

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

# Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 10 No. 3

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๓

September - December 2024

กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๗



# Public Health Policy & Laws Journal

## วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.10 No.3

September – December 2024

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๓

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๗

### Content สารบัญ

#### Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand 451-464  
*Kittipan Chuaybunchoo, Chardsumon Prutipinyo, Wirin Kittipichai*  
การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย  
*กิตติพันธ์ ช้วยบุญชู, ฉัตรสุมน พฤตวิญญู, วิรินธี กิตติพิชัย*
- Satisfaction on the Welfare and Stress Level among New Recruits in the Royal Thai Army at the 4th Army area, Wachirawut Camp 465-476  
*Nutchanok Chaiyakam, Chamnong Thanapop, Sasithorn Thanapop*  
ความพึงพอใจต่อสวัสดิการและระดับความเครียดของทหารใหม่กองทัพบก กองทัพภาคที่ 4 ค่ายวชิราวุธ  
*ณัฐชนก ไชยกาญจน์, จำนงค์ ณะภาพ, ศศิธร ณะภาพ*
- Demand and Access to Primary Dental Services of the Social-Bound Elderly, Na-Bon District Nakhon Si Thammarat Province 477-493  
*Naruemon Chanadee, Sasithorn Thanapop*  
ความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมปฐมภูมิของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช  
*นฤมล ชะนะดี, ศศิธร ณะภาพ*

- Organization Atmosphere and Intention to Stay among Personnel of Thai Traditional and Alternative Medicine Department, Ministry of Public Health

*Phusacha Junprasert, Youwanuch Sattayasomboon*

บรรยากาศองค์การกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

*ผุสชา จันทร์ประเสริฐ, ยูวนุช สัตยสมบุรณ์*

495-505
- Burnout among dental nurses in sub-district health promoting hospitals, Health Region 4

*Jutathip Intaphalan, Sariyamon Tiraphat, Chanida Lertpitakpong*

ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

*จุฑาทิพย์ อินทผลัญญ, ศรียามน ตีรพัฒน์, ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์*

507-520
- Consumer Protection Performance on Health Products among Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals, Health Region 11

*Nathida Chuaybunchoo, Youwanuch Sattayasomboon, Sariyamon Tiraphat, Sarunya Benjakul*

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11

*ณัฐธิดา ช่วยบุญชู, ยูวนุช สัตยสมบุรณ์, ศรียามน ตีรพัฒน์, ศรีณญา เบญจกุล*

521-532
- Factors that influence intention to participate in prevention and control of dangerous communicable disease among village health volunteers, Samut Prakan Province

*Acharaporn Kruajan, Youwanuch Sattayasomboon, Jitapit Sillabutra, Wirin Kittipichai*

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดสมุทรปราการ

*อชราภรณ์ เครือจันทร์, ยูวนุช สัตยสมบุรณ์, จุฑาธิป ศีลบุตร, วิรินธี กิตติพิชัย*

533-543
- Factors Influencing Technology Acceptance Among Village Health Volunteers in Kalasin Province: A Case Study on the Smart OSM Application

*Rattapon Kongpod, Prasongchai Setthasuravich*

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษาแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.

*รัฐพล กองพอด, ประสงค์ชัย เศรษฐสุรวิชญ์*

545-566

- Factors affecting working-age citizens' potential decisions to use private nursing homes 567-581  
in Muang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province  
*Thanusin Saleeon, Pannarat Tanachockchaivong, Pamonsri Inchon*  
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงานอำเภอเมือง  
สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร  
ธนุศิลา สลืออ่อน, ปันณรัตน์ ธนโชคชัยวงษ์, ภามรศรี อินทร์ชน
- Learning Organizations Influencing the Role Performance in Family Physician Teams of 583-594  
Village Health Volunteers in Nabhon District, Nakhon Si Thammarat Province.  
*Weerasak Pradasak, Chakkarin Parimanon*  
องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช  
วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์, จักรินทร์ ปริมาณนที
- Transformational Leadership and Good Governance of Personnel at District Public 595-608  
Health Office in Chumphon Province  
*Thanawat Yeekeew, Chardsumon Prutipinyo, Natnaree Aimyong*  
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการบริหารกับธรรมาภิบาลของบุคลากรสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร  
ธนวรรตม์ ยี่คิ้ว, ฉัตรสุมน พฤตมิถิโย, ณัฐนารี เอมยงค์
- The effect of music to reduce anxiety in students receiving dental services at 609-621  
Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province  
*Panali Phloiman, Benjarat Miphaikhor, Patcharapom Deekung, Methinee Intarates*  
ผลของเสียงเพลงเพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการทันตกรรม วิทยาลัยการ  
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก  
ปานาลี พลอยมัน, เบญจรัตน์ มีไผ่ขอ, พัชราภรณ์ ดีกั้ง, เมธิณี อินทรเทศ

#### Academic Paper บทความวิชาการ

- The Analysis of the Problems on the Protection of Traditional Knowledge Related to 623-637  
Herbs  
*Thanadchapon Kungsung*  
วิเคราะห์ปัญหาการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร  
ธัญพร กิ่งสังข์

- Legal Measures to Control an Operation of Surrogacy in Thailand 639-653  
*Nattanit Limpaowart*  
 มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย  
 ณัฐนิช ลิมปโหวาท
- Primary Health Care System Development According to Thailand's Health Policy 655-666  
*Tawatchai Sunthonnon*  
 การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทย  
 ณรงค์ ใจเที่ยง, ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ก้องไพโรจน์ ต้นสุชาติ

#### Interesting Law/Supreme Court Order

# วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

## Public Health Policy & Laws Journal

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
  2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ ได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
  3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
- เจ้าของ :** มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ / Research Institute for Community Happiness and Leadership Foundation
- ประเภท** เข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และออนไลน์ (online)
- ขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับ**
- นโยบายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (health and environmental health policy)
  - กฎหมายสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (health and environmental law)
  - การจัดการสุขภาพ และการบริหารงานสาธารณสุข (public health administration)
  - สังคมศาสตร์การแพทย์ (social medicine)
  - ระบาดวิทยาและการควบคุมโรค (epidemiology and preventive care)
  - สุขศึกษาและการสื่อสารทางสุขภาพ (health education and communication)
  - เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics)
  - ระบบสุขภาพ (health system)
  - เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทุกประเภท (matters related to all types of public health)
- กำหนดออก** ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
  - ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
  - ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เป็นบทความต้นฉบับที่ไม่ได้ผ่านการตีพิมพ์ที่ใดหรือไม่ได้ส่งไปวารสารอื่นใด  
ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) จากหลากหลายสถาบัน แบบ  
ปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (Double Blind) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access)  
และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิ์บทความและให้  
สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความ  
และเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเฟื่องในวารสารกฎหมายและนโยบาย  
สาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

#### ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

#### สำนักงาน

420/1 อาคารสวีสต์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 0 2644 8833 email: [phlaw.journal@gmail.com](mailto:phlaw.journal@gmail.com)

#### ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข  
420/1 อาคารสวีสต์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 0 2644 8833 e-mail : [phlaw.journal@gmail.com](mailto:phlaw.journal@gmail.com)  
[https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/information/authors](https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors)

# วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

## Public Health Policy & Laws Journal

### คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล

### บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์,  
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

Assoc. Prof. Dr. Manas Behera, Kalinga Institute of Industrial Technology, India

### กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวีศรี กิจสุขจิต คณะสังคมศาสตร์ ภาควิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
อาจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศกร งามอาจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

รองศาสตราจารย์ธัชพร กังสังข์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions,

Hofstra University

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลป์กุล สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศเกษ มั่นจิตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

## บรรณาธิการแถลง

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่อง ในประเด็นต่างๆ ทั้งประเด็นของสุขภาพจิต เช่น “ความพึงพอใจต่อสวัสดิการและระดับความเครียดของทหารใหม่กองทัพบก กองทัพภาคที่ ๔ ค่ายวชิราวุธ”; “ผลของเสียงเพลงเพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก”; และ “ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ ๔”; ประเด็นของอุปสงค์-อุปทาน ของระบบบริการสุขภาพ เช่น “การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย”; “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจ ในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดสมุทรปราการ”; “การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทย”; และ “การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ ๑๑”; ประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร”; และ “ความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมปฐมภูมิของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช”; ไปจนถึงประเด็นการบริหารองค์การ ภาวะผู้นำ และ ธรรมภิบาล เช่น “บรรยากาศองค์การกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข”; และ “ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมภิบาลของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดชุมพร”; ประเด็นการจัดการความรู้ เช่น “องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอกรอบ ครีวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช”; รวมไปถึงประเด็นของการใช้เทคโนโลยีในระบบสุขภาพ เช่น “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.”; ประเด็นของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข สุข เช่น “วิเคราะห์ปัญหาการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร”; และ “มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนในประเทศไทย”

## Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand

Kittipan Chuaybunchoo<sup>1</sup>, Chardsumon Prutipinyo<sup>2</sup>, Wirin Kittipichai<sup>3</sup>

*1 Student in M.Sc. Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*3 Department of Family Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

### Original article

#### OPEN ACCESS

Citation: Chuaybunchoo K., Prutipinyo C., & Kittipichai W. Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/272544](https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272544)

Received: 23 April 2024

Revised: 15 May 2024

Accepted: 20 May 2024

#### Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study the health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand. The sample group consisted of 178 officials primarily responsible for health promotion work. Data were collected using questionnaires with a reliability coefficient of 0.98. The data were analyzed for frequency distribution, percentages, means, standard deviations, t-tests, and one-way ANOVA.

The research found that 55.6 percent of the sample were female, with an average age of 50 years (SD = 6.38). Of all participants, 80.9 percent had a bachelor's degree in education, 36.5% had worked for 11-20 years and had received health promotion training. Among the facilities, 79.2 percent were medium-sized health promoting hospitals, 67.4 percent had 7-12 personnel, and 54.0 percent were in semi-rural areas. Overall, health promotion operations were rated at the highest level (Mean = 4.31, SD = 0.44). The characteristics of the main responsible officials varied. However, the health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization did not show a statistically significant difference.

Health promoting hospitals transferred to the Provincial Administrative Organization should use the research results to develop and support continuous health promotion operations.

**Keyword:** Health promotion operations; Transferred to another administrative agency; Health Promoting Hospitals; the Southern Provincial Administrative Organization

## การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

กิตติพันธ์ ช่วยบุญชู<sup>1</sup>, ฉัตรสมน พงศนิญญา<sup>2</sup>, วิริทธิ์ กิตติพิชัย<sup>3</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 23 เม.ย. 2567

วันแก้ไข 15 พ.ค.2567

วันตอบรับ 20 พ.ค. 2567

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 178 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.6 เป็นเพศหญิง มีอายุ เฉลี่ย 50 ปี (SD = 6.38) ร้อยละ 80.9 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี การปฏิบัติงานมาแล้ว 11 – 20 ปี ร้อยละ 36.5 ได้รับการฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 79.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง ร้อยละ 67.4 จำนวนบุคลากร 7 – 12 คน ร้อยละ 54.0 อยู่ในพื้นที่กิ่งชนบท ร้อยละ 66.3 ภาพรวมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักต่างมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด นำผลไปพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ; การถ่ายโอนภารกิจ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก ยังคงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตของประชากร 3 ใน 4 มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบได้มากในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็มมาก พักผ่อนน้อย และ มีความเครียด ส่งผลให้ความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น น้ำหนักตัวเกิน ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา (Institute for Population and Social Research, 2018)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงให้บรรลุถึงความสำเร็จ จิตใจ สันติ กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจรู้ปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคม และธรรมชาติ ในปี พ.ศ. 2529 การประชุมที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ได้มีประกาศกฎบัตรออตตาวา กำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a Healthy Public Policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal Skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health Services) (World Health Organization, 1986)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน จากงานวิจัยของ Klunklin, A. et al. (2015) พบว่า บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ออตตาวา ได้แก่ 1)

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ และ Bahe, R. and Prateepko, T. (2017) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพกฎบัตรออตตาวาในการใกล้เคียง การประสานงาน และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระดับมาก

