

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร  
(COVID Free Setting) ของโรงพยาบาล ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ  
โรค COVID-19 ในประเทศไทย กรณี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
A Study of Factors Associated with Hospitals' Compliance with COVID  
Free Setting Measures During the COVID-19 Pandemic in Thailand:  
A Case Study of Ministry of Public Health Hospitals

นวรรตน์ อภิชัยนันท์<sup>1\*</sup> และรุจิรา ไชยดั่ง<sup>1</sup>

<sup>1</sup>สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Nawarat Apichainan <sup>1\*</sup> & Rujira Chaiduang <sup>1</sup>

Bureau of Environmental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

\* Corresponding author: nawarat.t@anamai.mail.go.th

Received: 10 September 2025; Revised: 1 November 2025; Accepted: 1 November 2025; Published: 5 November 2025

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำหนดมาตรการ COVID Free Setting (CFS) เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง 3 ด้าน (สิ่งแวดล้อม ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยสถานที่เสี่ยงซึ่งรวมกลุ่มบุคคล เช่น โรงพยาบาล ต้องประเมินความปลอดภัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบหลากหลายวิธี (Multi-methodology) ครั้งนี้ได้ศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาล และมาตรการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ โดยใช้ข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9,276 แห่ง ในดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus วิเคราะห์ด้วยการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) และแจกแจงความถี่แบบ Cross-tabulation มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกลไกขับเคลื่อนมาตรการด้วยกลยุทธ์ Partnership Investment Regulation Advocacy and Building capacity (PIRAB) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอแนวทางดำเนินการในอนาคต

ผลการศึกษา พบว่าประเภทโรงพยาบาล และการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital (GCH) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาล โดยประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ทั้งในภาพรวม และทุกด้านของมาตรการ ส่วนการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน GCH มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ในภาพรวม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านผู้ให้บริการ โดยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) กับด้านผู้รับบริการ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถทำให้บุคลากรทุกคนคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้า

ปฏิบัติงานทุกวัน และลงทะเบียนเข้า-ออกสถานที่ ร้อยละ 0.2 ไม่ทำความสะอาดฆ่าเชื้อพื้นผิวสัมผัสร่วม และไม่กำกับติดตามให้ผู้รับบริการทุกคนปฏิบัติ Universal Prevention for COVID-19 และ Distancing Mask wearing Hand washing Testing and Application (DMHTA) ร้อยละ 0.1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่มีระบบระบายอากาศที่ดี ร้อยละ 1.0 และโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่ตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยก่อนทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 0.4 ส่วนกลยุทธ์ PIRAB เหมาะสมเป็นกลไกขับเคลื่อนมาตรการสำหรับโรงพยาบาล มีข้อเสนอแนะว่าควรพิจารณาประเภทโรงพยาบาลในการกำหนดมาตรการ ให้ความสำคัญกับระบบระบายอากาศภายในอาคารโรงพยาบาล และควรผนวกมาตรการ CFS ในเกณฑ์มาตรฐาน GCH

**คำสำคัญ:** มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร, โรค COVID-19, โรงพยาบาล

### Abstract

Thailand adopted the COVID Free Setting (CFS) measures to control three major risk domains: environment, personnel, and customer during the global COVID-19 pandemic. High-risk venues involving gatherings, such as hospitals, were required to conduct safety assessments. This survey research employed a multi-method data collection approach, which comprised a cross-sectional study to analyze factors associated with hospital compliance with COVID Free Setting (CFS) measures and to identify measures that could not be implemented. The qualitative component further examined the driving mechanisms behind the CFS measure through the PIRAB strategy to formulate future recommendations. Data were obtained from the self-assessment results of 9,276 hospitals under the Ministry of Public Health, collected via the Thai Stop COVID Plus digital platform. Statistical analyses included the Fisher's Exact test to examine associations and cross-tabulation to describe frequency distributions.

The results showed a statistically significant association ( $p < 0.05$ ) between hospital type and accreditation level under the GREEN and CLEAN Hospital Standard (GCH) with compliance with COVID Free Setting (CFS) measures. Hospital type was significantly associated with overall measures and all domains of compliance with CFS measures, while GCH accreditation was significantly associated with overall compliance, environment domain, and personnel domain, but showed no significant association with the customer domain. A small proportion of hospitals which were 0.2% of hospitals, reported difficulties in implementing daily staff screening, and 0.1% surface disinfection, and enforcement of Universal Prevention for COVID-19 and DMHTA, while 0.1% of large hospitals lacked adequate ventilation and 0.4% of small hospitals did not conduct pre-procedure COVID-19 testing before undertaking high-risk procedures. The Partnership Investment Regulation Advocacy and Building capacity (PIRAB) strategy was considered

an appropriate mechanism to drive implementation for hospitals. It is suggested that the type of hospital and its ventilation systems should be considered when formulating measures, and CFS measures should be integrated into GCH standards.

**Keywords:** COVID-19 Measure, COVID Free Setting, COVID-19, Hospitals

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศ เมื่อ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ให้การระบาดของโรค COVID-19 เป็น “การระบาดใหญ่” (Pandemic) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำให้ทุกประเทศกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างเข้มข้น (World Health Organization, 2020) โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 655,539,421 ราย เสียชีวิต 6,683,993 ราย (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และเริ่มมี การระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อ 3,226,697 ราย เสียชีวิต 23,848 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) องค์การอนามัยโลก (2020) อธิบายลักษณะการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยผ่านละอองฝอยสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น ไอ จาม เป็นต้น และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญ คือ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดี เช่น ห้องแอร์ หรือ อาคารปิด

