฟัน (ร้อยละ 26.5 และ 25.8 ตามลำดับ) สำหรับการรับบริการทันตกรรมป้องกันส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับบริการใส่ฟันเทียมมีสัดส่วนต่ำมากเมื่อเทียบกับการถอนฟัน (ต่ำกว่าถึง 8 เท่า) และการจัดฟันมีสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรักษารากฟันและการใส่ฟันเทียม (ภาพที่ 1)

หากพิจารณาสถานพยาบาลที่ประชาชนเลือกเข้ารับบริการ พบว่ามีการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ

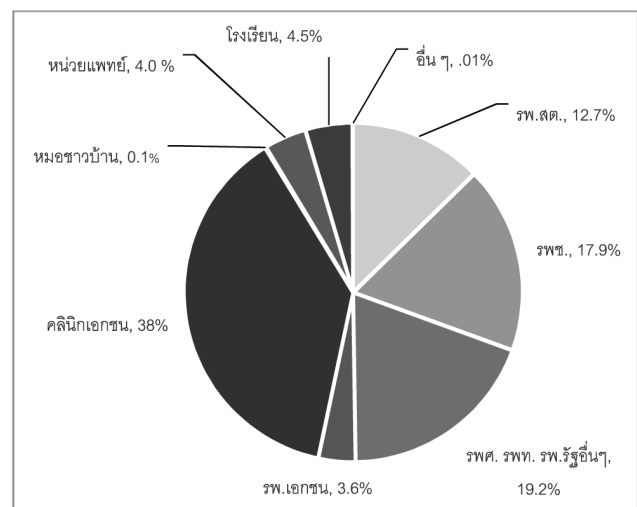


ภาพที่ 1 สัดส่วนของการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามชนิดบริการ

มากกว่าสถานพยาบาลของเอกชนเล็กน้อย คือ ร้อยละ 49.8 และ 41.6 ตามลำดับ สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ พบว่าสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้เข้ารับบริการมากที่สุดคือร้อยละ 19.2 ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้เข้ารับบริการร้อยละ 12.7 ในส่วนของการรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน คลินิกทันตกรรมเอกชนมีผู้เข้ารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 38) นอกจากนี้ ประชากรร้อยละ 8.5 ได้รับการบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และโครงการทันตกรรมโรงเรียน และหมอมหาวิทยาลัยยังคงเป็นทางเลือกในการรับบริการของประชาชน แม้จะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.1 (ภาพที่ 2)

หากพิจารณาการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและผู้มีสิทธิอื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ มีสัดส่วนการใช้สิทธิสูงที่สุดคือร้อยละ 70.5 และ 68.1 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลสำหรับข้าราชการและกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนการใช้สิทธิใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 65 โดย

ในกลุ่มผู้ใช้สิทธิหลักของตนในการรับบริการส่วนมากไม่ ต้องจ่ายเงินค่าบริการ ในขณะที่ผู้ไม่มีสิทธิหลักของตนในการรับบริการสุขภาพช่องปากรวมถึงผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการมี มาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 800 - 1,000 บาท สำหรับค่าเดินทางนั้น ประชากรทุกกลุ่มมีมาตรฐานค่าเดินทาง 100 บาท ยกเว้นกลุ่มผู้มีสิทธิและใช้สิทธิหลักประกัน



ภาพที่ 2 สัดส่วนของการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามสถานพยาบาล

ตารางที่ 3 การรับบริการครั้งล่าสุดและค่าใช้จ่ายจำแนกตามสิทธิการรักษา

| | สวัสดิการข้าราชการ | | ประกันสังคม | | หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | | สิทธิสวัสดิการอื่น ๆ | | ไม่มีสวัสดิการ |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------|
| | ใช้สิทธิหลัก | ไม่ใช้สิทธิ | ใช้สิทธิหลัก | ไม่ใช้สิทธิ | ใช้สิทธิหลัก | ไม่ใช้สิทธิ | ใช้สิทธิหลัก | ไม่ใช้สิทธิ | |
| ผู้ให้ข้อมูลค่าใช้จ่าย (คน) | 786,017 | | 1,398,043 | | 3,668,910 | | 3,668,910 | | 11,758 |
| ผู้ได้รับบริการสุขภาพช่องปาก | 510,791 (65.0%) | 275,226 (35.0%) | 988,489 (70.5%) | 413,123 (29.5%) | 2,383,516 (64.9%) | 1,290,399 (35.1%) | 49,103 (68.1%) | 22,966 (31.9%) | 16,136 |
| มาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (บาท) | 0 | 1000 | 0 | 1000 | 0 | 800 | 0 | 850 | 890 |
| ค่าใช้จ่ายต่ำสุด-สูงสุดในการรับบริการ (บาท) | 0 - 6,000 | 30 - >10,000 | 0 - 8,000 | 30 -> 10,000 | 0 - 6900 | 20 - >10,000 | 0 - 3,500 | 200 - 5,000 | 500 - 4,000 |
| มาตรฐานค่าเดินทาง (บาท) | 100 | 100 | 100 | 100 | 50 | 100 | 50 | 100 | 100 |
| ค่าเดินทางต่ำสุด-สูงสุด (บาท) | 0 - 1,000 | 0 - 1,200 | 0 - 1,200 | 0 - 2,000 | 0 - 5,000 | 0 - 2,000 | 0 - 1,000 | 0 - 1,000 | 40 - 300 |



สุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ มีมีมาตรฐานค่าเดินทางเพียง 50 บาท (ตารางที่ 3)

หากวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิหลักในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากพบว่า สาเหตุหลักคือ ช้ำ รอนาน (ร้อยละ 41.1) โดยเฉพาะกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ระบุเหตุผลของการไม่ใช้สิทธิว่าเพราะต้องรอนานถึงร้อยละ 40.3 และ 45.3 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ ระบุเหตุผลข้อนี้ที่ร้อยละ 29 สาเหตุลำดับที่สองของการไม่ใช้สิทธิคือ สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 27) โดยกลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ ระบุสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิว่าเกิดจากสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุมมากกว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 34.9 - 43.2 และ 20.0 - 25.7 ตามลำดับ) อีกสาเหตุหลักของการไม่ใช้สิทธิคือ ไม่สะดวกในเวลาทำการ โดยสามสิทธิสวัสดิการหลักของรัฐใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 20 (ตารางที่ 4)

ในส่วนของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นพบว่า ประชากรเพียงร้อยละ 1.4 รายงานว่าเป็นผู้ที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและจำเป็นต้องได้รับการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการ หากจำแนกตาม

สวัสดิการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มผู้มีสวัสดิการ (ร้อยละ 2.3) โดยกลุ่มผู้มีสวัสดิการอื่นๆ มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.4) ผู้สูงอายุมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 2.2) ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าผู้อาศัยในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 1.5 และ ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ) หากพิจารณาประชากรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากรกลุ่มที่ฐานะต่ำที่สุดมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าประชากรในกลุ่มฐานะอื่นประมาณสองเท่า (ตารางที่ 5)

สาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นเกิดได้ทั้งจากข้อจำกัดของผู้รับบริการและข้อจำกัดของระบบบริการ โดยสาเหตุหลักของฝั่งผู้รับบริการคือไม่มีเวลาไปรับบริการ (ร้อยละ 27.5) โดยกลุ่มผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมีสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 46.2 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเป็นสาเหตุหลักของความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนองของกลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการโดยร้อยละ 18.4 ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ และร้อยละ 9 ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ ในขณะที่ประชากรกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการค่า

ตารางที่ 4 สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามสิทธิสวัสดิการหลัก

| | สวัสดิการ ข้าราชการ | ประกัน สังคม | หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ | สิทธิสวัสดิการ อื่น ๆ | ทั้งหมด |
|---|------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|-----------|
| จำนวนผู้ตอบสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิ (คน) | 275,226 | 413,123 | 1,290,399 | 22,966 | 2,001,714 |
| สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้สิทธิ (ร้อยละ) | | | | | |
| ช้ำ รอนาน | 40.3 | 29.4 | 45.3 | 29.1 | 41.1 |
| สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม | 20.0 | 34.9 | 25.7 | 43.2 | 27.0 |
| ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ | 21.8 | 20.9 | 16.5 | 8.4 | 18.0 |
| สถานพยาบาลอยู่ไกล เดินทางไม่สะดวก | 3.0 | 2.9 | 4.5 | 13.3 | 4.1 |
| เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย | 4.3 | 4.9 | 1.2 | 0 | 2.3 |

ตารางที่ 5 ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

| | ประชากรทั้งหมด | ผู้ตอบว่ามีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง | |
|------------------------------|----------------|--|--------|
| | จำนวน (คน) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| ทั้งหมด | 67,572,274 | 9,529,833 | 1.4 |
| สิทธิการรักษา | | | |
| สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ | 5,423,159 | 68,076 | 1.3 |
| ประกันสังคม | 11,460,454 | 130,004 | 1.1 |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 49,283,803 | 738,131 | 1.5 |
| สิทธิอื่น ๆ | 832,229 | 3,590 | 0.4 |
| ไม่มีสิทธิสวัสดิการ | 572,629 | 13,181 | 2.3 |
| เพศ | | | |
| ชาย | 31,591,167 | 454,397 | 1.4 |
| หญิง | 33,136,288 | 498,586 | 1.4 |
| อายุ | | | |
| 0 - 5 | 4,499,931 | 15,954 | 0.4 |
| 6 - 12 | 5,513,285 | 22,817 | 0.4 |
| 13 - 24 | 11,261,387 | 108,884 | 1.0 |
| 25 - 59 | 35,135,302 | 559,978 | 1.6 |
| มากกว่า 60 ปี | 11,162,369 | 245,348 | 2.2 |
| เขตที่อยู่อาศัย | | | |
| ในเขตเทศบาล | 29,515,870 | 394,636 | 1.3 |
| นอกเขตเทศบาล | 35,211,585 | 558,347 | 1.5 |
| เศรษฐกิจฐานะ | | | |
| ต่ำสุด ควินไทล์ที่ 1 | 13,516,388 | 305,421 | 2.3 |
| ควินไทล์ที่ 2 | 13,516,388 | 167,573 | 1.2 |
| ควินไทล์ที่ 3 | 13,516,388 | 180,336 | 1.3 |
| ควินไทล์ที่ 4 | 13,516,388 | 156,009 | 1.3 |
| สูงสุด ควินไทล์ที่ 5 | 13,516,388 | 143,645 | 1.1 |

ใช้จ่ายไม่เป็นปัญหามากนัก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมมีร้อยละ 3 ที่ระบุว่าค่าเดินทางเป็นสาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ในกลุ่มสิทธิสวัสดิการอื่นๆ มีสัดส่วนของการไม่มีผู้พาไปรับบริการถึงร้อยละ 59 ในขณะที่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ

กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5.1 และ 6.1 ตามลำดับ

หากพิจารณาข้อจำกัดของทางฝั่งผู้ให้บริการพบว่าสาเหตุหลักของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองคือคิวการรักษาที่ยาวทำให้ต้องรอนาน (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น

ตารางที่ 6 สาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

| | สวัสดิการ ข้าราชการ | ประกัน สังคม | หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ | สิทธิสวัสดิการ อื่น ๆ | ไม่มี สวัสดิการ | ทั้งหมด |
|---|------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|---------|
| จำนวนผู้ตอบสาเหตุของการไม่ได้รับการตอบสนอง (คน) | 68,077 | 130,004 | 738,131 | 3,591 | 13,181 | 952,983 |
| ข้อจำกัดของผู้รับบริการ (ร้อยละ) | | | | | | |
| ไม่มีเวลาไปรับบริการ | 17.76 | 46.2 | 25.4 | 16.0 | 16.2 | 27.5 |
| ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ | 1.1 | 0 | 2.4 | 0 | 18.4 | 2.2 |
| ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ | 0 | 3.1 | 3.1 | 0 | 9.0 | 3.0 |
| ไม่มีผู้พาไปรับบริการ | 6.1 | 0.5 | 5.1 | 59.7 | 0 | 4.7 |
| ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด | 0 | 0 | 0.7 | 0 | 6.7 | 0.7 |
| ข้อจำกัดของระบบบริการ (ร้อยละ) | | | | | | |
| คิวยาว ต้องรอนาน | 24.8 | 31.4 | 30.3 | 0 | 0 | 29.5 |
| ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ* | 29.8 | 13.1 | 13.3 | 24.3 | 49.1 | 15.0 |
| เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล | 10.2 | 1.3 | 11.7 | 0 | 0.7 | 10.0 |
| ไม่เชื่อมั่นในสถานพยาบาล | 2.9 | 4.0 | 2.8 | 0 | 0 | 2.9 |
| สาเหตุอื่นๆ | 7.5 | 0.5 | 5.0 | 0 | 0 | 4.5 |

* เช่น ไม่มีทันตบุคลากร, สถานที่ไม่รองรับ

ไม่มีทันตบุคลากรหรือสถานที่ไม่รองรับ (ร้อยละ 15) นำสังเกตว่าประชากรกลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการถึงร้อยละ 49 ระบุสาเหตุของการเกิดความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองว่ามาจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการซึ่งสูงกว่ากลุ่มสวัสดิการอื่นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 6)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสัมมนาครบรอบ พ.ศ. 2560 ประชากรไทยมีส่วนการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2560 แต่เมื่อเทียบสัดส่วนการได้รับการบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา จะเห็นได้ว่า สัดส่วนการรับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยมีสัดส่วนการรับบริการอยู่ระหว่างร้อยละ 8.1 – 9.6^(8,10-13) ซึ่งเป็นสัดส่วนการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากที่ต่ำ ยกตัวอย่าง

เช่น เมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD ที่มีสัดส่วนการรับบริการสุขภาพช่องปากร้อยละ 37 – 71 ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁴⁾

เมื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะสูงที่สุดมีการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานะสามขั้นแรกถึง 2 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับการบริการตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพบว่า กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีส่วนผู้ได้รับการบริการมากที่สุด ตามด้วยประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการ แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดกลับเป็นกลุ่มที่ได้รับการน้อยที่สุด แม้ว่าจะมีหลักฐานจากต่างประเทศว่า การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้^(15,16) แต่จากผลสำรวจครั้งนี้และครั้งที่ผ่านๆ มาระบุว่า ปัญหาความเป็นธรรมในการได้รับการ

สุขภาพช่องปากของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่รบกวนการแก้ไข โดยเฉพาะระหว่างกลุ่มประชาชนต่างเศรษฐกิจฐานะและต่างสิทธิสวัสดิการ

หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ การเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพช่องปากยังคงเป็นปัญหา แม้จะมีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคมในช่วงก่อนการสำรวจ กล่าวคือ กรมบัญชีกลางได้มีการปรับเพิ่มสิทธิประโยชน์และอัตราการเบิกค่าบริการให้ประชาชนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในหลายรายการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559⁽¹⁷⁾ และสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มเพดานการเบิกค่ารักษาพยาบาลทางทันตกรรมจาก 600 บาทเป็น 900 บาท รวมถึงดำเนินโครงการทำฟันโดยไม่ต้องสำรองจ่าย ทำให้ผู้ประกันตนสามารถรับบริการในคลินิกทันตกรรมที่ร่วมโครงการได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้า⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาจจะมีผลต่อสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิในการรับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนทั้งสองสิทธิ สังเกตได้จากการใช้สิทธิของกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 61.9 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น ประมาณร้อยละ 65 ในปี พ.ศ. 2560 และสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.4 ในปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁾ เป็นร้อยละ 70.5 แต่การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ก็ไม่ใช่ว่าปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อสัดส่วนการใช้สิทธิสวัสดิการของประชาชน ดังที่สะท้อนผ่านประชาชนผู้มีสิทธิอีกร้อยละ 30 - 35 ที่เข้ารับบริการสุขภาพช่องปากโดยจ่ายเงินด้วยตนเอง (out of pocket payment) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนได้⁽¹⁹⁾

สาเหตุหลักของการไม่ใช้สิทธิหลักในการรับบริการสุขภาพช่องปากจากการศึกษาครั้งนี้คือ ข้ำ รอนาน สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม และไม่สะดวกที่ต้องไปในเวลาทำการ ซึ่งไม่แตกต่างจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบการให้บริการภาครัฐที่ยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งเลือกรับบริการจากคลินิกเอกชน แม้จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง เห็นได้จากสถานพยาบาลที่ประชากรเลือกเข้ารับบริการโดยมีการรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่ลดลงอย่างชัดเจน โดยลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปีพ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 17.9 ในปี พ.ศ. 2560 สวนทางกับสัดส่วนการรับบริการที่คลินิกเอกชนก็มีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 38.0 ในปี พ.ศ. 2560⁽³⁾

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าการรับบริการสุขภาพช่องปากของคนไทยยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ แต่ผลการสำรวจความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของคนไทยกลับมีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากการประเมินตัวเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่สะท้อนถึงความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพช่องปากที่ประเมินด้วยการตรวจทางคลินิกโดยบุคลากรทันตสุขภาพ⁽²⁰⁾ เนื่องจากโรคในช่องปากส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการจนกว่าจะถึงระยะลุกลามทำให้คนไข้ไม่ตระหนักถึงการมีโรคในช่องปากของตนเอง⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองจากผลการศึกษาครั้งนี้ก็มีประโยชน์ในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบาง (vulnerable group) ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่ำที่สุด ซึ่งมีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ถึงสองเท่า รวมถึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสร้าง ความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากที่ในปัจจุบันมีเพียงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นที่ครอบคลุมบริการดังกล่าว

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยยังมีสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่มากนักและไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควรตลอดสิบปีที่ผ่านมา และยังมีปัญหาความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทั้ง

ระหว่างประชากรต่างสิทธิการรักษา และต่างเศรษฐกิจฐานะ โดยมีกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ และผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการ ในส่วนของผู้มีสิทธิสวัสดิการนั้น สัดส่วนการไม่ใช้สิทธิในการเข้ารับบริการยังมีสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 30 - 35 ซึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน และสิทธิสวัสดิการไม่ครอบคลุมแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ต้องเน้นไปที่การลดความแตกต่างในการได้รับบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และมีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากมากขึ้น อันจะส่งผลต่อการรับรู้ถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของตนเอง และพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพช่องปาก (oral health care seeking behavior) ต่อไป
2. จัดทำนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้สิทธิหลักในการเข้ารับบริการ และพัฒนาความกลมกลืนระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้งสามของรัฐ เช่น การจัดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากที่ควรครอบคลุมทั้งทันตกรรมเพื่อการรักษา และทันตกรรมป้องกันโดยเฉพาะบริการตรวจช่องปาก เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพช่องปากของประชาชน
3. พัฒนาศักยภาพในการให้บริการของสถานบริการภาครัฐ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น เช่น การขยายเวลาการให้บริการ และการทำงานเชิงรุกนอกสถานพยาบาล โดยหากสถานบริการภาครัฐมีข้อจำกัดจนไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ

การตั้งสถานบริการเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่สอดคล้องกับรูปแบบการรับบริการของประชาชน ทั้งนี้ ต้องพิจารณาความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบความร่วมมือ และการควบคุมคุณภาพบริการอย่างรอบคอบ

4. จัดทำโครงการพิเศษเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น ร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยในการพิสูจน์อัตลักษณ์ในการออกบัตรประชาชนให้กลุ่มคนที่ไม่มียศเอกสารยืนยันการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่ำ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ได้จากการสอบถามตัวแทนสมาชิกของครัวเรือนตัวอย่างและเป็นการถามย้อนถึงการใช้บริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง แต่ข้อมูลชุดนี้ครอบคลุมการใช้บริการมากกว่าการใช้ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีแต่ข้อมูลของภาครัฐ ซึ่งไม่ครอบคลุมการใช้บริการประชากรทุกกลุ่ม จุดเด่นของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการคือมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องด้วยระเบียบวิธีเดียวกัน ทำให้หากมีการนำข้อมูลมาศึกษาอย่างเป็นระบบ จะสามารถติดตามการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประเมินและพัฒนากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาสาเหตุของการได้รับบริการที่ต่างกันในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพิจารณากำหนดนโยบายที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้หากมีการเพิ่มคำถามประเด็นสภาวะสุขภาพช่องปากแบบผู้ตอบเป็นผู้ประเมินเอง (self-reported oral health status) และสาเหตุที่ทำให้ไปพบทันตแพทย์ จะสามารถวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพช่องปาก

รวมถึงความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก
ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์มอบสำเนาข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 มาให้ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

References

- World Health Organization. Health topics: health equity [cited 2019 May 30]. Available from: https://www.who.int/topics/health_equity/en/.
- Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006;27:167-94.
- Putthasi W, Lapying P. Oral health care utilization after the 5-years universal health care coverage implementation in Thailand. *Journal of Health Science* 2009;18(4):489-503. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. Strategic oral health plan of Thailand 2012-2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A, Tisayaticom K, Limwattananon S, Limwattananon C. Utilization of dental services in Thailand: results from health and welfare survey 2015. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(2):170-81. (in Thai)
- Wanwong Y, Viriyathorn S, Lapthikultham S, Panichkriangkrai W, Tisayaticom K, Patcharanarumol W. Unmet health need: outpatient, inpatient and dental services in Thai population by 2015. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(2):182-94. (in Thai)
- Wongkongkatep S. Equity in access to dental health care of Thais in 2007. *Journal of Health Systems Research* 2007;2(4):566-78. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2017 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2017. (in Thai)
- Vyas S, Kumaranayake L. Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis. *Health Policy and Planning* 2006;21(6):459-68.
- National Statistical Office. The 2015 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2015. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2011 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2011. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2013 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2013. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2007 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2007. (in Thai)
- Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics, HEPAC, Health Economics in Prevention and Care* 2015;16(1):21-33.
- Listl S. Countries with public dental care coverage have lower social inequalities in the use of dental services than countries without such coverage. *Journal of Evidence Based Dental Practice* 2015;15(1):41-2.
- Palencia L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socio-economic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2014;42(2):97-105.
- The Comptroller General's Department. Reimbursement rate for health care services in public health care facilities (Jun 16, B.E. 2559) [cited 2018 Sep 17]. Available from: www.dentalcouncil.or.th/pdf/price_2559.pdf. (in Thai)
- Thairath Online. Social Security Scheme insurers can now reimburse dental fee without advance payment. [online newspaper]; 2017 Feb 20 [cited 2018 Sep 17]. Available from: <https://www.thairath.co.th/content/1206160/>. (in Thai)
- Bernabé E, Masood M, Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2017;17(1):109.
- Farmer J, Ramraj C, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quinonez C. Comparing self-reported and clinically diagnosed unmet dental treatment needs using a nationally representative survey. *Journal of Public Health Dentistry* 2017;77(4):295-301.
- Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health* 2012;102(3):411-8.

การประเมินระบบบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

วิไลลักษณ์ แสงศรี*
จอมขวัญ โยธาสมุทร*
ศรีเพ็ญ ตันติวรส*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิไลลักษณ์ แสงศรี

บทคัดย่อ

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey: NHES) ในประเทศไทย เริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2534 และดำเนินการเรื่อยมาทุก 5 ปี การสำรวจนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธีหลัก ได้แก่ การทดสอบหรือตรวจร่างกายเบื้องต้นและการสัมภาษณ์ตามแบบคำถาม การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงระดับประชากร ซึ่งไม่สามารถหาได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการติดตามตัวชี้วัดและนโยบายด้านสุขภาพ แม้ว่า การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายจะดำเนินการมาเป็นเวลา 25 ปีแล้ว แต่ยังไม่มีการประเมินการบริหารจัดการการสำรวจอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้เป็นการประเมินระบบบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายใน 4 ประเด็น ได้แก่ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ และประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการสำรวจฯ ในอนาคต การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 และการสัมภาษณ์เชิงลึกที่กระทำต่อแหล่งทุน ผู้บริหารการสำรวจ นักวิจัยผู้ดำเนินการสำรวจ และผู้ใช้ข้อมูลการสำรวจ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 รวมผู้ให้สัมภาษณ์ 26 คน ซึ่งประเด็นการทบทวนวรรณกรรมและคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบคลุมการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1-5

ผลการศึกษาพบว่า ในการสำรวจครั้งที่ 1-5 มีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งในฐานะหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจฯ แหล่งทุน และคณะกรรมการกำกับทิศทางสำรวจฯ มีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจฯ หลายครั้ง และไม่มีนโยบายการดำเนินงานระยะยาวที่ชัดเจน การสำรวจฯ เกือบทุกครั้งได้รายงานข้อจำกัดด้านงบประมาณสำหรับการสำรวจฯ แต่ก็ยังขาดการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในระยะยาวและไม่มีแหล่งทุนที่สนับสนุนงบประมาณในระยะยาวด้วย ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ ต้องของบประมาณจากแหล่งทุนเป็นครั้งๆ ไป ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจในระยะยาวได้ นอกจากนี้ นโยบายและแนวทางการขอใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจก็ไม่ชัดเจน แม้จะมีการร่างแนวทางการขอใช้ข้อมูลดังกล่าวขึ้นในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 แต่แนวทางดังกล่าวก็ไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติ ทำให้นักวิจัยนอกเครือข่ายการสำรวจฯ เข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจฯ และส่งตรวจได้ยาก ส่งผลให้ข้อมูลไม่ถูกนำมาใช้ประโยชน์เท่าที่ควร นอกจากนี้ ยังมีบางประเด็นของการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายที่อาจซ้ำซ้อนกับการสำรวจอื่นๆ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและสถาบันการศึกษาต่างๆ โดยใช้งบประมาณจากหน่วยงานเดียวกันกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรพิจารณาการบูรณาการการสำรวจในแง่มุมต่างๆ

คำสำคัญ: การตรวจร่างกาย, การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย, การสำรวจสุขภาพ, การประเมินแผนงานโครงการ

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

An Evaluation of Management System of the National Health Examination Survey in Thailand

Wilailak Saengsri*, Jomkwan Yothasamut*, Sripen Tantivess*

* Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

Corresponding author: Wilailak Saengsri, wilailak.s@hitap.net

Abstract

In Thailand, a series of National Health Examination Surveys (NHES) have been conducted every five years since 1991. The NHES employed two approaches for data collection including basic physical measurements and structured interviews. The NHES exclusively provided objective information on health status and health risks of the population which cannot be obtained from other sources. Consequently, this information has been used for development of health promotion and disease prevention policies as well as for monitoring health indicators and policies. Throughout 25 years of the NHES, no systematic evaluation of the survey's management has been conducted. The present study evaluated the NHES management system in four areas covering the role of agencies responsible for conducting the NHES; resources used for conducting the NHES; database management and the utilization of the NHES data; and ethical issues related to access to the NHES database with the aim to provide policy recommendations for future developments. The present study collected data through document reviews from September 2016 to January 2019 and in-depth interviews with 26 people including personnel in funding agencies, survey managers, researchers who were part of survey networks and potential data users from December 2016 to April 2017. The scope of literature review and questions for in-depth interview included the NHES I-V.

The present study found that NHES I-V involved many agencies in different capacities such as responsible agencies for conducting and managing the survey, funding agencies, and steering committees. There were frequent changes of agencies responsible for conducting NHES reflecting the lack of long-term policies regarding the implementation of NHES. Every NHES reported budget constraints, yet there remained neither budget allocation from the government in the long run nor long-term funding agencies. Hence, the agencies implementing NHES had to propose budget request for each survey. These limitations inhibited long-term capacity building on survey practitioners and institutionalization. Furthermore, policies and guidelines for the utilization of NHES data and other information were vague. Although there was a guideline drafted in the IV NHES, the guideline has not been put into practice making it difficult for researchers outside the NHES networks in getting access to NHES database and specimens, hence NHES data have been under-used. On the other hand, some health issues investigated by the NHES might be duplicated with those of other health surveys conducted by the National Statistical Office or other higher education institutes granted by the same funding agencies as the NHES. Therefore, it is highly suggested that relevant authorities should consider the integration of health surveys at the country level in all aspects.