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ได้ดำเนินการรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 283 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2,154 คน (The Prime Minister's Office, 2021) ซึ่งข้อดีของการถ่ายโอน คือ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น (Srikajornwong, R., 2022)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการดูแลสุขภาพประชาชน มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริม สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ในช่วงระยะแรกอาจประสบปัญหาความต่อเนื่องของการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการบริหารจัดการที่ดีในหน่วยงาน ขาดการบูรณาการในการบริการสุขภาพในพื้นที่ ทั้งในปฐมภูมิ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งล้วนต้องอาศัยความร่วมมือกันในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ การสร้างเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคตามวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพบุคคลอย่างต่อเนื่องสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน มั่นคงต่อการรักษาสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้ง เป็นการกระตุ้น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลทุกกลุ่มวัยในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ และเพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในช่วงต้น และความสำคัญของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้ผู้วิจัยศึกษา การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ จำนวน 283 แห่ง (The Prime Minister's Office, 2021)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตั้งแต่วันที่ 2 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Wayne W., D., 1995) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 212 คน โดยมีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ การสุ่มแบบแบ่งชั้น และการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ชนิดที่ตอบด้วยตนเอง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม ขนาดของ รพ.สต. จำนวนบุคลากร รพ.สต. และระดับพื้นที่ รพ.สต. เป็นคำถามเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดให้
2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เป็นคำถามมาตราประมาณค่า มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ จริงทั้งหมด ถึงไม่จริง โดยจริงทั้งหมด 5 คะแนน จริงเกือบทั้งหมด 4 คะแนน จริงน้อย 3 คะแนน จริงน้อยที่สุด 2 คะแนน และไม่จริง 1 คะแนน
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC) ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักทางไปรษณีย์ โดยมีซองปิดผนึกไม่ให้เปิดเผยแต่ละบุคคล การส่งเอกสารกลับ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ โดยได้แนบซองจดหมายพร้อมติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัยโดยตรง และนัดหมาย วัน เวลา การเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 15 วัน และติดตามแบบถามถึงกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เมื่อครบ 30 วัน

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2023-151 เลขที่โครงการ 154/2566 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ให้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ

ทดสอบที (t-test) และกรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) กรณีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่ม

### ผลการวิจัย

#### 1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลัก

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 212 ชุด รับผิดชอบแบบสอบถาม จำนวน 178 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.96 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 49.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.9) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11 – 20 ปี (ร้อยละ 36.5) การฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 79.2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง (ร้อยละ 67.4) จำนวนบุคลากร 7 – 12 คน (ร้อยละ 54.0) และระดับพื้นที่กึ่งชนบท (ร้อยละ 66.3)

#### 2. ผลการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) สำหรับรายด้าน พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.50) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.37, SD = 0.45) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.61) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้รับผิดชอบหลัก  
ในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย (n=178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ	Mean	SD	แปลผล
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	4.29	0.56	มากที่สุด
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.31	0.57	มากที่สุด
การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	4.15	0.61	มาก
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	4.37	0.45	มากที่สุด
การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ	4.44	0.50	มากที่สุด
ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ	4.31	0.44	มากที่สุด

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน  
การสร้างนโยบายสาธารณะ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี  
ระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean  
= 4.29, SD = 0.56) หากพิจารณารายชื่อ พบว่า เจ้าหน้าที่  
ผู้รับผิดชอบหลักให้การสนับสนุนข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ  
ตามช่วงกลุ่มวัย เช่น การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย อยู่ใน  
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.64) ได้ใช้  
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดนโยบาย  
สาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =  
4.33, SD = 0.61) มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้าง  
นโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุก  
กลุ่มวัย อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.84)

ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่อย่าง  
ต่อเนื่อง เช่น ธรรมนูญไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ อยู่ใน  
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.65) สนับสนุนการ  
ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น  
โครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส อยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.25, SD = 0.68) สร้างการมีส่วนร่วมในการ  
คุ้มครองผู้บริโภคเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี โดยภาคเครือข่าย  
เช่น สสจ. สสอ. อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD  
= 0.71) และน่านโยบายส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ไม่  
สูบบุหรี่มาบังคับใช้ในพื้นที่สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.16, SD = 0.78) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ  
ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (n = 178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง ทั้งหมด	จริงเกือบ ทั้งหมด	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด	ไม่จริง		
1. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างนโยบาย สาธารณะ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทุกกลุ่มวัย	89 (50.0)	69 (38.8)	14 (7.9)	2 (1.1)	4 (2.2)	4.33	0.84
2. น่านโยบายส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ ไม่สูบบุหรี่ มาบังคับใช้ในพื้นที่สุขภาพ	64 (36.0)	85 (47.8)	24 (13.5)	4 (2.2)	1 (0.6)	4.16	0.78

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง ทั้งหมด	จริงเกือบ ทั้งหมด	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด	ไม่จริง		
3. ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง เช่น รมรรงค์ไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่ สาธารณะ	74 (41.6)	87 (48.9)	16 (9.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	4.31	0.65
4. ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการ กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	73 (41.0)	91 (51.1)	14 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.33	0.61
5. สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน งานอนามัยแม่และเด็ก เช่น โครงการ มหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส	68 (38.2)	89 (50.0)	19 (10.7)	2 (1.1)	0 (0.0)	4.25	0.68
6. สร้างการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อส่งเสริมสุขภาพดี โดยภาคีเครือข่าย เช่น สสจ. สสอ.	70 (39.3)	86 (48.3)	19 (10.7)	3 (1.7)	0 (0.0)	4.25	0.71
7. ให้การสนับสนุนข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ ตามช่วงกลุ่มวัย เช่น การดูแลสุขภาพตาม กลุ่มวัย	92 (51.7)	75 (42.1)	9 (5.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	4.44	0.64

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน  
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลการวิเคราะห์  
ข้อมูล โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก  
ที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) หากพิจารณารายข้อ  
พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักพัฒนาการมีส่วนร่วม  
ดูแลสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต. เช่น ที่ทำงานปลอดบุหรี่ อยู่  
ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47, SD = 0.69) จัดสถานที่  
ทำงานใน รพ.สต. ที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่  
สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46, SD = 0.64)

มมเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่ทุกคน  
สามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่างครอบคลุม อยู่ในระดับมาก  
ที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.67) สร้างสิ่งแวดล้อมทาง  
กายภาพ โดยปรับปรุงอาคารสถานที่ ให้มีความเหมาะสม  
อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD = 0.74) และ  
หน่วยงานเป็นต้นแบบการดำเนินงานสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ  
สุขภาพ เช่น ต้นแบบสวนสมุนไพร อยู่ในระดับมาก (Mean  
= 4.01, SD = 0.92) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ  
ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (n = 178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง	จริงเกือบ	จริง	จริงน้อย	ไม่จริง		
	ทั้งหมด	ทั้งหมด	น้อย	ที่สุด			
1. จัดสถานที่ทำงานใน รพ.สต.ที่เอื้อต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่สุขภาพ	95 (53.4)	72 (40.4)	9 (5.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	4.46	0.64
2. สร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยปรับปรุง อาคารสถานที่ ให้มีความเหมาะสม	80 (44.9)	78 (43.8)	15 (8.4)	5 (2.8)	0 (0.0)	4.30	0.74
3. หน่วยงานเป็นต้นแบบการดำเนินงาน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ต้นแบบ สวนสมุนไพร	59 (33.1)	75 (42.1)	36 (20.2)	3 (1.7)	5 (2.8)	4.01	0.92
4. พัฒนาการมีส่วนร่วมดูแลสิ่งแวดล้อมของรพ. สต. เช่น ที่ทำงานปลอดบุหรี่	101 (56.7)	64 (36.0)	9 (5.1)	4 (2.2)	0 (0.0)	4.47	0.69
5. มุมเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชน ในพื้นที่ทุกคน สามารถเข้าไปใช้บริการได้ อย่างครอบคลุม	78 (43.8)	84 (47.2)	14 (7.9)	2 (1.1)	0 (0.0)	4.33	0.67

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการ  
เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล  
โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก  
(Mean = 4.15, SD = 0.61) หากพิจารณารายข้อ พบว่า  
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักมีกิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ มี  
การปฏิบัติอย่างน้อย 1 ปี เช่น กิจกรรมส่งเสริมการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน อยู่ใน  
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.62) ใช้กระบวนการ  
กลุ่ม มาใช้ในการสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ในระดับ  
พื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, SD = 0.65)  
ธนาคารสมุนไพร อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.98, SD =  
0.93) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

กิจกรรมชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ธนาคารสมุนไพรใน  
พื้นที่ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ได้นำมาจัดการ  
ความรู้สู่การเป็นต้นแบบของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ใน  
ระดับมาก (Mean = 4.10, SD = 0.82) กระตุ้นชุมชนให้นำ  
ทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สมุนไพรฟ้าทะลายโจร แห่ล้างน้ำพุ  
ร้อน มาใช้ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน  
โรค อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, SD = 0.77) และทำ  
ให้พื้นที่สุขภาพ มีนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดย  
ชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ การจัดการท่องเที่ยวเชิง  
สุขภาพ

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (n = 178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน ให้เข้มแข็ง	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง ทั้งหมด	จริงเกือบ ทั้งหมด	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด	ไม่จริง		
1. กิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ มีการปฏิบัติ อย่างน้อย 1 ปี เช่น กิจกรรมส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิด ความยั่งยืน	82 (46.1)	82 (46.1)	14 (7.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.38	0.62
2. กิจกรรมชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น ธนาคารสมุนไพรในพื้นที่ การออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ ได้นำมาจัดการความรู้ สู่การ เป็นต้นแบบของการส่งเสริมสุขภาพ	64 (36.0)	74 (41.6)	37 (20.8)	1 (0.6)	2 (1.1)	4.10	0.82
3. การใช้กระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการสร้าง เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่	67 (37.6)	90 (50.6)	21 (11.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.25	0.65
4. การกระตุ้นชุมชนให้นำทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สมุนไพรพืชมงคลยาใจ แหล่งน้ำ พุร้อน มา ใช้ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	56 (31.5)	78 (43.8)	42 (23.6)	2 (1.1)	0 (0.0)	4.05	0.77
5. การทำให้พื้นที่สุขภาพ มีนวัตกรรมส่งเสริม สุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เช่น โรงเรียน ผู้สูงอายุ การจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ธนาคารสมุนไพร	58 (32.6)	74 (41.6)	37 (20.8)	4 (2.2)	5 (2.8)	3.98	0.93

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน  
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี  
ระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean  
= 4.37, SD = 0.45) หากพิจารณารายข้อ พบว่า หากมี  
ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก  
สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ถ่ายทอดให้กับผู้ดูแลในการจัดการ  
สุขภาพในชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.55, SD = 0.49) ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ  
แก่ผู้มารับบริการใน รพ.สต. เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.46,

SD = 0.54) ได้บริการส่งเสริมสุขภาพตรวจร่างกาย  
ประเมินสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง อยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.44, SD = 0.55) เป็นต้นแบบที่ดีในการส่งเสริม  
สุขภาพในพื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.30, SD  
= 0.56) ออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ เช่น  
การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อยู่ใน  
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริม  
พลังให้กับกลุ่มเป้าหมายในการดื่ดักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการ  
การส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ อยู่ในระดับมาก (Mean  
= 4.17, SD = 0.73) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (n = 178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง	จริงเกือบ	จริง	จริงน้อย	ไม่จริง		
	ทั้งหมด	ทั้งหมด	น้อย	ที่สุด			
1. การเสริมพลังให้กับกลุ่มเป้าหมายในการตั้ง ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ของตนเองได้	60 (33.7)	93 (52.2)	23 (12.9)	0 (0.0)	2 (1.1)	4.17	0.73
2. การเป็นต้นแบบที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพใน พื้นที่	63 (35.4)	106 (59.6)	9 (5.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.30	0.56
3. การได้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจร่างกาย ประเมินสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง	85 (47.8)	88 (49.4)	5 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.44	0.55
4. การออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ สร้าง แรงจูงใจ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับวัย	63 (35.4)	105 (59.0)	10 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.29	0.56
5. การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้มารับ บริการในรพ.สต. เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	87 (48.9)	87 (48.9)	4 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.46	0.54
6. หากมีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง สามารถใช้ ทักษะที่มีอยู่ถ่ายทอดให้กับผู้ดูแล ในการ จัดการสุขภาพในชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ	98 (55.1)	80 (44.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.55	0.49