สถานพยาบาลเป็นพื้นที่เสี่ยงสำคัญ โดยเฉพาะในระยะแรกที่ยังไม่มีมาตรการควบคุมอย่างเป็นระบบ McMichael et al. (2020) รายงานว่ามีการระบาดรุนแรงในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาส่งผลให้เกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตในอัตราสูง ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและบุคลากรที่ดูแลใกล้ชิด ส่วน Moothadeth et al. (2020) ทบทวนวรรณกรรมทั่วโลกพบว่า ความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์ในการติดเชื้อขึ้นอยู่กับระดับของมาตรการ อุปกรณ์ป้องกันที่ใช้ และการฝึกอบรม ในทำนองเดียวกัน Nguyen et al. (2020) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์แนวหน้าในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าคนทั่วไปถึง 11.6 เท่า โดยเฉพาะในกรณีที่ขาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Shao et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการแพร่กระจายของอนุภาคไวรัสในสถานที่ปิด เช่น ลิฟต์หรือห้องเรียน โดยใช้การจำลองด้วยแบบจำลองพลศาสตร์ของไหล (CFD) พบว่าอากาศที่หมุนเวียนไม่ดีจะสร้าง “hot spot” ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของการออกแบบระบบระบายอากาศในโรงพยาบาลได้อีกทั้ง Ran et al. (2020) และ Kaine et al. (2022) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคมของประชาชน พบว่าทัศนคติส่วนบุคคล ความรู้ และความเข้าใจในมาตรการส่งผลต่อการปฏิบัติตามอย่างชัดเจน

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเชิงระบบโดย Kaye et al. (2021) พบว่าโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาสูญเสียรายได้เฉลี่ยมากกว่า 50,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในขณะที่ Habibi et al. (2024) เสนอให้ปฏิรูประบบระหว่าง

ประเทศ โดยเฉพาะกลไกภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) เพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

ในปี พ.ศ. 2566 สถานการณ์การแพร่ระบาดลดลง และมีการผ่อนคลายมาตรการดังกล่าว โดยกำหนดให้โรค COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น แต่ยังพบผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรค COVID-19 โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วย 618,793 ราย เสียชีวิต 852 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 (กรมควบคุมโรค, 2566) ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย 629,672 ราย เสียชีวิต 188 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.03 (กรมควบคุมโรค, 2567) และในปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลกลางปี มีผู้ป่วย 333,844 ราย เสียชีวิต 73 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.02 ซึ่งเริ่มพบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกครั้งช่วงหลังเทศกาลสงกรานต์ โดยสัปดาห์ที่ 19 ของปี พ.ศ. 2568 พบจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี รวมถึงสูงกว่าจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2567 และมีการรายงานผู้เสียชีวิตทุกสัปดาห์ โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (กรมควบคุมโรค, 2568)

ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในสถานประกอบการ รวมถึงสถานพยาบาล ซึ่งมีทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มอ่อนไหว ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) สิ่งแวดล้อมของสถานที่ 2) บุคลากร และ 3) ผู้รับบริการ จึงกำหนดมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร หรือ COVID Free Setting (CFS) เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทั้ง 3 ด้านในสถานที่เสี่ยง ดังนี้ 1) COVID Free Environment เป็นการจัดการด้านสถานที่และปัจจัยสิ่งแวดล้อม 2) COVID Free Personnel เป็นการจัดการด้านผู้ให้บริการ และ 3) COVID Free Customer เป็นการจัดการด้านผู้รับบริการ (กรมอนามัย, 2564) ซึ่งบรรจุเป็นเงื่อนไขการปฏิบัติไว้ภายใต้ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 32) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 เป็นต้นมา โดยในช่วงแรกกำหนดใช้สำหรับสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงสูง และต้องประเมินตนเองทุก 14 วัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย และระบบประเมินรับรองการปฏิบัติตามมาตรการในดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus ซึ่งมีโรงพยาบาลเข้าใช้งานระบบประเมินรับรองฯ ตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2564 เป็นต้นมา ด้วยความเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการจึงจัดทำแบบประเมินสำหรับโรงพยาบาลเพียงสองฉบับคือ สำหรับโรงพยาบาล และสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งโรงพยาบาลทุกประเภทยกเว้น รพ.สต. ใช้แบบประเมินฉบับเดียวกัน อีกทั้งโรงพยาบาลทุกประเภทในประเทศไทยยังไม่ได้ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital (GCH) (กรมอนามัย, 2562) ซึ่งเป็นมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ที่กรมอนามัยกำหนด มีองค์ประกอบเกณฑ์การประเมิน 6 หมวด คือ G: Garbage, R: Restroom, E: Energy, E: Environment และ N: Nutrition เพื่อให้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงการจัดการมูลฝอย สุขาภิบาลห้องน้ำ การใช้พลังงาน สิ่งแวดล้อมโดยรอบ สุขาภิบาลอาหารและน้ำให้มีคุณภาพและปลอดภัย ซึ่งโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจะได้รับการรับรองจากกรมอนามัย โดยกำหนดระดับการรับรองในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา คือ ระดับมาตรฐาน ระดับดีเยี่ยม และระดับท้าทาย