Keywords: health examination, health examination survey, health survey, program evaluation

บทคัดย่อและเหตุผล

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey: NHES) เริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2534 และดำเนินการเรื่อยมาทุก 5 ปี การสำรวจนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี

หลัก ได้แก่ การทดสอบหรือตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต การวัดระดับไขมันในเลือดและความเข้มข้นของเลือด และการสัมภาษณ์ตามแบบคำถาม เช่น ข้อมูลลักษณะประชากร สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม



แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการใช้ยา⁽¹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคของคนไทย เมื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลประชากร ข้อมูลการป่วยและการตาย ทำให้ทราบลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และสามารถติดตามสถานะสุขภาพของประชากรและประเมินผลนโยบายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศ⁽²⁾

ในปัจจุบัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายเป็นการสำรวจระดับประชากรเพียงการสำรวจเดียวที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพจากการตรวจร่างกายซึ่งไม่สามารถหาได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ⁽³⁾ เช่น ฐานข้อมูลในโรงพยาบาลก็จะมีเฉพาะข้อมูลของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น และการสำรวจอื่นที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสอบถามหรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพียงวิธีเดียวเท่านั้นซึ่งมีจุดอ่อนคือไม่สามารถระบุการเป็นโรคหรือมีภาวะผิดปกติบางชนิดที่ไม่แสดงอาการในขณะที่เก็บข้อมูล เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน อีกทั้งการบอกเล่าอาการของโรคอาจไม่สามารถแปลผลเป็นระดับ (scale) ตามแบบสอบถามได้อย่างเที่ยงตรง และการสอบถามอาการของโรคที่เกิดขึ้นในอดีตอาจก่อให้เกิดอคติจากการลืม (recall bias) อีกด้วย ดังนั้นการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายร่วมกับการสัมภาษณ์จึงเป็นวิธีการศึกษาสถานะสุขภาพของประชาชนที่ครอบคลุมและเที่ยงตรงมากกว่าการใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลอื่น⁽⁴⁾

ประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายมาเป็นเวลา 25 ปี⁽¹⁾ แต่ยังคงขาดการประเมินการสำรวจดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นแหล่งทุนหลักของการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology

Assessment Program: HITAP) ประเมินการสำรวจนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการสำรวจฯ ในอนาคต การศึกษานี้มีขอบเขตเพื่อประเมินการบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 - 5 ใน 4 ประเด็น ได้แก่ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ และประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ โดยการคัดเลือกประเด็นที่นำมาวิเคราะห์ทั้ง 4 ประเด็นนี้มาจากการทบทวนบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ ดังแสดงรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมนี้ใช้การสืบค้นผ่านฐานข้อมูลทางวิชาการ ได้แก่ PubMed และ Google Scholar โดยใช้คำค้นเริ่มต้น คือ “national health examination survey” และ “national health survey” และมีเกณฑ์การคัดเลือกโครงการสำรวจที่นำมาทบทวน ดังนี้

- เป็นการสำรวจที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนระดับชาติ
- มีการเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกาย และเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- มีการจัดทำการศึกษาครั้งล่าสุดในอนุกรมการสำรวจเดียวกัน (series) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 2006 จนถึงปัจจุบัน)
- มีการเผยแพร่เอกสารเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยของอนุกรมการสำรวจหรือชุดการสำรวจนั้นๆ เป็นภาษาอังกฤษ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเอกสารที่เป็นของการสำรวจครั้งล่าสุดในชุดการสำรวจนั้นๆ (หากเป็นไปได้) ในกรณีที่เอกสารที่เผยแพร่มีความสมบูรณ์ไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจะใช้เอกสารเกี่ยวกับการสำรวจครั้งก่อนหน้าที่มีความสมบูรณ์มากกว่า นอกจากนี้ยังค้นหาเอกสารจากเว็บไซต์ Google โดยใช้คำค้นจากเอกสารที่ได้ทบทวนไว้ก่อนหน้าตาม

ความเหมาะสม โครงการสำรวจสุขภาพที่ได้นำมาทบทวน ประกอบด้วย 7 การสำรวจ จาก 6 ประเทศ คือ (1) Health 2000 ประเทศฟินแลนด์ (2) FINRISK ประเทศฟินแลนด์ (3) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) และ German National Health Interview and Examination Survey (GNHIES98) ซึ่งเป็นการสำรวจในชุดการสำรวจเดียวกันของประเทศเยอรมนี (4) Cohort Norway ประเทศนอร์เวย์ (5) National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ประเทศสหรัฐอเมริกา (6) Health Survey for England (HSE) ประเทศอังกฤษ (7) Brazilian National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde 2013 หรือ PNS 2013) ประเทศบราซิล

ปัจจุบันมีหลายประเทศที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายร่วมกับการสัมภาษณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่มีรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น และประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป⁽⁵⁾ แม้จะมีความแตกต่างของแนวทางการบริหารจัดการ ขนาดตัวอย่าง ความถี่และความต่อเนื่องของการสำรวจฯ แต่ประเทศเหล่านี้มีความชัดเจนในเรื่องการจัดการด้านงบประมาณ บุคลากร โครงสร้างการบริหารจัดการการสำรวจฯ การจัดการฐานข้อมูล สถานที่เก็บสิ่งส่งตรวจ การสนับสนุนจากรัฐบาลหรือมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานระดับประเทศในระยะยาว⁽⁶⁾ รวมถึงการวางกลไกการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายของประเทศด้วย เช่น ประเทศญี่ปุ่นใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนเพื่อกำหนดเป้าหมายของโครงการ Health Japan 21 ในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญของประเทศ⁽⁷⁾ ประเทศอังกฤษใช้ข้อมูลจากการสำรวจในการติดตามเป้าหมายสุขภาพของประเทศ⁽⁸⁾ และในการกำหนดแนวทางการรักษาโรคและมาตรฐานคุณภาพ (quality standard) ที่พัฒนาโดย National Institute for Health and Care Excellence (NICE) และประเทศในทวีปยุโรปบางประเทศมีแผนการนำข้อมูลจากการสำรวจ

ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นต้น⁽⁸⁾ นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจในประเทศเหล่านี้ยังได้ระบุแหล่งข้อมูลการสำรวจที่เข้าถึงได้ รวมทั้งกลไกในการขอใช้ข้อมูลอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจอย่างเต็มที่

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาระบบอภิบาลและระบบการบริหารจัดการโครงการสำรวจฯ ในต่างประเทศ พบประเด็นสำคัญที่หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพประชาชนนำเสนอในรายงานประสบการณ์การบริหารจัดการการสำรวจ อันได้แก่ (1) ระบบอภิบาลของการสำรวจ หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ และการจัดสรรทุนสนับสนุนการสำรวจ และ (2) การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ และการจัดการฐานข้อมูลการสำรวจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการสำรวจ

1. ระบบอภิบาลของการสำรวจ

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายอาจแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1.1 หน่วยงานย่อยที่อยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐอื่นๆ เช่น National Institute for Health and Welfare (THL) ของฟินแลนด์, Division of Health and Nutrition Examination Surveys (DHANES) ของสหรัฐอเมริกา, NHS Digital ของสหราชอาณาจักร

1.2 หน่วยงานอิสระของรัฐ เช่น Robert Koch Institute ของเยอรมนี

1.3 หน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน แต่ผู้เก็บข้อมูลคือเครือข่ายมหาวิทยาลัยตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ในกรณีของ Cohort Norway

1.4 คณะกรรมการที่ตั้งขึ้นเฉพาะกิจ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และใช้หน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้เก็บข้อมูล เช่น กรณีของบราซิล มีการแต่งตั้ง Management Committee เป็นคณะกรรมการรับผิดชอบการสำรวจ และใช้ Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) ซึ่งเป็น

หน่วยงานที่เชี่ยวชาญด้านการสำรวจเป็นผู้ปฏิบัติในการสำรวจ

งบประมาณที่ใช้ในการสำรวจทุกการสำรวจที่นำมาทบทวนมีที่มาจากรัฐบาล โดยจัดสรรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจโดยตรง แต่บางการสำรวจมีเงินอุดหนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วนที่สูง เช่น ร้อยละ 30 - 40 ในกรณีของ NHANES เนื่องจากมีการเปิดกว้างให้เสนอประเด็นการสำรวจเพิ่มเติม และหน่วยงานที่ส่งข้อเสนอเพราะต้องการใช้ข้อมูลจากการสำรวจ จึงต้องให้เงินทุนสนับสนุนแก่การสำรวจนอกเหนือจากงบประมาณที่ได้จากรัฐบาลโดยตรง

2. การใช้ประโยชน์จากการสำรวจ และการจัดการฐานข้อมูลการสำรวจ

การเผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ การเผยแพร่เฉพาะรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งข้อมูลดิบ และคู่มือการลงรหัสเพื่อให้ผู้ใช้ดาวน์โหลดได้เอง และการเผยแพร่รายงานการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งข้อมูลดิบ และคู่มือการลงรหัส แต่ต้องมีการทำข้อเสนอขออนุญาตใช้ข้อมูลเข้ามาเท่านั้น ทั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำสำรวจมีหลากหลายรูปแบบ ดังนี้

2.1 รวบรวมในเว็บไซต์เฉพาะของการสำรวจ ซึ่งอาจจะเป็นเว็บไซต์ย่อยในเว็บไซต์ของหน่วยงาน แต่ผลผลิตจากการสำรวจส่วนใหญ่ถูกรวบรวมไว้ในที่เดียวกันอย่างเป็นระบบ

2.2 รวบรวมในเว็บไซต์ของหน่วยงานที่ทำการสำรวจ โดยไม่ได้มีหน้า (page) เฉพาะของการสำรวจ อาจมีหน้าประชาสัมพันธ์การสำรวจ แต่ข้อมูลการสำรวจกระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ของเว็บไซต์ของหน่วยงาน ไม่ได้จัดเก็บไว้ในส่วนเดียวกัน

2.3 มีการประชาสัมพันธ์การสำรวจในเว็บไซต์ของหน่วยงานที่จัดทำสำรวจ แต่ข้อมูลจากการสำรวจกระจัดกระจายอยู่ในหลายเว็บไซต์หรือเผยแพร่อยู่ในวารสารทางวิชาการเป็นหลัก

การจัดการเว็บไซต์ในรูปแบบ (2.1) จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และง่ายต่อการนำเสนอผลงานเด่นสืบเนื่องจากผลการสำรวจ เช่น NHANES และ Cohort Norway ในกรณีของการสำรวจที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบ (2.2) และ (2.3) จะทำให้การค้นหาข้อมูลจากการสำรวจเป็นไปได้ยากและไม่เป็นระบบ ซึ่งทำให้การสำรวจด้วยคุณค่าลงไปมาก อีกทั้งรูปแบบการเผยแพร่ข้างต้นมีผลต่อการติดตามการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ โดยพบว่าการสำรวจที่มีการรวบรวมในรูปแบบ (2.2) และ (2.3) มักจะไม่มีการติดตามการใช้ประโยชน์จากผลการสำรวจอย่างจริงจัง

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยข้อมูลที่เก็บได้แก่ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ และประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ

การศึกษาเรื่องบทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ ผู้วิจัยศึกษาใน 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ และคณะกรรมการกำกับทิศทางของการสำรวจ ส่วนเรื่องทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจได้มีการศึกษาใน 2 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนกำลังคน แหล่งทุนสนับสนุนและความเพียงพอของงบประมาณ ในเรื่องการจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจเน้นเรื่องแนวทางการเข้าถึงข้อมูลจากการสำรวจเป็นหลัก และในเรื่องประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจเป็นการศึกษาปัญหาและอุปสรรค และประเด็นจริยธรรมที่ควรคำนึงถึงเมื่อนักวิจัยนอกเครือข่ายการสำรวจขอใช้ข้อมูลจากการสำรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เลขที่ สคม.1079/2559 และเก็บข้อมูลโดย (1) การทบทวนเอกสาร ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เอกสารที่ทบทวน ได้แก่ บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการสำรวจในต่างประเทศ และที่เกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย ได้แก่ รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 - 5 และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โครงร่างโครงการ (proposal) และรายงานความก้าวหน้าของการสำรวจฯ ที่เสนอต่อแหล่งทุน ทั้งนี้ผลการทบทวนเอกสารดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ประเด็นหลัก คือ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ และการจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ และ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทย โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) คือเลือก ผู้บริหารและบุคลากรจากหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสำรวจและใช้ประโยชน์จากการสำรวจ และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ และใช้ snowball technique ในการค้นหาผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งสิ้น 26 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีประเด็นคำถามสำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการการสำรวจฯ ในภาพรวม การตัดสินใจให้ทุนสนับสนุนแก่การสำรวจฯ การกำกับติดตามการสำรวจฯ การกำหนดประเด็นการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูลส่งตรวจและข้อมูลดิบจากการสำรวจฯ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจฯ โดยได้มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และได้รับการยินยอมด้วยความสมัคร

ใจจากผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว พบว่าเพียงพอและครบถ้วน ผู้วิจัยนำเทปจากการสัมภาษณ์มาถอดคำสัมภาษณ์ทั้งหมดแบบคำต่อคำ จากนั้นได้จัดการข้อมูลให้เป็นระบบ โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ และผู้จัดบันทึกการสัมภาษณ์ สำหรับการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยได้จัดการข้อมูลโดยการบันทึกชื่อเอกสารที่ทบทวน เช่น ชื่อหนังสือ บท เลขหน้า และเลขบรรทัด จากนั้นผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ 2 คน อ่านบทสัมภาษณ์ทุกบทและเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการสืบค้นทุกเรื่องเพื่อหาประเด็นหลัก (themes) และประเด็นรอง (subthemes) ที่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ อันได้แก่ บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจ การจัดการฐานข้อมูล และประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ จากนั้นผู้วิจัยได้นำประเด็นหลักและประเด็นรองเหล่านี้มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบข้อมูล

นักวิจัยควบคุมคุณภาพโดยการสอบทานข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (triangulation) อันได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร และผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อดูความสอดคล้อง/แตกต่างของข้อมูลในประเด็นเดียวกันและการประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สสส. และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รวมทั้งสิ้น 12 คน เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2560 เพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการสำรวจฯ ในอนาคต จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลเพิ่มเติมและข้อเสนอที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมประชุมมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงผลการศึกษา



ตารางที่ 1 วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล และประเด็นที่นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์

| วิธีการเก็บข้อมูล | แหล่งข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล | ประเด็นที่นำมาวิเคราะห์ |
|-----------------------|--|--|
| 1. การทบทวนเอกสาร | 1.1 บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการสำรวจในต่างประเทศ 1.2 โครงร่างโครงการ (proposal) และรายงานความก้าวหน้าของการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ที่เสนอต่อแหล่งทุน | <ul style="list-style-type: none"> • บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ • การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ |
| 2. การสัมภาษณ์เชิงลึก | 2.1 นักวิชาการที่เป็นเครือข่ายการสำรวจในวงภูมิภาค 4 คน 2.2 ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ 2 คน 2.3 นักวิชาการด้านต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสำรวจ และการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ 7 คน 2.4 ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ 6 คน 2.5 นักวิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านต่างๆ 7 คน | <ul style="list-style-type: none"> • การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ • บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ • ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจฯ • การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล • ประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ • การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล • ประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ • บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ • ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจฯ • การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล • ประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ |

ผลการศึกษา

1. บทบาทของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

การวิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานและ/หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครอบคลุม 2 ประเด็น ได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจ และคณะกรรมการกำกับทิศทางของการสำรวจ

1.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

ในการศึกษานี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย หมายถึง หน่วยงานที่ลงนามในสัญญาเพื่อรับทุนสำหรับการสำรวจฯ

จากการทบทวนรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 - 5 พบว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 และ 2 ส่วนการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 - 5 รับผิดชอบโดยหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายของ สวรส. ได้แก่ สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) และแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ตามลำดับ อดีตผู้บริหาร สวรส. ท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3) กล่าวว่า ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 - 5 ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ สวรส. นั้น รูปแบบการบริหารจัดการ

การสำรวจฯ มีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง โดยเฉพาะในช่วงการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ที่ สวรส. ให้ สสท. เป็นแผนงานภายใต้การกำกับดูแลของ สวปก. ซึ่งพันธกิจของหน่วยงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง สสท. เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เมื่อ สสท. ถูกลดระดับให้เป็นแผนงานสังกัดหรืออยู่ภายใต้ สวปก. ก็อาจทำให้ความสำคัญของการดำเนินการสำรวจฯ ลดลง⁽¹⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารจัดการและหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการสำรวจฯ หลายครั้ง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ไม่มีความชัดเจนด้านการกำกับติดตามการสำรวจฯ ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาการสำรวจฯ ทั้งด้านกำลังคน ศักยภาพของกำลังคน และการบริหารจัดการไม่มีความต่อเนื่อง และเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้เกี่ยวข้องบางท่านเห็นว่า หาก สสท. เป็นสถาบันหนึ่งภายใต้การกำกับดูแลของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาจทำให้สามารถบริหารจัดการการสำรวจฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3, SO1) ในปี พ.ศ. 2560 ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ และผู้บริหารของ สวรส. ได้หารือถึงความเป็นไปได้ในการถ่ายโอน สสท. ให้กับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3, SO1, SO2) เพื่อเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจฯ ในอนาคตแทน ทั้งนี้ หน่วยงานนี้จะไม่มีภารกิจในการผลักดันให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ในเชิงนโยบาย (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1) ซึ่งแผนการเปลี่ยนหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักครั้งนี้เป็นความพยายามอีกครั้งหนึ่งของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการสำรวจฯ เพื่อให้เป็นสถาบัน (institutionalization) ที่มีการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

1.2 คณะกรรมการกำกับทิศทางของการสำรวจฯ

เมื่อปี พ.ศ. 2534 คณะกรรมการระดับชาติแห่งชาติดังกล่าว ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนขึ้น⁽⁹⁾ จากนั้นคณะกรรมการดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 2 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการอำนวยการซึ่งมีหน้า

ที่วางแผน จัดเตรียมบุคลากรและเตรียมความพร้อมของพื้นที่สำรวจฯ และคณะอนุกรรมการเพื่อจัดทำเครื่องมือคู่มือและเกณฑ์ชี้วัดของการสำรวจฯ ซึ่งการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 และ 2 ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างดี เห็นได้จากมีผู้มีส่วนร่วมจากกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนกำลังคนและงบประมาณสำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 1 และ 2 จึงทำให้การสำรวจฯ ทั้งสองครั้งเป็นไปอย่างราบรื่น ต่อมาในการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ 5 คณะ ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยกรรมการแต่ละชุดมีหน้าที่และความรับผิดชอบแตกต่างกัน ทั้งนี้ คณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานสำรวจฯ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ คณะกรรมการติดตามและพิจารณาผลการดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ที่แต่งตั้งขึ้นโดยรองปลัดกระทรวง ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 365/2546 พร้อมกับการยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3⁽¹⁰⁾

นับแต่การสำรวจฯ ครั้งที่ 3 เป็นต้นมา มีความพยายามของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งองค์กรที่รับหน้าที่สำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระดับประเทศ โดยเริ่มจาก สกสอ. ภายใต้การกำกับของ สวรส. ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยงาน สกสอ. เป็นสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) พร้อมกับแต่งตั้งคณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2550 - 2552 ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการบริหารวิชาการ ต่อมา สสท. ได้ถูกลดระดับให้เป็นแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ภายใต้การกำกับดูแลของ สวปก. โดยให้รับผิดชอบการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ซึ่ง สวรส. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ



ตารางที่ 2 สรุปหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก หน่วยงานให้ทุน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และการจัดการฐานข้อมูลจากการสำรวจของ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 - 5

| ครั้งที่ | หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก | หน่วยงานให้ทุน | คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง | การจัดการฐานข้อมูล |
|----------|--|---|--|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ) | <ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มหาวิทยาลัยและสมาคมแพทย์เฉพาะทาง | <ul style="list-style-type: none"> คณะกรรมการดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน (แต่งตั้งโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุขที่ 91/2534) คณะอนุกรรมการจัดทำเครื่องมือคู่มือ และเกณฑ์ชี้วัดของการสำรวจ (แต่งตั้งโดยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการดำเนินการสำรวจฯ ตามคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุขที่ 142/2534) คณะอนุกรรมการวางแผนจัดเตรียมบุคลากรและพื้นที่สำรวจ (แต่งตั้งโดยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการดำเนินการสำรวจฯ ตามคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุขที่ 142/2534) | ไม่พบข้อมูลการจัดการฐานข้อมูล |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย) | <p>ช่วงเตรียมการ: องค์การอนามัยโลก</p> <p>ช่วงสำรวจ: กระทรวงสาธารณสุข</p> | <ul style="list-style-type: none"> คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการวิชาการ | เก็บแบบฟอร์มที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลไว้ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน |
| 3 | สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) | กระทรวงสาธารณสุข | <ul style="list-style-type: none"> คณะกรรมการดำเนินโครงการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (แต่งตั้งโดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุขที่ 989/2544) คณะกรรมการดำเนินการจ้างที่ปรึกษาสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชน โดยการตรวจร่างกายโดยวิธีตกลง (แต่งตั้งโดยรองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 749/2545) คณะกรรมการติดตามและพิจารณาผลดำเนินการโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (แต่งตั้งโดย | ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถูกเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |

ตารางที่ 2 สรุปหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก หน่วยงานให้ทุน คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และการจัดการฐานข้อมูลจากการสำรวจของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 - 5 (ต่อ)

| ครั้งที่ | หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก | หน่วยงานให้ทุน | คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง | การจัดการฐานข้อมูล |
|----------|--|--|--|---|
| | | | <p>รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 365/2546)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คณะกรรมการอำนวยการกลางและคณะทำงานโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (แต่งตั้งโดย รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 49/2547) ● คณะกรรมการบริหารการใช้ประโยชน์ตัวอย่างในโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 3 (แต่งตั้งโดย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 462/2547) | |
| 4 | สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) สวรส. | <ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และกรมอนามัย) ● สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ● สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> ● คณะกรรมการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2550 - 2552 (แต่งตั้งโดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและประธานกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตามคำสั่งคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ 019/2550) ● คณะกรรมการอำนวยการ ● คณะกรรมการบริหารวิชาการ | ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถูกเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 5 | แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) | <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ● กระทรวงสาธารณสุข ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) | <ul style="list-style-type: none"> ● คณะกรรมการอำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ● คณะกรรมการกำกับทิศทาง โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสส.) แต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 7 สสส. | ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถูกเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข |



สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยมากำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงานของ สวปก. และแผนงานการสำรวจฯ⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าการสำรวจครั้งที่ 1 และ 2 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและการลงทุนในเรื่องการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายที่ชัดเจน แต่หลังจากการจัดตั้งองค์กรที่เป็นเอกเทศเพื่อรับหน้าที่การสำรวจฯ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทเป็นหน่วยงานร่วมให้ทุนแก่การสำรวจเท่านั้น และไม่พบว่าหน่วยงานใดมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในระยะยาว

บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ ท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3) เห็นว่า การกำกับดูแลการสำรวจครั้งที่ 5 โดย สวปก. อาจถูกละเลยไปบ้าง เนื่องจากคณะกรรมการอำนวยการฯ ให้ความสำคัญกับประเด็นการสำรวจที่เป็นพันธกิจหลักของ สวปก. ซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยและประเมินผลหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพมากกว่า ทั้งนี้ แม้ว่า สวปก. ได้รับมอบหมายจาก สวรส. ให้เป็นหน่วยงานกำกับดูแลการดำเนินงานของแผนงานการสำรวจฯ แต่ในทางปฏิบัติ สวปก. กลับไม่ได้มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณที่ได้จากแหล่งทุนทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินการสำรวจฯ ในภาพรวมได้อย่างเต็มที่ (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA5) อย่างไรก็ตาม ได้มีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการจากผู้ที่มีส่วนร่วมด้านวิชาการซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และเครือข่ายการสำรวจฯ เป็นระยะ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

สสส. ซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการสำรวจฯ นี้ขึ้นในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กำลังจะถึงกำหนดการสิ้นสุดการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ สสส. มีส่วนร่วมในการประเมินโครงการที่ สสส. สนับสนุนงบประมาณ⁽¹⁾ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสรรเงินเพื่อการสนับสนุนโครงการและกิจกรรม พ.ศ. 2550 ของ สสส.⁽¹²⁾

ข้อจำกัดด้านการกำกับติดตามการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของ สวรส. ทำให้นโยบายเปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านการวางแผนงาน การจัดการงบประมาณ การจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ นอกจากนี้ การติดตามความก้าวหน้าของการสำรวจฯ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (เดิมคือสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) กระทรวงสาธารณสุข ไม่มีความชัดเจนเนื่องจากบุคลากรในหน่วยงานดังกล่าวมีภาระงานมาก ทำให้ละเลยการกำกับดูแลหลังการสนับสนุนงบประมาณแก่โครงการสำรวจฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2 และ FA1) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อยครั้ง ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องและความชัดเจนในการสนับสนุนการสำรวจฯ ทั้งในด้านกำลังคนและการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในระยะยาว⁽¹⁾

2. ทรัพยากรที่ใช้ในการสำรวจ

ทรัพยากรที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้ได้แก่ กำลังคนและงบประมาณที่ใช้ในการสำรวจ

2.1 การสนับสนุนด้านกำลังคน

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายมีการดำเนินการทุก 5 ปี เพื่อให้การสำรวจฯ เป็นไปอย่างราบรื่นและยั่งยืน บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสถิติ ระบาดวิทยา การสำรวจวิจัย รวมทั้งความรู้ทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1, SO2 และ FA4) อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางท่าน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3 และ FA4) เห็นว่า ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่โครงการหรือผู้จัดการโครงการสำรวจฯ ซึ่งต้องรับผิดชอบการกำกับติดตามการสำรวจฯ ในหลายประเด็น ได้แก่ การบริหารจัดการโครงการ การควบคุมคุณภาพการสำรวจฯ การวิเคราะห์และเขียนรายงานผลการสำรวจฯ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับนักวิชาการในภูมิภาค แม้จะมีการ

ทราบตามผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการที่มีศักยภาพและความรู้ความสามารถเพียงพอในการดำเนินการสำรวจจำนวนหนึ่งให้เข้ารับการพัฒนากิจกรรมที่จำเป็นเพื่อเป็นผู้สืบทอด (successors) ในการสำรวจนี้ แต่ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการเหล่านั้นไม่มีแรงจูงใจและ/หรือเวลาที่จะดำเนินการสำรวจ เนื่องจากติดภาระงานด้านอื่นๆ อีกทั้งยังมองว่าแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยไม่มีความมั่นคงขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง และไม่มีเส้นทางความก้าวหน้าด้านอาชีพ (career path) ที่ชัดเจน⁽¹⁾ ส่งผลให้แหล่งทุนและหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ มีความกังวลเกี่ยวกับความยั่งยืนของการสำรวจฯ

ในขณะที่ทำการศึกษานี้ บุคลากรของแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 3 ท่าน แต่ต้องรับผิดชอบโครงการสำรวจฯ ขนาดใหญ่ ซึ่งมีกิจกรรมย่อยภายใต้โครงการหลายกิจกรรม เช่น การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ อีกทั้งยังรับผิดชอบการเผยแพร่ผลการสำรวจฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2, FA3) การสนับสนุนด้านกำลังคนและการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานจากหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบแผนงานนี้เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า แผนงานฯ ดังกล่าวไม่ได้รับการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานเท่าที่ควร เช่น การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณเพื่อเบิก-จ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานทั้งด้านวิชาการและบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

นอกจากนั้น แผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยไม่สามารถจ้างบุคลากรประจำแผนงานได้ ตลอดระยะเวลา 5 ปีของการสำรวจฯ ต้องใช้กำลังคนที่มีลักษณะแตกต่างกัน คือ ในช่วง 1 ปีแรกของการสำรวจฯ เป็นการเตรียมการลงพื้นที่ ซึ่งต้องใช้ผู้ประสานงานระหว่างส่วนกลางและเครือข่ายเป็นหลัก ส่วนในปีที่ 2 และ 3 ต้องใช้กำลัง

คนในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพ และในปีที่ 4 และ 5 เป็นการวิเคราะห์ผลเขียนรายงานผลการสำรวจฯ และการเผยแพร่ผล ซึ่งส่วนใหญ่รับผิดชอบโดยนักวิจัยหรือแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติ ระบาดวิทยา และสุขภาพ ความต้องการใช้บุคลากรที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ไม่มีแผนการจัดจ้างบุคลากรประจำแผนงาน และไม่มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1 และ SO2) อย่างไรก็ตาม ผู้จัดการโครงการแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการบริหารจัดการการสำรวจฯ ให้มีประสิทธิภาพและดำเนินการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ให้สำเร็จลุล่วงภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่

2.2 แหล่งทุนและความเพียงพอของงบประมาณ

นอกจากโครงสร้างการบริหารจัดการการสำรวจฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกรอบการสำรวจฯ แล้ว หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินการสำรวจฯ ก็มีการเปลี่ยนแปลงและมีความหลากหลายด้วย ในรายงานการสำรวจฯ หลายครั้งระบุว่า พบปัญหาด้านงบประมาณในระหว่างการดำเนินงาน และควรมีการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐให้แก่การสำรวจฯ อย่างเป็นระบบ แต่ไม่มีรายละเอียดว่าเป็นข้อจำกัดด้านใด เช่น งบประมาณไม่เพียงพอการบริหารงบประมาณที่ไม่ชัดเจน การเบิกจ่ายล่าช้า หรือ งบประมาณไม่ยั่งยืน^(2,9,13,14) อย่างไรก็ตาม มีเพียงรายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 ที่ระบุว่า การดำเนินงานได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและการเงินปี พ.ศ. 2540 ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการเพิ่มขึ้นอย่างคาดไม่ถึง⁽¹³⁾ ส่วนรายงานการสำรวจฯ ครั้งอื่นมีข้อเสนอแนะว่า นอกจากการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐแล้ว หน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลควรจัดสรรงบประมาณให้แก่แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วย

แม้จะมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐและหน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจฯ ให้แก่แผนงานสำรวจฯ ตั้งแต่การสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการงบประมาณที่คล่องตัว เกิดการ

พัฒนาศักยภาพบุคลากร เกิดการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ เพื่อให้การสำรวจฯ มีเสถียรภาพยิ่งขึ้น แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 พบว่า ข้อเสนอแนะดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติจริง ทำให้ผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ต้องเขียนโครงการสำรวจฯ เพื่อของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เป็นครั้งๆ ไป (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6)

นอกจากกำลังคนและเวลาแล้ว ความเพียงพอและความยั่งยืนของงบประมาณที่จัดสรรให้แก่งการสำรวจฯ ถือเป็นเงื่อนไขที่สำคัญประการหนึ่งในการกำหนดขอบเขตของการสำรวจฯ ตลอดจนความสำเร็จและความล้มเหลวของการสำรวจฯ⁽¹³⁾ สำหรับการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ในมุมมองของบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ นั้น พวกเขาเห็นว่า งบประมาณที่ไม่เพียงพอและไม่แน่นอนเป็นข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของการสำรวจฯ ครั้งนี้ แม้บุคคลภายนอกจะมองว่าการสำรวจฯ ครั้งดังกล่าวได้รับงบประมาณค่อนข้างสูง แต่หากคำนวณค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่ภาคสนาม การเดินทาง ค่าที่พักสำหรับพนักงานเก็บข้อมูล และการสร้างทีมงานวิชาการที่เชื่อถือได้ จะเห็นว่า งบประมาณที่ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2) และเมื่อเปรียบเทียบการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายของประเทศไทยและต่างประเทศ ก็พบว่า การสำรวจฯ ของประเทศไทยใช้งบประมาณน้อยกว่าการสำรวจฯ ในต่างประเทศเป็นอันมาก (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1)

หากพิจารณาประเด็นแหล่งทุนของการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 โดยเฉพาะการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 จะพบว่าหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณแต่ละหน่วยมีความเห็นต่อการให้ทุนสนับสนุนโครงการสำรวจฯ ต่างกัน ข้าราชการระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขมีขีดจำกัดด้านงบประมาณ จึงไม่สามารถให้ทุนแก่งการสำรวจฯ ได้ทั้งหมด และเห็นว่า หน่วยงานที่มีความสามารถสนับสนุนการสำรวจขนาดใหญ่นี้มีเพียงไม่กี่หน่วยงาน ซึ่ง สสส. เป็นหน่วยงานหนึ่งในจำนวนนั้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA1) ในขณะที่ผู้บริหารหน่วยงานระดับสำนักของ สสส. เห็นว่า

การให้ทุนแก่งการสำรวจฯ ว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งรวมทั้งภาคสาธารณสุขและภาคเศรษฐกิจและสังคม (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA6) อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารของหน่วยงานสนับสนุนการให้ทุนส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า ประเทศไทยควรมีการลงทุนในการสำรวจฯ ต่อไป (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA1, FA3, FA4, FA6)

3. การจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ

การจัดทำฐานข้อมูลและการเก็บรักษาตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่เป็นระบบเป็นวิธีที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการศึกษาวิจัยและการสำรวจสุขภาพประชาชนในระยะยาวได้ นักวิจัยอาจนำเอาข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่เก็บไว้มาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อศึกษาแนวโน้มและเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพหรือความชุกของโรคในประชากรได้ รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 2 เป็นเพียงครั้งเดียวที่กล่าวถึงฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจฯ จะจัดเก็บแบบฟอร์มที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลไว้ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (เดิมคือสำนักนโยบายและแผน) กระทรวงสาธารณสุข จนถึงปี พ.ศ. 2545 และจะจัดเก็บข้อมูลตัวแปรแต่ละตัวในแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ (*.SAV files) ไว้ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.), สวรส., มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานเลขาธิการโครงการ นอกจากนี้ ฐานข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการและประชาชนจะถูกบรรจุในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แผ่น compact disc และจัดเก็บในรูปแบบ hypertext format ที่สามารถเรียกดูได้จากระบบอินเทอร์เน็ต⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันไม่สามารถใช้งานฐานข้อมูลตามที่ระบุได้ ทั้งนี้ ผู้ประสานงานของแผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยได้ให้ข้อมูลว่า มีฐานข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ 4 และ 5 แต่ไม่สามารถเข้าถึงได้โดยสาธารณะ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO2)

ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ซีรัม) ถูกจัดเก็บไว้ที่ธนาคารน้ำเหลืองของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ผู้ให้ข้อมูลจากกรม

วิทยาศาสตร์การแพทย์ (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6) ให้ข้อมูลว่า การพิจารณาให้ใช้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารการใช้ประโยชน์จากตัวอย่างโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย รายงานการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ระบุว่า ตัวอย่างดังกล่าวอยู่ในความดูแลของ 3 หน่วยงาน คือ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สวรส. และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และในข้อเสนอโครงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ระบุว่า ในการขอใช้ข้อมูลให้ปฏิบัติตามขั้นตอนและแนวทางในการขอใช้ข้อมูล⁽¹⁰⁾ ซึ่งพิจารณาโดยคณะกรรมการเผยแพร่ข้อมูลของ สวรส. อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ทำการศึกษานี้พบว่า ไม่มีคณะกรรมการดังกล่าวที่ยังคงดำเนินงานอยู่ (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6 และ SR1) ทั้งนี้ ตัวอย่างซีรัมจากการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ยังถูกเก็บไว้ แต่ก็มีปัญหาเรื่องการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความจำเป็นต้องขยายสถานที่เก็บรักษาตัวอย่าง

รายงานการสำรวจฯ ทุกครั้งไม่ได้เสนอให้ปรับปรุงหรือพิจารณาเรื่องโครงสร้างและกระบวนการผลักดันให้เกิดการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายจากผลการสำรวจฯ ตลอดจนช่องทางที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานกำหนดนโยบายได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการสำรวจฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการใช้ข้อมูลตามระยะเวลาในการออกนโยบาย ผลการทบทวนเอกสารนี้สอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหารของหน่วยงานผู้ให้ทุน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FA3, FA4) ที่กล่าวว่า ในการสำรวจครั้งที่ 5 ขาดการสื่อสารผลการสำรวจที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดในการผลักดันให้เกิดการใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย อีกทั้งไม่มีเวทีให้หน่วยงานผู้ให้ประโยชน์จากการสำรวจฯ ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ และหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณได้พบปะและหารือเกี่ยวกับลักษณะของข้อมูลที่ต้องการใช้ ทำให้การใช้ประโยชน์จากการสำรวจจำกัดวงอยู่แต่ในกลุ่มนักวิชาการที่เป็นเครือข่ายการสำรวจฯ⁽¹¹⁾

นอกจากนั้นยังพบว่า หน่วยงานที่ใช้ข้อมูล รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ไม่เฉพาะแต่การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุหนึ่งคือ

หน่วยงานต่างๆ สามารถเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ได้ เช่น ตามเอกสารทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2555 - 2564 สสส. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้ทุนหลักแก่โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายเลือกใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการดื่มสุรา (สพบส.) และการสำรวจพฤติกรรมออกกำลังกายของประชากร (ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ในการติดตามงานตามตัวชี้วัด อัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มสุรา และอัตราการมีกิจกรรมทางกายประจำ ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ การเลือกใช้ข้อมูลจากหลายการสำรวจในประเด็นเดียวกันนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยยังขาดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ด้านการสำรวจสุขภาพในระดับประเทศ และไม่มีกรวางแผนให้การสำรวจสุขภาพต่างๆ ที่มีจุดเด่นในแต่ละด้านให้สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทันต่อการใช้ประโยชน์ของผู้กำหนดนโยบายและเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ประเด็นจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงฐานข้อมูลการสำรวจ

ในขณะที่ทำการศึกษานี้ การพิจารณาอนุญาตการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องกลไก กระบวนการและข้อกำหนดผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1 และ SR1) ให้ข้อมูลว่า ในช่วง 2 ปีแรกหลังการสำรวจแต่ละครั้งเสร็จสิ้นนั้น จะมีเพียงนักวิจัยของโครงการสำรวจฯ ที่นำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมได้ และมีข้อตกลงระหว่างกันว่าหากมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และมีการตีพิมพ์ผลงาน จะต้องมีการขออนุญาตจากนักวิจัยท่านใดบ้างเป็นผู้รับผิดชอบ นักวิจัยในเครือข่ายหลายท่าน (ผู้ให้สัมภาษณ์ SR2, SR3, SR4) ให้ข้อมูลว่า การได้เข้าถึงและใช้ข้อมูลเป็นหนึ่งในเหตุผลที่ตัดสินใจเข้าร่วมในการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 และ 5 ทั้งนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากสิ่งส่งตรวจท่านหนึ่ง (ผู้ให้สัมภาษณ์ PH6) ให้ข้อมูลว่า มีนัก



วิจัยนอกเครือข่ายการสำรวจบางท่านแจ้งความประสงค์ขอใช้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แต่ในขณะนั้นยังไม่มีกลไกและกระบวนการในการพิจารณาอนุญาต จึงไม่ได้อนุญาตให้ใช้สิ่งส่งตรวจ นอกจากนี้ มีนักวิจัยนอกเครือข่ายจำนวนน้อยที่ทราบว่ามีการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการสำรวจฯ แต่ครั้งแล้ว และสามารถใช้ตัวอย่างเหล่านั้นได้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ EP1, EP3, EP5) นักวิจัยบางท่านมีประสบการณ์ตรงจากการประสานงานกับผู้รับผิดชอบแผนงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยเพื่อขออนุญาต แต่ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้ ต้องใช้วิธีจัดส่งประเด็นที่ต้องการวิเคราะห์ไปให้นักวิจัยของโครงการสำรวจฯ ให้ช่วยวิเคราะห์ให้ ซึ่งในกรณีนี้นักวิจัยของโครงการสำรวจฯ ขอมือชื่อเป็นผู้พิมพ์ร่วมในผลงานตีพิมพ์ที่จะเกิดขึ้น

ผู้ให้สัมภาษณ์ SO1 ให้ข้อมูลว่าขณะที่ทำการศึกษานี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังพิจารณาปรับปรุงแนวทางการอนุญาตการนำข้อมูลและสิ่งส่งตรวจจากการสำรวจฯ ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งจัดให้มีแบบฟอร์มคำขอต่างๆ ที่ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 สวรส. ได้ให้ทุนเพื่อพัฒนาระบบแสดงผลข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายแบบเบ็ดเสร็จบนอินเทอร์เน็ต ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในอนาคตนั้น ผู้สนใจอาจเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลจากการสำรวจฯ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น

วิจารณ์และข้อยุติ

การบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายระดับประเทศโดยใช้กลไกความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิชาการในภูมิภาคเป็นแนวทางการบริหารจัดการที่พบได้บ่อยในประเทศในทวีปยุโรป ประเทศไทยใช้กลไกนี้ในการบริหารจัดการการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายมาตลอด 25 ปีของการสำรวจฯ แต่ข้อแตกต่างระหว่างการบริหารจัดการการสำรวจฯ ในประเทศไทยและต่างประเทศที่สังเกตได้ชัดเจนคือ ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ บ่อย

ครั้ง และพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่คล้ายกันในทุกกรอบการสำรวจ เช่น การขาดแคลนบุคลากรงบประมาณสนับสนุนไม่ต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน ขาดกรรมการกำกับทิศทางการสำรวจฯ และขาดการบริหารจัดการข้อมูลเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจในต่างประเทศที่เริ่มดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนก่อนการสำรวจฯ ในประเทศไทย ที่พบว่า ในบางประเทศมีการถ่ายโอนภารกิจการสำรวจจากหน่วยงานที่รับผิดชอบเดิมไปยังหน่วยงานใหม่อยู่บ้าง แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย

การถ่ายโอนภารกิจการสำรวจฯ ให้กับคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในภาคกลาง (รายละเอียดในผลการศึกษาข้อ 1.1) เป็นหนึ่งความพยายามในการพัฒนาการสำรวจฯ ให้เป็นสถาบัน (institutionalization) ที่มีการบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่น ง่ายต่อการสรรหามหาวิทยาลัยที่มีความรู้ความสามารถที่หลากหลายเข้าร่วมรับผิดชอบการสำรวจฯ ทั้งนี้ เครือข่ายการสำรวจฯ และผู้เชี่ยวชาญบางท่านแสดงความกังวลใจเรื่องความร่วมมือของนักวิชาการที่เป็นเครือข่ายการสำรวจฯ จากมหาวิทยาลัยในภูมิภาคในอนาคต เนื่องจากคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่รับการถ่ายโอนภารกิจอาจดำรงตนเป็น “เจ้าภาพ” การสำรวจฯ ซึ่งการสำรวจฯ นี้เป็นการสำรวจร่างกายประชาชนไทยซึ่งเป็นภารกิจของหน่วยงานส่วนกลางระดับประเทศมากกว่าของมหาวิทยาลัยใดมหาวิทยาลัยหนึ่งในต่างประเทศปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงาน และความยุ่งยากในการของบประมาณจากรัฐเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการสำรวจฯ ประเทศที่มีศักยภาพในการดำเนินการสำรวจสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาคาดแคลนบุคลากรหลากหลายแนวทาง เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ในประเทศฟินแลนด์ได้จ้างพนักงานเก็บข้อมูลสำหรับการสำรวจฯ นี้โดยเฉพาะ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นหน้าที่ของพนักงานประจำสำนักงาน THL ขณะที่ประเทศอิตาลีใช้พนักงานประจำหน่วยงานที่

รับผิดชอบการสำรวจฯ เป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนามเอง ส่วนในกรณีของการสำรวจฯ ในประเทศไทยนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ ยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากยังขาดสถาบัน (institution) ที่รับผิดชอบการสำรวจฯ อย่างเป็นทางการ ซึ่งพนักงานของแผนการสำรวจสุขภาพฯ เป็นพนักงานชั่วคราวทั้งหมด รวมทั้งผู้จัดการโครงการ อาจทำให้ไม่สามารถประยุกต์ใช้แนวทางการแก้ไขปัญหา จากประเทศอื่นๆ ได้

ระบบการบริหารจัดการที่ไม่มีเสถียรภาพ ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเสียโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ ในช่วงแรกของการสำรวจฯ นั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่า หากดำเนินการสำรวจฯ อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการสำรวจขนาดใหญ่ในประเทศไทยได้ แต่เมื่อผ่านมาถึงการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 แล้ว ก็ยังพบว่า ยังขาดแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทั้งในหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ และเครือข่ายการสำรวจฯ ที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผู้จัดการโครงการและพนักงานอื่นๆ มีภาระงานมาก และมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดำเนินการสำรวจฯ อีกทั้งพนักงานเก็บข้อมูลในการสำรวจฯ แต่ละครั้งก็เป็นพนักงานชั่วคราว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ หลังจากการลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลการสำรวจครั้งหนึ่งๆ แล้ว ก็ไม่มีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม และนักศึกษาเหล่านั้นก็ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการสำรวจฯ อีก นอกจากนี้ ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการลงทุนอย่างจริงจังเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่มีศักยภาพ เช่น บุคคลที่มีความรู้ความชำนาญในหลากหลายสาขาวิชา นักสถิติ ผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล นักระบาดวิทยา และอื่นๆ และชักชวนให้เข้าร่วมเป็นผู้รับผิดชอบการสำรวจฯ ในส่วนกลาง หากผู้ที่เกี่ยวข้องต้องการให้เกิดการพัฒนาศักยภาพด้านการสำรวจขนาดใหญ่ ก็ควรแก้ไขปัญหาความไม่มีเสถียรภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ เป็นลำดับแรก

หน่วยงานที่รับผิดชอบการสำรวจฯ ในหลายประเทศขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น สมาคมและมูลนิธิต่างๆ การขอรับทุนจากภาคเอกชนที่ประกอบธุรกิจก็สามารถทำได้ แต่ขณะที่ทำการศึกษาี้ ยังไม่พบว่าประเทศไทยในภาคพื้นยุโรปรับการสำรวจฯ จากภาคธุรกิจเอกชน⁽⁶⁾ ผู้รับผิดชอบแผนงานการสำรวจฯ ในประเทศไทย ได้เสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากผู้บริหารหน่วยงานให้ทุนบางแห่งยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับภารกิจของหน่วยงานตนและการให้ทุนแก่การสำรวจฯ ดังกล่าว และความเพียงพอของงบประมาณที่หน่วยงานให้ทุนมีอยู่เพื่อสนับสนุนการสำรวจฯ ขนาดใหญ่ ซึ่งรายละเอียดเรื่องดังกล่าวถูกระบุไว้ในผลการศึกษาข้อ 2.2

การบริหารจัดการฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของประเทศไทยยังขาดประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการสร้างฐานข้อมูล การติดตามและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ และการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการฐานข้อมูลที่ได้รับการสำรวจในต่างประเทศ เช่น อังกฤษ สกอตแลนด์ ฟินแลนด์ และเยอรมนี ที่มีการระบุช่องทางกลไก กระบวนการและข้อกำหนดในการขอใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างเป็นขั้นตอนและชัดเจน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการศึกษาวิจัยต่อยอดโดยนักวิจัยนอกเครือข่ายการสำรวจได้

นอกจากประเทศไทยจะยังขาดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ด้านการสำรวจสุขภาพของประเทศแล้ว บางประเด็นของการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายยังอาจซ้ำซ้อนกับการสำรวจอื่นๆ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรม/กองในกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา เช่น การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ทั้งๆ ที่การสำรวจสุขภาพหลายโครงการ

ได้รับทุนจาก สสส. หรือใช้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธีการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจ ครั้งที่ 1 - 3 ได้มาจากรายงานการสำรวจครั้งนั้นๆ เป็นหลัก เมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจดจำเหตุการณ์และวิถีปฏิบัติในการสำรวจ ในครั้งนั้นๆ ได้ อีกทั้งนักวิจัยไม่สามารถเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อเสนอโครงการสำรวจ คู่มือดำเนินงาน รายงานความก้าวหน้าของโครงการ และรายงานการประชุมคณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการสำรวจ เนื่องจากผู้รับผิดชอบไม่ได้รวบรวมจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถรายงานผลการศึกษาในบางประเด็นได้ นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโครงการสำรวจนั้น มีผู้ที่ทราบเรื่องคืออยู่เป็นจำนวนน้อยมาก และไม่มีการบันทึกประสบการณ์เหล่านี้ไว้ในเอกสาร จึงทำให้ไม่สามารถสอบถามข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกันได้อย่างไรก็ตาม การประเมินการบริหารจัดการของโครงการสำรวจ ในครั้งนี้ได้สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในภาพรวม ซึ่งอาจจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเมื่อต้องการรายละเอียดเฉพาะประเด็น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์บุคลากรจากหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการสำรวจ ครั้งที่ 5 ทำให้ข้อมูลที่นำเสนอในหัวข้อเรื่องความเพียงพอของงบประมาณเป็นการสะท้อนมุมมองของบุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการสำรวจ ครั้งที่ 5 เท่านั้น ซึ่งหน่วยงานหลักที่ให้ทุนสนับสนุนการสำรวจ ครั้งที่ 4 และ 5 คือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ข้อยุติ

ปัญหาที่มีการตั้งข้อสังเกตโดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ

สำรวจ มาเป็นเวลานาน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักบ่อยครั้ง ขาดนโยบายการบริหารจัดการที่ชัดเจน ขาดการกำกับติดตามการสำรวจ และขาดการจัดสรรงบประมาณให้แก่การสำรวจอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษานี้ ทำให้สามารถจัดทำข้อเสนอแนะในการกำหนดบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยได้ ดังนี้

- สวรส. ควรเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย โดยมีหน้าที่สร้างความร่วมมือกับแหล่งทุนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีบทบาทในการบริหารจัดการให้มีการนำข้อมูลจากการสำรวจมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ ตามขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถาบัน มาตรา 11 พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535

- รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณให้การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย หากยังไม่มี การจัดสรรงบประมาณให้การสำรวจอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่ต้องการใช้ข้อมูลควรร่วมลงทุนในการสำรวจ โดยจัดทำคำของบประมาณในส่วนนี้ไว้ และจัดให้มีกลไกประสานงานระหว่างแหล่งทุนเพื่อร่วมกันกำกับติดตามความก้าวหน้าอย่างเหมาะสม

- สวรส. สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการสำรวจ โดยเฉพาะการจัดการฐานข้อมูล สร้างกฎระเบียบการเข้าถึงข้อมูลและสิ่งส่งตรวจที่ชัดเจนและเป็นธรรม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้นักวิจัยในสถาบันต่างๆ ได้ทราบวิธีการเข้าถึงข้อมูล ทั้งนี้ อาจศึกษาประสบการณ์ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ แล้วนำมาประยุกต์กับการสำรวจ ในประเทศไทย

- กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็น national health authority ควรร่วมมือกับ สวรส. ในการเป็นผู้นำการพัฒนากรอบอภิบาลและนโยบายเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพของประเทศ เช่น การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่สำรวจ กำหนดความถี่ รูปแบบ/วิธีการและระดับ

การแสดงผลการสำรวจ และบูรณาการการสำรวจในแง่มุมต่าง ๆ

● ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางที่มีบทบาทในการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการประเมินเพื่อต่อยอดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย” โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และดำเนินงานภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งเป็นองค์การวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส (RTA5980011) อย่างไรก็ตาม ผลการประเมิน ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งหมดเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนอาจไม่เห็นด้วยกับข้อความบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏในการศึกษา

References

1. Tantivess S, Udomsak S, Yothasamut J, Teerawattananon Y, Saengsri W. An evaluation of the national health examination survey in Thailand. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2017. (in Thai)
2. Aekplakorn W, Pakcharoen H, Thaikla K, Satheannoppakao W. National Health Examination Survey V (NHES V) report. In: Aekplakorn W, editor. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai)
3. Kuulasmaa K, Tolonen H, Koponen P, Kilpeläinen K, Avdicová M, Broda G, et al. An overview of the European health examination survey pilot joint action. Archives of Public Health 2012;70(1):20. doi: 10.1186/0778-7367-70-20.
4. Koponen P, Aromaa A. Review of literature and inventory of surveys in the EU/EFTA member states. Helsinki: National Public Health Institute (KTL); n.d.
5. United Nations. World economic situation prospects. New York: United Nations Publication; 2016.
6. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, Conti S, Graff-Iversen S, Grotvedt L, et al. Review of health examination surveys in Europe. Helsinki: National Public Health Institute; 2008.
7. Ikeda N, Takimoto H, Imai S, Miyachi M, Nishi N. Data resource profile: the Japan national health and nutrition survey (NHNS). International Journal of Epidemiology 2015;44(6):1842-9.
8. Oyebo O, Mindell JS. A review of the use of health examination data from the health survey for England in government policy development and implementation. Archives of Public Health 2014;72(1):24. doi: 10.1186/2049-3258-72-24.
9. Chuprapawan C, Supornsinchai C, Thatsanawiwat P, Suriyawongpaisal P, Jirakalvisan R, Sawadwutthipong W, et al. The first national health examination survey in Thailand 1991 - 1992. In: Chuprapawan C, editor. Bangkok: Thai Health Research Institute; 1992. (in Thai)
10. Porapakkham Y, Boonyarattanapan P. The third national health examination survey 2003 - 2004. In: Porapakkham Y, Boonyarattanapan P, editors. Nonthaburi: Strategic and Planning Division, Ministry of Public Health; 2006. (in Thai)
11. Aekplakorn W. The national health examination survey V (NHES V): the proposal revised according to recommendations of Committee 7 on 24 September 2012, submitted to Thai Health Promotion Foundation. Nonthaburi: National Health Examination Survey Office, Health Systems Research Institute; 2012. (in Thai)
12. Thai Health Promotion Foundation. Manual for proactive program implementation, program management, and financial, accounting, and supplies management. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2009. (in Thai)
13. The Second National Health Examination Survey Report 1996 - 1997. Bangkok: Thai Health Research Institute; 1998. (in Thai)
14. Aekplakorn W, Porapakkham Y, Taneepanichskul S, Pakcharoen H, Satheannoppakao W, Thaikla K. The fourth national health examination survey in Thailand 2008 - 2009. In: Aekplakorn W, editor. Nonthaburi: National Health Examination Office; n.d. (in Thai)
15. Thai Health Promotion Foundation. Direction, goals, and strategy 10 years (2012 - 2021). Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2011. (in Thai)



ภาคผนวก รหัสผู้ให้สัมภาษณ์

| ลำดับที่ | บทบาท/หน้าที่ | รหัส |
|----------|---|------|
| 1 | นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ | SR1 |
| 2 | นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ | SR2 |
| 3 | นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ | SR3 |
| 4 | นักวิชาการ เครือข่ายการสำรวจฯ | SR4 |
| 5 | ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ | SO1 |
| 6 | ผู้รับผิดชอบโครงการสำรวจฯ | SO2 |
| 7 | นักวิชาการด้านอาหารและโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข | PH1 |
| 8 | นักวิชาการด้านการออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุข | PH2 |
| 9 | นักวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข | PH3 |
| 10 | นักวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข | PH4 |
| 11 | นักวิชาการด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุข | PH5 |
| 12 | บุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | PH6 |
| 13 | อดีตผู้บริหารกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข | PH7 |
| 14 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA1 |
| 15 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA2 |
| 16 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA3 |
| 17 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA4 |
| 18 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA5 |
| 19 | ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่ให้ทุนแก่การสำรวจฯ | FA6 |
| 20 | ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย | EP1 |
| 21 | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการทบทวนข้อเสนอโครงการของ สสส. | EP2 |
| 22 | ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ | EP3 |
| 23 | ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเด็ก | EP4 |
| 24 | ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ | EP5 |
| 25 | ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา | EP6 |
| 26 | ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการบริโภคบุหรี่และยาสูบ | EP7 |