การวิเคราะห์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการ  
ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล  
โดยมีระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.44, SD = 0.50) หากพิจารณารายชื่อ พบว่า  
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักได้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับมาก  
ที่สุด (Mean = 4.50, SD = 0.54) เป็นคนกลางประสาน  
ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.47, SD = 0.59)  
ปรับเปลี่ยนการทำงานจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก อยู่ในระดับ  
มากที่สุด (Mean = 4.42, SD = 0.58) ทำให้เกิดการมีส่วน  
ร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ  
ระดับพื้นที่ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.42, SD =  
0.58) เป็นแกนนำในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนสุขภาพ เช่น แกน  
นำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด  
(Mean = 4.41, SD = 0.57) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ  
ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (n = 178)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยน ระบบบริการสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการดำเนินงาน					Mean	SD
	จริง ทั้งหมด	จริงเกือบ ทั้งหมด	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด	ไม่จริง		
	1. เปลี่ยนแปลงการทำงานจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก	84 (47.2)	85 (47.8)	9 (5.1)	0 (0.0)		
2. เป็นคนกลางประสานความร่วมมือจากทุกภาค ส่วนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ	92 (51.7)	79 (44.4)	6 (3.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	4.47	0.59
3. ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่	83 (46.6)	88 (49.4)	6 (3.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	4.42	0.58
4. เป็นแกนนำในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนสุขภาพ เช่น แกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	81 (45.5)	89 (50.0)	8 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.41	0.57
5. การได้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการ เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	93 (52.2)	81 (45.5)	4 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.50	0.54

**3. ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล  
ของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานกับ  
การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ภาคใต้ ประเทศไทย**

ผู้วิจัย ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักที่มี เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่างกันมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะของหน่วยงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย

ตัวแปร	การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน				p-value
	n	Mean	SD	t/F value	
เพศ					
ชาย	79	4.34	0.44	0.588	0.558
หญิง	99	4.30	0.46		

ตัวแปร	การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน				p-value
	n	Mean	SD	t/F value	
อายุ (ปี)					
40 หรือต่ำกว่า	23	4.26	0.50	0.227	0.797
41 – 50	67	4.33	0.48		
มากกว่า 50	88	4.32	0.43		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี	150	4.31	0.45	0.326	0.745
ปริญญาโทหรือสูงกว่าปริญญาโท	28	4.34	0.43		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)					
20 หรือต่ำกว่า	72	4.35	0.45	0.129	0.879
21 – 30	57	4.31	0.46		
มากกว่า 30	6	4.33	0.32		
การฝึกอบรม					
เคย	37	4.33	0.51	0.242	0.809
ไม่เคย	141	4.31	0.43		
ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
ขนาดใหญ่ (L)	17	4.28	0.39	0.936	0.394
ขนาดกลาง (M)	120	4.29	0.47		
ขนาดเล็ก (S)	41	4.40	0.41		
จำนวนบุคลากร รพ.สต. (คน)					
น้อยกว่า 7	87	4.36	0.45	1.199	0.304
7 – 12	81	4.26	0.45		
มากกว่า 12	5	4.21	0.53		
ระดับพื้นที่ของ รพ.สต.					
พื้นที่ชุมชนเมือง	15	4.40	0.41	1.098	0.336
พื้นที่กึ่งเมือง	45	4.38	0.46		
พื้นที่กึ่งชนบท	118	4.28	0.45		

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า ภาพรวมระดับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักได้ปฏิบัติงานครอบคลุมการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบาย

สาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klunklin, A. et al. (2015) บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 5 ยุทธศาสตร์สอดคล้อง ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง 4) การ

พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ลักษณะการดำเนินงานในแต่ละบทบาท จะมีจุดเด่นในการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเด็นในการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละบริบทที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.44, SD = 0.50) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.37, SD = 0.45) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.57) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.29, SD = 0.56) และการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.15, SD = 0.61) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Wauters, Y. and Tiparat, W. (2019) การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยบทบาทด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ((Mean = 2.41, SD = 0.51) และในงานวิจัยของ Bahe, R. and Prateepko, T. (2017) พบว่า ได้ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การใกล้ชิด การประสานงาน การสนับสนุนชี้แนะ และการเสริมสร้างความสามารถ เป็นกลยุทธ์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบหลักและคุณลักษณะของหน่วยงานไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaikeaw, P., Bouphan, P. and Udompanich, S. (2018) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย ยังสามารถให้บริการประชาชนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ มีการทำงานที่มุ่งเน้นให้บริการประชาชนในพื้นที่ และได้มีงานวิจัยของ Srikajomwong, R. (2022). พบว่า ข้อดีของการถ่ายโอนคือสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น ส่วนข้อเสีย คือ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจะขาดความเชื่อมโยงในภาพรวม และความไม่แน่นอนในทางการเมือง

ข้อดีของการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาค โดยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ที่รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เร่งพัฒนาและสร้างความต่อเนื่องในการดำเนินส่งเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมแต่ละพื้นที่

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริม สนับสนุน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างกิจกรรมให้ชุมชนเข้มแข็ง สร้างความยั่งยืนตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาสังกัด

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและมีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามบริบทพื้นที่

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bahe, R. and Prateepko, T. (2017). Factors Affecting Abilities on Health Promotion of Health Officers in Sub-District Health Promoting Hospital, Pattani Province. *Journal of Health Science*, 26(3), 838-846.
- Institute for Population and Social Research. (2019). Thai people's health 2018. Nakhon Pathom: Mahidol University.
- Kaikaew, P., Bouphan, P. and Udompanich, S. (2018). Personal characteristics and Organization Support Influencing Performance of Health Personnel in Health Promotion and Disease Prevention at Tambon Health Promotion Hospital in Muang Nong Khai. *Research and Development Health System Journal*, 12 (1), 311-318.
- Klunklin, A., Wichaikhum, O., Kunaviltikul, W. and Jaiwilai, W. (2015). Nurses' Role on Developing Health Promotion Innovation in Northern, 42, 178-186.
- Rodjarpai, Y. (2019). Health Promotion and Health Literacy. Chonburi: Get Good Creation Company Limited.
- Srikajornwong, R. (2022). Readiness of the Provincial Administration Organization and Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2 (3), 315-334.
- The Prime Minister's Office. (2021). Carrying out the transfer of missions of the Chaloe Phrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital. to the Provincial Administrative Organization. Bangkok: The Prime Minister's Office.
- Wauters, Y. and Tiparat, W. (2019). Health Promotion Competency and Practice among Nurses in Primary Care Services, Southern Region of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6 (3), 41-52.
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of analysis in the health sciences* (6<sup>th</sup> ed.). John Wiley & Sons, Inc., 177-178.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. An International conference on Health promotion, November 17-29, 1986. Ottawa; Ontario, Canada.
- Zurick, P. (2017). *Health Promotion: Concepts, Theory & Innovation*. Bangkok: Green Life Printing House Company Limited.

# Satisfaction on the Welfare and Stress Level among New Recruits in the Royal Thai Army at the 4<sup>th</sup> Army area, Wachirawut Camp

Nutchanok Chaiyakarn<sup>1</sup> Chamnong Thanapop<sup>2\*</sup> Sasithorn Thanapop<sup>2</sup>

*1 Student in Master of Public Health Program School of Public Health, Walailak University*

*2 Lecturers in Master of Public Health Program School of Public Health, Walailak University*

*\*Corresponding author contact E-mail address: tchamnon@wu.ac.th*

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Chaiyakarn, N, Thanapop, C, & Thanapop, S. Satisfaction on the Welfare, Stress, and Coping Mechanisms among New Recruits in the Royal Thai Army at the 4th Army area, Wachirawut Camp. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/272952](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272952)

Received: 6 May 2024

Revised: 22 May 2024

Accepted: 28 May 2024

### Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to assess stress level, satisfaction on the welfare, and coping mechanisms among new recruits in the 4th Army area, Wachirawut Camp, Thailand, and to analyze their associations with stress level. Data were collected from 231 participants, using a self-administered questionnaire. Descriptive statistics and chi-square tests were employed for data analysis.

The results showed that more than half of participants (67.1%) voluntarily enlisted, with a mean age of 21.7 years. More than three out of ten (35.9%) completed high school level education. Overall, 51.1% of the participants reported mild stress level, while 37.7%, 6.0% and 5.2% reported moderate, high and severe stress levels, respectively. Participants utilized both problem-focused and emotion-focused coping strategies. Satisfaction with the practice environment, living condition, nutrition, and healthcare access was at a good level, while satisfaction with assigned roles was at a moderate level. Income adequacy, living conditions, assigned duties, and healthcare access within the unit were significantly associated with stress levels. In conclusions, regular assessments of welfare satisfaction by relevant agencies and supervisors are recommended. Evaluation results should be used to improve the quality of military service, define appropriate roles, and optimize responsibilities.

**Keywords:** Satisfaction, Stress level, Coping Mechanisms, New Recruits, Thai Military

## ความพึงพอใจต่อสวัสดิการและระดับความเครียดของทหารใหม่กองทัพบก กองทัพภาคที่ 4 ค่ายวชิราวุธ

ณัฐชนก ไชยกาญจน์<sup>1</sup> จ่านงค์ ธนะภพ<sup>2\*</sup> ศศิธร ธนะภพ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: [tchamnon@wu.ac.th](mailto:tchamnon@wu.ac.th)

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 6 พ.ค. 2567

วันแก้ไข 22 พ.ค. 2567 วัน

ตอบรับ 28 พ.ค. 2567

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียด ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ และวิธีการเผชิญความเครียด รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัย และระดับความเครียดของทหารใหม่ สังกัดกองทัพภาคที่ 4 ค่ายวชิราวุธ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถาม จำนวน 231 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและโคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.1 รับการคัดเลือกเป็นพลทหารในรูปแบบสมัครใจ มีอายุเฉลี่ย 21.7 ปี ร้อยละ 35.9 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการประเมินความเครียดพบว่า มีระดับความเครียดน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1, 37.7, 6.0 และ 5.2 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดทั้งรูปแบบเผชิญกับปัญหาและการจัดการอารมณ์ ระดับความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในการฝึกปฏิบัติ ที่พักอาศัย ด้านโภชนาการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ความพึงพอใจต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอต่อรายได้และค่าใช้จ่าย สภาพที่พักอาศัย บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดในทหารใหม่ หน่วยงานและผู้บังคับบัญชาที่เกี่ยวข้องควรประเมินความพึงพอใจต่อการจัดสวัสดิการเป็นระยะๆ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งมอบหมายหน้าที่ให้มีความเหมาะสม

**คำสำคัญ:** ความพึงพอใจ, ระดับความเครียด, วิธีการเผชิญความเครียด, ทหารใหม่, กองทัพบกไทย

## บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกความเครียดร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 1.3 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัว พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน (Chutha et.al, 2023) โดยในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ภาพรวมสุขภาพจิตของคนในประเทศ เท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคน มีค่าสูงสุดในกลุ่มคนวัยทำงานอายุ 35-39 ปี (Thai Health report project, 2023) ซึ่งความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เกิดได้ทั้งจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ มนุษย์สัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Senanayake, 2020) ดังนั้นหากได้รับความเครียดเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตนำไปสู่การสูญเสียชีวิตและทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมีภาระเพิ่มขึ้น (WHO, 2013)

พลทหารใหม่กองประจำการ หรือ ทหารเกณฑ์ เป็นกำลังพลสำคัญของกองทัพไทยมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของชาติ เป็นผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนกองประจำการ และได้เข้ารับราชการในกองประจำการจนกว่าจะได้ปลดในการฝึกและการปฏิบัติหน้าที่ของทหารใหม่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งในสภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม แม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นแต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนตนเองไปสู่บทบาทใหม่ โดยการเปลี่ยนสถานภาพจากการใช้ชีวิตพลเรือนไปสู่ภาระหน้าที่รับใช้ประเทศชาติ ต้องเปลี่ยนงาน ต้องห่างจากครอบครัว ย่อมส่งผลต่อการปรับตัว ทัศนคติ และการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาทหารกองประจำการในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านการฝึกทหาร สภาพความเป็นอยู่ การปรับสภาพการดำเนิน