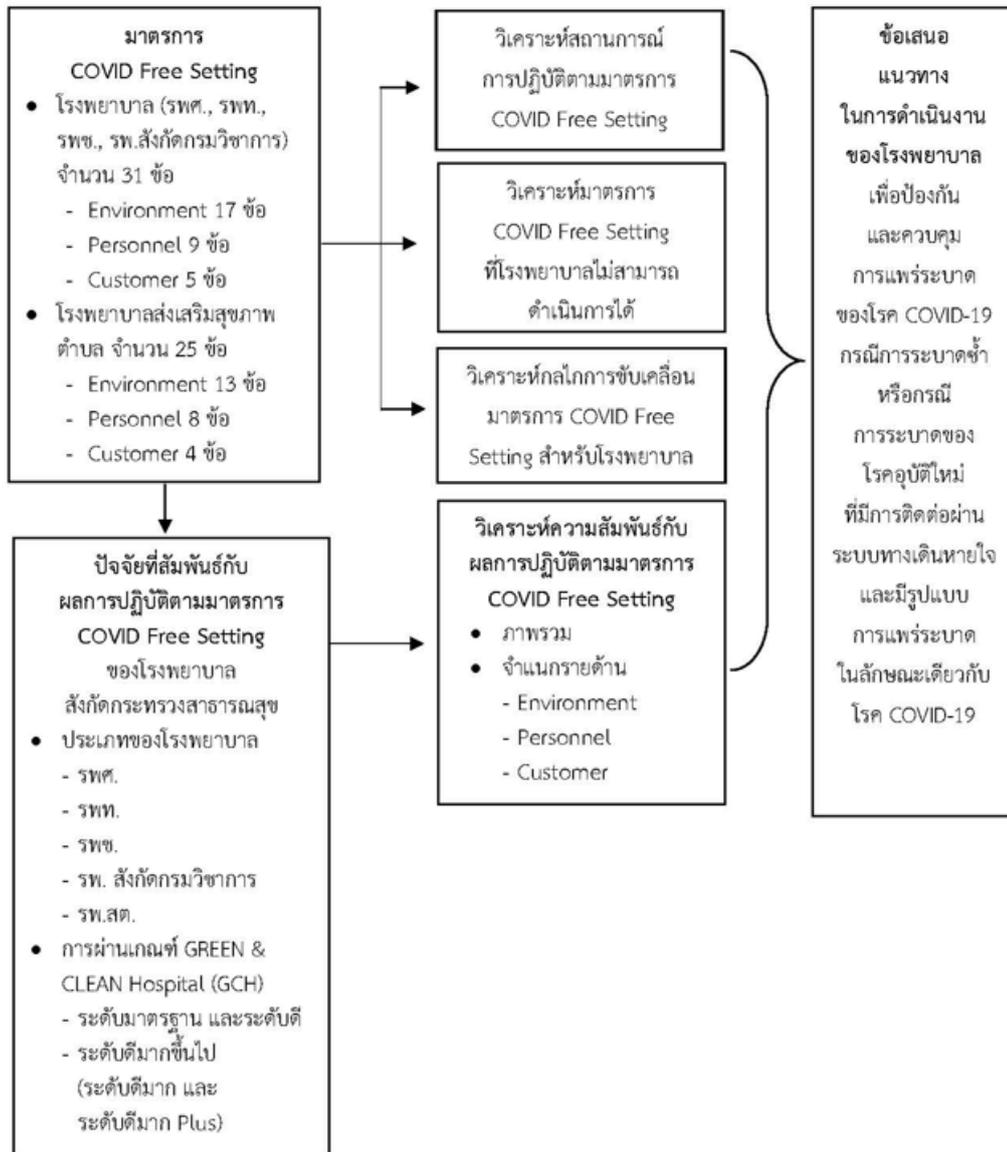
อย่างไรก็ดี จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แม้ม้งานวิจัยระดับนานาชาติที่ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงของสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (McMichael et al., 2020, Nguyen et al., 2020) แต่ในบริบทของประเทศไทยยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ที่ครอบคลุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บุคลากร และผู้รับบริการ และไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรงพยาบาลกับการปฏิบัติตามมาตรการ CFS และความสัมพันธ์ระหว่างการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ดังนั้น ข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการถอดบทเรียน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาล ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กรณีเกิดการระบาดซ้ำ หรือกรณีมีการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ และมีรูปแบบการแพร่ระบาดในลักษณะเดียวกับโรค COVID-19 ในอนาคตได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัย (ประเภทโรงพยาบาล และการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital) ที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อวิเคราะห์กลไกการขับเคลื่อนมาตรการ COVID Free Setting สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจาก 2 ปัจจัย คือ ประเภทโรงพยาบาล และการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN and CLEAN Hospital ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมทั้งสถานการณ์การปฏิบัติตามมาตรการ มาตรการที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ และกลไกการขับเคลื่อนมาตรการ เพื่อให้ข้อเสนอแนะทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กรณีการระบาดซ้ำ หรือกรณีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจและมีรูปแบบการแพร่ระบาดในลักษณะเดียวกับโรค COVID-19



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการในปี พ.ศ. 2568 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบหลากหลายวิธี (Multi-methodology) โดยอาศัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรการ CFS และกลไกการขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการ CFS ซึ่งการศึกษาเชิงปริมาณเป็นการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูล ผลการประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus ปี พ.ศ. 2565

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ในการอธิบายสถานการณ์เกี่ยวกับผลการปฏิบัติตามมาตรการและมาตรการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ส่วนสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคือ ประเภทของโรงพยาบาล และการผ่านเกณฑ์ GCH (เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เป็นมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล) กับตัวแปรตาม คือ ผลการประเมิน CFS ทั้งภาพรวม และรายด้าน ด้วยการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) โดยแสดงผลการแจกแจงความถี่ด้วย Cross-tabulation และศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในการวิเคราะห์กลไกขับเคลื่อนมาตรการ CFS เพื่อจัดทำข้อเสนอการดำเนินงานของโรงพยาบาลในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ในอนาคต รวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่มีรูปแบบการแพร่ระบาดในลักษณะเดียวกัน

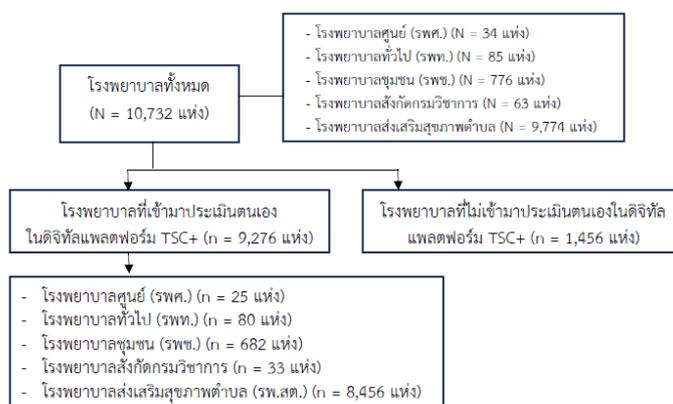
### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 10,732 แห่ง

#### กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่เข้ามาประเมินตนเองตามมาตรการ CFS สำหรับโรงพยาบาลในดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus ระหว่างวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 9,276 แห่ง ประกอบด้วย รพศ. 25 แห่ง รพท. 80 แห่ง รพช. 682 แห่ง รพ. สังกัดกรมวิชาการ 33 แห่ง และ รพ.สต. 8,456 แห่ง มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Inclusion criteria ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการประเมินตนเองตามมาตรการ COVID Free Setting สำหรับโรงพยาบาลที่ปรากฏในดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus ระหว่างวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ที่มีข้อมูลผลการประเมินตนเองครบทุกข้อ ดังนี้



ภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ มาตรการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ด้วยการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) โดยแสดงผลการแจกแจงความถี่ด้วย Cross-tabulation

แบบประเมินตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาล 2 ประเภท คือ 1) แบบประเมินฯ สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพ.ศูนย์., รพ.ทั่วไป, รพ.ชุมชน, รพ.สังกัดกรมวิชาการ) และ 2) แบบประเมินฯ สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)) พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาล และสถานที่ตั้งโรงพยาบาล และส่วนที่ 2 แบ่งเป็น

1) เกณฑ์การประเมินตนเอง สำหรับโรงพยาบาล จำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้าน Environment 17 ข้อ ได้แก่ (1) มาตรการด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย 6 ข้อ (2) มาตรการด้านการรักษาระยะห่าง 5 ข้อ (3) มาตรการด้านการระบายอากาศ 6 ข้อ ด้าน Personnel 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการรับวัคซีน หรือตรวจ ATK ทุก 7 วัน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงาน ข้อมูลการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง (สวมใส่ PPE, มีมาตรการเมื่อบุคลากรเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง) มีการเว้นระยะห่างเมื่อมีการจัดประชุม มีการกำกับติดตาม และการปฏิบัติตามมาตรการ UP-DMHTA และด้าน Customer 5 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการคัดกรองก่อนเข้ารับบริการ การลงทะเบียนเข้าและออกจากสถานที่ การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ก่อนทำหัตถการ มีมาตรการห้ามญาติเข้าเยี่ยม และมีการกำกับติดตามให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention for COVID-19 และมาตรการ DMHTA (D: Distancing เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น, M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา, H = Hand washing การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล, T = Testing การตรวจหาเชื้อ เช่น การตรวจด้วย Antigen Test Kit – ATK, A = Application การใช้แอปพลิเคชัน เช่น Thai Save Thai, ไทยชนะ หรือ หมอชนะ เพื่อติดตามและประเมินความเสี่ยง)

2) เกณฑ์การประเมินตนเอง สำหรับ รพ.สต. จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้าน Environment 13 ข้อ ได้แก่ (1) มาตรการด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย 6 ข้อ (2) มาตรการด้านการรักษาระยะห่าง 4 ข้อ (3) มาตรการด้านการระบายอากาศ 3 ข้อ และด้าน Personnel 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการรับวัคซีน หรือตรวจ ATK ทุก 7 วัน ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงาน ข้อมูลการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง (สวมใส่ PPE, มีมาตรการเมื่อบุคลากรเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง)

3) มีการเว้นระยะห่างเมื่อมีการจัดประชุม มีการกำกับติดตาม และการปฏิบัติตามมาตรการ UP-DMHTA และด้าน Customer 4 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการคัดกรองก่อนเข้ารับบริการ การลงทะเบียนเข้าและออกจากสถานที่ การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ก่อนทำหัตถการ และมีการกำกับติดตามให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention for COVID-19 และมาตรการ DMHTA

คะแนนการประเมินตนเองในแต่ละข้อ กำหนดให้ “ดำเนินการ” มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน “ไม่ดำเนินการ” มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งการผ่านเกณฑ์ประเมินต้องมีคะแนน “ดำเนินการ” ทุกข้อ โดยโรงพยาบาลต้องมีคะแนนรวม 31 คะแนน และ รพ.สต. ต้องมีคะแนนรวม 25 คะแนน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลไกขับเคลื่อนมาตรการ CFS ด้วยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลการวิเคราะห์กลไกขับเคลื่อนมาตรการ CFS ด้วยกลยุทธ์ PIRAB ที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) ของคณะทำงานประสานการขับเคลื่อน Thai Stop COVID Plus กรมอนามัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักจัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และขอความยินยอมให้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ 2 รายการ คือ 1) ผลการประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลในดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus โดยให้ตัดข้อมูลที่ระบุชื่อองค์กรและชื่อบุคคลออก และใช้รหัสแทนชื่อองค์กรสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะอยู่ในรูปแบบ file Microsoft Excel และ 2) ข้อมูลประชุมกลุ่มย่อยในการวิเคราะห์กลยุทธ์ PIRAB (กลยุทธ์ PIRAB เป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขไทยใช้เพื่อขับเคลื่อน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ โดยมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ Partnership (การสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย), Investment (การลงทุนอย่างเพียงพอ), Regulate and Legislate (การออกกฎระเบียบและกฎหมาย), Advocacy (การสนับสนุนเชิงนโยบายและการเมือง) และ Building Capacity (การพัฒนาศักยภาพบุคลากร) กับการขับเคลื่อนมาตรการ CFS

### การวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

มีการแจกแจงความถี่ (Frequency Tables) แบบ Cross-tabulation โดยใช้จำนวน (แห่ง) และร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาล ทั้งภาพรวม และแต่ละด้านของมาตรการ (Environment, Personnel, Customer) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล รวมทั้งมาตรการที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้

#### การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาล และการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ทั้งภาพรวม และแต่ละด้านของมาตรการ ด้วยการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) โดยแสดงผลการแจกแจงความถี่ด้วย Cross-tabulation

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม Microsoft Excel ในการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ผล และใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 26 ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) จำนวน (Count)

ร้อยละ (Percentage) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) และการแจกแจงความถี่แบบ Cross-tabulation