ความพึงพอใจการล้างไตทางช่องท้องและทัศนคติต่อการ ปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy

จตุรงค์ กิจตระกูลรัตน์*

ภาวณี อรรณพพรชัย*

อรอนงค์ เจียรสุจิตวิมล*

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: จตุรงค์ กิจตระกูลรัตน์

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: โครงการ Peritoneal Dialysis First Policy ได้เข้ามามีบทบาททำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) ได้รับการล้างไต และช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy และข้อมูลการเข้าถึงการปลูกถ่ายอวัยวะของคนไข้กลุ่มดังกล่าวยังไม่เคยมีการศึกษา ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจการล้างไตทางช่องท้องและทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis) ที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy ในประเทศไทย **ระเบียบวิธีศึกษา:** งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามทางโทรศัพท์ ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความเห็นเกี่ยวกับโครงการ PD First Policy ความพึงพอใจการรักษาแบบการล้างไตทางช่องท้อง ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต รวมถึงทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไต โดยได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวน 114 คน ที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy ในจังหวัดจันทบุรีอย่างสุ่ม ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลคือ เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 **ผลการศึกษา:** อายุโดยเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือ 54.21 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง คือ 3.42 ปี โดยร้อยละ 79.8 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษารู้สึกพึงพอใจและ ร้อยละ 4.4 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษารู้สึกพึงพอใจมากกับการรักษาแบบล้างไตทางช่องท้อง มีเพียงร้อยละ 2.6 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษาที่รู้สึกไม่พึงพอใจในวิธีการรักษาดังกล่าว ร้อยละ 93.0 เห็นด้วยกับโครงการ PD First Policy โดยร้อยละ 65.1 ของผู้เห็นด้วยคิดว่าโครงการนี้สามารถช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้มาก อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 24.6 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงการปลูกถ่ายไต แต่ผู้เข้าร่วมในการศึกษามากถึงร้อยละ 73.7 ที่คาดหวังจะได้รับการปลูกถ่ายไต เหตุผลหลักที่ต้องการได้รับการปลูกถ่ายไตคือ ต้องการจะกลับไปทำงานและช่วยเหลือตนเองรวมถึงครอบครัวได้อีกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.7 ของผู้ที่คาดหวังจะได้รับการปลูกถ่ายไต **สรุปผลการศึกษา:** โครงการ PD First Policy ได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม การปลูกถ่ายไตก็ยังเป็นความหวังสูงสุดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การวางแผนนโยบายที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงการปลูกถ่ายไตและการเตรียมพร้อมก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไตจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง

คำสำคัญ: โครงการ PD First Policy, โรคไตวายเรื้อรัง, ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, ความพึงพอใจการรักษาแบบการล้างไตทางช่องท้อง, ทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไต

* โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

† คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Peritoneal Dialysis Satisfaction and Kidney Transplantation Attitude among Patients under the Peritoneal Dialysis First Policy

Jathurong Kittrakulrat*, Pavinee Annopornchai*, Onanong Jearnsujitvimol*, Krit Pongpirul**

* King Prajadhipok Memorial Hospital

** Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Corresponding author: Jathurong Kittrakulrat, j.kittrakulrat@gmail.com

Abstract

Background & Rationale: The Thai Peritoneal Dialysis First Policy (PD First Policy) has improved survival of end-stage renal disease patients since 2008. However, evidence on patients' attitudes toward the policy and the accessibility to kidney transplantation (KT) has been lacking. This study aims to assess PD care satisfaction and KT attitude among continuous ambulatory peritoneal dialysis patients under the Thai PD First Policy. **Methodology:** A telephone questionnaire survey asking demographic data, general opinion on PD First Policy, PD treatment satisfaction, and KT knowledge and attitude was conducted in April 2018 among 114 randomly selected PD patients from PD centers in Chanthaburi. **Results:** The mean age of PD patients was 54.21 years, and their duration of peritoneal dialysis was 3.42 years on average. Majority of them were satisfied (79.8%) and very satisfied (4.4%) whereas only 2.6% expressed their dissatisfaction. One hundred and six patients (93.0%) agreed with PD First Policy, of which 65.1% stated that this policy had saved their expenses. Of the total 114 patients, only 24.6% had KT knowledge but 73.7% would like to undergo KT. The main motivation for KT was the increased chance of returning to work and contribute to family (88.7%). **Conclusions:** The Thai PD First Policy has been well received. The perceived need for KT was high. A good strategic plan to improve knowledge on and access to KT is required.

Keywords: PD First Policy, end-stage renal disease, continuous ambulatory peritoneal dialysis, PD treatment satisfaction, attitudes toward kidney transplantation

ภูมิหลังและเหตุผล

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มทั้งอัตราการรอดชีวิต ความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วย และช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐได้^(2,3) จากข้อมูลการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องกว่า 50,000 คน มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่เริ่มโครงการ PD First Policy ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2551⁽⁴⁾

แม้ว่าโครงการ PD First Policy จะประสบความสำเร็จในเรื่องการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตอย่างชัดเจน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษายังเป็นปัญหาท้าทายที่ผู้

เกี่ยวข้องพยายามจะป้องกันและแก้ไข งานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าภาวะการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง (PD related peritonitis) มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง^(5,6) อีกทั้งยังพบว่า อัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องพบมากขึ้นตั้งแต่มีการดำเนินโครงการ PD First Policy⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความพึงพอใจการล้างไตทางช่องท้องหลังจากมีโครงการ PD First Policy ในประเทศไทย งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจการล้างไตทางช่องท้องและทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถาม โดยเกณฑ์คัดอาสาสมัครเข้า (inclusion criteria) คือ (1) อายุมากกว่า 14 ปี (2) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน (3) สามารถพูดภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์แยกอาสาสมัครออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) มีความบกพร่องทางปัญญา (cognitive impairment) (2) เป็นโรคจิตเวชร้ายแรง (major psychiatric disorder) และ (3) มีอาการทางคลินิกที่ไม่คงที่ (clinically unstable)

การวัดผล

เครื่องมือที่ใช้ทำการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือต้องตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ ซึ่งแบบสอบถามจะประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง เช่น ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้อง จำนวนครั้งที่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง ความพึงพอใจในการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการปลูกถ่ายไต เช่น ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ความคาดหวังรวมถึงเหตุผลที่ต้องการจะปลูกถ่ายไต (ได้แบบสอบถามไว้ใน “ภาคผนวก” แล้ว)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย (จตุรงค์และภาวิณี) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ ใช้เวลาเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละคนประมาณ 10 - 15

นาที โดยมีกรให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องการปลูกถ่ายไตหลังจากที่ได้ถามคำถามเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตแล้ว (ได้แก่ ที่มาของอวัยวะ กระบวนการรับและบริจาคอวัยวะ การดูแลรักษาหลังจากได้รับการปลูกถ่ายไต) สุดท้ายจึงสอบถามถึงความคาดหวังรวมถึงเหตุผลที่ต้องการจะปลูกถ่ายไตในกรณีที่คุณใช้สนใจเรื่องปลูกถ่ายไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสรุปผล โดยผู้ทำการวิจัยทั้ง 4 คน ร่วมกันออกแบบงานวิจัยและเขียนวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือได้รับการคัดเลือกอย่างสุ่ม โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาคือได้เซ็นเอกสารรับทราบและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และยินยอมให้นำผลงานวิจัยไปนำเสนอและใช้ประโยชน์ต่อไปในอนาคต

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (Review Board No. CTIREC 035/61) เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2561

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

คณะผู้วิจัยได้โทรศัพท์สัมภาษณ์คนไข้ทั้งหมด 121 คน มีคนไข้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนทั้งหมด 114 คน คิดเป็นร้อยละ 94.21 อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือ 54.21 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 50 สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 88.60 ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 97.37 สถานภาพว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 86.84 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 99.12 ทั้งนี้ ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัยแสดงไว้ในตารางที่ 1

Table 1 Patient characteristics (n = 114)

| Characteristics | No. | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Sex | | |
| Male | 57 | 50.00 |
| Female | 57 | 50.00 |
| Age (year) | | |
| 0 - 20 | 1 | 0.88 |
| 21 - 40 | 15 | 13.16 |
| 41 - 60 | 51 | 44.74 |
| 61 - 80 | 45 | 39.47 |
| > 80 | 2 | 1.75 |
| Marital Status | | |
| Single/Divorced | 13 | 11.40 |
| Married | 101 | 88.60 |
| Education | | |
| Up to Grade 6 | 98 | 85.96 |
| Grade 7 - 9 | 4 | 3.51 |
| Grade 10 - 12 | 9 | 7.89 |
| College/University | 3 | 2.63 |
| Occupation | | |
| Not working | 99 | 86.84 |
| Gardener | 8 | 7.02 |
| Farmer | 2 | 1.75 |
| Business | 3 | 2.63 |
| Monk | 1 | 0.88 |
| Income (baht) | | |
| <5,000 | 102 | 89.47 |
| 5,000 - 10,000 | 11 | 9.65 |
| 10,001 - 50,000 | 1 | 0.88 |
| >50,000 | 0 | 0.00 |

รู้สึกพึงพอใจมากกับการล้างไตทางช่องท้อง มีคนไข้เพียง 3 คนจาก 114 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 2.63 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษาที่รู้สึกไม่พึงพอใจวิธีการรักษาดังกล่าวโดยให้เหตุผลว่า เคยมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องแล้วมีอาการหนัก 2 คน และกลัวที่จะเกิดภาวะนี้ซ้ำ 1 คน ร้อยละ 92.98 เห็นด้วยกับโครงการ PD First Policy โดยร้อยละ 65.09 ของผู้ที่เห็นด้วย คิดว่าโครงการนี้สามารถช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้มาก

สัดส่วนความพึงพอใจในการรักษาแบบล้างไตทางช่องท้องแสดงในภาพที่ 1 และสัดส่วนความเห็นเกี่ยวกับโครงการ PD First Policy แสดงในภาพที่ 2

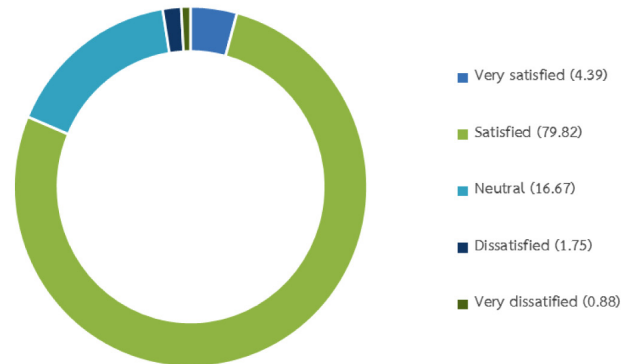


Figure 1 PD treatment satisfaction (n = 114, 100%)

ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง

ระยะเวลาล้างไตทางหน้าท้องโดยเฉลี่ย 3.42 ปี โดยที่ร้อยละ 92.98 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 3 ครั้ง ตั้งแต่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 79.82 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษา รู้สึกพึงพอใจและร้อยละ 4.39 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษา

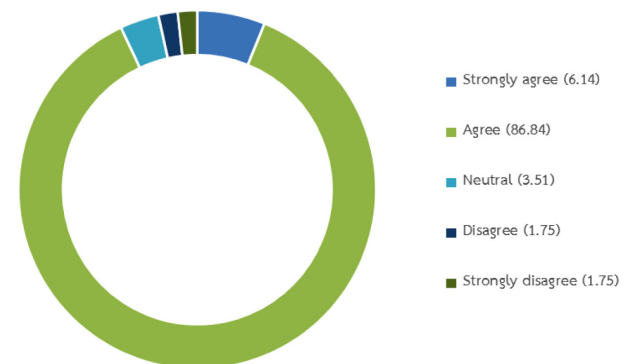


Figure 2 Agreement with PD First Policy (n = 114, 100%)

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไต

ผู้เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 114 คน มีเพียงร้อยละ 24.56 ที่มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต แต่มีมากถึงร้อยละ 73.68 ที่คาดหวังว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต และเหตุผลที่ต้องการจะปลูกถ่ายไตมี 4 ประการหลัก ได้แก่ (1) ต้องการจะกลับไปทำงานและช่วยเหลือตนเอง รวมถึงครอบครัวได้อีกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.73 (2) กลัวภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 5.63 (3) การล้างไตทางช่องท้องไม่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 4.23 (4) การล้างไตทางช่องท้องไม่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 1.43

สัดส่วนของเหตุผลที่ต้องการจะปลูกถ่ายไตแสดงได้ในภาพที่ 3

มีผู้เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 30 คน ที่ไม่ต้องการจะปลูกถ่ายไต เนื่องจาก (1) อายุมากไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 64.29 (2) กลัวการผ่าตัดและการทำหัตถการ คิดเป็นร้อยละ 7.14 (3) มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการตรวจเลือดหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลที่สามารถปลูกถ่ายไตได้ คิดเป็นร้อยละ 7.14 (4) มีโรคประจำตัวรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 7.14 (5) ไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 7.14 (6) สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ทำการปลูกถ่ายไต คิดเป็นร้อยละ 7.14

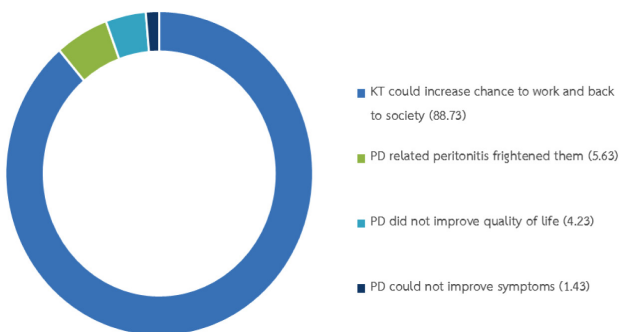


Figure 3 Motivation for kidney transplantation (n = 84, 100%)

วิจารณ์และข้อยุติ

แม้ว่าผู้เข้าร่วมในการศึกษาส่วนใหญ่จะเคยได้รับการวินิจฉัยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง แต่ก็ยังมีความพึงพอใจกับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องและยังเห็นด้วยกับโครงการ PD First Policy เนื่องจาก การเข้าโครงการทำให้พวกเขาใช้ชีวิตรอดและยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลไปได้มากอีกด้วย ส่วนผู้เข้าร่วมในการศึกษาที่มีความสนใจจะปลูกถ่ายไตเนื่องจากต้องการกลับไปทำงานและช่วยเหลือตนเองรวมถึงครอบครัวได้อีกครั้ง แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 24.56 ที่พอมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและส่วนใหญ่คิดว่าการเข้าถึงการปลูกถ่ายไตเป็นกระบวนการที่เข้าถึงได้ยาก บางรายก็คิดว่าตนเองมีสภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะผ่าตัด ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการตรวจเลือดหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลที่สามารถปลูกถ่ายไตได้

วิธีการศึกษาในงานวิจัยนี้จะมีการให้ความรู้และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะแก่ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาก่อนที่จะสอบถามถึงความคาดหวังเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะ การให้ข้อมูลความรู้เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะอาจทำให้เกิดความคาดหวังที่จะทำการปลูกอวัยวะในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ไม่เคยมีความรู้เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะมาก่อนโดยเฉพาะในกลุ่มคนไข้ที่ไม่ได้มีข้อจำกัดในการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น อายุน้อย ไม่มีอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคไต เป็นต้น จึงทำให้ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้แม้ว่าจะมีผู้มีความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะน้อยเพียงร้อยละ 24.56 แต่มีมากถึงร้อยละ 73.68 ที่คาดหวังว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต

การให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในมิติทางจิตใจและสังคมเป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถล้างไตทางช่องท้องได้ยืนยาวขึ้นโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือโดยวิธีดังกล่าวประกอบไปด้วยการส่งทีมสหสาขาวิชาชีพไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้

ไม่ทราบถึงวิธีการเข้าถึงกระบวนการบริจาคอวัยวะ⁽¹⁵⁾

ผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการปลูกถ่ายอวัยวะได้ โดยการให้ข้อมูลเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะแก่ผู้ป่วยและญาติ การศึกษาของ Iqbal และคณะพบว่า ประชากรทั่วไปได้รับข้อมูลเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ให้บริการสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 30⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่ยังมีความรู้เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะไม่มากนัก โดยพบว่าแพทย์ที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการอบรมเรื่องการแนะนำการบริจาคอวัยวะมีน้อยกว่าร้อยละ 50⁽¹⁸⁾ ดังนั้น การเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นอีกประเด็นสำคัญที่จะช่วยทำให้มีการบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้นได้

มีบางประเด็นที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ยังเป็นข้อจำกัดสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะ ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา รวมถึงกฎหมายที่ควบคุมการปลูกถ่ายอวัยวะ คนบางกลุ่มยังมีความคิดที่กลัวการบริจาคอวัยวะเนื่องจากยังเชื่อว่าหลังจากบริจาคอวัยวะไปแล้ว ชีวิตในภพหน้าจะมีอวัยวะไม่ครบ ชาวมุสลิมบางกลุ่มยังมีความเชื่อว่าชีวิตของพวกเขาเป็นของพระเจ้าจึงยังมีความคิดต่อต้านการบริจาคอวัยวะ⁽¹⁹⁾ ในเรื่องกฎหมายควบคุมการบริจาคอวัยวะนั้น ในบางประเทศยังเป็นข้อจำกัด เช่น ในประเทศไทย กฎหมายอนุญาตให้ผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่บริจาคอวัยวะให้ได้เฉพาะบิดา มารดา พี่น้อง ลูกหรือสามีภรรยาเท่านั้นเพื่อป้องกันการค้าอวัยวะ⁽²⁰⁾

รูปแบบวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างไม่มากนัก การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มีแนวโน้มจะได้รับการตอบรับจากผู้ตอบแบบสอบถามน้อย สาเหตุเช่น ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สะดวกตอบคำถามในเวลาทีโทรไป เบอร์โทรที่แจ้งมีไซเบอร์โทรติดต่อกันของคนที่ใช้^(21,22) กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสุ่มมาจากเวชระเบียนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งยังมีจำนวนผู้ป่วยที่อาจจะยังไม่สามารถ

สรุปเป็นภาพรวมของประชากรในระดับประเทศได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไปอาจจะเปลี่ยนรูปแบบการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นมากพอที่จะสรุปเป็นข้อมูลของประชากรในระดับประเทศได้

โดยสรุป งานวิจัยนี้ได้เป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่คนไข้ล้างไตทางหน้าท้องและได้มีโอกาสทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะในกรณีที่ยังมีความเข้าใจผิดหรือยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแรกที่ประเมินทัศนคติต่อการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องในประเทศไทยรู้สึกพึงพอใจและเห็นด้วยกับโครงการ PD First Policy เนื่องจากสามารถช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้มาก แม้ว่า การล้างไตทางหน้าท้องจะมีอุปสรรคเรื่องการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ แต่ทางคณะผู้ทำวิจัยคิดว่า หากประเทศไทยมีแนวทางการป้องกันที่ดี ได้แก่ การให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การฝึกอบรมพยาบาลเชี่ยวชาญเรื่องการล้างไตทางช่องท้อง การแนะนำให้คนไข้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ แนวทางเหล่านี้จะสามารถช่วยลดปัญหาภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้องได้ และการเพิ่มความตระหนักรู้เรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การปลูกถ่ายอวัยวะและการบริจาคอวัยวะมีความก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

ข้อยุติ

แม้ว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยส่วนใหญ่จะรู้สึกพึงพอใจโครงการ PD First Policy แต่พวกเขาก็ยังมีความคาดหวังที่จะได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นจำนวนมาก การปลูกถ่ายไตจึงยังเป็นความหวังสูงสุดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นการวางแผนนโยบายที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงการปลูกถ่ายไต ทั้งแก่บุคลากรทางการแพทย์และคนไข้ จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษาขอขอบคุณที่มพยาบาลห้องไตเทียมโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ได้เอื้อเพื่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis) ที่เข้าร่วมโครงการ PD First Policy ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

References

1. Ong-Ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsra P, Aekplakorn W. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrol* 2009 Oct 31;10:35. PubMed PMID: 19878577. Pubmed Central PMCID: 2781792.
2. Kirchgessner J, Perera-Chang M, Klinkner G, Soley I, Marcelli D, Arkossy O, et al. Satisfaction with care in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int* 2006 Oct;70(7):1325-31. PubMed PMID: 16900092.
3. Chaudhary K, Sangha H, Khanna R. Peritoneal dialysis first: rationale. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011 Feb;6(2):447-56. PubMed PMID: 21115629.
4. Chuengsaman P, Kasemsup V. PD first policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patients with end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 2017 May;37(3):287-95. PubMed PMID: 28532557.
5. Ye H, Zhou Q, Fan L, Guo Q, Mao H, Huang F, et al. The impact of peritoneal dialysis-related peritonitis on mortality in peritoneal dialysis patients. *BMC Nephrol* 2017 Jun 5;18(1):186. PubMed PMID: 28583107. Pubmed Central PMCID: 5460447.
6. Perez Fontan M, Rodriguez-Carmona A, Garcia-Naveiro R, Rosales M, Villaverde P, Valdes F. Peritonitis-related mortality in patients undergoing chronic peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2005 May-Jun;25(3):274-84. PubMed PMID: 15981776.
7. Kanjanabuch T, Chanchaoenthana W, Katavetin P, Sritipayawan S, Praditpornsilpa K, Ariyapitipan S, et al. The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: a nationwide survey. *J Med Assoc Thai* 2011 Sep;94 Suppl 4:S7-12. PubMed PMID: 22043560.
8. Chaudhary K. Peritoneal dialysis drop-out: causes and prevention strategies. *Int J Nephrol*. 2011;2011:434608. PubMed PMID: 22121484. Pubmed Central PMCID: 3205769.
9. Gadola L, Poggi C, Poggio M, Saez L, Ferrari A, Romero J, et al. Using a multidisciplinary training program to reduce peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2013 Jan-Feb;33(1):38-45. PubMed PMID: 22753455. Pubmed Central PMCID: 3598264.
10. Bernardini J, Price V, Figueiredo A, Riemann A, Leung D. International survey of peritoneal dialysis training programs. *Perit Dial Int* 2006 Nov-Dec;26(6):658-63. PubMed PMID: 17047232.
11. Figueiredo AE, Bernardini J, Bowes E, Hiramatsu M, Price V, Su C, et al. A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. *Perit Dial Int* 2016 11-12;36(6):592-605. PubMed PMID: 26917664. Pubmed Central PMCID: 5174866.
12. Cho Y, Johnson DW. Peritoneal dialysis-related peritonitis: towards improving evidence, practices, and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2014 Aug;64(2):278-89. PubMed PMID: 24751170.
13. Kerschbaum J, Konig P, Rudnicki M. Risk factors associated with peritoneal-dialysis-related peritonitis. *Int J Nephrol* 2012;2012:483250. PubMed PMID: 23320172. Pubmed Central PMCID: 3539329.
14. Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable EJ, Hsu CY. Health literacy and access to kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009 Jan;4(1):195-200. PubMed PMID: 19056617. Pubmed Central PMCID: 2615704.
15. Li AT, Wong G, Irving M, Jan S, Tong A, Ralph AF, et al. Community-based interventions and individuals' willingness to be a deceased organ donor: systematic review and meta-analysis. *Transplantation* 2015 Dec;99(12):2634-43. PubMed PMID: 26356178.
16. Iqbal MM, Hossain RM, Hossain K, Faroque MO, Islam S, Iqbal S, et al. Knowledge, attitude, and perception about renal transplantation of CKD patients, caregivers, and general population. *Transplant Proc* 2018 Oct;50(8):2323-6. PubMed PMID: 30316351.
17. Misterska E, Glowacki M, Wlodarczyk Z. Mass-media and the transplantation crisis: the example of Poland. *Med Sci Monit* 2010 Aug;16(8):RA171-6. PubMed PMID: 20671625.
18. Ministry of Health. Increased deceased organ donation and transplantation: a national strategy [Internet]. Wellington: Ministry of Health; 2017 [cited 2019 Jan]. Available from: https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/increasing-deceased-organ-donation-and-transplantation_.pdf.
19. Bruzzone P. Religious aspects of organ transplantation. *Transplant Proc* 2008 May;40(4):1064-7. PubMed PMID: 18555116.
20. Corporal LL. Health-Thailand: legal hassles, taboos hamper organ donation [Internet]. Inter Press Service News Agency; 2007 Sep 19 [cited 2019 Jan]. Available from: <http://www.ipsnews.net/2007/09/health-thailand-legal-hassles-taboos-hamper-organ-donation/>.

21. O’Toole J, Sinclair M, Leder K. Maximising response rates in household telephone surveys. BMC Med Res Methodol 2008;8:71.
22. Plante C, Jacques L, Chevalier S, Fournier M. Comparability of internet and telephone data in a survey on the respiratory health of children. Can Respir J 2012;19(1):13-8.

ကုမ္ပဏီ

PD treatment satisfaction and KT attitudes survey questionnaire

(PD: Peritoneal Dialysis, KT: Kidney Transplant)

PD treatment satisfaction and KT attitudes survey

Part 1 General information

Name..... Sex Male Female Age..... Occupation.....

Marital Status Single Married Divorced Highest level of education.....

Monthly Income(Baht) <5000 5000-10,000 10,000-50,000 >50,000

Part 2 PD related information and PD treatment satisfaction

How long do you initiate PD treatment ?

How many times have you ever been diagnosed PD related peritonitis?

Are you feeling satisfied with PD treatment? why ?

Very Satisfied Satisfied Neutral Dissatisfied Very dissatisfied

Please specify your reasons.....

Do you agree with PD first policy? why ?

Strongly agree Agree Neutral Disagree Strongly disagree

Please specify your reasons.....

Part 3 Knowledge and Attitudes about KT

Do you agree with this statement? “I have knowledge of kidney transplantation.”

Strongly agree Agree Neutral Disagree Strongly disagree

Do you agree with this statement? “I wish I would undergo kidney transplantation?” and why?*

Strongly agree Agree Neutral Disagree Strongly disagree

Please specify your reasons.....

* The interviewer had explained about basic knowledge of kidney transplantation before asking the willingness to undergo kidney transplantation.

Frequency and Associated Factors of Hypoglycemic Symptoms and Fear of Hypoglycemia in Elderly Patient with Type 2 Diabetes at Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital

Chanakarn Chaitanakul*

Narucha Komolsuradej*

Corresponding authors: Narucha Komolsuradej, narucha.ko@psu.ac.th

Abstract

Objective: To determine the frequency of symptomatic hypoglycemia and its associated factors and fear of hypoglycemia in a population of elderly patient with type 2 diabetes at primary care unit of Songklanagarind Hospital. **Methodology:** This cross-sectional study was conducted from July to October 2018 at primary care unit of Songklanagarind Hospital. The participants aged 60 and older with type 2 diabetes were included. The socio-demographic characteristic questionnaire was interviewed by a researcher or research assistants. Baseline clinical data, included body weight, height, underlying disease, duration of diabetes, complications of diabetes (diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, cerebrovascular, peripheral vascular, neurovascular and diabetic foot complication), HbA1c, fasting plasma glucose, type and dose of glucose lowering drugs, were reviewed from the hospital information system (HIS). The participants were asked on their experiences of hypoglycemic symptoms in the previous month. Fear of hypoglycemia was measured by the Thai version of Hypoglycemia Fear Survey (HFS) covering behavior subscale (HFS-B) and worry subscale (HFS-W). The higher scores indicate higher fear of hypoglycemia. Chi-square, Wilcoxon, and Fisher tests were applied to study significant variables. Logistic regression analyses were performed to evaluate the associations between associated factors and hypoglycemic symptoms. **Results:** Overall, 160 participants were involved (mean age 68.6 ± 6.1 years, 53.8% females, diabetes duration of 10.5 ± 6.4 years, 57.5% diabetic complications, $7.5 \pm 1.8\%$ HbA1c), of whom 30% reported hypoglycemic symptoms. The associated factors of hypoglycemic symptoms were diabetic complications (aOR = 2.75; 95% CI 1.23 - 6.14; $p = 0.012$), glipizide use (aOR = 5.03; 95% CI 1.99 - 12.71; $p < 0.001$) and fasting plasma glucose (aOR = 0.97; 95% CI 0.96 - 0.99; $p < 0.001$). The mean of hypoglycemia fear survey score was 16.9 ± 16 . The score on the fear of hypoglycemia (HFS) and worry subscale (HFS-W) for the patients with more frequent hypoglycemia episodes in the previous month (>2 episodes) was significantly greater than another group (1-2 episodes) ($p = 0.006$ and 0.002), indicating a greater degree of fear of hypoglycemia in the first group. **Conclusion:** The occurrence of symptoms

* Department of Family Medicine and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Received 22 May 2019; Revised 18 September 2019; Accepted 18 September 2019

of hypoglycemia is one of complications in the elderly with type 2 diabetes and their presence is associated with complications of diabetes and glipizide use. Frequent symptoms can have a negative impact on fear of hypoglycemia. Minimizing the risk of hypoglycemia represents a high priority in the diabetes treatment of the elderly people.