ชีวิตประจำวันจากพลเรือนมาเป็นทหารกองประจำการ การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก และการถูกจำกัดกิจกรรมKensila, 2017) แม้ว่าการรับราชการทหารยังมีความงอกงามทางจิตใจ มีการรับรู้คุณค่าจากสิ่งที่ได้รับจากการเป็นทหารอาชีพที่ได้จากรัฐและสวัสดิการความมีเกียรติและสัมพันธ์ภาพจากเพื่อนในสังคมทหาร (Duangurai & Taephant, 2017) เพื่อยกระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ให้ทหาร จึงจำเป็นต้องจัดสวัสดิการให้มีความเหมาะสม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ความก้าวหน้าในการทำงาน ความมั่นคงทางสังคม ที่อยู่อาศัย การเพิ่มพูนทางการศึกษาและการมีรายได้เสริม (Thongta, 2022)

กองทัพบกมีนโยบายในการแก้ปัญหา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นภารกิจเร่งด่วนของกองทัพบก โดยแบ่งกำลังพลทหารใหม่ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกประจำการที่ตั้ง สำหรับกำลังพลทหารใหม่กลุ่มที่ 2 ที่เข้ารับราชการเป็นเวลา 2 ปี กำหนดไปปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งต้องปฏิบัติภารกิจในห้วงเวลาหนึ่งซึ่งอาจจะประสบกับการเปลี่ยนแปลง ความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม ด้านสังคมและวัฒนธรรมแล้ว ยังต้องเผชิญกับสถานการณ์กดดันและความรุนแรง รวมทั้งทั้งทัศนคติ และมุมมองและความมั่นใจที่กำลังพลมีต่อหน่วยงาน ย่อมส่งผลต่อระดับความเครียดและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในกลุ่มพลทหารใหม่ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่และภารกิจ (Rukskul, 2011; Dickinson & Manorom, 2015)

ดังนั้นเพื่อให้สามารถทราบถึงระดับความพึงพอใจและขนาดของปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงได้ประเมินระดับความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านความเป็นอยู่และการได้รับการปฏิบัติ ระดับความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของทหารใหม่ กองทัพภาคที่ 4 ค่ายวชิราวุธ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการจัดสวัสดิการซึ่งเป็นปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการ  
ความเครียดให้สอดคล้องกับบริบทของทหารใหม่ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของทหารใหม่
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านความเป็นอยู่และการได้รับการปฏิบัติของทหารใหม่
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางด้านประชากร ทักษะจิตด้านความเป็นอยู่และการได้รับการปฏิบัติกับระดับความเครียดของทหารใหม่

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ WUEC 21 200 01 เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ.2564

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพลทหารใหม่กองประจำการผลัดที่ 2 ปี พ.ศ. 2563 ค่ายวชิราวุธ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 442 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณสัดส่วนประชากร ซึ่งกำหนดค่าสัดส่วน = 0.5 เพื่อความคลาดเคลื่อนไว้ 10% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 231 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นพลทหารใหม่ ผลัดที่ 2/ 63 ที่ติดประจำการ 1 ปี และ 2 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เช่น อ่านออก เขียนได้ 3) ไม่อยู่ระหว่างการลาพักหรือเจ็บป่วย และ 4) มีความเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นจากกรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทางด้านประชากร จำนวน 16 ข้อ 2) ความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านความเป็นอยู่และการ

ปฏิบัติหน้าที่ขณะอยู่ในหน่วยฝึก ข้อคำถามแบบให้  
เลือกตอบ 3 ระดับ (น้อย ปานกลาง มาก) จำนวน 25 ข้อ  
3) แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง โดยใช้แบบ  
ประเมินความเครียด ST-5 (Department of Mental  
Health, 2008) ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ  
พฤติกรรมและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2-4  
สัปดาห์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการเผชิญ  
ความเครียด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออก  
ในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นในการแก้ปัญหา หรือ  
เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ จากแนวคิด  
ของ Jalowiec, Murphy, & Power. (1984) อ้างใน  
Leelukkanaveera, (2018) โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็น  
แบบการประเมินค่า Likert scale ให้ผู้ตอบพิจารณา  
เลือกตอบ มีระดับคะแนน 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบ  
คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน  
3 ท่าน โดยมีค่า IOC รวมทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง เท่ากับ  
0.67-1.00 พร้อมนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)  
กับทหารใหม่ที่สังกัดค่ายทหารในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน  
มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs'  
Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95

การแปลคะแนนของระดับความเครียดและความ  
พึงพอใจ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ระดับความเครียด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ 5  
(Department of Mental Health, 2008) ได้แก่  
0 - 4 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดน้อย  
5 - 7 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดปาน  
กลาง  
8 - 9 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดมาก  
10 - 15 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียด  
มากที่สุด
- 2) ระดับความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านความเป็นอยู่  
และการได้รับปฏิบัติขณะอยู่ในหน่วยฝึก แบ่งออกเป็น 3  
ระดับ ได้แก่

- 1.00 – 1.66 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย
- 1.67 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
- 2.34 – 3.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารของหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2) หน่วยงานนำกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้วิจัยไปมอบแบบสอบถามและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทางด้านประชากร ระดับความพึงพอใจ ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียด และใช้สถิติเพียร์สันไคสแควร์ (Pearson's Chi-square) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับความเครียด โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับความเครียดน้อย และ ระดับความเครียดปานกลางถึงมากที่สุด

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### 1. ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 231 คน พบว่าร้อยละ 93.9 มีอายุระหว่าง 21 – 24 ปี ร้อยละ 67.1 รับการคัดเลือกเป็นพลทหารกองประจำการในรูปแบบการสมัครเอง ร้อยละ 35.9 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 70.1 นับถือศาสนาพุทธ โดย ร้อยละ 83.1 มีสถานภาพโสด ก่อนเข้ามาเป็นพลทหารใหม่พบว่า ร้อยละ 38.5 ประกอบ

อาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.9 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 40.3 สูบบุหรี่

### 2. ระดับความพึงพอใจต่อสวัสดิการความเป็นอยู่และการปฏิบัติหน้าที่ขณะอยู่ในหน่วยฝึก

ความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างปฏิบัติหน้าที่ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้านพบว่า สภาพแวดล้อมระหว่างการฝึกในค่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.2) และปานกลาง (ร้อยละ 41.6) เช่นเดียวกับที่พักอาศัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 55.8) และปานกลาง (ร้อยละ 39.0) การดูแลด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.5) และปานกลาง (ร้อยละ 39.4) การได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ในค่ายทหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.5) และระดับมาก (ร้อยละ 39.4) เช่นเดียวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการระหว่างฝึกในค่ายทหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.9) (ตารางที่ 1) ซึ่งหน่วยฝึกอาจจำเป็นต้องชี้แจงทำความเข้าใจกับหน้าที่แต่ละกลุ่มของทหารใหม่ให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามทหารใหม่มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการได้เรียนรู้งานและการเพิ่มทักษะใหม่ๆ ที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาความพึงพอใจต่อสวัสดิการของกำลังพลที่เป็นข้าราชการประจำ ซึ่งพบว่าโดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนความพึงพอใจที่สูง 3 ด้านแรก ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัย การทำงาน และความมั่นคงในสังคม ส่วนประเด็นด้านที่อยู่อาศัยและการมีรายได้เสริมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ (Thongta, 2022) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของบริษัทที่แตกต่างกันในกลุ่มข้าราชการประจำ เมื่อมีความมั่นคงในหน้าที่การทำงานแล้ว ยังคงต้องการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยและรายได้เสริมให้ครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมั่นคงยิ่งขึ้น

### 3. อาการ ระดับความเครียดและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการเกิดอาการทางด้านความเครียด มักจะเกิดเป็นบางครั้งมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้แก่ 1) ปัญหาการนอน นอนไม่หลับ 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ และรู้สึกเบื่อ เซ็ง (ตารางที่ 2) เมื่อแบ่งระดับความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดน้อย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 118 คน (ร้อยละ 51.1) ระดับปานกลาง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 37.7) ระดับมาก จำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.0) และระดับมากที่สุด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.2)

รูปแบบพฤติกรรมการเผชิญกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความถี่ของการใช้เป็นบางครั้งทุกรูปแบบ โดยมีวิธีการที่นำมาใช้บ่อยครั้ง ได้แก่ นำเอาประสบการณ์เดิมมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามอย่างยิ่งที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ การค้นหาเป้าหมายและการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ออกแรงเพื่อขจัดความเครียด เป็นต้น สำหรับรูปแบบด้านการจัดการกับอารมณ์ที่นำมาใช้บ่อย ได้แก่ การพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เคยประสบปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน

พยายามแก้ปัญหาโดยแยกปัญหาออกเป็นส่วนๆ และหากำลังใจ ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่และแนวทางการแก้ไขปัญหาของกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจที่ 1 กองกำลังสุรนารี ซึ่งพบว่ากำลังพลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย โดยพบว่ามีอาการเบื่อเซ็งมากที่สุด และหากเกิดความเครียดจะใช้วิธีการจัดการความเครียด ได้แก่ หลีกเลี่ยงการปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เสี่ยงภัย พูดคุยกับเพื่อนเพื่อสร้างอารมณ์ขัน อ่านหนังสือ รวมทั้งการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Dickinson & Manorom, 2014) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Nualsuwan, (2012) ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดเล็กน้อย โดยมีวิธีเผชิญความเครียดด้านการแก้ไขปัญหาใช้วิธีลดหรือขจัดความเครียดโดยพยายามวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นแบบใช้บ่อยมากที่สุด ด้านการยอมรับส่วนใหญ่ใช้วิธีลดหรือขจัดความเครียดโดยยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ ซึ่งระดับความเครียดจะมีความแตกต่างหากเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มทหารเรือซึ่งเป็นข้าราชการประจำ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการประเมินพบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Leelukkanaveera, 2018)