### **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)**

ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเอกสาร (Documentary Analysis) เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยของคณะทำงานประสานการขับเคลื่อน Thai Stop COVID Plus กรมอนามัย ในการวิเคราะห์กลยุทธ์ PIRAB กับการขับเคลื่อนมาตรการ CFS เพื่อนำมาประกอบในการวิเคราะห์หาปัจจัยเพิ่มเติมที่มีผลต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการ CFS เพื่อให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมเนื้อหาที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้งาน

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อค้นพบจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยความสัมพันธ์ของประเภทโรงพยาบาล และการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน CGH กับการปฏิบัติตามมาตรการ CFS และ 2) กลยุทธ์ PIRAB มีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการ CFS

### **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 027-2568 วันที่ 1 กันยายน 2568 โดยการศึกษาที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามมาตรการ COVID Free Setting และผลการประชุมกลุ่มย่อยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่มีข้อมูลส่วนบุคคล หรือชื่อหน่วยงาน ปรากฏสู่สาธารณะ

### **ผลการวิจัย**

สถานการณ์การปฏิบัติตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting: CFS) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาประเมินตนเองในระบบประเมินรับรอง จำนวน 9,276 แห่ง จากทั้งหมด 10,732 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86.4 โดยโรงพยาบาลที่เข้ามาประเมินตนเองมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ร้อยละ 94.1 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ร้อยละ 87.9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 86.5 โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ร้อยละ 73.5 และ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ร้อยละ 52.4 ตามลำดับ

ผลการประเมินตนเอง “ผ่าน” ตามมาตรการ CFS พบว่า รพศ. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ มากที่สุด คือ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 99.3 รพช. ร้อยละ 98.5 และ รพท. ร้อยละ 95.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาล จำแนกตามประเภท  
 โรงพยาบาลมาตรการ COVID Free Setting (CFS) ที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน รพ.ทั้งหมด (แห่ง)	รพ.ที่เข้ามาประเมินตนเอง: จำนวน (ร้อยละ)	การปฏิบัติตามมาตรการ CFS	
			ผ่าน: แห่ง (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน: แห่ง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	34	25 (73.5)	25 (100.0)	0 (0.0)
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	85	80 (94.1)	76 (95.0)	4 (5.0)
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	776	682 (87.9)	672 (98.5)	10 (1.5)
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	63	33 (52.4)	33 (100.0)	0 (0.0)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)	9,774	8,456 (86.5)	8,398 (99.3)	58 (0.7)
รวม	10,732	9,276 (86.4)	9,204 (99.2)	72 (0.8)

การจำแนกโรงพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ รพศ., รพท., รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ รวมจำนวน 820 แห่ง และ 2) โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. รวมจำนวน 8,456 แห่ง

ผลการวิเคราะห์มาตรการที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ โดยใช้วิธี Crosstabs Analysis พบว่า มาตรการที่โรงพยาบาลทั้งสองประเภทไม่สามารถดำเนินการได้ 19 ข้อ โดยข้อที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้มากที่สุด คือ ข้อ 29 การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 0.4 (40 แห่ง) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 19 การกำหนดให้บุคลากรทุกคนต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานทุกวัน ร้อยละ 0.2 (17 แห่ง) ข้อ 28 การจัดให้มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ ร้อยละ 0.2 (15 แห่ง) และข้อ 17 การจัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในห้องส้วม ร้อยละ 0.2 (14 แห่ง) ตามลำดับ มาตรการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ., รพท., รพช., รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ไม่สามารถดำเนินการได้ 16 ข้อ โดยข้อที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้มากที่สุด คือ ข้อ 12 การจัดให้มีการระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร โดยมีค่าความเข้มข้นของ CO<sub>2</sub> เฉลี่ยไม่เกิน 800 ppm ร้อยละ 1.0 (8 แห่ง) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 19 การกำหนดให้บุคลากรทุกคน ต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานทุกวัน ร้อยละ 0.7 (6 แห่ง) ข้อ 14 กรณีห้องที่ควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ ให้หลีกเลี่ยงการใช้ระบบปรับอากาศที่มีการนำอากาศหมุนเวียนมาใช้ใหม่ ร้อยละ 0.5 (4 แห่ง) และข้อ 28 การจัดให้มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ ร้อยละ 0.4 (3 แห่ง) ตามลำดับ มาตรการที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก (รพ.สต.) ไม่สามารถดำเนินการได้ 17 ข้อ โดยข้อที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้มากที่สุด คือ ข้อ 29 การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 0.5 (40 แห่ง) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 17 การจัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในห้องส้วม ร้อยละ 0.2 (14 แห่ง) ข้อ 28 การจัดให้มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่ ร้อยละ 0.1 (12 แห่ง) และข้อ 19 การกำหนดให้บุคลากรทุกคนต้องผ่านการคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานทุกวัน ร้อยละ 0.1 (11 แห่ง) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** มาตรการรายข้อที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

มาตรการ CFS (ข้อ)	รพ.ขนาดใหญ่ (n = 820)		มาตรการ CFS (ข้อ)	รพ.ขนาดเล็ก (n = 9,276)	
	ดำเนินการ แห่ง (ร้อยละ)	ไม่ดำเนินการ แห่ง (ร้อยละ)		ดำเนินการ แห่ง (ร้อยละ)	ไม่ดำเนินการ แห่ง (ร้อยละ)
1	818 (99.8)	2 (0.2)	1	8,450 (99.9)	6 (0.1)
8	818 (99.8)	2 (0.2)	2	8,449 (99.9)	7 (0.1)
9	819 (99.9)	1 (0.1)	7	8,454 (100.0)	2 (0.0)
10	819 (99.9)	1 (0.1)	9	8,453 (100.0)	3 (0.0)
12	812 (99.0)	8 (1.0)	10	8,453 (100.0)	3 (0.0)
13	818 (99.8)	2 (0.2)	12	8,455 (100.0)	1 (0.0)
14	816 (99.5)	4 (0.5)	17	8,442 (99.8)	14 (0.2)
15	819 (99.9)	1 (0.1)	18	8,452 (100.0)	4 (0.0)
16	819 (99.9)	1 (0.1)	19	8,445 (99.9)	11 (0.1)
19	814 (99.3)	6 (0.7)	20	8,451 (99.9)	5 (0.1)
20	819 (99.9)	1 (0.1)	21	8,454 (100.0)	2 (0.0)
25	819 (99.9)	1 (0.1)	24	8,451 (99.9)	5 (0.1)
26	818 (99.8)	2 (0.2)	25	8,452 (100.0)	4 (0.0)
28	817 (99.6)	3 (0.4)	26	8,455 (100.0)	1 (0.0)
30	818 (99.8)	2 (0.2)	28	8,444 (99.9)	12 (0.1)
31	818 (99.8)	2 (0.2)	29	8,416 (99.5)	40 (0.5)
			31	8,451 (99.9)	5 (0.1)