Keywords: hypoglycemia, fear of hypoglycemia, type 2 diabetes mellitus, elderly

ความถี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการน้ำตาลต่ำในเลือด และความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่สอง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชนากานต์ ชัยธนกฤต*, นฤชา โกมลสุรเดช*

* ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้รับผิดชอบบทความ: นฤชา โกมลสุรเดช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความถี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาการน้ำตาลต่ำในเลือด และความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ **ระเบียบวิธีศึกษา:** งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2560 ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก และอาการน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และวัดความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยใช้แบบสอบถาม Hypoglycemia Fear Survey ฉบับแปลภาษาไทย การศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอาการน้ำตาลต่ำในเลือดด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก **ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 160 คน มีอายุเฉลี่ย 68.6 ± 6.1 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.8 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.5 ± 6.4 ปี, มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานร้อยละ 57.5 HbA1c เฉลี่ย $7.5 \pm 1.8\%$ พบผู้ป่วยที่มีอาการน้ำตาลต่ำในเลือดย้อยละ 30 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (aOR = 2.75; 95% CI 1.23 - 6.14; $p = 0.012$) การใช้ยา glipizide (aOR = 5.03; 95% CI 1.99 - 12.71; $p < 0.001$) และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (aOR = 0.97; 95% CI 0.96 - 0.99; $p < 0.001$) พบคะแนนเฉลี่ยของความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเท่ากับ 16.9 ± 16 นอกจากนี้คะแนนรวมเฉลี่ยของความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และคะแนนเฉลี่ยด้านความกังวล มีค่าสูงกว่าในกลุ่มที่มีความถี่ของอาการน้ำตาลต่ำในเลือดที่มากกว่าสองครั้งต่อเดือนเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความถี่ 1-2 ครั้งต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$ and 0.002) **สรุป:** การเกิดอาการน้ำตาลต่ำในเลือดเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการใช้ยา glipizide นอกจากนี้ความถี่ของอาการน้ำตาลต่ำในเลือดที่มากขึ้นส่งผลต่อความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ดังนั้น การดูแลและป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ

คำสำคัญ: อาการน้ำตาลต่ำในเลือด, ความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด, ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่สอง

Background and Rationale

Currently, the number of older people worldwide is growing continuously.⁽¹⁻²⁾ Also, the aging Thai population is increasing over 4% per year.⁽³⁾ Elderly people are different from other life

stage, due to the anatomical and physiological decline which is related to aging. This degeneration affected multiple chronic conditions that required clinical and social support.⁽⁴⁾ Diabetes mellitus is one of the three most common diseases that is

being the risk factor of cerebrovascular and cardiovascular disease in Thai elderly people. The prevalence of diabetes mellitus has an increasing tendency in the age group 60 to 79.⁽⁵⁾ The poorly controlled diabetes usually causes serious complications affecting quality of life, economic status of patients, family, and the nation.⁽⁶⁾

Hypoglycemia is one of diabetic complications as a cause of significant morbidity including cardiovascular disease. Hypoglycemia unawareness is prevalent among elderly patients with diabetes.⁽⁷⁻¹⁰⁾ The frequent episodes of symptomatic hypoglycemia is associated with a reduction in quality of life, through nocturnal hypoglycemia disturbing sleep patterns and increasing the risk for dementia and falls in older patients with type 2 diabetes.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ The fear of hypoglycemia is one of the psychological burden of diabetic patients to hypoglycemia events.^(15,16) This fear influences patient health outcomes through self-treatment modifications, lifestyle change and lower patients' quality of life.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ Furthermore, fear of hypoglycemia may decrease adherence to medication, which was a barrier to diabetes management.^(20,21)

At the primary care unit of Songklanagarind Hospital, there has been an increase in elderly diabetic attendances. However, a few studies on hypoglycemic episodes in type 2 diabetes elderly have been published, and a comprehensive evaluation of the fear of hypoglycemia has never been made. The present research was conducted to determine the frequency of symptomatic hypoglycemia and associated factors, and to assess their fear of hypoglycemia among elderly patients

with type 2 diabetes attending primary care unit of Songklanagarind Hospital. This would be the database for future research in developing appropriate tool to improve effective care for elderly with diabetes.

Methodology

Study design: Cross-sectional study.

Participants: The sample size was calculated by G-power program⁽²²⁾ for logistic regression with odds ratio = 2 from previous study of hypoglycemic episodes⁽²³⁾, $\alpha = 0.05$ and $1-\beta = 0.95$. The sample size was increased to 160 to allow for a 10% drop out.

The total of 160 elderly patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus at the primary care unit of Songklanagarind Hospital who matched with the inclusion and exclusion criteria were involved in the study by purposive sampling. The study protocol was approved by the ethics committee of the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. (REC.61-059-9-4)

Inclusion criteria: The participants aged 60 years and over diagnosed with type 2 diabetes (from ICD10 code E11-E14) at the primary care unit of Songklanagarind Hospital and participants obtained informed consent.

Exclusion criteria: The participants with condition that could interfere with their capability to understand or answer the interview and participants with a diagnosis of depression, dementia and type 2 diabetes with diabetic ketoacidosis.

Setting: Primary care unit of Songklanagarind Hospital.

Data collection: This cross-sectional study was conducted from July to October 2018. The socio-demographic characteristic questionnaire was used to interview the participants by a researcher or research assistants. Baseline clinical data, included body weight, height, underlying disease, duration of diabetes, complications of diabetes (diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, cerebrovascular, peripheral vascular, neurovascular and diabetic foot complication), HbA1c, fasting blood sugar, type and dose of glucose lowering drugs, were reviewed from the hospital information system (HIS) by the researcher (CC). A hypoglycemia questionnaire was administered to assess hypoglycemic symptoms, frequency and severity of hypoglycemic event. The participants were asked on their experiences of hypoglycemic symptoms in the previous month, based on a provided list of symptoms (sweating, palpitation, shaking and hunger, confusion, drowsiness, odd behavior, speech difficulty, incoordination, nausea and headache) and those symptoms were resolved with the ingestion of sugar, food or sugary drinks. The hypoglycemia symptom in this study was the event of hypoglycemia not accompanied by a plasma glucose determination based on the American Diabetes Association classification.⁽²⁴⁾ The patients with a positive recorded response were further asked frequency of each hypoglycemic symptoms as number of episodes in the previous month and to rate the severity of their episodes as mild (did not require assistance of another person to manage symptoms) or severe (leading to unconsciousness or requiring assistance from another

person to manage symptoms).^{(11),(25-27)} The fear of hypoglycemia was measured by the Hypoglycemia Fear Survey II (HFS-II). The 15 items in the behavior subscale (HFS-B) measured behaviors the patients took to avoid hypoglycemic episodes and negative consequences. The 18 items in the worry subscale (HFS-W) measured specific concern that patients had with their hypoglycemic episodes. The items were rated on a five-point Likert scale ranging from 0 (never) to 4 (always). The fear of hypoglycemia score has no definite cutoff score, the higher score the higher fear of hypoglycemia.⁽²⁸⁻³²⁾ The Thai version of Hypoglycemia Fear Survey developed from forward and backward translations with internal consistency reliability (Cronbach's alpha) of 0.77 was used.

Data editing: The data from questionnaires were double entered into EpiData version 3.1 for detecting any inaccuracies.

Data analysis: The R Studio version 3.3.3 was used for data analysis. The frequencies and percentages were analyzed for discrete variables. The mean, standard deviation, median and interquartile were analyzed for continuous variables. The Chi-square test, Fisher's exact test, and Wilcoxon Rank Sum were applied to study the variables with hypoglycemic symptoms. The logistic regression analyses with a backward selection were performed to evaluate the associations between the significant associated factors and hypoglycemic symptoms. The fear of hypoglycemia scores were reported as median and interquartile. The frequency of hypoglycemic symptoms in the previous month

(1-2 episodes/more than 2 episodes) was compared with fear score by using Wilcoxon Rank Sum Test. A $p < 0.05$ was regarded as statistical significance in the models.

Results

Overall, 160 participants who met the criteria for inclusion, had the following characteristics: 53.8% females, mean age of 68.6 ± 6.1 years, and 34.4% unemployed. The mean diabetes duration was 10.5 ± 6.4 years, 57.5% of diabetic complications, $7.5 \pm 1.8\%$ of HbA1c.

Thirty percent of participants ($n = 48$) reported hypoglycemic symptoms in the previous month. The mean frequency of hypoglycemic episodes in the previous month was 2.35 ± 2.8 . The most frequent hypoglycemic event was one

episode per month (56.2%). Most of hypoglycemic symptoms that the patients reported were hunger (79.2%), palpitation (58.3%) and sweating (54.2%).

Clinical and socio-demographic characteristics of the study sample according to the hypoglycemic symptoms in the previous month showed that the diabetic complications of the hypoglycemic group were higher than the no hypoglycemic group (56.2% versus 36.6%; $p = 0.033$), the participants using glipizide was higher in hypoglycemic symptoms group (46.8% versus 27.9%; $p = 0.037$), the median fasting plasma glucose level was lower in hypoglycemic symptoms group (125 versus 133; $p = 0.034$). There was no significant difference of the participants using insulin, metformin, glibenclamine and pioglitazone. (Table 1)

Table 1 Socio-demographic characteristics and clinical baseline data of the study population according to hypoglycemic symptoms in the previous month

| Variable | Overall n (%) (n = 160) | No hypoglycemic symptoms (n = 112) | Hypoglycemic symptoms (n = 48) | p value |
|-----------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------|
| Sex | | | | 0.809 ^a |
| Male | 74 (46.2) | 53 (47.3) | 21 (43.8) | |
| Female | 86 (53.8) | 59 (52.7) | 27 (56.2) | |
| Age (years) | $68.6 \pm 6.1^\dagger$ | $67 (64,72.2)^{\ddagger\dagger}$ | $69 (64,72)^{\ddagger\dagger}$ | 0.712 ^b |
| Education status | | | | 0.199 ^c |
| No education | 10 (6.2) | 8 (7.1) | 2 (4.2) | |
| Primary school | 80 (50) | 49 (43.8) | 31 (64.6) | |
| High school | 41 (25.6) | 32 (28.6) | 9 (18.8) | |
| Bachelor degree | 29 (18.1) | 22 (19.6) | 6 (12.5) | |
| Occupation | | | | 0.010 ^c |
| Unemployed | 55 (34.4) | 35 (31.2) | 20 (41.7) | |
| Gardener | 25 (15.6) | 16 (14.3) | 9 (18.8) | |
| Retired government official | 48 (30) | 39 (34.8) | 9 (18.8) | |
| Merchant | 18 (11.2) | 13 (11.6) | 5 (10.4) | |
| Self-employed | 10 (6.2) | 9 (8) | 1 (2.1) | |
| Other | 4 (2.5) | 0 (0) | 4 (8.3) | |

Table 1 Socio-demographic characteristics and clinical baseline data of the study population according to hypoglycemic symptoms in the previous month (continued)

| Variable | Overall n (%) (n = 160) | No hypoglycemic symptoms (n = 112) | Hypoglycemic symptoms (n = 48) | p value |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------|
| Weight (kg) | 64.7 ± 12.2 [†] | 63 (56.8,72) ^{††} | 64.5 (54,68) ^{††} | 0.578 ^b |
| Height (cm) | 159 ± 8.2 [†] | 159.5 ± 8 [†] | 157.7 ± 8.5 [†] | 0.199 ^d |
| Body mass index (kg/m ²) | 25.63 ± 4.6 [†] | 25.1 (23.1,27.1) ^{††} | 24.6 (22.3,28.2) ^{††} | 0.743 ^b |
| Smoking | | | | 0.844 ^c |
| No | 145 (90.6) | 103 (92) | 42 (87.5) | |
| Yes | 15 (9.4) | 9 (8) | 6 (12.5) | |
| Dyslipidemia | | | | 0.148 ^c |
| No | 15 (9.6) | 8 (7.3) | 7 (14.9) | |
| Yes | 142 (90.4) | 102 (92.7) | 40 (85.1) | |
| Cardiovascular disease | | | | 0.725 ^c |
| No | 148 (94.3) | 103 (93.6) | 45 (95.7) | |
| Yes | 9 (5.7) | 7 (6.4) | 2 (4.3) | |
| Cerebrovascular disease | | | | 0.675 ^c |
| No | 150 (95.5) | 104 (94.5) | 46 (97.9) | |
| Yes | 7 (4.5) | 6 (5.5) | 1 (2.1) | |
| Chronic kidney disease | | | | 0.779 ^c |
| No | 141 (89.8) | 98 (89.1) | 43 (91.5) | |
| Yes | 16 (10.2) | 12 (10.9) | 4 (8.5) | |
| Duration of diabetes (years) | 10.5 ± 6.4 [†] | 10 (5,15) ^{††} | 10 (7.8,15) ^{††} | 0.405 ^b |
| Complications of diabetes | | | | 0.033 ^a |
| No | 92 (57.5) | 71 (63.4) | 21 (43.8) | |
| Yes | 68 (42.5) | 41 (36.6) | 27 (56.2) | |
| Diabetic retinopathy | | | | 0.668 ^a |
| No | 51 (75) | 32 (78) | 19 (70.4) | |
| Yes | 17 (25) | 9 (22) | 8 (29.6) | |
| Diabetic nephropathy | | | | 0.668 ^a |
| No | 32 (47.1) | 22 (53.7) | 10 (37) | |
| Yes | 36 (52.9) | 19 (46.3) | 17 (63) | |
| Cerebrovascular complication | | | | 0.514 ^c |
| No | 66 (97.1) | 39 (95.1) | 27 (100) | |
| Yes | 2 (2.9) | 2 (4.9) | 0 (0) | |
| Peripheral vascular complication | | | | 1 ^c |
| No | 59 (86.8) | 35 (85.4) | 24 (88.9) | |
| Yes | 9 (13.2) | 6 (14.6) | 3 (11.1) | |
| Neurovascular complication | | | | 0.149 ^c |
| No | 63 (92.6) | 36 (87.8) | 27 (100) | |
| Yes | 5 (7.4) | 5 (12.2) | 0 (0) | |

Table 1 Socio-demographic characteristics and clinical baseline data of the study population according to hypoglycemic symptoms in the previous month (continued)

| Variable | Overall n (%) (n = 160) | No hypoglycemic symptoms (n = 112) | Hypoglycemic symptoms (n = 48) | p value |
|--|-------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------|
| Diabetic foot complication | | | | 0.352 ^a |
| No | 42 (61.8) | 23 (56.1) | 19 (70.4) | |
| Yes | 26 (38.2) | 18 (43.9) | 8 (29.6) | |
| Family history of diabetes | | | | 0.329 ^a |
| No | 91 (56.9) | 67 (59.8) | 24 (50) | |
| Yes | 69 (43.1) | 45 (40.2) | 24 (50) | |
| Self-monitoring of blood glucose | | | | 0.964 ^a |
| No | 132 (82.5) | 93 (83) | 39 (81.2) | |
| Yes | 28 (17.5) | 19 (17) | 9 (18.8) | |
| Fasting plasma glucose (mg/dL) | 138.2 ± 33.5 [†] | 133 (120,160) ^{††} | 125 (112.5,140.8) ^{††} | 0.034 ^b |
| HbA1c (%) | 7.5 ± 1.8 [†] | 7.1 (6.3,8) ^{††} | 7.3 (6.6,8.4) ^{††} | 0.296 ^b |
| Insulin (any type) | | | | 0.218 ^a |
| No | 122 (81.3) | 87 (84.5) | 35 (74.5) | |
| Yes | 28 (18.7) | 16 (15.5) | 12 (25.5) | |
| Metformin | | | | 0.229 ^c |
| No | 13 (8.7) | 7 (6.8) | 6 (12.8) | |
| Yes | 137 (91.3) | 96 (93.2) | 41 (87.2) | |
| Glipizide | | | | 0.040 ^a |
| No | 99 (66) | 74 (71.8) | 25 (53.2) | |
| Yes | 51 (34) | 29 (28.2) | 22 (46.8) | |
| Glibenclamide | | | | 1 ^c |
| No | 139 (92.7) | 95 (92.2) | 44 (93.6) | |
| Yes | 11 (7.3) | 8 (7.8) | 3 (6.4) | |
| Pioglitazone | | | | 0.100 ^a |
| No | 119 (79.3) | 86 (83.5) | 33 (70.2) | |
| Yes | 31 (20.7) | 17 (16.5) | 14 (29.8) | |
| Dose of glucose lowering agents (mg per day) | | | | |
| Insulin (any type) | 23.7 ± 14.6 | 20 (14.2,27.5) ^{††} | 21 (10,28) ^{††} | 0.871 ^b |
| Metformin | 1360.1 ± 628.2 [†] | 1500 (1000,1775) ^{††} | 1000 (1000,1750) ^{††} | 0.968 ^b |
| Glipizide | 10 ± 5.4 | 10 (5,10) ^{††} | 10 (5,10) ^{††} | 0.447 ^b |
| Glibenclamide | 4.5 ± 1 | 5 (4.4,5) ^{††} | 5 (5,5) ^{††} | 0.340 ^b |
| Pioglitazone | 28.5 ± 8.1 | 30 (30,30) ^{††} | 30 (30,30) ^{††} | 0.100 ^b |
| Hospital admission due to severe hypoglycemia | 1 (0.6) | 0 (0) | 1 (2.1) | 0.300 ^c |

[†] [mean ± SD], ^{††} [median (IQR)]

^a Chi-square test, ^b Rank Sum test, ^c Fisher's exact, ^d t-test

Table 2 Hypoglycemic symptoms and associated factors: logistic regression analysis (n=48)

| Factors | adjusted OR (95%CI) | p value |
|---------------------------|---------------------|---------|
| Complications of diabetes | 2.75 (1.23 - 6.14) | 0.012 |
| Fasting plasma glucose | 0.97 (0.96 - 0.99) | < 0.001 |
| Glipizide use | 5.03 (1.99 - 12.71) | < 0.001 |

Table 3 Fear of hypoglycemia scores according to the frequency of hypoglycemic symptoms

| Fear of hypoglycemia score | Frequency hypoglycemic symptoms (episode in previous month) | | p value* |
|----------------------------|--|--------------|----------|
| | 1 - 2 | > 2 | |
| | (n = 9) | (n = 39) | |
| HFS [†] | 11 (4 - 18) | 39 (14 - 54) | 0.006 |
| HFS-B [†] | 4 (1.5 - 10.5) | 6 (4 - 18) | 0.202 |
| HFS-W [†] | 5 (0 - 11) | 21 (9 - 32) | 0.002 |

[†] [median (IQR)]

* Rank sum test

The associated factors of hypoglycemic symptoms were diabetic complications (aOR = 2.75; 95% CI 1.23 - 6.14; $p = 0.012$), glipizide use (aOR = 5.03; 95% CI 1.99 - 12.71; $p < 0.001$). A unit of increase in fasting plasma glucose was associated with 0.03 time reduction in hypoglycemic symptoms (aOR = 0.97; 95% CI 0.96 - 0.99; $p = < 0.001$). The results of the adjusted multivariate analysis are shown in Table 2.

The mean and standard deviation of hypoglycemia fear survey score was 16.9 ± 16 , the behavior (HFS-B) and worry (HFS-W) subscale score was 7.5 ± 7.9 and 9.4 ± 11.9 . The median score on the fear of hypoglycemia (HFS) and worry subscale (HFS-W) for the patients with more frequency of hypoglycemia episodes in previous

month (>2 episodes) was significantly greater than the less frequent group (1-2 episodes) ($p = 0.006$ and 0.002), indicating a greater degree of fear of hypoglycemia in the more frequent group (see Table 3).

Discussion

Our study shows that thirty percent of the elderly patients with type 2 diabetes reported hypoglycemic symptoms in the previous month. The associated factors of hypoglycemic symptoms were complications of diabetes and glipizide usage. The frequency of hypoglycemic symptoms (more than two episodes per month) affected on the fear of hypoglycemia.

The numbers of patients reported hypogly-



cemic symptoms in the present study were somewhat lower when compared with the cross-sectional observational study of patients with type 2 diabetes in Italy⁽¹¹⁾, Spain⁽¹⁹⁾ and Asia-Pacific⁽²⁰⁾ that founded 44.6%, 45% and 35.8% of hypoglycemic episodes respectively. These discrepancies might be explained by the difficulties in recognizing hypoglycemic symptoms in elderly due to the non-specific symptoms and the little warning or unawareness of autonomic symptoms.⁽³³⁾

Complication of diabetes was a significant associated factor of hypoglycemic symptom (56.2% versus 36.6%; $p = 0.033$ and aOR = 2.75; 95% CI 1.23 - 6.14; $p = 0.012$). This finding can be explained by the importance of the frailty of the patients with diabetes complications or proxy indicators for hypoglycemic unawareness as the risk factor for hypoglycemia.⁽³⁴⁾

We also found that glipizide users had a higher risk of hypoglycemia symptoms consistent with the article of the Canadian Diabetes Association presenting that sulfonylurea was an associated risk for hypoglycemia, especially in patients with advanced age and general disability.⁽³⁵⁾ A unit of increase in fasting plasma glucose was associated with 0.03 time reduction in hypoglycemic symptoms (aOR = 0.97; 95% CI 0.96 - 0.99; $p < 0.001$). This finding suggested that diabetic patients who had lower level of fasting plasma glucose may have tightly controlled, that hypoglycemia occurred more often in the intensive therapy group.⁽³⁶⁾

We found a greater degree of the fear of hypoglycemia on the HFS-II and worry subscale

for the patients with more frequent hypoglycemia episodes, consistent with the previous studies that concluded the frequency of episodes of symptomatic hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes was associated with a higher fear of hypoglycemia.⁽¹¹⁾

The present study had some limitations. First, we cannot conclude the cause-effect relationships because of the cross-sectional study design. The recall bias from self-reported information on the frequency of hypoglycemic episodes of participants is the second limitations. Third, we did not objectively measure hypoglycemia. Some patients might feel confused between hunger and hypoglycemia or “normal feeling”. Elderly patients were likely to experience unspecific symptoms. However, clinical practice at the primary care unit indicated very relevant symptoms of patient hypoglycemic reports. Another strength was that the present study used psychometric instruments, including the Hypoglycemia Fear Survey the Thai version which proved to be simple to administer. The present study contributes to be a good database for future research to develop the appropriate tool to improve the effectiveness of care for elderly diabetes patients.

Conclusion

The occurrence of symptoms of hypoglycemia was one of complications in the elderly with type 2 diabetes. The presence of hypoglycemic symptoms was associated with complications of diabetes and glipizide use. Frequent symptoms were also associated with fear of hypoglycemia.

Minimizing the risk of hypoglycemia should be a high priority in the diabetes treatment of the elderly people.

Longitudinal study, especially objectively self-monitoring of plasma glucose by the patients, should be done in the future to assess the clinical outcomes and causal relationships of the associated factors with hypoglycemic symptoms.

References

- World Health Organization. Global health and aging. Geneva: World Health Organization; 2011.
- World Health Organization. World report on aging and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: Amarin Publishing; 2016. (in Thai)
- Institute of Geriatric Medicine. Geriatric syndrome. Nonthaburi: Is August; 2015. (in Thai)
- Aekplakorn W. Thai people's health survey report by physical examination 5th. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes. Pathumthani: RomYen Media; 2017.
- McCoy RG, Van Houten HK, Ziegenfuss JY, Shah ND, Wermers RA, Smith SA. Increased mortality of patients with diabetes reporting severe hypoglycemia. *Diabetes Care* 2012;35(9):1897-901.
- Zoungas S, Patel A, Chalmers J, de Galan BE, Li Qiang B, Billot L et. al. Severe hypoglycemia and risks of vascular events and death. *N Engl J Med* 2010;363:1410-8.
- Desouza C, Geremia B, Fonseca V. Hypoglycemia, diabetes, and cardiovascular events. *Diabetes Care* 2010;33(6):1389-94.
- Cryer P. Diverse causes of hypoglycemia-associated autonomic failure in diabetes. *N Engl J Med* 2004;350:2272-79.
- Nicolucci A, Pintaudi B, Rossi MC, Messina R, Dotta F, Frontoni S, et. al. The social burden of hypoglycemia in the elderly. *Acta Diabetol* 2015;52(4):677-85.
- Jennum P, Stender-Petersen K, Rabøl R, Jørgensen NR, Chu PL, Madsbad S. The Impact of nocturnal hypoglycemia on sleep in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2015;38(11):2151-7.
- Whitmer RA, Karter AJ, Yaffe K, Quesenberry CP, Selby JV. Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2009;301(15):1565-72.
- Malabu UH, Vangaveti VN, Kennedy RL. Disease burden evaluation of fall-related events in the elderly due to hypoglycemia and other diabetic complications: a clinical review. *Clin Epidemiol* 2014;14(6):287-94.
- Mason WA, Capitanio JP. A reconstruction emotion review. *J Int Soc Res Emotion* 2012;4(3):238-44.
- Jerawatana R. Development of self-care agency in diabetic patient with fear of hypoglycemia from insulin administration: a case study. *Rama Nursing Journal* 2016;22:223-46. (in Thai)
- Leiter LA, Yale J-F, Chiasson J-L, Harris SB, Kleinstiver P, Sauriol L. Assessment of the impact of fear of hypoglycemic episodes on glycemic and hypoglycemic management. *Can J Diabetes* 2005;29:186-92.
- Mahabalshetti AD, Ramdurğ SI, Dhananjaya M. Prevalence of fear of hypoglycemic attack in patients with uncontrolled diabetes mellitus and correlation analysis in diabetes. *Int J Sci Study* 2016;12:173-7.
- Jódar-Gimeno E, Álvarez-Guisasola F, Ávila-Lachica L, Palomares-Ortega R, Roldán-Suárez C, Lizán-Tudela L. Quality of life and fear for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española* 2015;215(2):91-7.
- Sheu Wayne HH, Ji Li-Nong, Nitiyanant W, Baik Sei H, Yin D, Mavros P, et. al. Hypoglycemia is associated with increased worry and lower quality of life among patients with type 2 diabetes treated with oral antihyperglycemic agents in the Asia-Pacific region. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;96:141-8.
- Amiel SA, Dixon T, Mann R, Jameson K. Hypoglycaemia in type 2 diabetes. *Diabet Med* 2008;25:245-54.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149-60.
- Bodmer M, Meier C, Krähenbühl S, Jick S, Meier R. Metformin, sulfonylureas, or other antidiabetes drugs and the risk of lactic acidosis or hypoglycemia a nested case-control analysis. *Diabetes Care* 2008;31(11): 2086-91.
- American Diabetes Association. Defining and reporting hypoglycemia in diabetes: a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. *Diabetes Care* 2005;28:1245-9.
- Deary IJ, Hepburn DA, MacLeod KM, Frier BM. Partitioning the symptoms of hypoglycaemia using multi-sample confirmatory factor analysis. *Diabetologia* 1993;36(8):771-7.