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจต่อสวัสดิการ ความเป็นอยู่และการปฏิบัติหน้าที่ขณะอยู่ในหน่วยฝึก (n=231)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ: จำนวน (ร้อยละ)			คะแนนเฉลี่ย (ระดับ)
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
สภาพแวดล้อมระหว่างการฝึกปฏิบัติ (โดยรวม)	19 (8.2)	96 (41.6)	116 (50.2)	2.42 (มาก)
1) สนามฝึกปฏิบัติมีขนาดที่กว้างขวางและเพียงพอ	14 (6.1)	101 (43.7)	116 (50.2)	2.44 (มาก)
2) หน่วยฝึกมีห้องน้ำเพียงพอกับจำนวนพลทหาร	28 (12.1)	135 (58.4)	68 (29.4)	2.17 (ปานกลาง)
3) การฝึกมีเครื่องช่วยฝึกเพียงพอ มีสภาพดี พร้อมใช้งาน	12 (5.2)	117 (50.6)	102 (44.2)	2.39 (มาก)
4) สถานที่ฝึกโล่ง ไม่อบอ้าวหรือร้อนเกิน	15 (6.5)	115 (49.8)	101 (43.7)	2.37 (มาก)
5) ที่นั่งพักบริเวณรอบสนามฝึก มีความเพียงพอเหมาะสม	22 (9.5)	100 (43.3)	109 (47.2)	2.38 (มาก)
6) รูปแบบการฝึก ไม่มีความรุนแรงและไม่ส่งผลต่อสุขภาพ	26 (11.3)	125 (54.1)	80 (34.6)	2.23 (ปานกลาง)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ: จำนวน (ร้อยละ)			คะแนนเฉลี่ย (ระดับ)
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
<b>ที่พักอาศัยในค่ายทหาร (โดยรวม)</b>	<b>12 (5.2)</b>	<b>90 (39.0)</b>	<b>129 (55.8)</b>	<b>2.51 (มาก)</b>
1) มีจำนวนห้องนอนเพียงพอกับจำนวนพลทหาร	14 (6.1)	110 (47.6)	107 (46.3)	2.40 (มาก)
2) โรงนอน มีอากาศถ่ายเทดี โลง ไม่ร้อนหรืออบอ้าว	26 (11.3)	116 (50.2)	89 (38.5)	2.27 (ปานกลาง)
3) โรงนอนสะอาดและไม่มีแหล่งพาหะนำโรค	21 (9.1)	134 (58.0)	76 (32.9)	2.24 (ปานกลาง)
4) มีจำนวนห้องนอน ห้องน้ำ เพียงพอกับจำนวนพลทหาร	20 (8.7)	139 (60.2)	72 (31.2)	2.23 (ปานกลาง)
5) มีของใช้ที่จำเป็น เพียงพอกับจำนวนพลทหาร	14 (6.1)	117 (50.6)	100 (43.3)	2.37 (มาก)
6) ห้องพักผ่อนจัดไว้เป็นสัดส่วน สะอาดเรียบร้อย	18 (7.8)	122 (52.8)	91 (39.4)	2.32 (ปานกลาง)
<b>การดูแลด้านโภชนาการ (โดยรวม)</b>	<b>14 (6.1)</b>	<b>91 (39.4)</b>	<b>126 (54.5)</b>	<b>2.48 (มาก)</b>
1) หน่วยฝึกจัดทำอาหารอย่างเพียงพอต่อจำนวนพลทหาร	22 (9.5)	109 (47.2)	100 (43.3)	2.34 (มาก)
2) ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน	12 (5.2)	89 (38.5)	130 (56.3)	2.51 (มาก)
3) อาหารที่ได้รับมีสารอาหารครบ 5 หมู่	13 (5.6)	105 (45.5)	113 (48.9)	2.43 (มาก)
4) มีน้ำดื่มที่สะอาด ปลอดภัย และเพียงพอ	18 (7.8)	106 (45.9)	107 (46.3)	2.39 (มาก)
5) มีความสะดวกในการซื้ออาหารจากร้านค้าสวัสดิการ	32 (13.8)	115 (49.8)	84 (36.4)	2.23 (ปานกลาง)
<b>บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (โดยรวม)</b>	<b>21 (9.1)</b>	<b>119 (51.5)</b>	<b>91 (39.4)</b>	<b>2.30 (ปานกลาง)</b>
1) งานที่ได้รับมอบหมายมีความเหมาะสม	26 (11.3)	112 (48.5)	93 (40.3)	2.29 (ปานกลาง)
2) บทบาทหรืองานที่ได้รับมอบหมายมีโอกาสก้าวหน้า	25 (10.8)	117 (50.7)	89 (38.5)	2.28 (ปานกลาง)
3) ได้เรียนรู้งาน และเพิ่มทักษะใหม่ๆ	17 (7.4)	109 (47.2)	105 (45.4)	2.38 (มาก)
<b>การเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการในค่าย (โดยรวม)</b>	<b>12 (5.2)</b>	<b>99 (42.9)</b>	<b>120 (51.9)</b>	<b>2.47 (มาก)</b>
1) มีบริการตรวจสุขภาพพลทหารแรกเข้าของหน่วยฝึก	14 (6.1)	104 (45.0)	113 (48.9)	2.43 (มาก)
2) มียาและเวชภัณฑ์สำหรับปฐมพยาบาลอย่างเพียงพอ	17 (7.4)	114 (49.4)	100 (43.3)	2.36 (มาก)
3) เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ	8 (3.5)	114 (49.4)	109 (47.2)	2.44 (มาก)
4) หากฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันถ่วงที	17 (7.4)	106 (45.9)	108 (46.8)	2.39 (มาก)
5) กรณีพิการหรือเสียชีวิตมีสวัสดิการและเงินชดเชย	22 (9.5)	112 (48.5)	97 (42.0)	2.32 (ปานกลาง)

ตารางที่ 2 ความถี่ของการเกิดอาการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n=231)

อาการ	ความถี่ของการเกิดอาการ : จำนวน (ร้อยละ)			
	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1) มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	60 (26.0)	133 (57.6)	33 (14.3)	5 (2.2)
2) มีสมาธิน้อยลง	71 (30.7)	129 (55.8)	27 (11.7)	4 (1.7)
3) หงุดหงิด / กระทบกระวายเป็น / ว้าวุ่นใจ	75 (32.5)	119 (51.5)	28 (12.1)	9 (3.9)
4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง	46 (19.9)	113 (57.6)	36 (15.6)	16 (6.9)
5) ไม่อยากพบปะผู้คน	113 (48.9)	90 (39.0)	20 (8.7)	8 (3.5)

**ตารางที่ 3** ระดับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n=231)

รูปแบบ/วิธีการ	ระดับพฤติกรรม: ร้อยละ				
	ไม่ได้ใช้	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	เกือบทุก ครั้ง
<b>ด้านการเผชิญกับปัญหา</b>					
1) พยายามค้นหาเป้าหมาย และทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น	6.9	25.5	38.5	20.4	8.7
2) ตั้งเป้าหมายให้เจาะจง ชัดเจน เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา	6.5	20.8	42.0	18.6	12.1
3) ลองแก้ไขปัญหามากๆวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	7.8	19.9	42.4	17.8	12.1
4) นำเอาประสบการณ์เดิมมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น	5.2	21.2	34.2	26.8	12.6
5) พยายามอย่างยิ่งที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์	5.6	22.1	38.1	22.1	12.1
6) ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ออกแรง เพื่อขจัดความเครียด	7.8	22.9	38.5	20.4	10.4
7) เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งเลวร้ายที่สุด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	10.0	20.8	36.4	18.6	14.3
8) แก้ปัญหาด้วยตัวเอง แยกตัว พยายามอยู่ลำพัง	15.2	29.4	36.8	11.7	6.9
9) รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายใจ	14.3	33.3	35.5	13.0	3.9
10) คิดเพื่อฝันในสิ่งต่างๆ	14.3	29.9	31.6	17.8	6.5
11) โกรธ ต่ำว่า สบถ สาบาน	29.0	31.6	26.4	9.1	3.9
12) ตำหนิผู้อื่นว่าทำให้ปัญหาเกิดขึ้นกับท่าน	32.0	28.6	29.4	6.1	3.9
13) ระบายอารมณ์กับผู้อื่น หรือกับสิ่งของ	38.1	22.9	25.5	6.9	6.5
<b>ด้านการจัดการกับอารมณ์</b>					
1) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ได้	11.7	24.2	36.4	20.8	6.9
2) หากกำลังใจ ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน	5.6	17.3	36.4	24.7	16.0
3) พยายามแก้ปัญหา โดยแยกปัญหาออกเป็นส่วนๆ เพื่อที่จะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น	5.2	21.2	37.2	25.5	10.8
4) พยายามมองและทำความเข้าใจปัญหาตามความจริง	5.6	19.5	39.4	22.1	13.4
5) หาข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปัญหาเพิ่มเติมเพื่อจะได้จัดการแก้ไขให้ดีขึ้น	6.9	20.4	40.7	21.7	10.4
6) คิดหาแนวทางหลายๆแบบ ที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์	6.1	22.5	39.4	21.7	10.4
7) พุดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เคยประสบปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน	7.8	18.6	34.6	29.4	9.5
8) ครุ่นคิด	12.1	21.7	36.4	20.8	9.1
9) รับประทานอาหาร สูดบุหรืหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ดื่มเบียร์ หรือสุรา	23.8	22.9	32.5	12.6	8.2

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความพึงพอใจและระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความพึงพอใจต่อสวัสดิการความเป็นอยู่และการได้รับการปฏิบัติ กับระดับความเครียดของทหารใหม่

พบว่าปัจจัยด้านความเพียงพอต่อรายได้และค่าใช้จ่าย สภาพที่อาศัย บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้และค่าใช้จ่ายเพียงพอระดับน้อยถึง

ปานกลาง มีสัดส่วนความเครียดในระดับปานกลางถึงมากที่สุดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจนราธิวาส โดยพบว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดที่เกิดขึ้นในกำลังพลถึงร้อยละ 62 ซึ่งกำลังพลมีความต้องการผลตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือนมากกว่าค่าตอบแทนความก้าวหน้าในการเลื่อนยศหรือตำแหน่ง (Rukskul, 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาการเกิดความเครียดตำรวจตระเวนชายแดนกองร้อย 446 จังหวัดนราธิวาส พบว่ารายได้ครอบครัวและรายได้ของตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด (Preecha & Thavichachart, 2012)

ด้านความพึงพอใจในการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่องานที่ได้รับมอบหมายในระดับมาก มีสัดส่วนของการเกิดความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยงานและพฤติกรรมกรรมการจัดการคลายเครียดที่มีผลต่อการเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานของทหารหน่วยเฉพาะกิจกรมทหารพรานในจังหวัดนราธิวาส แม้ว่าส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่พบว่าปัจจัยด้านงานมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ในประเด็นลักษณะงานที่รับผิดชอบ บทบาทในองค์กร ความก้าวหน้าในงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน โครงสร้างองค์กรและบรรยากาศทั่วไป รวมทั้งนโยบายคำสั่งหรือกฎระเบียบข้อบังคับในหน่วยงาน (Mangana, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาความเครียดของทหารเรือในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบว่าพฤติกรรมกรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์และความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดขึ้น (Leelukkanaveera, 2018) ในการศึกษาวิจัยพบว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสภาพที่อาศัยในหน่วยฝึกในระดับน้อยถึงปานกลาง มีสัดส่วนของการเกิดความเครียดสูงมากกว่ากลุ่มที่พึงพอใจในระดับมาก ซึ่งสภาพที่พักอาศัยในค่ายทหารเป็นส่วน

หนึ่งของสภาพแวดล้อมของความเป็นอยู่ หากมีสภาพบางส่วนยังไม่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจและเกิดภาวะเครียดได้ เช่นเดียวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างอยู่ในหน่วยฝึกค่ายทหาร โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก แต่หากพิจารณาตามสัดส่วนของระดับความพึงพอใจ ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยถึงปานกลาง มีสัดส่วนของการเกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งหากทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์พื้นฐานได้และมีความพึงพอใจ ย่อมส่งผลต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต (Senanayake, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในทหารกองประจำการใหม่ ซึ่งพบว่าปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ภายในกองพันและการฝึกมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Yungyuen & Waleeprakhon, 2020)

#### ข้อเสนอแนะ

หน่วยฝึกทหารใหม่ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในค่ายทหาร จำเป็นต้องชี้แจงทำความเข้าใจและประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการและความเป็นอยู่พื้นฐาน เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาและปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานแก่ทหารใหม่ รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่และสภาพความเป็นอยู่โดยรวม พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตที่มีความเฉพาะเจาะจงแต่ละกลุ่มของทหารใหม่ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและกลไกการจัดการปัญหาในแง่ความรู้สึกด้วยความรับรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง (Turluc & Balcan, 2023)

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ความพึงพอใจและระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n=231)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		รวม	p-value
	น้อย (n=118)	ปานกลาง-มากที่สุด (n=113)		
<b>ลักษณะทางประชากร</b>				
ระดับการศึกษา				0.503
ประถม-มัธยมต้น	59 (46.1)	69 (53.9)	128 (55.4)	
มัธยมปลาย-ปริญญาตรี	59 (57.3)	44 (42.7)	103 (44.6)	
สถานภาพสมรส				0.645
โสด	110 (50.7)	107 (49.3)	217 (93.9)	
สมรส	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (6.1)	
ศาสนา				0.943
พุทธ	83 (51.2)	79 (48.8)	162 (70.1)	
อิสลาม	35 (50.7)	34 (49.3)	69 (29.9)	
อายุ				0.785
21 – 22 ปี	110 (50.7)	107 (49.3)	217 (93.9)	
23 ปีขึ้นไป	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (6.1)	
อาชีพก่อนเป็นพลทหารใหม่				0.268
เกษตรกร/รับจ้าง	72 (49.3)	74 (50.7)	146 (63.2)	
พนักงานของรัฐ/เอกชน	46 (54.1)	39 (45.9)	85 (36.8)	
ความเพียงพอต่อรายได้และค่าใช้จ่าย				<0.001*
น้อย-ปานกลาง	59 (39.9)	89 (60.1)	148 (64.0)	
มาก	59 (71.1)	24 (28.9)	83 (36.0)	
<b>ระดับความพึงพอใจต่อสวัสดิการ ด้านความเป็นอยู่และการปฏิบัติหน้าที่ขณะอยู่ในหน่วยฝึก</b>				
สภาพแวดล้อมระหว่างการฝึกปฏิบัติ				0.058
น้อย-ปานกลาง	50 (43.5)	65 (56.5)	115 (49.8)	
มาก	68 (58.6)	48 (41.4)	116 (50.2)	
สภาพที่พักอาศัย				0.028*
น้อย-ปานกลาง	42 (41.2)	60 (58.8)	102 (44.2)	
มาก	76 (58.9)	53 (41.1)	129 (55.8)	