หมายเหตุ: ตารางนี้แสดงเฉพาะมาตรการรายข้อที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรงพยาบาล 5 ประเภท คือ รพศ., รพท., รพช., รพ.สังกัดกรมวิชาการ และ รพ.สต. กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับผลการประเมินตนเอง “ผ่าน” มาตรการ CFS ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน (สิ่งแวดล้อม, ผู้ให้บริการ, ผู้รับบริการ) โดยมีอัตราการผ่านมาตรการมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม และด้านผู้ให้บริการ ร้อยละ 99.7 รองลงมา ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 99.4 และภาพรวม ร้อยละ 99.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรงพยาบาลกับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภทโรงพยาบาล	ผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS (n = 9,276)		
	ผ่าน แห่ง (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน แห่ง (ร้อยละ)	p - value
ภาพรวม	9,204 (99.2)	72 (0.8)	0.004*
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	25 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	76 (95.0)	4 (5.0)	
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	672 (98.5)	10 (1.5)	
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	33 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	8,398 (99.3)	58 (0.7)	
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)	9,244 (99.7)	32 (0.3)	0.000*
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	25 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	77 (96.3)	3 (3.8)	
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	673 (98.7)	9 (1.3)	
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	33 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	8,437 (99.8)	19 (0.7)	
ด้านผู้ให้บริการ (Personnel)	9,248 (99.7)	28 (0.3)	0.003*
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	25 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	77 (96.3)	3 (3.8)	
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	678 (99.4)	4 (0.6)	
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	33 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	8,435 (99.8)	21 (0.2)	
ด้านผู้รับบริการ (Customer)	9,225 (99.4)	51 (0.6)	0.048*
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	25 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	77 (96.3)	3 (3.8)	
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	679 (99.7)	3 (0.3)	
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	33 (100.0)	0 (0.0)	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	46 (0.5)	8,410 (99.5)	

\* P-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher’s Exact Test) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับผลการประเมินตนเอง “ผ่าน” มาตรการ CFS ในภาพรวม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านผู้ให้บริการ ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับด้านผู้รับบริการ ( $p > 0.05$ ) โดยมีอัตราการผ่านมาตรการมากที่สุด ในด้านสิ่งแวดล้อม และด้านผู้ให้บริการร้อยละ 99.7 รองลงมา ได้แก่ด้านผู้รับบริการ ร้อยละ 99.5 และภาพรวม ร้อยละ 99.2 ตามลำดับ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH ระดับดีมากขึ้นไป (ระดับดีมาก และระดับดีมาก Plus) มีอัตราการผ่านมาตรการมากกว่าโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH ระดับมาตรฐาน (ระดับมาตรฐาน และระดับดี) ในภาพรวม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการผ่านเกณฑ์ GCH กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (n=9,276)

ระดับการผ่านเกณฑ์ GCH	ผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS (n = 9,276)		
	ไม่ผ่าน แห่ง (ร้อยละ)	ผ่าน แห่ง (ร้อยละ)	p - value
ภาพรวม	72 (0.8)	9,204 (99.2)	0.005*
ระดับดีมากขึ้นไป (ระดับดีมาก/ ระดับดีมาก Plus)	13 (1.6)	782 (98.4)	
ระดับมาตรฐาน และระดับดี ไม่ได้ประเมิน GCH	1 (4.0)	24 (96.0)	
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)	58 (0.7)	8,398 (99.3)	
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment)	31 (0.3)	9,245 (99.7)	0.000*
ระดับดีมากขึ้นไป (ระดับดีมาก/ ระดับดีมาก Plus)	11 (1.4)	784 (98.6)	
ระดับมาตรฐาน และระดับดี ไม่ได้ประเมิน GCH	1 (4.0)	24 (96.0)	
ด้านผู้ให้บริการ (Personnel)	19 (0.2)	8,437 (99.8)	
ด้านผู้ให้บริการ (Personnel)	28 (0.3)	9,248 (99.7)	0.015*
ระดับดีมากขึ้นไป (ระดับดีมาก/ ระดับดีมาก Plus)	7 (0.9)	788 (99.1)	
ระดับมาตรฐาน และระดับดี ไม่ได้ประเมิน GCH	0 (0.0)	25 (100.0)	
ด้านผู้รับบริการ (Customer)	21 (0.2)	8,435 (99.8)	
ด้านผู้รับบริการ (Customer)	51 (0.5)	9,225 (99.5)	0.671
ระดับดีมากขึ้นไป (ระดับดีมาก/ ระดับดีมาก Plus)	5 (0.6)	790 (99.4)	
ระดับมาตรฐาน และระดับดี ไม่ได้ประเมิน GCH	0 (0.0)	25 (100.0)	
ไม่ได้ประเมิน GCH	46 (0.5)	8,410 (99.5)	