26. Fukuda M, Doi K, Sugawara M, Naka Y, Mochizuki K. Survey of hypoglycemia in elderly people with type 2 diabetes mellitus in Japan. *J Clin Med Res* 2015;7(12):967-78.
27. Rauh SP, Rutters F, Thorsted BL, Wolden ML, Nijpels G, van der Heijden, et. al. Self-reported hypoglycaemia in patients with type 2 diabetes treated with insulin in the Hoorn Diabetes Care System Cohort, the Netherlands: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2016;6(9):1-8.
28. Cox DJ, Irvine A, Gonder-Frederick L, Nowacek G, Butterfield J. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. *Diabetes Care* 1987;10:617-21.
29. Graue M, Iversen MM, Wentzel-Larsen T, Rokne B, Haugstvedt A. Assessing fear of hypoglycemia among adults with type 1 diabetes - psychometric properties of the Norwegian version of the hypoglycemia fear survey II questionnaire. *Norsk Epidemiologi* 2013;23(1):75-81.
30. Hajos TR, Polonsky WH, Pouwer F, Gonder-Frederick L, Snoek FJ. Toward defining a cutoff score for elevated fear of hypoglycemia on the hypoglycemia fear survey worry subscale in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2014;37:102-8.
31. Gonder-Frederick LA, Schmidt KM, Vajda KA, Greear ML, Singh H, Shepard JA, et. al. Psychometric properties of the hypoglycemia fear survey-II for adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:801-6.
32. Lam Amanda, Yun Rui, Xin Xiaohui, Tan Wee Boon, Gardner Daphne Su-Lyn, Goh, Su-Yen. Psychometric validation of the hypoglycemia fear survey-II (HFS-II) in Singapore. *BMJ Open Diabetes Research Care* 2017;5(1):1-9.
33. Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañas L, Morley JE, Sinclair AJ. Hypoglycemia in older people – a less well recognized risk factor for frailty. *A&D* 2015;6(2):156-67.
34. Shafiee, Gita, Mohajeri-Tehrani, Mohammadreza, Pajouhi, Mohammad & Larijani, Bagher. The importance of hypoglycemia in diabetic patients. *J Diabetes Metab Dis* 2012;11:17.
35. Sircar M, Bhatia A, Munshi M. Review of hypoglycemia in the older adult: clinical implications and management. *Can J Diabetes* 2016;40:66-72.
36. Perlmutter LC, Flanagan BP, Shah PH, Singh SP. Glycemic control and hypoglycemia: is the loser the winner. *Diabetes care* 2008;31:2072-76.

การกระจายเชิงพื้นที่จากการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างตัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

รัศมีพงศ์ เวียงเจริญ*

ชื่นฤทัย ยี่ชัยน†

พรสวรรค์ อติวิจิตรระการ*

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์‡,§

อานนท์ กุลธรรมาสุนทร‡

สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ*

ประทีป สิงห์สวนนท์§

โมลี วนิชสุวรรณ#

โชคชัย สิริชวลิต€

พรรณิ ปิติสุทธิธรรม§

ผู้รับผิดชอบบทความ: พรรณี ปิติสุทธิธรรม

บทคัดย่อ

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนที่มีประชากรต่างตัวอาศัยอยู่หนาแน่น ทำให้โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่างตัวจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์และผลกระทบของการให้บริการผู้ป่วยต่างตัวต่อระบบบริการและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณของผู้ป่วยต่างตัวที่มารักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2560 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามและการสืบค้นข้อมูลการมารับบริการย้อนหลัง สุ่มตัวอย่างตามสะดวก มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 519 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยนอก 412 คนและผู้ป่วยใน 107 คน โดยในกลุ่มผู้ป่วยนอก 412 คน มี 305 คนที่มารับบริการผู้ป่วยนอกอย่างเดียว และมี 107 คนที่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วงปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกร้อยละ 18.4 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในร้อยละ 38.3 ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่มีต้นทุนสูงที่สุดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งมีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก [63,459 บาทต่อคนต่อปี (SD 82,872)] และกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อมีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน [43,100 บาทต่อครั้ง (SD 53,384)] ในแง่ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลตามราคาโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ย 15,757 บาทต่อคนต่อปี ผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ย 35,280 บาทต่อคนต่อครั้ง ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย คำนวณสัมพัทธ์ของค่าใช้จ่ายมากกว่าเท่ากับ 2 หน่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย ร้อยละ 19.2, 5.3, 2.4, และ 23.4 ตามลำดับ คำนวณสัมพัทธ์ของค่าใช้จ่ายมากกว่าเท่ากับ 4 หน่วย ร้อยละ 5.8, 1.9, 1.2, และ 3.7 ตามลำดับ 5 อันดับสูงสุดของกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก คือมะเร็ง การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อ ทารกแรกเกิดที่มีปัญหา และการผ่าตัดและการคลอด ตามลำดับ 5 อันดับสูงสุดของฝ่ายการแพทย์ที่รับผู้ป่วยใน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูกและกล้ามเนื้อกรรม ตามลำดับ

* โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

† โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

‡ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

§ สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

§ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

€ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน



ข้อมูลการศึกษานี้ เป็นตัวอย่างที่สนับสนุนให้มีการพิจารณาเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดน เช่น การเสนอนโยบายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาล การทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพต่างตัวของกระทรวงสาธารณสุขให้เหมาะสมกับต้นทุนการรักษาพยาบาล และที่สำคัญควรมีนโยบายปรับการจัดสรรงบประมาณชดเชยให้แก่สถานพยาบาลในกรณีที่อยู่คนต่างด้าวและไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้เพียงพอ

คำสำคัญ: คนต่างด้าว, ต้นทุน, ค่ารักษาพยาบาล, กาญจนบุรี

Economic Burden from Providing Care to Migrant Patients: a Case Study of Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi

Rakpong Wiangcharoen*, Chuenrutai Yeekian[†], Pornsawan Attavinijtrakarn*, Rapeepong Suphanchaimat^{†,‡}, Anond Kulthanmanusorn[‡], Somjate Laoleukiat*, Pratap Singhasivanon[§], Molee Wanichsuwan[#], Chockchai Leethochawalit[€], Punnee Pitisuttithum[§]

* Phaholpolpayuhasena Hospital, [†] Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, [‡] International Health Policy Program, Ministry of Public Health, [§] Bureau of Epidemiology, Disease Control Department, Ministry of Public Health, [§] Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, [#] Samutsakhon Hospital, [€] Krathumbaen Hospital

Corresponding author: Punnee Pitisuttithum, punnee.pit@mahidol.ac.th

Abstract

Kanchanaburi province borders with Myanmar and a large number of migrants are cared for at Phaholpolpayuhasena Hospital. Financial expenses in providing care to migrant patients were analyzed. The study population was inpatients and outpatients at the hospital during fiscal year 2017. Data collection techniques involved a questionnaire, interviews and document reviews of medical records for the previous year. A convenience sampling method was employed. Total sample size was 519 (412 outpatients and 107 inpatients). Of the 412 outpatients, 305 had no admissions during the previous year, while 107 had been admitted in the hospital. The results showed that 18.4% of the outpatients and 38.3% of the inpatients were not medically insured. When classifying patients according to the most costly disease group, cancer comprised the highest proportion in the outpatient sample at 63,459 (SD 82,872) baht per person per year. For communicable diseases, the largest group in the inpatient sample cost 43,100 (SD 53,384) baht per person per year. Costs of medical treatment and expenses, as quoted by the hospital, were averaged at 15,757 baht per person per year for outpatients, with inpatients at 35,280 baht per stay. Results from focus group discussions with various stakeholders showed that expenditures of Phaholpolpayuhasena Hospital, Samutsakhon Hospital, Krathumbaen Hospital, and this research study in terms of relative weight greater than or equal to 2 units were 19.2%, 5.3%, 2.4% and 23.4%, respectively, while in terms of relative weight greater than or equal to 4 units were 5.8%, 1.9%, 1.2% and 3.7%, respectively. The top 5 outpatient diseases were cancer, trauma, non-communicable diseases, neonatal problems, and obstetrics, while the top 5 inpatient medical departments which admitted high numbers of migrant patients were medicine, surgery, obstetrics, orthopedics, and pediatrics, respectively.

Results can be used to formulate a support policy to mitigate the cost burdens incurred by hospitals in border provinces. A policy of cooperation with neighboring countries should be proposed by the Ministry of Public Health to develop adequate medical facility capacities and also review the cost of the health insurance card scheme for migrants to reflect the cost of medical treatment. Most importantly, a policy should be implemented to adjust budget allocations to border province hospitals to cover the cost of treating migrant patients.

Keywords: migrants, cost, charge, Kanchanaburi

ภูมิหลังและเหตุผล

ในจังหวัดใหญ่ๆ ตามแนวชายแดนของประเทศไทยนั้น มักมีผู้เดินทางข้ามมาจากประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อมาใช้บริการสุขภาพจำนวนมาก ด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีพรมแดนระยะทางกว่า 5,000 กิโลเมตร ติดกับ 4 ประเทศ คือ เมียนมา ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย⁽¹⁾ โดย 3 ใน 4 ของประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ เมียนมา ลาว และกัมพูชา มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคงน้อยกว่าไทย นอกจากนี้ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน [Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Economic Community] ได้ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้คน แรงงาน และการลงทุนสามารถข้ามแดนระหว่างกลุ่มประเทศสมาชิก ประเทศไทยจึงเป็นจุดหมายสำคัญ โดยเฉพาะของคนเมียนมา ลาว และกัมพูชา ทั้งเพื่อมาใช้แรงงานที่ได้ค่าตอบแทนดีกว่าและเพื่อมารับการรักษาพยาบาล⁽²⁾ ซึ่งส่งผลให้ความต้องการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น จนเกิดเป็นความท้าทายต่อกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย⁽³⁾

การเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพของคนต่างด้าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลรัฐตามแนวชายแดนไทย เนื่องจากผู้รับบริการต่างด้าวที่มีรายได้น้อยมักจะมารับบริการจากโรงพยาบาลรัฐ⁽⁴⁾ ซึ่งจะต้องให้การรักษาผู้มารับบริการด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม และเพื่อป้องกันการระบาดของโรค แม้ว่าจะนำมาซึ่งปัญหาด้านการเงิน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระงานของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในขณะที่โครงสร้างอัตรากำลังยังจำกัดสำหรับผู้ป่วยไทยเท่านั้น⁽⁴⁾

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระบบบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยเน้นที่แรงงานต่างด้าวเฉพาะพื้นที่ มีการเรียกเก็บค่าบริการปีละ 500 บาท และเพิ่มเป็น 1,000, 1,100, 1,200, และ 1,300 บาทใน พ.ศ. 2542, 2543, 2544 และ 2547 ตามลำดับ ระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวมีความชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ขยาย

ให้ผู้ติดตามและบุตรสามารถซื้อบัตรประกันฯ ได้ (แบบสมัครใจ) และขยายความครอบคลุมไปทุกพื้นที่ และเริ่มมีการเชื่อมโยงระบบประกันสุขภาพกับการพิสูจน์สัญชาติ หลังจากนั้น ระบบการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนี้ มีการขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2556 เมื่อรัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรี ให้มีบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กในราคา 365 บาทต่อปี และขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพผู้ใหญ่ให้ครอบคลุมเอชไอวี/เอดส์ และโรคค่าใช้จ่ายสูงต่างๆ โดยเพิ่มราคาบัตรเป็น 2,200 บาทต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) เพื่อประสานงานการออกทะเบียนประวัติและใบอนุญาตทำงาน⁽⁶⁾ และได้ปรับลดราคาบัตรประกันสุขภาพของคนต่างด้าวลงเหลือ 1,600 บาท (ราคาบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าวยังคงอยู่ที่ 365 บาท)

แม้จะมีระบบดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีผู้ป่วยต่างด้าวจำนวนมากที่ไม่ได้อยู่ในระบบ ทำให้ไม่มีสิทธิการรักษาและอาจทำให้เกิดเป็นค่ารักษาที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.9 เท่า จาก 417 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2556 เป็น 1,529 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งมีจำนวนเงินที่เรียกเก็บไม่ได้ถึงร้อยละ 38 และพบว่าพื้นที่ 10 จังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา มีปัญหาเรียกเก็บเงินไม่ได้รุนแรงที่สุด⁽⁷⁾ เนื่องจากบริการสุขภาพของประเทศเมียนมาขาดงบประมาณและบุคลากรที่เหมาะสม โรงพยาบาลเฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในตัวเมืองที่ห่างไกลชายแดน⁽¹⁾ และโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทยมีความพร้อมในการให้บริการมากกว่าโรงพยาบาลในฝั่งเมียนมา⁽⁴⁾

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนและแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 (ร่าง 17 ธันวาคม 2557) ได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาในกลุ่มจังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา พบว่า ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการวัคซีน การรับฝากครรภ์ การรักษาพยาบาล

อีกทั้งประชากรต่างด้าวมีรายได้น้อย ไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และที่สำคัญคือการระบุตัวบุคคลและจัดเก็บข้อมูลประชากรต่างด้าวในพื้นที่ยังไม่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อทราบสถานะสุขภาพของประชากรต่างด้าวได้⁽⁸⁾ ดังนั้นการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับต้นทุนการรักษาพยาบาลจึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการสะท้อนถึงภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวที่มีต่อสถานพยาบาลไทยได้ชัดเจนขึ้น

การศึกษาวិเคราะห์ที่ผ่านมามีทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศสนับสนุนว่า การรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลตามแนวชายแดนบางส่วนประสบภาวะขาดทุน⁽⁶⁾ และมีรายงานว่า ใน พ.ศ. 2559 แรงแรงงานต่างด้าวลงทะเบียนประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 34⁽³⁾ จึงไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้ทั้งหมด หากไม่มีนโยบายที่เหมาะสม การใช้บริการสุขภาพของกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพจะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยต่อไปและมีผลต่อสังคมไทยโดยรวม⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ชิ้นมีข้อสรุปว่า ผู้มารับบริการไม่ใช่มีเพียงแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เท่านั้น ยังเป็นคนต่างด้าวที่มาใช้บริการแบบมาเช้า - เย็นกลับและกลุ่มที่ลักลอบเข้าเมือง ซึ่งทำให้สถานบริการสุขภาพของไทยไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ครบถ้วน^(4,10) อย่างไรก็ตาม การวิจัยและรายงานวิเคราะห์ที่ผ่านมายังไม่แสดงให้เห็นต้นทุนของการรักษา ค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเองให้กับโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการมารับการรักษา

การศึกษาระยะค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลไทยในระดับประเทศแม้จะมีความสำคัญยิ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่มาก ในทางกลับกันการศึกษาในระดับสถานพยาบาลนั้น แม้จะไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของประเทศ แต่ก็ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ในรายละเอียดมากขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งอาจมีนโยบายในภาพรวมด้วย การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำ

จังหวัดกาญจนบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแรงงานข้ามชาติ 21,777 คน มากเป็นลำดับที่ 2 ใน 10 จังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา และจัดอยู่ในลำดับที่ 6 ของจังหวัดเรียกเก็บเงินไม่ได้มากที่สุดจาก 31 จังหวัด โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้สูงถึง 23 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 17.8 ของค่าใช้จ่ายรวมของคนต่างด้าว⁽⁶⁾

จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยนอกต่างด้าวเพิ่มขึ้น จาก 15,959 คน ในปี 2556 เป็น 18,276 คน ในปี 2558 ผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามาขอรับบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงมาก ซึ่งหากไม่มีการวางแผนเตรียมพร้อมและไม่มีนโยบายหรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลและประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชนชาวไทยได้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยศึกษาต้นทุนของการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ด้วยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการช่วยตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อทำให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่างด้าวอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เป็นการศึกษาภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาต้นทุนของการรักษา ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาที่เรียก

เก็บได้จากผู้ป่วย (ค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเอง) รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยในการมารับการรักษา และขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย โดยมีการนำเสนอผลการศึกษามาจากขั้นตอนที่ 1

สำหรับการวิจัยแบบสำรวจในขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) เป็นผู้ป่วยต่างดาวสัญชาติเมียนมาที่มารับการรักษา ระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 5 เดือน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยนอกรับบริการ 540,429 ครั้ง เป็นผู้ป่วยต่างดาว 18,276 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยในมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 36,407 ราย เป็นผู้ป่วยต่างดาว 3,065 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร $s = c^2NP(1 - P) \div d^2(N - 1) + X^2 P(1 - P)^{(11)}$ โดยที่ $s =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $c^2 =$ ค่า Chi-square ที่ค่าระดับชั้นความเสรีเท่ากับ 1 ซึ่งเท่ากับ 3.841 $N =$ จำนวนประชากร $P =$ สัดส่วนของประชากรที่คาดประมาณให้เป็นค่าสูงสุดที่ร้อยละ 50 หรือเท่ากับค่า 0.50 $d =$ ค่าระดับชั้นของความถูกต้องกำหนดให้เท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก 341 ครั้ง ผู้ป่วยใน 57 ราย เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความน่าเชื่อถือการวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยในอย่างน้อย 100 รายสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก 341 ครั้งเพื่อให้มีการกระจายตัวอย่างที่เหมาะสม จึงกำหนดขนาดตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนของผู้ป่วยฝ่ายการแพทย์อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุวิทยาและโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และทันตกรรม อนึ่ง ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ที่จะเก็บข้อมูลทางด้านการบริการหญิงตั้งครรภ์ต่างดาวด้วยการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ 60 ราย

วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และการทบทวนเวชระเบียน เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ อาชีพ ที่อยู่อาศัย เหตุที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลและเหตุผลที่มาใช้บริการ ลักษณะการใช้บริการและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าแรงผู้ป่วย และค่าแรงผู้พยาบาลมาโรงพยาบาล สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะสืบค้นข้อมูลการมาตรวจรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายย้อนหลังไประหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 ซึ่งเป็นปีที่ทำการศึกษา โดยเก็บข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มารับการรักษาในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย ตรวจสอบรหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health 10th: ICD-10) จากนั้น ผู้ช่วยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลการรับยา การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยเก็บเป็นจำนวนครั้ง เพื่อนำมาคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และนับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในช่วงเวลา 1 ปี (number of visit) เพื่อนำมาคำนวณค่าบริการพื้นฐาน

(2) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลในแบบเดียวกันกับผู้ป่วยนอก โดยเก็บข้อมูลการรับยา การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยเก็บเป็นจำนวนครั้งเพื่อนำมาคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และเก็บจำนวนวันนอนของการเป็นผู้ป่วยในครั้ง (length of stay) เพื่อนำมาคำนวณค่าบริการพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเชิญประชุมผู้ที่มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย ได้แก่ ตัวแทนจากกรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนแรงงานต่างด้าว แพทย์และเจ้าหน้าที่ของ 3 โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมดจำนวน 29 ท่าน ในการประชุม มีการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยแบบพรรณนาในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้เข้าประชุมเสนอความคิดเห็นตามวิธีการสนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งขอบันทึกข้อมูลทั่วไปในภาพรวมเป็นจำนวนรวมของโรงพยาบาลสมุทรสาครและโรงพยาบาลกระทุ่มแบนเพื่อนำมาใช้เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามฝ่าย ข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตาม ICD-10

เครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูล (case record form) มีข้อมูล 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ค่ารักษา (3) ต้นทุนการรักษา (medical costs) เช่น ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางรังสี ค่าหัตถการ (4) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าแรงผู้ป่วย ค่าแรงผู้ที่พามาโรงพยาบาล

2. ข้อมูลต้นทุนค่ารักษา เก็บข้อมูลเป็นจำนวนการให้บริการ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยนับเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยแต่ละรายใช้บริการ นำมาคูณกับราคาต้นทุนที่แสดงไว้ในรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นรายงานที่จัดทำโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ในปี 2552 เมื่อได้ต้นทุนค่ารักษาของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วจึงนำมาปรับราคาตามอัตราเงินเฟ้อ โดยคำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภคของกระทรวงพาณิชย์ที่เปลี่ยนไปในปี 2560 เมื่อเทียบกับปี 2552 ที่ร้อยละ 14.8⁽¹³⁾ เพื่อคำนวณเป็นราคาต้นทุนที่แท้จริงในปี 2560 ทั้งนี้ในส่วนที่เป็นค่ายาจะใช้ต้นทุนค่ายาจริงของโรงพยาบาล ส่วนต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน (routine service cost) จะใช้ราคาต้นทุนที่แสดงไว้ในรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ในปี

2552 โดยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 283 บาทต่อครั้งและผู้ป่วยในเท่ากับ 1,215 บาทต่อวันนอน นำมาปรับราคาตามอัตราเงินเฟ้อโดยคำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภคของกระทรวงพาณิชย์ที่เปลี่ยนไปในปี 2560 ค่าบริการพื้นฐานของโรงพยาบาลในการศึกษานี้ของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 474.60 บาทต่อครั้งและผู้ป่วยในเท่ากับ 2,651.70 บาทต่อวันนอน

3. ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เป็นราคาค่ารักษาตามที่โรงพยาบาลกำหนด โดยจำแนกเป็นค่ารักษาทั้งหมด และค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 17.0 กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ขั้นตอน คือ (1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลในรูปความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องใช้ unpaired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของขั้นตอนที่ 2 จะเป็นการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนาในขั้นตอนที่ 1 โดยการบันทึกเสียงในการสนทนากลุ่มและนำมาถอดเทป โดยมีประเด็นในการวิเคราะห์ดังนี้

- โรคที่พบตาม ICD-10 และความชุกของโรคที่พบในพื้นที่แตกต่างจากโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นหรือไม่

- ชุดสิทธิประโยชน์ควรเป็นภาคสมัครใจ หรือภาคบังคับ

- ชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

- การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเบิกจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2560 และโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560 การเก็บข้อมูลได้ทำตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เช่น การรักษาความลับผู้ป่วย และการขอความยินยอมจากผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 519 คน เป็นผู้ป่วยนอก 412 คน ผู้ป่วยใน 107 คนในจำนวนผู้ป่วยนอก 412 คน มี 107 คนที่เคยมีประวัติเป็นผู้ป่วยใน และ 305 คนที่มีประวัติเป็นผู้ป่วยนอกเท่านั้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 412 คน มีอายุเฉลี่ย 34.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.5) มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 69.4) เมื่อสอบถามเกี่ยวกับอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน หรือเป็นแม่บ้าน หรือนักเรียน (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคืออาชีพทำงานรับจ้าง (ร้อยละ 45.9) สำหรับที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านตนเองหรือของนายจ้าง (ร้อยละ 70.6) และอยู่ประจำในจังหวัดกาญจนบุรีอยู่แล้ว (ร้อยละ 95.1) เป็นผู้ไม่มีรายได้ร้อยละ 48.3 เหตุผลที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่ตัดสินใจมารับการรักษาเอง (ร้อยละ 70.9) รองลงมาเป็นการถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 25.7) โดยผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.6) และพบว่าประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิคิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 47.6)

สำหรับผู้ป่วยในจำนวน 107 คน มีอายุเฉลี่ย 34.8 (SD 22.3) ปี ข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเหมือนผู้ป่วยนอก ส่วนที่แตกต่างคือ ผู้ป่วยในเป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 57.9

เป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพร้อยละ 38.3 และส่วนใหญ่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 72.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก 412 ราย มีต้นทุนรวม 6,491,991 บาท หากคิดค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลจะเป็นเงิน 6,855,093 บาท แตกต่างกันเป็นเงิน 363,102 บาท มีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นเงิน 541,852 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.9 ของค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการ 1 ปี เป็นเงิน 15,757 (SD = 26,671) บาท

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน 107 ราย มีต้นทุนรวม 1,646,844 บาท หากคิดค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลจะเป็นเงิน 1,136,297 บาท แตกต่างกันเป็นเงิน 510,547 บาท มีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นเงิน 134,698 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการ 1 ครั้ง เป็นเงิน 35,280 (SD = 46,602) บาท ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองระหว่างผู้ป่วยที่มีกับที่ไม่มีประกันสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีต้นทุนไม่แตกต่างกัน และทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ไม่มีประกันสุขภาพล้วนมีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (ผู้ป่วยนอกมีประกันฯ = 1,102 (SD = 3,414) ไม่มีประกันฯ 2,258 (SD = 3,057) บาทต่อคนต่อปี, $p = 0.007$; ผู้ป่วยในมีประกันฯ = 1,160 (SD = 5,067) ไม่มีประกันฯ = 3,297 (SD = 3,596) บาทต่อคนต่อครั้ง, $p = 0.020$) นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันฯ มีค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีประกันฯ อย่างมีนัยสำคัญ (มีประกันฯ = 28,111 (SD = 32,858) ไม่มีประกันฯ 48,673 (SD = 60,142) บาทต่อคนต่อครั้ง, $p = 0.024$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป | ผู้ป่วยนอก (n=412) | ผู้ป่วยใน (n=107) |
|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 34.2 (18.8) | 34.8 (22.3) |
| เพศ | | |
| ชาย | 134 (32.5%) | 62 (57.9%) |
| หญิง | 278 (67.5%) | 45 (42.1%) |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด/อยู่คนเดียว | 126 (30.6%) | 51 (47.7%) |
| คู่ | 286 (69.4%) | 56 (52.3%) |
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/นักเรียน | 197 (47.8%) | 56 (52.3%) |
| ทำงานรับจ้าง | 189 (45.9%) | 48 (44.9%) |
| เกษตรกร | 16 (3.9%) | 3 (2.8%) |
| ค้าขาย | 10 (2.4%) | - |
| ที่อยู่อาศัย | | |
| บ้านนายจ้าง | 148 (35.9%) | 33 (31.0%) |
| บ้านตนเอง | 143 (34.7%) | 58 (54.2%) |
| บ้านเช่า | 118 (28.6%) | 7 (6.5%) |
| บ้านคนอื่น/อยู่วัด | 3 (0.7%) | 9 (8.4%) |
| การเข้ามาในประเทศไทย | | |
| มาอยู่ประจำ | 392 (95.1%) | 95 (88.8%) |
| มารักษาพยาบาล | 12 (2.9%) | 9 (8.4%) |
| มาทำงานรายวัน | 7 (1.7%) | 3 (2.8%) |
| มาศึกษา | 1 (0.2%) | - |
| รายได้ผู้ป่วย | | |
| มีรายได้ | 213 (51.7%) | 45 (41.2%) |
| ไม่มีรายได้ | 199 (48.3%) | 62 (57.9%) |
| สิทธิการรักษาพยาบาล | | |
| มีสิทธิประกันสุขภาพมีปัญหาสถานะสิทธิ | 196 (47.6%) | 40 (37.48%) |
| ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | 122 (29.6%) | 22 (20.6%) |
| สิทธิอื่นๆ | 18 (4.4 %) | 4 (3.7%) |
| ไม่มีสิทธิ | 76 (18.4%) | 41 (38.3%) |
| เหตุผลที่มารักษา | | |
| ตัดสินใจมาเอง | 292 (70.9%) | 27 (25.2%) |
| ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น | 106 (25.7%) | 77 (72.0%) |
| นายจ้างพามา | 14 (3.4%) | 3 (2.8%) |

ตารางที่ 2 ต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

| ต้นทุนและค่ารักษา | ผู้ป่วยนอก (n=412) | ผู้ป่วยใน (n=107) |
|--|-----------------------|----------------------|
| ต้นทุนและค่ารักษารวมทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง | | |
| ต้นทุน | 6,491,991 | 1,646,844 |
| ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล | 6,855,093 | 1,136,297 |
| ค่าแตกต่างระหว่างต้นทุนกับค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล | 363,102 | 510,547 |
| ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเอง | 541,852 | 134,698 |
| ร้อยละของค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเมื่อคำนวณจากค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล | 7.9% | 11.8% |
| ต้นทุนและค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายของกลุ่มตัวอย่าง | | |
| ต้นทุน | 15,757 (26,671) | 35,280 (46,602) |
| ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล | 16,639 (30,626) | 37,369 (46,739) |
| <i>Unpaired t-test</i> | 0.056 | 0.001* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อการมาโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 597 (SD = 436) บาทต่อคน ส่วนใหญ่ใช้ไปกับการเดินทาง (ร้อยละ 38.0) และค่าอาหาร (ร้อยละ 23.6) ในกลุ่มผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,628.2 (SD = 2,986.5) บาทต่อคน มีสัดส่วนค่าอาหารสูงที่สุด (ร้อยละ 39.0) รองลงมา คือ ค่าเดินทาง (ร้อยละ 24.0) และค่าแรงผู้ป่วยตามจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัว (ร้อยละ 21.8)

กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกซึ่งเป็นต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคนั้นในระยะเวลา 1 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มะเร็ง 63,459 (SD = 82,872) บาท การบาดเจ็บ 39,448 (SD = 48,044) บาท โรคไม่ติดต่อ 20,177 (SD = 19,916) บาท การฝากครรภ์ และการคลอดบุตร 14,761 (SD = 12,984) บาท ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ 19,156 (SD = 13,272) บาท ตามลำดับ

ผู้ป่วยใน กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก ซึ่ง

เป็นต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยในไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คือ โรคติดต่อ 43,100 (SD = 53,384) บาท การบาดเจ็บ 38,367 (SD = 41,162) บาท โรคติดเชื้อเรื้อรัง 23,472 (SD = 20,588) บาท มะเร็ง 21,367 (SD = 8,612) บาท โรคไม่ติดต่อ 15,567 (SD = 9,245) บาท ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในภาพรวมแยกตามฝ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาครและโครงการวิจัย

ข้อมูลอันดับของฝ่ายการแพทย์ที่มีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุด 5 อันดับแรก ระหว่างโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลสมุทรสาครมีลักษณะการเจ็บป่วยคล้ายกัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวในแผนกอายุรกรรมสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 22 ถัดมาคือแผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 9.2 อันดับสี่คือแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 9.1

ตารางที่ 3 กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

| ลำดับ | ผู้ป่วยนอก* (n=412) | บาท (ค่าเฉลี่ย (SD)) | ผู้ป่วยใน† (n=107) | บาท (ค่าเฉลี่ย (SD)) |
|-------|---|-------------------------|--|-------------------------|
| 1. | มะเร็ง (cancer) (n=14) | 63,459 (82,872) | โรคติดต่อ‡ (communicable) (n=19) | 43,100 (53,384) |
| 2. | การบาดเจ็บ (trauma) (n=27) | 39,448 (48,044) | การบาดเจ็บ (trauma) (n=33) | 38,367 (41,162) |
| 3. | โรคไม่ติดต่อ§ (non-communicable disease) (n=34) | 20,177 (19,916) | โรคติดเชื้อเรื้อรัง (chronic infection) (n=2) | 23,472 (20,588) |
| 4. | การฝากครรภ์และการคลอดบุตร (obstetric) (n=63) | 14,761 (12,984) | มะเร็ง (cancer) (n=5) | 21,367 (8,612) |
| 5. | ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ (neonatal problem) (n=4) | 19,156 (13,272) | โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) (n=7) | 15,567 (9,245) |

* ต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคนั้นในระยะเวลา 1 ปี

† ต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยในในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

‡ โรคติดต่อผู้ป่วยใน 19 ราย มีรายละเอียดโรค ดังนี้ ปอดติดเชื้อ (pneumonia) 6 ราย วัณโรค (tuberculosis) 3 ราย ไข้หวัดใหญ่ (influenza) 2 ราย เอชไอวี (human immunodeficiency virus) 2 ราย ไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) 1 ราย โรคเมลิออยโดซิส (Meliodosis) 1 ราย โรคหัด (measles) 1 ราย โรคไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน (acute hepatitis B) 1 ราย ไข้สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral encephalitis) 1 ราย โรคอุจจาระร่วง (diarrhea) 1 ราย

§ โรคไม่ติดต่อผู้ป่วยนอก 34 ราย ได้แก่ เบาหวาน 10 ราย (ชนิดที่ 1 มี 1 รายและชนิดที่ 2 มี 9 ราย) ความดันโลหิตสูง 6 ราย กล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 ราย หัวใจขาดเลือด 4 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ราย หัวใจวาย 1 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย โรคอ้วน 1 ราย โรคไขมันในเลือดสูง 1 ราย ส่วนผู้ป่วยใน 7 ราย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 3 ราย โรคหัวใจล้มเหลวจำนวน 2 ราย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 ราย

และแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 6.1 ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวในแผนกอายุรกรรมสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.2 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 15.2 อันดับสามคือแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 12.9 อันดับสี่และห้าคือแผนกสูติกรรมและแผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 8.5

สำหรับอันดับของฝ่ายการแพทย์ที่มีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสูงที่สุด 5 อันดับแรก พบว่า โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา มีจำนวนผู้ป่วย

ต่างตัวในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมเท่ากัน ซึ่งเป็นจำนวนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.3 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด รองมาคือแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 14.6 แผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 10.2 และแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวในแผนกกุมารเวชกรรมสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 38.2 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 32.6 อันดับสามคือแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 9.2 อันดับสี่คือแผนกศัลยกรรมคิด

เป็นร้อยละ 9.1 และอันดับห้าคือแผนกศัลยกรรมกระดูก คิดเป็นร้อยละ 7.1

การแสดงผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight: RW) ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย

จากข้อมูลผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา 5 แผนกสูงสุดของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติกรรม แผนกศัลยกรรมกระดูกและกุมารเวชกรรม พบว่า โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา: แผนกอายุรกรรมและ

แผนกศัลยกรรมมีผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 29.3 ของจำนวนผู้ป่วยใน) โรงพยาบาลสมุทรสาคร: แผนกศัลยกรรมกระดูกสูงสุด ร้อยละ 32.6 โครงการวิจัย: แผนกอายุรกรรมสูงสุด ร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลโครงการวิจัยจะอยู่ในอัตราร้อยละที่ใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จึงอาจเชื่อได้ว่าข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการสามารถใช้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาได้ การเปรียบเทียบดังกล่าวสอดคล้องกับการเปรียบเทียบสัดส่วนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ≥ 2 หน่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย (ร้อยละ 19.2,

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แยกตามฝ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาครและโครงการวิจัย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด

| ฝ่ายการแพทย์ | โรงพยาบาลพหลฯ | | โรงพยาบาลสมุทรสาคร | | โครงการวิจัย | |
|----------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| | ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=5,240) | ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=2,048) | ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=41,889) | ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=11,035) | ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=412) | ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=107) |
| อายุรกรรม | 1774 | 599 | 16821 | 1015 | 147 | 30 |
| ศัลยกรรม | 1150 | 599 | 6354 | 1012 | 49 | 15 |
| ศัลยกรรมกระดูก | 480 | 298 | 3574 | 3592 | 51 | 16 |
| กุมารเวชกรรม | 478 | 209 | 5387 | 779 | 45 | 20 |
| สูติกรรม | 319 | 155 | 3574 | 4218 | 60 | 12* |
| อื่น ๆ | 1039 | 188 | 6179 | 419 | 60 | 14 |

* โครงการวิจัยเก็บข้อมูลโดยแบ่งแต่ละ ward ข้อมูลจะเป็นสถิติและนรีเวชกรรมรวมกันตลอด 3/12 = 25%

ตารางที่ 5 การแสดงผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย

| ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) | โครงการ วิจัยฯ | โรงพยาบาล พหลฯ | โรงพยาบาล สมุทรสาคร | โรงพยาบาล กระทุ่มแบน |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| RW ≥ 2 | มี 25/107 ราย 23.36% | มี 509/2655 ราย 19.2% | มี 581/11035 ราย 5.3% | มี 93/3822 ราย 2.43% |
| RW ≥ 4 | มี 4/107 ราย 3.74% | มี 155/2655 ราย 5.8% | มี 210/11035 ราย 1.9% | มี 44/3822 ราย 1.15% |



5.3, 2.4 และ 23.4 ตามลำดับ) และเมื่อเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ >4 หน่วย ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและโครงการวิจัยอยู่ในอัตราร้อยละที่ใกล้เคียงกัน และมากกว่าโรงพยาบาลสมุทรสาครและโรงพยาบาลกระทุ่มแบน (ร้อยละ 5.8, 3.7, 1.9 และ 1.2 ตามลำดับ)

สรุปประเด็นตามหัวข้อในการสนทนาดังนี้

ด้านภูมิศาสตร์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีประชากรเมียนมาอาศัยตามเขตชายขอบของประเทศ และมีบ้านของตนเอง จากการที่นายจ้างให้พื้นที่หรืออยู่ร่วมกับนายจ้าง ประชากรกลุ่มนี้จะมีปัญหาสถานะ หรือกำลังรอขึ้นทะเบียน ไม่มีกำลังทรัพย์ ไม่มีการบังคับสิทธิ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยต่างด้าววัยทำงานมาใช้บริการมาก เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร หรือในเมืองใหญ่ๆ

โรคที่พบตาม ICD-10 และตามฝ่ายการแพทย์ จากการแบ่งผู้ป่วยนอกต่างด้าวตามกลุ่มโรค ICD-10 พบว่า 5 อันดับสูงสุดของโรคที่พบไม่ต่างกันมากนัก ระหว่าง 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวในกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด สูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองมาคือกลุ่มโรคในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มโรคในระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มโรคในระบบทางหายใจ และกลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (คิดเป็นร้อยละ 15.3, 11.7, 11.2, 8.5, 8.0 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับสองโรงพยาบาลพบว่า มีกลุ่มโรคของระบบทางหายใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลสมุทรสาครมีรายงานของกลุ่มโรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสูงกว่าโครงการวิจัยและโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (11.2, 8, 3.8 ตามลำดับ)

ชุดสิทธิประโยชน์ควรเป็นภาคสมัครใจหรือภาคบังคับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดแถบชายแดน เช่น โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จะมีผู้ที่มีปัญหาสถานะสิทธิมากกว่าครึ่งหนึ่ง ในขณะที่ผู้ป่วยต่างด้าว

ในจังหวัดสมุทรสาครและอำเภอกระทุ่มแบน เป็นผู้ป่วยกลุ่มแรงงาน ส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสังคม ข้อสังเกตคือ มีผู้ป่วยต่างด้าวจ่ายค่ารักษาเองในระดับหนึ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยฝากคลอดและคลอดบุตร โดยทางกลุ่มได้ให้ความเห็นเรื่องความชัดเจนของนโยบายในการจำหน่ายบัตรสุขภาพ โดยเฉพาะในการเก็บค่าบริการว่ามีข้อดี คือ เปิดกว้างให้ผู้ป่วยต่างด้าวซื้อโดยไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งผู้ป่วยต่างด้าวที่ทำงานถูกกฎหมาย จะได้รับการดูแลด้วยระบบประกันสังคม หรือระบบประกันสุขภาพอยู่แล้ว ส่วนประเด็นการใช้สิทธิในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน อุบัติเหตุ นอกเขตพื้นที่ รวมถึงการใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพในกรณีย้ายพื้นที่ เช่น ซื้อบัตรประกันสุขภาพที่จังหวัดกาญจนบุรี หลังจากนั้นย้ายไปอยู่จังหวัดสมุทรสาคร ผู้มีสิทธิสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพเดิมได้ เสนอให้มีการอนุญาตให้ใช้ข้ามเขตได้ โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินจะช่วยให้การบริหารจัดการได้มาก

นอกจากนี้ประเด็นเรื่องการเกิดสิทธิ การติดตาม และการเปลี่ยนงาน รวมถึงเสนอให้มีการจัดระบบการเบิกจ่ายผู้ป่วยต่างด้าว ให้มีคำจำกัดความและระบบการเก็บข้อมูลระหว่างหน่วยงานในทุกๆ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีการเข้าถึงโดยใช้ระบบรหัสเพื่อสะดวกในการใช้สิทธิ โดยเฉพาะกรณีที่มีอุบัติเหตุต่างพื้นที่หรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงานซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

ชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร มีการเสนอประเด็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนาที่พบว่าผู้ป่วยต่างด้าวกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเด็ก ยินดีจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง 11.5% จากค่ารักษาทั้งหมด ส่วนกลุ่มทารก ยินดีจ่ายเอง 10.7% จากค่ารักษาทั้งหมด สำหรับกลุ่มเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด ยินดีจ่าย 6.2% จากค่ารักษาทั้งหมด โดยกลุ่มนี้พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นภาระส่วนนี้เกิดขึ้นค่อนข้างมากในโรงพยาบาลจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวในเขตพื้นที่ชั้นในเมืองใหญ่ๆ จากข้อมูล

ตารางที่ 5 มีทางเลือกที่เสนอเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ (1) ใช้นโยบายเดิมให้เด็กสามารถอยู่ในระบบโดยอัตโนมัติ แต่ถ้ามีกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สามารถเบิกจ่ายจากส่วนกลางได้ โดยข้อดีคือ มีความสะดวกรวดเร็ว แต่ข้อด้อยคือ อาจจะไม่มีความยั่งยืน (2) ให้มีการปรับราคาบัตรและหรือเพิ่มสิทธิประโยชน์ จากการวิจัย เราทราบว่า ผู้ป่วยต่างด้าวยินดีจ่ายในเรื่องการฝากคลอดและคลอดบุตรสูง จึงขอเสนอให้ปรับราคาบัตรและเพิ่มสิทธิประโยชน์ เช่น การดูแลหลังคลอด บวกสิทธิประโยชน์ของลูกหลังคลอดถึง 1 ปี โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขของบัตร เช่น เนื่องจากอัตราการตั้งครรภ์ของแรงงานต่างด้าวสูงมาก อาจกำหนดสิทธิของการคลอดบุตรไว้แค่ 2 คน ในกรณีที่มีมากกว่านั้นควรต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่ม

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเบิกจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ควรเป็นอย่างไร ในช่วงสนทนากลุ่ม ได้มีการเสนอให้มีการคำนวณต้นทุนเพื่อคิดค่าราคาบัตรที่เหมาะสมสำหรับทุกฝ่ายใหม่และพิจารณาลดค่า RW ที่โรงพยาบาลสามารถเบิกคืนได้ โดยใช้ RW มากกว่า 3 หรือมากกว่า 2 หรือมาตรการให้เพิ่มเติม โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุ

วิจารณ์และข้อยุติ

ในภาพรวม ผู้ป่วยต่างด้าวที่มารักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาอาศัยอยู่ประจำในประเทศไทย มีบ้านพักเป็นของตนเอง และส่วนหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า คนต่างด้าวในจังหวัดกาญจนบุรี ไม่ได้เป็นแรงงานต่างด้าว ที่เป็นกลุ่มวัยทำงานทั้งหมด ซึ่งอาจจะต่างจากข้อมูลพื้นฐานของคนต่างด้าวในเขตเมืองชั้นใน เช่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมักเป็นประชากรวัยแรงงานและมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงค่อนข้างน้อย การศึกษานี้พบว่า อัตราส่วนของต้นทุนต่อค่ารักษาเท่ากับ 1:1.08 ซึ่งใกล้เคียงกันมาก โดยรายละเอียดของข้อมูลมีความแตกต่างของต้นทุนและค่ารักษาในบางรายการ ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้

ป่วยในจะมีราคาน้อยกว่าค่ารักษา ในขณะที่ต้นทุนของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและหัตถการจะมีราคาสูงกว่าค่ารักษา เมื่อมาถัวเฉลี่ยกันจึงทำให้จำนวนเงินของต้นทุนและค่ารักษาใกล้เคียงกัน แสดงว่าการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน่าจะสามารถใช้ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลมาอ้างอิงแทนต้นทุนได้

ในกลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ โรคติดต่อ การบาดเจ็บ โรคติดเชื้อเรื้อรัง มะเร็ง และโรคไม่ติดต่อ ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ มะเร็ง การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อ การฝากครรภ์และการคลอดบุตร ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า “ผู้มารับบริการที่เป็นภาระเป็นกลุ่มอนามัยแม่และเด็กและผู้ป่วยหนักที่มาด้วยอาการรุนแรง”⁽⁴⁾ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การฝากครรภ์และการคลอดบุตรมีต้นทุนการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีเป็นเงิน 14,761 (SD = 12,984) บาท ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพมีต้นทุนการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีเป็นเงิน 19,156 (SD = 13,272) บาท ซึ่งเป็นภาระค่าบริการค่อนข้างสูง และผู้ป่วยมักไม่สามารถรับผิตชอบค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด ประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญในเชิงนโยบายที่ภาครัฐอาจต้องพิจารณาให้การสนับสนุนส่วนต่างของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงกับค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บได้

แม้นโยบายประเทศมุ่งหวังให้คนต่างด้าวทุกคนลงทะเบียนกับภาครัฐและได้รับการประกันสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติยังพบผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพค่อนข้างมาก โรงพยาบาลพหุผลพยุหเสนารับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพสูงถึงร้อยละ 18.4 ของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 38.3 ของผู้ป่วยใน ถ้าพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยในพบว่า ร้อยละ 72.0 ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจะเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยตรง และประเด็นนี้ส่งผลกับภาระค่าใช้จ่ายของสถานรับส่งต่อค่อนข้างมาก เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลตติภูมิ จึงมักมีต้นทุนค่าบริการมากกว่า ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่

ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ก็ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเท่ากับต้นทุนการรับบริการได้ การศึกษานี้ยังพบว่าการมีสิทธิประกันสุขภาพช่วยลดจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องชำระเองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาที่จังหวัดระนอง⁽⁹⁾ แต่ทั้งนี้ เงินที่ผู้ป่วยจ่ายชดเชยยังน้อยกว่าต้นทุนการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก

นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพของคนต่างด้าวในปัจจุบันให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของสถานพยาบาล และควรขยายการศึกษาไปสู่พื้นที่อื่นๆ ที่มีการดูแลคนต่างด้าวอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผู้รับบริการว่า หากมีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อคนต่างด้าวอย่างไร และแนวโน้มของการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจะเปลี่ยนไปเพียงไร รวมถึงผลกระทบต่อภาคธุรกิจ และนายจ้างของคนต่างด้าว ทั้งนี้ในเชิงเร่งด่วนสำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพมาก และมีส่วนต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บและค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยชำระเองค่อนข้างมาก ภาครัฐพึงพิจารณามาตรการทางการเงิน เพื่อชดเชยส่วนต่างดังกล่าว เพื่อไม่ให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระทางการเงินมากเกินไป

ผลการศึกษาสนับสนุนการวิจัยที่ผ่านมาว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างด้าวมียผลกระทบด้านลบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน เนื่องจากผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยจะมารับบริการโรงพยาบาลรัฐ⁽⁴⁾ โรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาผู้มารับบริการ แม้ว่าจะมีปัญหาด้านการเงิน ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรมและเพื่อป้องกันการระบาดของโรค⁽⁵⁾

ในเชิงนโยบาย เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการคนต่างด้าวของโรงพยาบาลพหุผลพหุเสนา ผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาการบริการสาธารณสุขข้ามพรมแดน มีการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน รวม

ถึงสถานพยาบาลในประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย ปรากฏการณ์ที่มีคนต่างด้าวบริเวณชายแดนมารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า ยังสามารถพบได้ที่บริเวณพรมแดนอื่นๆ นอกจากไทย-เมียนมา เช่น ที่บริเวณพรมแดน ไทย-ลาว หรือกระทั่งในต่างประเทศ^(14,15) เช่น สหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก ซึ่งมีการแก้ปัญหาโดยการทำความเข้าใจพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลร่วมกัน⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญบางประการ เช่น ประการแรก การที่ทำการศึกษาโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างด้าวในภาพรวมของทั้งประเทศได้ อย่างไรก็ตามพอจะบ่งบอกได้ถึงภาพรวมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่างด้าวบริเวณชายแดน ประการที่สอง การคำนวณต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากการอ้างอิงราคาต้นทุนในอดีต แม้จะมีการปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อแล้ว ก็อาจไม่ได้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ดังนั้นการเก็บข้อมูลต้นทุนปฐมภูมิจึงมีความสำคัญและอาจพิจารณาเป็นการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต และประการที่สาม การเก็บข้อมูลนี้ไม่ได้รวมถึงผู้ที่ไม่ได้มารับการบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่มีและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การศึกษานี้จึงไม่อาจบ่งบอกได้อย่างชัดเจนว่า สถานพยาบาลได้ ‘กำไร’ หรือ ‘ขาดทุน’ จากการขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั้งหมด การศึกษานี้บ่งบอกได้เพียงเบื้องต้นว่า ต้นทุนค่ารักษาบริการคนต่างด้าวก่อนข้างสูง และมากกว่าราคาบัตรที่ผู้ประกันตนจ่ายต่อสถานพยาบาล

unสรุป

โรงพยาบาลพหุผลพหุเสนามีประชากรต่างด้าวเข้ามารับการให้บริการทางการแพทย์ค่อนข้างมาก การศึกษานี้พบว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในค่อนข้างสูงกว่ารายได้จากบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวรายบุคคล นอกจากนี้ ผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองน้อยกว่า

ผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยต่างด้าวส่วนหนึ่งไม่มีสิทธิประกันสุขภาพและไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด ทำให้เกิดภาระทางการเงินการคลังกับสถานพยาบาล ทางภาครัฐพึงพิจารณาแก้ไขปัญหานี้อย่างเป็นทางการและเป็นระบบและควรจะต้องมีการศึกษาต่อไป ตั้งแต่การสร้างความร่วมมือกับประเทศเมียนมา เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลในเมียนมาเพื่อลดการเข้ามาของผู้ป่วยต่างด้าว ในด้านการเงินการคลังพึงมีการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาล เพื่อชดเชยส่วนต่างระหว่างต้นทุนกับเงินที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในพื้นที่อื่นๆ ที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น ควรมีการทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวให้สอดคล้องกับต้นทุนค่าบริการ และขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ป่วยต่างด้าวและนายจ้าง หากมีการปรับขึ้นราคาบัตรประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยโครงการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายสาธารณะ (public policy) ภายใต้โครงการจัดการความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีจากผลงานวิจัยและนวัตกรรม ประจำปี 2560 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ แดงรัมย์ และผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์วัคซีน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และอาสาสมัครทุกท่านที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Kantayaporn T, Mallik S. Migration and health service system in Thailand: situation, responses and challenges in a context

- of AEC in 2015 [Internet]. World Health Organization and European Union; 2013. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/204591>.
2. Sirilak S, Okanurak K, Wattanagoon Y, Chatchaiyalerk S, Tornee S, Siri S. Community participation of cross-border migrants for primary health care in Thailand. *Health Policy Plan* 2013 Sep;28(6):658–64.
3. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018 Mar;391(10126):1205–23.
4. Srithongtham O, Songpracha S, Sanguanwongwan W, Charoenmukayananta S. Health care services of the community hospital at border Lao, Burma, and Cambodia: when becoming to Asean Economics Community in the Year 2015 [internet]. *Nida Dev J* 017;57(1):85–108. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/NDJ/article/view/72863/65406>. (in Thai)
5. Durham J, Blondell SJ. A realist synthesis of cross-border patient movement from low and middle income countries to similar or higher income countries. *Global Health* 2017 Aug;13(1):68.
6. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Evolution and complexity of government policies to protect the health of undocumented/illegal migrants in Thailand - the unsolved challenges. *Risk Manag Healthc Policy*. England; 2017;10:49–62. doi: 10.2147/RMHP.S130442.
7. Bureau of Strategy and Planning. Health expenditure of migrant population in 31 border provinces in fiscal year 2015 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2016. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Thecostofhealth_2558.pdf. (in Thai)
8. Bureau of Strategy and Planning. National strategy on border health and migrant workers 2017 - 2021 [Internet]. Pokpermddee P, editor. Nonthaburi: Bureau of Strategy and Planning, Ministry of Public Health, Thailand; 2016. Available from: [http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/4.Border & Migrant Health 5Y \(2017-2021\).pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/4.Border & Migrant Health 5Y (2017-2021).pdf). (in Thai)
9. Suphanchaimat R. “Health Insurance Card Scheme” for crossborder migrants in Thailand: responses in policy implementation & outcome evaluation medicine [Internet]. London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2017. Available from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/3817560/>.
10. Cheunwattana W. Health System Management in Thai-Cambodia Border. *Journal of Pathumthani University* [Internet]



- 2017;9(2):165–74. Available from: <http://www.ptu.ac.th/journal/data/9-2/9-2-20.pdf>. (in Thai)
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* [Internet]. SAGE Publications Inc; 1970 Sep 1;30(3):607–10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>.
 12. Riewpaiboon A. Standard cost lists for health economic evaluation in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014 May;97 Suppl 5:S127-34.
 13. Bureau of Trade and Economic Indices. Thailand customer price index (1944-present) [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 14]. Available from: http://www.price.moc.go.th/price/cpi/index_new.asp.
 14. Bochaton A. The rise of a transnational healthcare paradigm: Thai hospitals at the crossroads of new patient flows. *Eur J Transnational Stud* 2013;5(1):53–80.
 15. Bochaton A. Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. *Soc Sci Med* 2015 Jan;124:364–73.
 16. Wallisch L, Zemore SE, Cherpitel CJ, Borges G. Wanting and getting help for substance problems on both sides of the US-Mexico border. *J Immigr Minor Heal* 2017 Oct;19(5):1174–85.
 17. Borges G, Cherpitel CJ, Orozco R, Zemore SE, Wallisch L, Medina-Mora M-E, et al. Substance use and cumulative exposure to American society: findings from both sides of the US-Mexico border region. *Am J Public Health* 2016 Jan;106(1):119–27.
 18. Hermans HE, den Exter A. Cross-border alliances in health care: international co-operation between health insurers and providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croat Med J* 1999 Jun;40(2):266–72.
 19. Cucic S. European Union health policy and its implications for national convergence. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* 2000 Jun;12(3):217–25.

การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10

นิชนันท์ สุวรรณกoot*

สุวภัทร นักรุกำพลพัฒน์*

เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี†

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุวภัทร นักรุกำพลพัฒน์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รับบริการจำนวน 294 คน อายุระหว่าง 15 - 77 ปี ผู้ให้บริการจำนวน 304 คน อายุระหว่าง 22 - 59 ปี การรับรู้ด้านสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก - มากที่สุด ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้ามเขตควรให้เขตดำเนินการเอง งบประมาณกองทุนควรรโอนเข้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรอบรมการใช้ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและการบริหารจัดการกองทุนให้แก่บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: การรับรู้, ความพึงพอใจ, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เขตบริการสุขภาพที่ 10

Perception and Satisfaction of Stakeholders towards National Health Security System in Health Region 10

Nitchanun Suwannakoot*, Suvapat Nakrukamphonphatn*, Ruengsin Thuennade†

* Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

† National Health Security Office, Health Region 10

Corresponding author: Suvapat Nakrukamphonphatn, suvapat.n@ubu.ac.th

Abstract

This mixed method research aimed to study perception and satisfaction of stakeholders towards national health security system in Health Region 10. The data were collected by questionnaire and semi-structured interview. Data analysis was done by using descriptive statistic and content analysis. The results of this study were based on interviews with 294 clients aged between 15 - 77 years old, and 304 service providers aged between 22 - 59 years old. Perceptions of all aspects of the national health security among providers and clients were high to highest, and satisfactions on national health security

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

† สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10

Received 19 February 2019; Revised 16 September 2019; Accepted 18 September 2019



among providers and clients were highest. Their recommendations included: health promotion and disease prevention should be emphasized; cross-boundary medical expenses should be allowed to manage locally; fund should be transferred directly to health promoting hospital; personnel of the local government organization should be trained on relevant regulations of fund management.