ปัจจัย	ระดับความเครียด		รวม	p-value
	น้อย (n=118)	ปานกลาง-มากที่สุด (n=113)		
การได้รับโภชนาการ				0.212
น้อย-ปานกลาง	47 (44.8)	58 (55.2)	105 (45.5)	
มาก	71 (56.4)	55 (43.6)	126 (54.5)	
บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย				0.003*
น้อย-ปานกลาง	63 (45.0)	77 (55.0)	140 (60.6)	
มาก	55 (60.4)	36 (39.6)	91 (39.4)	
การเข้าถึงบริการสุขภาพ				0.001*
น้อย-ปานกลาง	45 (40.5)	66 (59.5)	111 (48.0)	
มาก	73 (60.8)	47 (39.2)	120 (52.0)	

#### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Chutha, w., Makkhlai, K., Sriuengrat, D. & Jayana, R. (2023). The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 – 2022. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(3):227-39. [In Thai]
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Mental health check in. <https://dmh.go.th/test/>
- Dickinson, A. & Manorom, A. (2014). Stress relating to the conduct of operational duties among the personnel of task force 1 Suranaree Field Force and solutions to deal with the problem. *Journal of Liberal Art Ubon Ratchathani University*, 11(1),117-140. [In Thai]
- Duangurai, A. & Taephant, N. (2017). Psychological Experiences of Posttraumatic Growth in Veterans. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Supplement), 189-197. [in Thai]
- Kensila, U. & Kensila, J. Depression of Royal Thai Air Force Soldiers Wing 23 Udon Thani proceedings of Ratchathani University national conference 2017; 2017 July 26-27; Ubonrachathani, 2017: 109-49. [in Thai]
- Khantong, P. & Nimnuan, C. (2011). Mental health problems of new Thai army recruits in PhraMongkutklao Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 55(2),181-192. DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.55.2.8> [in Thai]
- Leelukkanaveera, Y., Longphimai, C. & Toonsiri, C. (2018). Influencing factors of stress among the Royal Thai Navy in Narathiwat province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(2), 399-416. [in Thai]
- Mangana, N., Ananthanatom, A., Yossomsakdi, S. & Prateep, C. (2020). A study of work stress of among the soldier of 11 Paramilitary Regiment Task Force in Amphoe Waeng and Amphoe Sukirin, Narathiwat. *Journal of Politics, Administration and Law*, 12(2), 335-355. [in Thai]

- Nualsuwan, K., Prasittivatechakool, A. & Prajankett, O. (2012). Stress and coping strategies of the Royal Thai Army New Privates. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 13(2), 72-81. [in Thai]
- Preecha, M. & Thavichachart, N. (2012). Factors related to stress and stress management behaviors of border patrol police company 446 in Narathiwat Province. *Chula med J*, 56(2), 243 - 258. [in Thai]
- Rukskul, I. (2011). Mental health status and attitudes among the Royal Thai Army personnel deployed for the peace building process in southernmost provinces of Thailand. *RTA Med J*, 64 (2), 67-73. [in Thai]
- Senanayake, B., Wickramasinghe, I., Edirippulige, S. & Arambepola, C. (2020). stress and its social determinants - a qualitative study reflecting the perceptions of a select small group of the public in Sri Lanka. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(1), 69–79. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_482\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_482_18)
- Thai health report project. (2023). Thai health. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. <https://www.thaihealth.or.th/e-book>
- Thongta, N. (2022). Satisfaction on the welfare of staffs in the 3<sup>rd</sup> infantry battalion, 21<sup>st</sup> Infantry Regiment Queen's. [Master degree, Burapha University]. [in Thai]
- Turluc, MN. & Balcan, AD. (2023). Stress and psychological well-being in Military Gendarmes. *Soc. Sci.* 2023, 12, 517. <https://doi.org/10.3390/socsci12090517>
- World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. WHO. [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/bw\\_version.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1)
- Yungyuen, W. & Waleeprakhon, P. (2020). Factors Associated with Depression in New Conscripts. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 65(2), 105-116. [in Thai]

# Demand and Access to Primary Dental Services of the Social-Bound Elderly, Na-Bon District Nakhon Si Thammarat Province

Naruemon Chanadee<sup>1</sup> Sasithorn Thanapop<sup>2\*</sup>

*1 Student in Master of Public Health Program School of Public Health, Walailak University*

*2\* Lecturers in Master of Public Health Program School of Public Health, Walailak University*

*\*Corresponding author contact E-mail address: tsasitho@wu.ac.th*

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Chanadee, N., & Thanapop, S.  
Demand and Access to Primary Dental  
Services of the Social-Bound Elderly, Na-  
Bon District Na-Khon-Si-Thammarat Province  
. *Public Health Policy and Laws Journal*.  
Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/273038](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/273038)

Received: 9 May 2024

Revised: 30 May 2024

Accepted: 31 May 2024

### Abstract

This cross-sectional research analyzed the correlation between personal characteristics and the need and access to primary dental health services among social-bound senior citizens in Na Bon District, Nakhon Si Thammarat province. Data were collected from 358 socially bound elderlies between August and December 2021, using interviewing and oral health investigation. The content validity of the research instrument was 0.67-1.00, and the reliability value was 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's chi-square test.

Results indicated the followings: 1) The more than half of respondents were females (63.6%), 49.4% was between 60-69 years old, 85.2% had elementary education level, 91.9% lived with their family or relatives, 49.70% engaged in agriculture, and 54.57% reported no congenital diseases, 80.73% had never smoked, 87.99% had never drunk, 74.02% had never chewed betel nut, 79.33% was under Universal Health Coverage (UC) scheme, and 91.06% had no oral cancer risk factors. 2) more than half (65.64%) traveled to a community health centre with a cousin or family, and 21.33 % of oral healthcare access barrier was distance. 3) The overall need for oral health services was at a low level (40.5%), and 48.0% was at a medium level. The factors correlated to the need for primary oral health services were living status, occupation, and health security scheme, whilst the access to oral healthcare correlated with occupation smoking history, alcohol consumption, and betel nut chewing and tobacco smoking, with statistically significant.

**Keywords:** Social-bound Elderly; Demand; Access to Care; Primary Dental Care

## ความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมปฐมภูมิของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

นฤมล ชนะดี<sup>1</sup> ศศิธร ธนะภพ<sup>2\*</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2 อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: tsasitho@wu.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 พ.ค.2567

วันแก้ไข 30 พ.ค. 2567

วันตอบรับ 31 พ.ค. 2567

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 358 รายระหว่างเดือนสิงหาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้การสัมภาษณ์และการตรวจสุขภาพช่องปาก ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.6%) ร้อยละ 49.4 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 85.2 อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.9 อยู่กับครอบครัวหรือญาติ ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 49.70 ร้อยละ 54.57 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.73 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.99 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 74.02 ไม่เคยเคี้ยวหมาก ร้อยละ 79.33 ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( UC) ร้อยละ 91.06 ไม่มีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก 2) การเดินทางไปรับบริการสุขภาพในชุมชนกับครอบครัว ร้อยละ 65.64 และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละ 21.33 ได้แก่ ระยะทาง 3) ความต้องการบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (40.5%) และการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (48.0%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการทันตกรรม ได้แก่ สถานภาพการดำรงชีวิต อาชีพ และหลักประกันสุขภาพ ส่วนการเข้าถึงบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุติดสังคม; ความต้องการ; การเข้าถึงบริการ; ทันตกรรมปฐมภูมิ

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างรวดเร็ว ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ ปีพ.ศ.2548 และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 (National Statistical Office, 2017) และยิ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเสื่อมของร่างกายและระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การมองเห็น การได้ยิน รวมไปถึงสุขภาพในช่องปาก

กรมอนามัย (2561) รายงานว่า กลุ่มวัยสูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่/คน โดยมีผู้มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบร้อยละ 40.2 มีจำนวนฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่และมีฟันหลัง 4 คู่สบร้อยละ 39.4 ในผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปีมีการสูญเสียฟันถาวรเพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 10 ซี่/คน จึงทำให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารจะลดลง ร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อ การอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุด้วย (Bureau of Dental Public Health, Department of Health, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสียฟันหรือไม่มีฟันทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยความสะดวกส่งผลให้ร่างกายไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอและทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ทั้งนี้ผู้สูงอายุได้รับการทันตกรรมเพียงร้อยละ 7.75 และการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันโรคทางทันตกรรมยังอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (National Statistical Office, 2016)

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถช่วยเหลือตนเอง (Ministry of Public Health Department of Health, 2017) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่จัดให้โดยรัฐได้ด้วยตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการปฐมภูมิที่

อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจในพื้นที่อยู่อาศัย อย่างไรก็ตามหากไม่ได้รับการดูแลรักษา หรือเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในลักษณะต่าง ๆ ตามมาได้ และต่อเนื่องไปเมื่อมีอายุสูงขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่ชัดเจนผ่านกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชนโดยประเด็นด้านบริการให้สุขศึกษาสุขภาพช่องปากผ่านกิจกรรมของชมรมส่วนใหญ่เป็นประเด็นการดูแลเพื่อลดการสูญเสียฟัน นอกจากนี้แม้ว่าการเข้ารับบริการโดยเฉพาะบริการส่งเสริมป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อลดการสูญเสียฟันจะมีมาตรการบริการทันตกรรมชุมชนรองรับแต่ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการยังมีสัดส่วนน้อย

อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอำเภอที่ยังคงประสบกับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เนื่องจาก การเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุยังน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 18 เข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 36 และผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจและใส่ฟันปลอมร้อยละ 2 มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้ 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่ขึ้นไป (ฟันแท้หรือฟันเทียมทั้งหมด) ร้อยละ 2 (Na-bon District Public Health Office, 2020) สำหรับปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และฟันโยก โดยมีเหตุผลจากการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือเข้าถึงบริการน้อยเนื่องจากผู้สูงอายุไม่รู้ว่ามีบริการตามสิทธิประกันสุขภาพ และอาจจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ทรัพยากรบริการทันตกรรมชุมชนอาจมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุม เนื่องจากขาดบุคลากรทันตสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการให้บริการเชิงรุกในระดับครัวเรือน และติดตามดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าปัจจัยสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอันเป็นภาวะสุขภาพที่สำคัญเชื่อมโยงไปยังสุขภาพทางกายและจิตอย่างเป็นองค์รวมนั้นนอกจากจะประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคลของผู้สูงอายุเองแล้วปัจจัยด้านการจัดบริการนับเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพที่สำคัญที่จะเอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุโดยการดูแลด้วยตนเองโดยภาคประชาชน ชุมชน เชื่อมต่อกับระบบบริการของรัฐตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายให้คงสภาพการใช้งานของช่องปากไว้ให้นานที่สุด โดยไม่มีอาการเจ็บปวดเฉียบพลัน ได้รับการตรวจคัดกรอง และการเข้าถึงบริการทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น (Bureau of Health, 2021)

อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยบุคคลด้านความต้องการและปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมปฐมภูมิในระดับชุมชนในผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในสถานบริการระดับปฐมภูมิ อำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกรอบแนวคิดการศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการศึกษาความต้องการทางสุขภาพที่แสดงออกต่อการดูแลสุขภาพช่องปากส่วนบุคคลหรือความจำเป็นทางสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพช่องปาก และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประยุกต์แนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) ประกอบด้วย ความเพียงพอของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถเสียค่าใช้จ่าย และการยอมรับคุณภาพการ

บริการ (McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L., 2002) โดยมุ่งเน้นในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยตนเองได้และมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ผลการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นระดับความต้องการที่แสดงออก และการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมว่ามีความสอดคล้องกันเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเพื่อคงสภาพสุขภาพฟันของผู้สูงอายุให้ยืนยาว สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพรรณนาคุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
2. เพื่อประเมินความต้องการบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
3. เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study)