\* P-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์กลไกการขับเคลื่อนมาตรการ CFS ด้วยกลยุทธ์ PIRAB จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) ของคณะทำงานประสานการขับเคลื่อน Thai Stop COVID Plus กรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ. 2565 ซึ่งได้มีการวิเคราะห์กลไกขับเคลื่อนมาตรการในภาพรวมสำหรับทุกประเภทสถานประกอบการที่มีการปฏิบัติตามมาตรการ CFS เช่น สถานที่จำหน่ายอาหาร โรงเรียน ห้างสรรพสินค้า ร้านแต่งผมเสริมสวย และอื่นๆ ที่มีการรวมกลุ่มบุคคลมากกว่า 50 ประเภท ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของโรงพยาบาล เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอแนะต่อกลไกการขับเคลื่อนมาตรการสำหรับโรงพยาบาลในอนาคต ผลการวิเคราะห์พบว่ากลยุทธ์ PIRAB มีความเหมาะสมโดยจำแนกผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

P: Partnership มีกระบวนการประสานงาน ใช้กลไกคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัด และการประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานส่วนภูมิภาค ทั้งศูนย์อนามัย เขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งระบบสาธารณสุขไทยมีลักษณะบูรณาการความร่วมมือในแนวดิ่ง (vertical integration) ตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับโรงพยาบาล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในแต่ละระดับทำให้สามารถถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

I: Investment มีการพัฒนาดิจิทัลแพลตฟอร์ม Thai Stop COVID Plus และการพัฒนาแบบประเมินผ่านระบบออนไลน์ ถือเป็นการลงทุนที่ช่วยลดภาระการประเมินภาคสนาม และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บข้อมูลแบบ real-time เป็นการใช้เทคโนโลยีขับเคลื่อนมาตรการ CFS ได้ดี โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถเข้าถึงได้

R: Regulation มีกลไกกำกับติดตามหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุม EOC กรมอนามัย การประชุม PHEOC กระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ สุ่มประเมินรับรองโดยเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ ซึ่งการใช้ระบบกำกับหลายระดับชั้นช่วยให้เกิดความต่อเนื่อง และสามารถตรวจสอบได้ โดยการประชุมในระดับนโยบาย ทั้งระดับกระทรวง (PHEOC) และระดับกรม (EOC) ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ส่วนการสุ่มประเมินเป็นการเสริมความน่าเชื่อถือของระบบ self-assessment โดยเป็นการสร้างความสมดุล (balance) ระหว่าง trust-based model และ compliance-based model

A: Advocacy มีการกำหนดเป็นเงื่อนไขภายใต้กฎหมาย มาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 32) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 เป็นต้นไปรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นนโยบายอย่างชัดเจน และรายงานความก้าวหน้าต่อ สปก. ศบค. เพื่อสั่งการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการผลักดันนโยบายผ่านมาตรการเชิงกฎหมายช่วยให้โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมาย ถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในสถานการณ์ฉุกเฉิน

B: Building capacity มีการประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำองค์ความรู้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ Thai Stop COVID และประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ผ่านเวทีวิชาการ เช่น การจัดการบูรณาการ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้าง sustainability ของมาตรการ โดยเน้นให้เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และสามารถประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กับผลการปฏิบัติตามมาตรการ CFS ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH ระดับดีมากขึ้นไป มีอัตราการผ่านมาตรการ CFS มากกว่าระดับมาตรฐาน ซึ่งไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย

สำหรับมาตรการที่โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้มากที่สุด 3 ประเด็น คือ 1) การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง 2) การคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าปฏิบัติงานทุกวัน และการลงทะเบียนก่อนเข้า - ออกสถานที่ และ 3) ระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคารโรงพยาบาล และห้องส้วม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงใช้ระบบปรับอากาศที่มีการนำอากาศหมุนเวียนมาใช้ใหม่สำหรับห้องควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ โดยการศึกษาของ Vittoria et al. (2020) ที่สำรวจโรงพยาบาล 936 แห่ง จาก 71 ประเทศ พบว่า ร้อยละ 71.9 ของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจมีคำแนะนำให้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเฉพาะกรณีที่มีอาการขณะที่มีเพียง ร้อยละ 18.4 แนะนำให้ตรวจหาเชื้อ COVID-19 ก่อนผ่าตัดทุกราย ซึ่งให้เห็นว่าโรงพยาบาลทั่วโลกยังไม่ให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้เท่าที่ควร ส่วนการศึกษาของ Shao et al. (2020) ซึ่งพบว่าอากาศที่หมุนเวียนไม่ดีจะสร้าง “hot spot” ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของการออกแบบระบบระบายอากาศภายในโรงพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ และการศึกษาของ Waroonkun & Prugsiganont (2022) เกี่ยวกับบริบทประเทศไทยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่าโรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับโครงสร้างการให้บริการ พื้นที่ และมาตรการควบคุมการติดเชื้อให้สอดคล้องกับแนวทางของมาตรการ COVID Free Setting อย่างแท้จริง โดยเน้นให้ครอบคลุมทั้งโครงสร้างพื้นฐาน พฤติกรรมบุคลากร และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การใช้กลยุทธ์ PIRAB เพื่อขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการ CFS อาจมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นหากมีการขยายความร่วมมือและกำกับติดตาม โดยเสริมความร่วมมือทั้งแนวตั้งและแนวนอนสำหรับโรงพยาบาลแต่ละประเภท (Partnership) ยกระดับการติดตามเชิงระบบจากหน่วยงานต้นสังกัด (Regulation) เพิ่มช่องทางอบรมออนไลน์อย่างเป็นระบบและเข้าถึงง่าย โดยคำนึงถึงพื้นที่ห่างไกล (Building Capacity) ควรคงไว้ซึ่งมาตรการและใช้กฎหมายอย่างเหมาะสม (Advocacy) พร้อมรักษาความต่อเนื่องของนโยบายให้เป็นแนวทาง/หรือเกณฑ์มาตรฐาน

## ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นการประเมินตนเอง ซึ่งอาจมีอคติในการตอบแบบประเมิน (self-report bias) อีกทั้ง ยังมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนที่ยังไม่เข้ามาในระบบประเมิน (ร้อยละ 10.4) และความแตกต่างของแบบประเมินระหว่างโรงพยาบาลขนาด

ใหญ่และขนาดเล็ก และเป็นการศึกษาโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งยังไม่ครอบคลุม  
โรงพยาบาลทุกประเภทในประเทศไทย

### ข้อเสนอแนะงานวิจัย (Recommendation)

1. ควรพิจารณาประเภทของโรงพยาบาลในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุม  
ป้องกันโรค เพื่อประสิทธิผลในการปฏิบัติตามมาตรการของโรงพยาบาล
2. ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCH และควรผนวกมาตรการ CFS ใน  
เกณฑ์มาตรฐาน GCH เพื่อให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ  
โรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง และมีความพร้อมรองรับกรณีเกิดโรคระบาดใน  
อนาคต
3. ควรให้ความสำคัญและการสนับสนุนที่จำเป็นเกี่ยวกับระบบระบายอากาศภายในอาคาร  
ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งระบบระบายอากาศเป็นส่วนสำคัญที่สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค  
ระบบทางเดินหายใจประเภทต่างๆ ได้ เช่น สนับสนุนเครื่องตรวจวัดค่า CO<sub>2</sub> หรือ HEPA filter  
เป็นต้น หรือการปรับปรุงด้านโครงสร้างหรือวิธีการจัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร  
อย่างเหมาะสม
4. ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ระหว่าง  
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับโรงพยาบาลประเภทอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชน

### บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการการ  
ป้องกันความเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2563.  
ราชกิจจานุเบกษา, 137 (ฉบับพิเศษ 81 ง). สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2568. เข้าถึงได้จาก  
[https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/0563/0011/PDF/T\\_0011.PDF](https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/0563/0011/PDF/T_0011.PDF)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019  
(COVID-19) ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิดขต (ศบค.) วันที่ 15 มีนาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 15  
พฤษภาคม 2568. เข้าถึงได้จาก [https://media.thaigov.go.th/uploads/public  
img/source/150365.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/publicimg/source/150365.pdf)
- กรมอนามัย. (2564). DOH's Report to the First Wave of COVID-19 Pandemic: Thailand Experience.  
สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2568. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/tF0u6>
- กรมอนามัย. (2564). DOH's Report to the 4<sup>th</sup> Wave of COVID-19 Pandemic: Thailand Experience.  
สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2568. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/62TLG>
- กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์]. (2566). สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ระหว่างสัปดาห์การระบาดที่ 1-21  
ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2567. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2568. เข้าถึงได้จาก  
<https://shorturl.asia/2y7uv>
- กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์]. (2567). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทย  
ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2567 สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2568. เข้าถึงได้จาก  
<https://shorturl.asia/YBo9O>

- กรมควบคุมโรค. [ออนไลน์]. (2568). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 4 มิถุนายน 2568. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2568. เข้าถึงได้จาก Alert\_covid\_04.26.2568.pdf
- Bellato V, Konishi T, Pellino G, An Y, Piciocchi A, Sensi B, Siragusa L, Khanna K, Pirozzi BM, Franceschilli M, Campanelli M, Efetov S, Sica GS, Carannante F, D'Ambrosio G, Zangrillo A, Spinelli A, Angelos P, Mayol J, et al. (2020). Screening policies, preventive measures and in-hospital infection of COVID-19 in global surgical practices. *Journal of Global Health*. 10(2), 020507. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020507>
- Habibi R, Eccleston-Turner M & Burci GL. (2025). The 2024 Amendments to the International Health Regulations: A New Era for Global Health Law in Pandemic Preparedness and Response?. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 53(S1): 47-50. doi:10.1017/jme.2025.16.
- Kaine G., Greenhalgh S., & Wright V. (2022). Compliance with COVID-19 measures: Evidence from McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, Lewis J, Baer A, Kawakami V, Lukoff MD, Ferro J, Brostrom-Smith C, Rea TD, Sayre MR, Riedo FX, Russell D, Hiatt B, Montgomery P, Rao AK, et al. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *The New England Journal of Medicine*. 382(21), 2005–2011. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
- Moothadeth A, Waqar S, Ghouri N, Iqbal Z, Alam J, Ahmed S, Abbas SZ. (2020). Fasting during Ramadan and the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*. 70(5), 306–308. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa103>
- New Zealand. *PLOS ONE*. 17(2), e0263376. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263376>
- Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, Mehta RS, Warner ET, Sikavi DR, Lo CH, Kwon S, Song M, Mucci LA, Stampfer MJ, Willett WC, Eliassen AH, Hart JE, Chavarro JE, Rich-Edwards JW, et al. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 5(9), e475-e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. (2020). Risk factors of healthcare workers with coronavirus disease 2019: A retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clinical Infectious Diseases*. 71(16), 2218–2221. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>
- Research Clinical Anaesthesiology* 35(3), 293–296. <https://doi.org/10.1016/j.clet.2022.100440>
- Shao S, Zhou D, He R, Li J, Zou S, Mallery K, Kumar S, Yang S, Hong J. (2021). Risk assessment of airborne transmission of COVID-19 by asymptomatic individuals under different practical settings. *Journal of Aerosol Science*, 151, 105661. <https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105661>
- Thomas A, & Suresh M. (2021). Economic impact of COVID-19 on hospitals. *Best Practice &*
- Waroonkun, T., & Prugsiganont, S. (2022). Preventing the spread of COVID-19 through environmental design in Thai community hospitals. *Frontiers in Built Environment*. 8, 947211. <https://doi.org/10.3389/fbuil.2022.947211>
- World Health Organization. [Online]. (2022). **COVID-19 situation updates for week 52 (25–31 December 2022)**. Retrieved (2025, 10 May) Retrieved from <https://shorturl.asia/ajH1W>

World Health Organization.[Online]. (2020). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Retrieved (2025, 10 May) Retrieved from <https://shorturl.asia/1HLlp>