Keywords: perception, satisfaction, stakeholders, national health security system, Health Region 10

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากรราว 67 ล้านคน มีความครอบคลุมในการรับบริการด้านสุขภาพ คือ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47,645,435 ราย รองลงมาคือสิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจจำนวน 5,116,654 ราย สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่นจำนวน 625,589 ราย และสิทธิประกันสังคมจำนวน 12,421,959 ราย⁽¹⁾ การดำเนินงานสร้างระบบหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนไทยภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 - 2564 คาดหวังให้ทุกคนที่อาศัยในแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ สำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ได้รับการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว 3,283.11 บาท โดยครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพเกือบร้อยละ 100 ประชาชนได้รับการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ แบบผู้ป่วยนอกประมาณ 184.556 ล้านครั้ง แบบผู้ป่วยในประมาณ 6.220 ล้านครั้ง⁽²⁾ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น และมีอายุยืนขึ้น อย่างไรก็ตามในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18(10)(13) บัญญัติให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และให้ดำเนินการทุกปี เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ โดยได้มีการรับฟัง

ความคิดเห็นด้วยระบบและกลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับ เป็นประจำทุกปีที่ผ่านมา⁽³⁾

Donabedian สร้างแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายปัจจัย โดยในการประเมินคุณภาพการให้บริการนั้น สามารถประเมินได้จากความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) และ มาริสา ไกรฤกษ์⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึงการประเมินโครงสร้างว่า ได้แก่ โครงสร้างการบริหารขององค์กร (organizational structure) ทรัพยากรบุคคล (human resource) และทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ (material resource) การประเมินกระบวนการ หมายถึง การประเมินกิจกรรมการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ โดยพิจารณาส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรม ทั้งในกลุ่มบุคลากร หรือระหว่างกลุ่มบุคลากรกับผู้ให้บริการ การประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ ซึ่งจะประเมินทั้งประสิทธิผลของกิจกรรมและความพึงพอใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันโดยโครงสร้างที่ดี ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ และกระบวนการดำเนินงานหรือการบริการสุขภาพที่ดีจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีแก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้การบริการเป็นส่วนหนึ่งของความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อระบบบริการ จึงนำมาซึ่งความพึงพอใจในการรับบริการ

เพื่อการดำเนินการที่สอดคล้องกับนโยบาย และเกิด

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการรับรู้ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบผสมวิธี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจำแนกข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 - กรกฎาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี มุกดาหาร อานาจเจริญ โยธธร และ ศรีสะเกษ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochrane (1963)⁽⁵⁾ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เนื่องจากเป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กันทั้งสองกลุ่ม ส่วนจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นจะยุติเมื่อรวบรวมจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูล⁽⁶⁾ รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างใน 5 จังหวัด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากอำเภอเขตเมืองและนอกเมือง จังหวัดละ 2 อำเภอ จากนั้นจับฉลาก ตำบล และหมู่บ้านตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) **แบบสอบถาม** ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จังหวัด ช่องทางการเข้าถึงบริการ ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 32 ข้อ และ ความพึงพอใจต่อหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบมาตราวัด 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และ
- 2) **แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง** ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหาและสร้างเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 3 คน คือ ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อาจารย์แพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลอนามัยชุมชน จากนั้นได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ที่ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) เท่ากับ .92 จากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างต่อไป

นิยาม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้รับบริการ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชน **การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ** หมายถึง การรับรู้ฯ ด้านสิทธิประโยชน์ สิทธิการรักษาในกรณีต่างๆ และกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น



ถิ่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของ สปสช. ด้วยช่องทางต่างๆ ได้แก่ เว็บไซต์ สื่อสิ่งพิมพ์ จดหมายราชการ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ความพึงพอใจ ด้านการเข้าถึงบริการ ความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ การเข้าถึงบริการของกลุ่มด้อยโอกาส ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

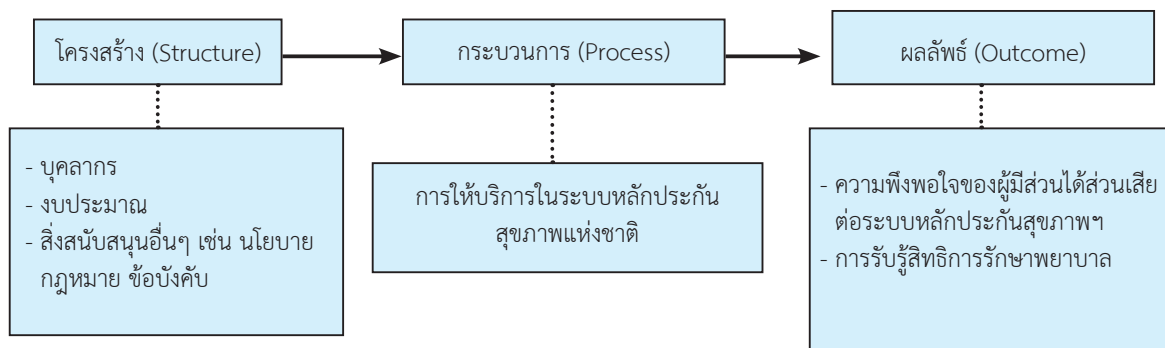
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการวิจัยของ Donabedian⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในการให้บริการด้านสุขภาพนั้น ปัจจัยที่สำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการบริการก็คือความพึงพอใจ

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-22 /2560 จึงทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยต่อเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อนัดหมายรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นสงสัย และ

หากยินยอม ก็จะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้รับบริการ มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือเป็นผู้ที่เคยรับบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย ประชาชน และ อสม. โดยคัดเลือกจากการสุ่มในทะเบียนประวัติของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ผู้ให้บริการ มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือเป็นผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง การตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยตนเองพร้อมนัดหมายวันเวลาคืนแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบหากข้อมูลยังไม่สมบูรณ์จะส่งคืนให้กับผู้ให้ข้อมูลตอบให้สมบูรณ์ในชุดเดียวกัน และนำมาสรุปรวบรวมเป็นภาพรวมวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็น ผู้รับบริการ จำนวน 304 คน และผู้ให้บริการจำนวน 294 คน การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ประชาชนจำนวน 10 คน อสม. จำนวน 10 คน และ 2) ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรง-



กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน พยาบาล
จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 10 คน และ
เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 4 คน คณะ
ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล บันทึกเสียง
ระหว่างการสัมภาษณ์ และจดบันทึก สรุปเป็นประเด็น และ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา⁽⁶⁾

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 จังหวัด
ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ จำนวน 294 คน (ร้อยละ 76.56)

มีอายุระหว่าง 22 - 59 ปี (Mean = 38.63, SD = 9.29)
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 35.7 และ ร้อยละ 64.3 เป็นชาย
ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 55.4) และรอง
ลงมาคือ พยาบาล (ร้อยละ 30.6) เกษีกร (ร้อยละ 7.5)
แพทย์ (ร้อยละ 3.4) และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ร้อยละ 3.1) ส่วนระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบ
การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.9) รองลงมาจบ
การศึกษามากกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 14.2) ผู้รับบริการ
จำนวน 304 คน (ร้อยละ 79.16) อายุระหว่าง 15 - 77 ปี
(Mean = 39.80, SD = 14.40) เป็นเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไป

| | ผู้ให้บริการ (N=294) | | ผู้รับบริการ (N=304) | |
|-------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | |
| หญิง | 105 | 35.7 | 115 | 37.8 |
| ชาย | 189 | 64.3 | 189 | 62.2 |
| อาชีพ | | | | |
| แพทย์ | 10 | 3.4 | | |
| พยาบาล | 90 | 30.6 | | |
| เกษีกร | 22 | 7.5 | | |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 163 | 55.4 | | |
| เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 9 | 3.1 | | |
| อาสาสมัครสาธารณสุข | | | 113 | 37.2 |
| ประชาชน | | | 191 | 62.8 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 4 | 1.4 | 83 | 27.3 |
| มัธยมศึกษา | 25 | 8.5 | 187 | 61.5 |
| ปริญญาตรี | 223 | 75.9 | 34 | 11.2 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 42 | 14.2 | | 0 |
| ภูมิสำเนา | | | | |
| มุกดาหาร | 45 | 15.3 | 43 | 14.1 |
| ศรีสะเกษ | 80 | 27.2 | 82 | 27.0 |
| อำนาจเจริญ | 69 | 23.4 | 26 | 8.6 |
| ยโสธร | 76 | 25.9 | 103 | 33.9 |
| อุบลราชธานี | 24 | 8.2 | 50 | 16.4 |



ตารางที่ 2 การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

| | ผู้ให้บริการ (N=294) | | ผู้รับบริการ (N=304) | |
|---|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การรับรู้ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | | | | |
| 1. คนไทยทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลของการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และ ประกันสังคม จะมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 277 | 94.2 | 235 | 77.3 |
| 2. บัตรประชาชนสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ | 292 | 99.3 | 231 | 76.0 |
| 3. กรณีเจ็บป่วยทั่วไป สามารถใช้สิทธิการรักษาได้จากสถานพยาบาลหลักได้ | 292 | 99.3 | 248 | 81.6 |
| 4. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ในสถานพยาบาลทุกแห่ง | 213 | 72.4 | 237 | 78.0 |
| 5. กรณีอุบัติเหตุจากรถ ต้องใช้ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อน | 287 | 97.6 | 227 | 74.7 |
| 6. ท่านสามารถสอบถามข้อมูลด้านสิทธิการรักษาพยาบาลได้จากสายด่วน 1330 | 277 | 94.2 | 250 | 82.2 |
| 7. ท่านสามารถแจ้งเรื่องร้องทุกข์จากการรักษาพยาบาลได้ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 282 | 95.9 | 235 | 77.3 |
| 8. มีช่องทางในการให้ร้องทุกข์เพียงพอ (เว็บไซต์ จดหมาย) | 258 | 87.8 | 200 | 65.8 |
| 9. กรณีเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ท่านจะได้รับการช่วยเหลือตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 266 | 90.5 | 247 | 81.3 |
| 10. ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถย้ายสถานพยาบาลที่ลงทะเบียน ได้ 4 ครั้งต่อปี | 222 | 75.5 | 204 | 67.1 |
| เฉลี่ย | | 90.7 | | 76.1 |
| การรับรู้ด้านการรักษาพยาบาล | | | | |
| 1. สปสช. สนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน | 277 | 94.2 | 221 | 72.7 |
| 2. การมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอต่อ สปสช. | 232 | 78.9 | 241 | 79.3 |
| 3. การผ่าตัดต้อมอง หัวใจ ตา | 234 | 79.6 | 209 | 68.8 |
| 4. การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ | 243 | 82.7 | 233 | 76.6 |
| 5. การรักษาโรคมะเร็ง | 246 | 83.7 | 222 | 73.0 |
| 6. บริการนัดแพทย์ไทยเพื่อการรักษา | 181 | 61.6 | 159 | 52.3 |
| 7. การฟื้นฟูสภาพผู้พิการที่ขึ้นทะเบียน | 220 | 74.8 | 252 | 82.9 |
| 8. การรับยาต้านไวรัสเอดส์ | 268 | 91.2 | 227 | 74.7 |
| 9. การฟอกไตทางหน้าท้อง | 269 | 91.5 | 240 | 78.9 |
| 10. ทันตกรรม เช่น อุดฟัน ขูดหินปูน | 197 | 67.0 | 233 | 76.6 |
| 11. การคลอดไม่จำกัดจำนวนครั้ง | 195 | 66.3 | 222 | 73.0 |
| 12. ค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล | 240 | 81.6 | 217 | 71.4 |
| เฉลี่ย | | 79.4 | | 73.4 |
| การรับรู้ด้านกองทุนสุขภาพระดับตำบล | | | | |
| 1. คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ประกอบด้วยนายก อบต. เป็น ประธาน กรรมการมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น 2 คน สมาชิก อบต. 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. 2 คน ผู้แทนหมู่บ้านไม่เกิน 5 คน ปลัด อบต. 1 คน เป็นเลขา มีความเหมาะสม | 251 | 85.4 | 240 | 78.9 |
| 2. การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการของกองทุนสุขภาพระดับ ท้องถิ่นมีความเหมาะสม | 232 | 78.9 | 244 | 80.3 |
| 3. ประโยชน์ที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับจากการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ระดับท้องถิ่น | 246 | 83.7 | 227 | 74.7 |
| 4. กลุ่มผู้พิการและกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง | 265 | 90.1 | 239 | 78.6 |
| 5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สามารถเข้ารับ บริการด้านสุขภาพได้ | 261 | 88.8 | 222 | 73.0 |
| เฉลี่ย | | 85.4 | | 77.1 |

ร้อยละ 62.2 และ 37.8 ตามลำดับ เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 62.8 และที่เหลือเป็น อสม. ร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 61.5) รองลงมา คือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 27.2) และปริญญาตรี (ร้อยละ 11.2)

การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เคยใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 83.9) และเกือบ ทั้งหมดของผู้ให้บริการรู้จักกองทุนสุขภาพตำบล (ร้อยละ 92.9) กลุ่มผู้รับบริการ สามในสี่รู้จักกองทุนสุขภาพระดับ ตำบล (ร้อยละ 74.7) กลุ่มผู้ให้บริการส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล ข่าวสารของการประกันสุขภาพจากเว็บไซต์ (ร้อยละ 68.4) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 64.3) และ โทรทัศน์ (ร้อยละ 56.8) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีจำนวน น้อยที่สุดคือวิทยุ ส่วนในกลุ่มผู้รับบริการ พบว่า ช่องทาง ส่วนใหญ่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 70.4) รองลงมา คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 70) และ

อสม. (ร้อยละ 68.4) ตามลำดับ ส่วนช่องทางที่มีการเข้าถึง น้อยที่สุดคือจดหมายราชการ (ร้อยละ 1.3)

ตารางที่ 2 แสดงการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งพบว่า ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.7 และ 76.1 ตามลำดับ รับรู้ด้านการรักษา พยาบาลร้อยละ 79.4 และ 73.4 ตามลำดับ และรับรู้ ด้านกองทุนสุขภาพระดับตำบลร้อยละ 85.4 และ 77.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจต่อระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความ พึงพอใจเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.02, SD = 0.619; Mean = 4.02, SD = 0.75) เมื่อจำแนกพบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ในกลุ่มผู้ให้บริการต่อ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ลดความเหลื่อมล้ำ ทางด้านการบริการด้านสุขภาพ (Mean = 3.87, SD = 0.80) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10

| ระดับความพึงพอใจ | ผู้ให้บริการ (N=294) | | | | | Mean ± SD | ผู้รับบริการ (N=304) | | | | | Mean ± SD |
|---|----------------------|---------------|--------------|------------|------------|--------------------|----------------------|---------------|--------------|-------------|------------|--------------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | |
| 1. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วยให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการทางสุขภาพ | 108 (36.7) | 147 (50.0) | 36 (12.2) | 3 (1.0) | | 4.22 ± 0.69 | 137 (45.1) | 107 (35.2) | 53 (17.4) | 2 (0.7) | 5 (1.6) | 4.21 ± 0.89 |
| 2. ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ทำให้ท่านได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน | 85 (28.9) | 153 (52.0) | 51 (17.3) | 4 (1.4) | 1 (1.3) | 4.07 ± 0.73 | 137 (40.5) | 124 (40.8) | 43 (14.1) | 12 (3.9) | 2 (0.7) | 4.16 ± 0.85 |
| 3. ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ลดความเหลื่อมล้ำทางด้านการบริการด้านสุขภาพ | 71 (24.1) | 122 (41.5) | 93 (31.6) | 8 (2.7) | | 3.87 ± 0.80 | 127 (41.8) | 95 (31.3) | 71 (23.4) | 9 (3.0) | 2 (0.7) | 4.10 ± 0.90 |
| 4. ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ | 74 (25.2) | 145 (49.3) | 71 (24.1) | 4 (1.4) | | 3.98 ± 0.74 | 154 (50.7) | 101 (33.2) | 35 (11.5) | 12 (3.9) | 2 (0.7) | 4.29 ± 0.89 |
| 5. ระบบหลักประกันสุขภาพฯ ทำให้ท่านประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ | 106 (36.1) | 116 (39.5) | 69 (23.5) | 3 (1.0) | | 4.10 ± 0.79 | 173 (56.9) | 85 (28) | 29 (9.5) | 12 (3.9) | 5 (1.6) | 4.34 ± 0.92 |
| เฉลี่ย | | | | | | 4.02 ± 0.62 | | | | | | 4.02 ± 0.75 |

ด้านสุขภาพ (Mean = 3.98, SD = 0.74) และประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน (Mean = 4.07, SD = 0.73) ส่วนกลุ่มผู้รับบริการ ด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ลดความเหลื่อมล้ำทางการบริการสุขภาพ (Mean = 4.10, SD = 0.90) ประชาชนได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน (Mean = 4.16, SD = 0.85) และพึงพอใจที่ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Mean = 4.21, SD = 0.98)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้ให้บริการพบว่ามีความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่า “สปสข. สนับสนุนงบประมาณในการให้บริการเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล” สอดคล้องกับคำกล่าวของ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า เดิมมีค่าธรรมเนียม ปัจจุบันผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม

2. ลดความเหลื่อมล้ำด้านการให้บริการสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้รับบริการ คือ ประชาชนกล่าวไปทำนองเดียวกันว่า ระบบหลักประกันสุขภาพฯ สามารถช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้จริง และลดความเหลื่อมล้ำด้านการรับบริการสุขภาพได้จริง

3. มีการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้รับบริการมากขึ้น ดังคำกล่าวของ อสม. ว่า “พอใจมากถ้ามีคะแนนก็ให้เต็มร้อยเลย ประชาชนได้รับบริการไม่เสียเงิน” และสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ให้บริการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า การให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ประชาชนมารับ

บริการมากขึ้น

4. มีงบประมาณดำเนินงานตั้งค่างกล่าวของผู้ให้บริการ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า สปสข. สนับสนุนงบประมาณกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ... พอใจ สปสข. สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น และคำกล่าวของ อสม. ว่า “มีงบประมาณให้ทำกิจกรรม” “พอใจที่ได้มีส่วนร่วมคิดเห็น ร่วมเฝ้าดู”

ข้อเสนอแนะของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สรุปประเด็นได้ดังนี้

1. จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ดังคำกล่าวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่า “อยากให้อสม. จัดสรรงบประมาณให้หมู่บ้านที่มีประชากรมาก ให้มากขึ้น” “การดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือ long-term care ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น การมีงบประมาณในการให้ค่าตอบแทนบุคลากรเพิ่มเติม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติงาน” และคำกล่าวของ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า work load การรักษาพยาบาลมีมากกว่างานส่งเสริมป้องกัน ... การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงาน เพื่อได้มาเป็นเงินเพื่อใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และตั้งค่างกล่าวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กล่าวว่า “การทำงานให้ได้ใช้เลยเพื่อแลกเงินไม่เกิดประโยชน์จากการรักษารายบุคคล”

2. ปรับปรุงการบริหารจัดการกองทุน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่ควรผ่านองค์การบริหารระดับตำบล ควรลงงบประมาณที่ รพ.สต. โดยตรง ... ให้แนวทางการจัดการงบประมาณ จากเดิมกองทุนระดับตำบล ให้

โอนเข้า รพ.สต. ... กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่ควรผ่าน อบต. ... การบริหารจัดการงบประมาณ กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่ควรผ่าน อบต. และคำกล่าวของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่า“ควรเพิ่มเติมงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอในส่วนของ อบต. เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้การช่วยเหลือควรเปิดกว้างให้ทุกคน สามารถเข้าถึงบริการ”“ด้านงบประมาณ ควรจัดสรรงบประมาณให้ระดับ อบต. อย่างน้อยกองทุนละ 1 ล้าน”

3. ให้มีระเบียบการดำเนินการที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง ดังคำกล่าวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า ขอให้มีระเบียบกฎหมาย การปฏิบัติหน้าที่ให้ชัดเจน ... ไม่มีความเข้าใจการดำเนินการ อยากให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ... ควรมีการจัดอบรมการดำเนินงานให้ สามารถทำได้จริง

4. ให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กล่าวว่า “ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจ”“ประชาสัมพันธ์ การใช้สิทธิบัตรทองเพิ่มเติม หรือบอกช่องทางในการเข้าถึงในพื้นที่ ห่างไกลเพิ่มเติม อาจใช้วิธีการ ให้ผู้นำชุมชนบอกกล่าวข้อมูล”

5. ปรับปรุงการให้บริการ ดังคำกล่าวของพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่กล่าวไปในทำนองเดียวกันว่า 1) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการปรับปรุงเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการบริการมากที่สุด ... ระดับเขตควรมีการจัดการเรื่องการเคลมกันเอง 2) ควรเน้นการส่งเสริมป้องกัน 75% ตามภาระงานใน รพ.สต. ควรมีการให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้น ก่อนการรับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย เพราะการมีค่ารักษาพยาบาลที่สูงกว่า และควรเน้นการส่งเสริมป้องกันโรค

6. ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มากขึ้น ดังคำกล่าวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า ควร

ส่งเสริม บุคลากร ด้านการดำเนินงาน กองทุน อบรมให้กรรมการเพื่อจะได้ดำเนินการได้ถูกต้องกับระเบียบ ... พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจะได้เข้าใจตรงกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้รับบริการ
พบว่า มีความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. พึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษา ดังคำกล่าวของ อสม. และประชาชนที่กล่าวไปทำนองเดียวกันว่า *ไม่ต้องเสียเงินค่ารักษา ก็ดีหลาย ... ด้อยู่ บ่ต้องไปเอง มีบริการรับส่ง ผู้ป่วย ... หมอมาเยี่ยมบ้าน หย่อนสิทธิบัตรทองนี้บ่จัก ... ลูกเข็นก็มีเจ้าหน้าที่มารับไป รพ. ... ในชุมชน พอใจหลายกับการบริการสุขภาพบัตรทอง ... บ่ได้เสียเงิน ถ้าเจ็บป่วยก็มีเงินรักษาดอก ถ้าตาย แต่ตอนนี้ รัฐบาลเผินมีบัตรทอง ให้คนได้รักษา อายุยืนตัวเผินว่า*

2. พึงพอใจต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังมี อสม. ที่กล่าวว่า *“พอใจที่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพและยังมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเองได้”*

3. พึงพอใจต่อการมีการรับฟังความเห็นเพื่อการปรับปรุงด้านการบริการ ดังคำกล่าวของ อสม. ว่า *“รับฟังความเห็นของประชาชน ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ แต่อยากให้มีการเปลี่ยนคนไปแทน”* และสอดคล้องกับคำกล่าวของประชาชน *“เผินมีเวที รับฟังความเห็นทุกปี ดียู แต่ก็มีแต่คนเดิมๆ ไป แต่กว่าหยังบ่ได้ เผินก็เป็นปากเป็นเสียงให้พื่อน้อย”*

วิจารณ์และข้อยุติ

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ใน 3 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนผู้รับบริการส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา



เกือบทั้งหมดเคยใช้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ให้บริการสามารถใช้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล แต่ยังมีบริการข้อมูลข่าวสารหรือการประสานงานอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานงานขอข้อมูล บันทึกข้อมูล ส่วนช่องทางการรับรู้ข่าวสารพบว่า ในกลุ่มผู้ให้บริการรับข้อมูลข่าวสาร จากเว็บไซต์ รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโทรทัศน ในขณะที่ในกลุ่มผู้รับบริการนั้น ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศนและ อสม. ตามลำดับ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ในกลุ่มของผู้รับบริการนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ นั่นคือ เจ้าหน้าที่ยังคงมีความสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ⁽⁷⁾

ความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในทั้งสองกลุ่ม สามารถอธิบายได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพทำให้ประชาชนด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้ประชาชนประหยัดค่าใช้จ่าย และสามารถเข้าถึงบริการทั้งในระดับต่างๆ มากขึ้น ส่งผลให้ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น และยังมีโอกาสให้แสดงความเห็นต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความพอใจต่อการดำเนินการดังกล่าว

การรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ต่ำ เรื่องการย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปีละ 4 ครั้ง และในกลุ่มผู้ให้บริการ มีการรับรู้น้อยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ทุกแห่ง ส่วนใน กลุ่มผู้รับบริการ รับรู้เรื่องราวช่องทางในการร้องทุกข์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ทั้งสองกลุ่มนั้นมีจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบเรื่องการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษา อาจเนื่องมาจากเป็นประชาชนในพื้นที่ ไม่ค่อยเดินทางมากนัก จึงไม่ได้ประสบปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล จึงทำให้รับรู้ต่ำในประเด็นดังกล่าว

การรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้รับบริการ

ส่วนหนึ่งไม่ทราบว่า มีบริการนวดแผนไทยเพื่อการรักษา ผ่าตัดสมอง หัวใจ ตา และ ค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาล อาจสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะทราบในกรณีที่ได้รับบริการ หรือ มีประสบการณ์ และช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจะพบว่าเป็นจากบุคคล ซึ่งการบอกต่อในพื้นที่ชนบทยังคงมีความสำคัญระดับต้นๆ

การรับรู้กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นพบว่าประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่ทราบว่ากองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นคืออะไร ได้มาอย่างไร และมีการดำเนินการอย่างไร ซึ่งสาเหตุของปัญหาอาจเกิดจากการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ทั่วถึง และการมีส่วนร่วมอาจยังไม่มากนัก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินการในชุมชนการคัดเลือกรวมการกองทุนไม่ชัดเจน และไม่ได้อาจมาจากการประชาสัมพันธ์ของประชาชน⁽⁸⁻¹⁰⁾ การดำเนินการระดับท้องถิ่นนั้นต้องพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสื่อสารองค์กร⁽¹¹⁻¹²⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่เขตเมืองและชนบทในพื้นที่ 5 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ดังนี้ 1) สิทธิประโยชน์ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น 2) เมื่อมีการส่งต่อเพื่อการรักษา การเบิกจ่ายควรให้เขตดำเนินการเอง 3) ควรโอนงบประมาณกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตรง เพื่อความสะดวกต่อการดำเนินการ 4) ควรมีการอบรมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเรื่องระเบียบข้อปฏิบัติในการจัดการทุนฯ ให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สปสช. เขต 10 ที่สนับสนุนการวิจัยนี้ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทั้งในส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 10

References

1. National Health Security Office. Health Insurance Information Service Center [cited 2019 Apr 25]. Available from: <http://ucinfo.nhso.go.th/>. (in Thai)
2. National Health Security Office. Report on the creation of the National Health Security System B.E. 2561. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2018. (in Thai)
3. National Health Security Office. Determination of issues for listening to general opinions in 2014. (Copies) (in Thai)
4. Natason A, Tangpanithandee V, Wongsathapornpat S, Thongpo P, Pieseu N, The development of teaching and learning innovation for nursing students using health fair. *Rama Nursing Journal* 2011;17(3):439-505. (in Thai)
5. Kanjanavasi S, Pitayanon T, Srisukho D. Statistics for research (5th edition). Bangkok: Chulalongkorn University Printing Center; 2008. (in Thai)
6. Chirawatkul S. Qualitative research in health science. Bangkok: Thaiwivat; 2009. (in Thai)
7. Nakrukamphonphatn S, Suwanakoot N, Nathason A. Evaluation of the project “the 3 million 3 years to quit smoking for the king throughout Thais” in Health Region 10 [Internet]. *Ramathibodi Nursing Journal* [cited 25Apr.2019] 2019;25(1):102-18.
8. Seesan C, Ritrod T, Sakalchai S. A comparative study of the health insurance fund operations between Non-Nhon sub-district and Bung Mai Municipality, Ubon Ratchathani province. *Khon Kaen University Journal for Public Health Research* 2014;7(1):35-41. (in Thai)
9. Tanthai B, Jarujitiphan P. Potentials for local health security fund management in Phuket province. 2017;12(1):81-9. (in Thai)
10. Yeesaraput R, Khunluek K, Sukserm T. Committee participation in the operation of the local health fund in Somdet district, Kalasin province. *Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University* 2016;3(1): 82-99. (in Thai)
11. Yasamut A, Katreerawutiwong N. Factors affecting people’s participation in the local health fund management. *Journal of Health Science Research* 2017;11(1):1-11. (in Thai)
12. Ngamnoi N, Rattan P. Factors affecting the local health security fund achievement in Nonthaburi. *Journal of Health Science Research* 2016;10(1):96-105. (in Thai)