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1. ประชากร

เป็นผู้สูงอายุที่กลุ่มติดสังคมอาศัยในเครือข่ายสุขภาพอำเภอนาบอน จากรายงานจำนวนผู้สูงอายุอำเภอ นาบอนปี พ.ศ.2563 จำนวน 3,351 คน (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2020)

#### 1.2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่กลุ่มติดสังคมในอำเภอ นาบอน จำนวน 358 คน คำนวณเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Yamane, 1973)

#### 1.3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบ่งกลุ่ม (Clustering sampling) ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากบันทึกรายชื่อผู้สูงอายุติดสังคมด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ตามสัดส่วนผู้สูงอายุในเขต รพ.สต. จำนวน 7 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องหรือมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เป็นผู้ที่มีศรัทธาและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการวิจัย

## 2. เครื่องมือที่ใช้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ รายได้ การศึกษา ศาสนา สถานภาพความเป็นอยู่ ประวัติโรคประจำตัว คำถามมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดโดยมีคำตอบให้ผู้ตอบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการ ความต้องการบริการทันตกรรม รวมจำนวน 20 ข้อ

ประกอบด้วยด้านสุขภาพช่องปาก 9 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของและบุคลากร 7 ข้อ ด้านสนับสนุนสังคม 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Likert scale) 5 ระดับ การจัดระดับความต้องการรายด้าน และภาพรวมใช้เกณฑ์การจัดอันดับภาคชั้น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และระดับมาก ดังนี้

- 1) ด้านบริการสุขภาพช่องปากจำนวน 9 ข้อ
 

คะแนนระหว่าง 9-20	=	ระดับน้อย
คะแนนระหว่าง 21-32	=	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 33-45	=	ระดับมาก

- 2) ด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของและบุคลากร จำนวน 7 ข้อ

- |                    |   |              |
|--------------------|---|--------------|
| คะแนนระหว่าง 7-15  | = | ระดับน้อย    |
| คะแนนระหว่าง 16-24 | = | ระดับปานกลาง |
| คะแนนระหว่าง 25-33 | = | ระดับมาก     |

- 3) ด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 ข้อ
 

คะแนนระหว่าง 4-8	=	ระดับน้อย
คะแนนระหว่าง 9-13	=	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 14-18	=	ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทันตกรรม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการ 7 ข้อ เข้าถึงแหล่งบริการ 5 ข้อ การยอมรับคุณภาพบริการ 5 ข้อ และความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Likert scale) 5 ระดับ การจัดระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้งรายด้านและภาพรวมใช้เกณฑ์การจัดอันดับภาคชั้น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และระดับมาก ดังนี้

- 1) ด้านความเพียงพอบริการจำนวน 7 ข้อ
 

คะแนนระหว่าง 7-15	=	ระดับน้อย
คะแนนระหว่าง 16-24	=	ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 25-33	=	ระดับมาก

- 2) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการจำนวน 5 ข้อ
- |                    |   |              |
|--------------------|---|--------------|
| คะแนนระหว่าง 5-11  | = | ระดับน้อย    |
| คะแนนระหว่าง 12-18 | = | ระดับปานกลาง |
| คะแนนระหว่าง 19-25 | = | ระดับมาก     |
- 3) ด้านการยอมรับคุณภาพบริการจำนวน 5 ข้อ
- |                    |   |              |
|--------------------|---|--------------|
| คะแนนระหว่าง 5-11  | = | ระดับน้อย    |
| คะแนนระหว่าง 12-18 | = | ระดับปานกลาง |
| คะแนนระหว่าง 19-25 | = | ระดับมาก     |
- 4) ด้านความสามารถเสียค่าใช้จ่ายจำนวน 3 ข้อ
- |                      |   |              |
|----------------------|---|--------------|
| คะแนนระหว่าง 3 - 6   | = | ระดับน้อย    |
| คะแนนระหว่าง 7 - 10  | = | ระดับปานกลาง |
| คะแนนระหว่าง 11 - 14 | = | ระดับมาก     |

ส่วนที่ 4 การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ด้วยแบบบันทึกข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมและสภาวะช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.0 และนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและภาษาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.8 และ 0.88 ตามลำดับ

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูล สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเอง ระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2564

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ระดับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ระดับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ด้วยสถิติไคสแควร์ (Pearson's Chi-square test) โดยทำการปรับจำนวนกลุ่มของตัวแปรระดับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพให้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ รวมจำนวนระดับน้อยและระดับปานกลางเป็น 1 กลุ่ม และระดับมากอีก 1 กลุ่ม เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไคสแควร์ ได้แก่ ความถี่คาดหวังของแต่ละช่องของตารางไขว้มีค่าไม่ต่ำกว่า 5

## 5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้กระทำภายหลังจากการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ WUF03(1)-09-1.0 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2564

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล โรคประจำตัว และประวัติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7 อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.44 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.20 สถานภาพความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร) ร้อยละ 89.64 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 49.70

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.47 ประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบ ร้อยละ 80.73 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 87.99 ประวัติการกินหมาก ยาเส้น ส่วนใหญ่ไม่เคยกิน ร้อยละ 74.02 รายได้/เดือน ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน 1,000 – 3,000 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 56.98 สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 79.33 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปากอื่นๆ ส่วนใหญ่มีประวัติติดเชื้อไวรัส เช่น โคริเมียม งามูสวัด

การเดินทางไปสถานพยาบาล เช่น รพ.สต.หรือโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีบุตรหลาน-รับส่งบริการ ร้อยละ 65.64 อุปสรรค/ปัญหาของท่านในการรับบริการทันตกรรม ส่วนใหญ่ได้แก่ ระยะทาง ร้อยละ 21.33 ส่วนใหญ่ แปรงฟันวันละ 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 78.40 ระยะเวลาในการแปรงฟัน ส่วนใหญ่ 2 นาที ร้อยละ 69.83  
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n= 358)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>		
-ชาย	130	36.30
-หญิง	228	63.70
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
- 60-69	177	49.40
- 70-79	126	35.20
- มากกว่า 80 ปี	55	15.40
Min = 60.0, Max = 96.0, Mean = 70.71, SD. = 7.33		
<b>3.ศาสนา</b>		
- พุทธ	356	99.44
- คริสต์	2	0.56
<b>4.ระดับการศึกษา</b>		
- ประถมศึกษา	305	85.20
- มัธยมศึกษาตอนต้น	12	3.35
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	2.51
- อนุปริญญา/ปวส.	3	0.84
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17	4.75
- ไม่ได้ศึกษา	12	3.35

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>5.สถานภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ</b>		
- อยู่คนเดียว	30	8.40
- อยู่กับครอบครัว(สามี/ภรรยา/บุตร)	320	89.65
- อยู่กับญาติ/คนใกล้ชิดในชุมชน	8	2.25
<b>6.อาชีพ</b>		
- เกษตรกรรม	178	49.70
- รับจ้าง	16	4.50
- ผู้รับบำนาญ	16	4.50
- ค้าขาย	18	5.00
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	127	35.5
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	0.80
<b>7.โรคประจำตัว</b>		
- ไม่มี	195	54.47
- มี	163	45.53
<b>8.ประวัติการสูบบุหรี่</b>		
- ไม่เคยสูบ	289	80.73
- สูบอยู่ในปัจจุบัน	43	12.01
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว	26	7.26
<b>9.ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>		
- ไม่เคยดื่ม	315	87.99
- ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	16	4.47
- เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	27	7.54
<b>10.ประวัติการกินหมาก ยาเส้น</b>		
- ไม่เคยกิน	265	74.02
- กินอยู่ในปัจจุบัน	60	16.76
- เคยกินแต่เลิกแล้ว	33	9.22
<b>11.รายได้/เดือน</b>		
- ไม่มีรายได้	43	12.01
- น้อยกว่า1000	66	18.44
- 1000-3000	99	27.65

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
- 3001-5000	36	10.06
- 5001-10000	73	20.39
- มากกว่า 10000	41	11.45
<b>12. ความเพียงพอของรายได้</b>		
- เพียงพอ	204	56.98
- ไม่เพียงพอ	154	43.02
<b>13. สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
- สิทธิเบิกได้	63	17.60
<b>13. สิทธิการรักษาพยาบาล (ต่อ)</b>		
- สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	284	79.33
- สิทธิชำระเงิน	4	1.12
- สิทธิประกันสังคม	7	1.95
<b>14. ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปากอื่นๆ</b>		
มีปัจจัยเสี่ยง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ครอบครัวยุติการเป็นมะเร็ง	29	8.10
- มีประวัติติดเชื้อไวรัส เช่น โรคเริม	19	5.30
งูสวัด		
- ฟันปลอมไม่ถูกสุขลักษณะทำให้มี	4	1.11
อาการระคายเคือง		
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	326	91.06
<b>15. การเดินทางไปสถานพยาบาล เช่น รพ.สต. หรือโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
- มีบุตรหลาน-รับส่งบริการ	235	65.64
- เดิน	223	62.29
- ขับรถด้วยตนเอง	111	31.01
<b>16. อุปสรรค/ปัญหาของท่านในการรับบริการ</b>		
<b>ทันตกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
- ระยะทาง	76	21.23
- ไม่มีคนพาไปสถานรับบริการ	68	18.99
- ค่าบริการรักษา	57	15.92
- ไม่ทราบข้อมูลการให้บริการ	22	6.15

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ทันตกรรม		
- ไม่อยากมารับบริการทันตกรรม	13	3.63
<b>17. แปรงฟันวันละกี่ครั้งต่อวัน</b>		
- ไม่แปรง	12	3.4
- 1 ครั้ง	58	16.2
- 2 ครั้ง	281	78.4
- 3 ครั้ง	7	2
<b>18. ระยะเวลาในการแปรงฟัน</b>		
- 1 นาที	58	16.20
- 2 นาที	250	69.83
- 3-4 นาที	50	13.97

## 2. การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก

การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากพบว่า จำนวนฟันทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17 ซี่ มีจำนวนฟันมากที่สุดเท่ากับ 32 ซี่ และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 ซี่ จำนวนฟันผุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1 ซี่ มีจำนวนฟันผุมากที่สุดเท่ากับ 23 ซี่ และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 ซี่ เหงือกอักเสบ ส่วนมากไม่มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 89.66 ไม่มีหินปูน ร้อยละ 70.67 ฟันคุดสบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 คู่ และส่วนใหญ่ไม่มีแผลในช่องปาก ร้อยละ 96.65

## 3. ความต้องการบริการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพพระดัตปฐมภูมิ

ระดับความต้องการบริการทันตสุขภาพพระดัตปฐมภูมิของจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับน้อย ร้อยละ 40.5 ระดับความต้องการด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.9 ด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของและบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48 และระดับความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.1

ระดับการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพพระดัตปฐมภูมิโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ด้านความพอเพียงของบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.3 และความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.4

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช (n= 358)

หัวข้อ	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
<b>ความต้องการบริการ</b>			
ด้านบริการสุขภาพช่องปาก	142 (39.7)	150 (41.9)	66 (18.4)
ด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของและบุคลากร	101 (28.2)	172 (48)	85 (23.7)
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	140 (39.1)	104 (29.1)	114 (31.8)
<b>ภาพรวม</b>	<b>102 (28.5)</b>	<b>111 (31.0)</b>	<b>145 (40.5)</b>
<b>การเข้าถึงบริการ</b>			
ความพอเพียงของบริการ	115 (32.1)	182 (50.8)	61 (17)
การเข้าถึงแหล่งบริการ	198 (55.3)	114 (31.8)	46 (12.8)
การยอมรับคุณภาพบริการ	152 (42.5)	185 (51.7)	21(5.9)
ความสามารถเสียค่าใช้จ่าย	177 (49.4)	102 (28.5)	79 (22.1)
<b>ภาพรวม</b>	<b>144 (40.2)</b>	<b>172 (48.0)</b>	<b>42 (11.7)</b>

#### 4. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการบริการทันตสุขภาพและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ สถานภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ การเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และประวัติการกินหมาก ยาเส้น (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการและการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=358)

ปัจจัย	ระดับความต้องการ		p-value	ระดับการเข้าถึง		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	น้อย-ปานกลาง	มาก	น้อย-ปานกลาง	มาก		
เพศ			0.220			0.173
ชาย	98(75.4)	32(24.6)		58 (44.6)	72 (55.4)	

ปัจจัย	ระดับความต้องการ		p-value	ระดับการเข้าถึง		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	น้อย-ปานกลาง	มาก		น้อย-ปานกลาง	มาก	
หญิง	158(69.3)	70(30.7)		85 (37.3)	143 (62.7)	
<b>อายุ (ปี)</b>			0.907			0.552
60-69	127(71.8)	50 (28.2)		68 (38.4)	109 (61.6)	
70-79	91 (72.2)	35 (27.8)		55 (50.3)	71 (75.7)	
80 ปีขึ้นไป	38 (69.1)	17 (30.9)		20 (36.4)	35 (63.6)	
<b>อาชีพ</b>			0.003			0.000
ประกอบอาชีพ	153(66.2)	78(33.8)		71 (30.7)	160 (69.3)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	103(81.1)	24(18.9)		72 (56.7)	55 (43.3)	
<b>โรคประจำตัว</b>			0.917			0.087
มี	117(71.8)	46 (28.2)		73 (44.8)	90 (55.2)	
ไม่มี	139(71.3)	55 (28.7)		70(35.9)	125(64.1)	
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>			0.024			0.000
ไม่เคยสูบ	219(69.5)	96 (30.5)		115(36.5)	200(63.5)	
เคยสูบ	37 (86)	6 (14)		28(65.1)	15(34.9)	
<b>เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>			1.000*			0.016
ไม่เคยดื่ม	244(71.3)	98 (28.7)		132(38.6)	210(61.4)	
เคยดื่ม	12 (75)	4 (25)		11(68.8)	5(31.3)	
<b>ประวัติการกินหมาก ยาเส้น</b>			0.550			0.001
ไม่เคยกิน	215(72.1)	83 (27.9)		107(35.9)	191(64.1)	
กินอยู่ในปัจจุบัน	41 (68.3)	19 (31.7)		36(60.0)	24(40.0)	
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>			0.041			0.086
สิทธิเบิกได้และอื่นๆ	60 (81.1)	14 (21.1)		36(48.6)	38(51.4)	
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	196 (69.0)	88 (31.0)		107(37.7)	177(62.3)	

หมายเหตุ \* หมายถึง Fisher's Exact Test

## อภิปรายผล

### ก. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความต้องการบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความต้องการบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ สถานภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อาชีพ การสูบบุหรี่และสิทธิการรักษาพยาบาล การศึกษานี้พบว่าภาพรวมความต้องการบริการทันตสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับน้อย ระดับความต้องการด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์และบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก แตกต่างจากงานวิจัยของณัฐพร สมสวัสดิ์ (Somsawat, 2016) ที่ศึกษาความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลจองคำ อำเภอเมืองจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 250 คน ซึ่งพบว่า ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 75.60) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 24.40) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรส ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าสถานภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับความต้องการบริการสุขภาพช่องปากทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและอาศัยกับครอบครัวส่วนใหญ่มีความต้องการระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติหรือครอบครัวมีความต้องการบริการระดับมากในสัดส่วนที่มากกว่า เนื่องจากครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วใจ มาลีสัย และคณะ (Maleelai et. al., 2022) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลสระสมิง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัย

นำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังนั้นในการจัดบริการทันตสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังหรือด้อยโอกาสทางสังคมเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น และจากผลการประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าจำนวนฟันทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17 ซี่ต่อคน ฟันคู่สบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 คู่ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสำนักทันตสาธารณสุขผู้สูงอายุต้องมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ (Office of Dental Public Health, 2022) ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุยังคงดูแลสุขภาพช่องปากได้ไม่เพียงพอตามที่ควรจะเป็น และยังพบว่าประวัติการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการทันตสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และส่วนใหญ่มีความต้องการในระดับน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้ผู้มีประวัติการสูบบุหรี่เป็นผู้มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก และอาการที่พบได้คือเหงือกอักเสบ เหงือกกรัน ฟันโยก ฟันผุ และถ้าไม่รักษาจะ สูญเสียฟันไปในที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพช่องปากไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุติดสังคมนั้น ผู้จัดการบริการทันตกรรมควรสนับสนุนให้ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจะแสดงออกถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องได้ (Maleelai et. al., 2022)

การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการ โดยสัดส่วนความต้องการบริการระดับมากพบในผู้ประกอบอาชีพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมและส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจึงทำให้มีรายได้เป็นของตนเอง และมีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลทั้งในครอบครัวและชุมชน จึงมีโอกาส

รับรู้ข้อมูลข่าวสารบริการทันตกรรมที่มีในชุมชนผ่านการสื่อสาร การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับชมรมหรือรพ.สต. จึงส่งผลต่อให้เกิดความต้องการบริการตามมา (Thunnome, 2019)

สิทธิการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความต้องการบริการในสัดส่วนที่มากกว่าสิทธิอื่น ๆ เนื่องจากไปรับบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. เป็นสถานพยาบาลหลัก ซึ่งการมีและเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอันเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ธีธัญม (2019) และยังพบว่าในด้านความต้องการข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของและบุคลากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการในระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่ความต้องการได้รับการสื่อสารข้อมูลบริการ วัตถุประสงค์ทางสังคมซึ่งระดับความต้องการบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 40.5 ระดับความต้องการด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.9 ด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของและบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48 และระดับความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.1 ซึ่งสอดคล้องลำดับความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์ (Chinbutr, 2013) ที่ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการลำดับต่ำสุด และความต้องการทางสังคม (Social Needs) การมีโอกาสเข้าสมาคมสังสรรค์กับผู้อื่น ได้รับการยอมรับเป็นสมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่มเป็นความต้องการที่อยู่ในขั้นสูงขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจึงแสดงออกถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งการมีบุคลากรตรวจและเยี่ยมบ้าน รวมทั้งบริการทันตกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นบริการที่สามารถ

ตอบสนองต่อความต้องการได้ ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ควรจัดบริการโดยประสานกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนี้อยู่ในชุมชนชนบท ยังคงประกอบอาชีพและอยู่ร่วมกับครอบครัว อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวส่วนใหญ่มีความต้องการในระดับน้อย ดังนั้นบริการทันตสุขภาพปฐมภูมิจึงควรมุ่งเน้นบริการเชิงรุกและการสื่อสารประโยชน์ของบริการให้มากขึ้น เพื่อเหนี่ยวนำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการมากขึ้นได้ด้วยวิธีการอุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์ (Thavornwattanayong & Kapol, 2010)

#### **ข. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะบุคคลกับการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิ**

การเข้าถึงบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ การเคี้ยวเคี้ยวที่มีแอลกอฮอล์ และประวัติการกินหมาก ยาเส้น ซึ่งสอดคล้องกับมารุต ภูเพนิยต (Phupaniat, 2018) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพช่องปากปกติ สามารถเข้าถึงการบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สมรรถนะการช่วยเหลือตัวเอง ปัญหาข้อเข่าเสื่อม ปัญหาการได้ยิน และปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่มีประวัติการกินหมาก ยาเส้น มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมระดับมากในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่มีประวัติเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร นิรารัตน์ และอัครนนท์ คิตสม (2560) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับการมีรายได้ การรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระยะทางในการเดินทางไป

รับบริการ และการไม่มีโรคประจำตัว (Nirarat & Kidsom, 2017) เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มีความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบกับการมีอาชีพทำให้มีรายได้ จะทำให้เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนได้ จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สรุปได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความเพียงพอของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ การอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ (McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L., 2002) จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าระดับการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ด้านความพอเพียงของบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.3 และความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.4 และพบว่า ช่วงอายุ 60-79 ปีมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมดีกว่าช่วงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปแสดงให้เห็นว่าช่วงอายุมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมถึงแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ แสดงให้เห็นว่าอาชีพมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของงานวิจัยของมารุต ภูเพ็ญยัต (Phupaniat, 2018) ดังนั้นผู้ให้บริการทันตกรรมในชุมชนจึงควรจัดบริการเชิงรุกโดยบูรณาการกิจกรรมสุขภาพช่องปากร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากปัจจัยเสี่ยงเหล่า บุหรี่ในชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุติดสังคมผ่านการกระตุ้นร่วมกับกลุ่มทางสังคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ผลการศึกษานับสนุนว่าบริการทันตกรรมปฐมภูมิสามารถทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเข้าถึงแหล่งบริการในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และสิ่งที่น่าสนใจได้แก่ ผู้สูงอายุยังมีความสามารถเสีย

ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการได้ แต่ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าความพอเพียงและคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น รพ.สต. และเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้บริการทันตกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมวัยต้นถึงวัยกลางสามารถเข้าถึงบริการด้วยตนเองได้มากขึ้น ทั้งในด้านการมีอยู่ของบริการ ความพอเพียง ความครอบคลุม และเสริมสร้างการรับรู้ต่อคุณภาพบริการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อบริการและบูรณาการร่วมกับการจัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มทางสังคมในชุมชน และให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสุขภาพได้แก่ แอลกอฮอล์ บุหรี่และยาเส้น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการทันตกรรมชุมชนได้มากขึ้น

**ข้อจำกัดในการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จึงไม่สามารถระบุความเป็นสาเหตุได้ และไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่อาศัยในเขตเมืองได้

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นตัวอย่างในชุมชนชนบทเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างอิสระ ประกอบอาชีพและอยู่อาศัยกับครอบครัว มีภาวะสุขภาพช่องปากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานส่วนใหญ่แสดงความต้องการบริการทันตสุขภาพระดับน้อยและมีการเข้าถึงบริการระดับปานกลาง ปัจจัยด้านอาชีพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และการอยู่กับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความต้องการและการเข้าถึงบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิควรเสริมสร้างการรับรู้ต่อความจำเป็นการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีอยู่ของบริการและควรวางแผนการให้บริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่

ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่คนเดียว และมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเพื่อให้มีการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงคุณภาพต่อ ความต้องการ การรับรู้ปัญหา อุปสรรคการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุกลุ่มอ่อนไหว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่ยังมีปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านความจำเป็นทางสุขภาพเพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้ โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรวางแผนการจัดบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิให้

สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพ และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การจัดระบบการหมุนเวียนการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของบุคลากรทันตสาธารณสุข พัฒนาบริการเชิงรุกร่วมกับทีมหมอครอบครัว การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐาน เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้ารับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก สิทธิการเข้ารับบริการและชุดสิทธิประโยชน์การให้บริการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Thunnome, C. (2019). Factors related to health promoting behaviors of the elderly Lamphun Province. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health*, 9 (1), 334-46. [in Thai]
- Chinbutr, A. (2013). Maslow on management. *Manager*. [in Thai]
- Department of Health, Office of Dental Public Health. (2021, May 10). Guidelines for operating public health services fiscal year 2021. [https://dental.skto.moph.go.th/documents/form/other20201109\\_023212.pdf](https://dental.skto.moph.go.th/documents/form/other20201109_023212.pdf) [in Thai]
- Maleelai, K. et. al. (2022). Factors Related to Oral Health Care Behavior of the Elderly at Sa Saming Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science*, 31(3), 437-446. [in Thai]
- Khaddee, J. et al. (2017). Report on the results of the 8<sup>th</sup> National Oral Health Survey, Thailand 2017. Ministry of Public Health. [in Thai]
- McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002). Access to care: remembering old lessons. *Health services research*, 37(6), 1441-1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>
- Na-bon District Public Health Office. (2020). Oral health problems in the social bounded elderly of Na-Bon District. [in Thai]
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2020. Report on the number of elderly people in Na Bon District in the year, 2020. [in Thai]
- National Academic Conference, Kasetsart University Kamphaeng Saen Campus, 7-8 December 2017. [in Thai]
- National Statistical Office. (2017). The Situation of Thai Elderly Area Disparity 2021. [in Thai]
- Nirarat, K & Kidsom, A. (2017). Factors Affecting Access to Health Services for Elderly in Bangkok. 14<sup>th</sup>
- Office of Dental Public Health. (2022). KPI Template 2022. Ministry of Public Health. [in Thai]

- Phupaniat, M. (2018). Factors influencing the elderly's access to dental services in Suphanburi Province. *Sripatum Review Journal Humanities and Social Sciences Edition*, 18(2), 66-75. [in Thai]
- Somsawat, N. (2016). Dental service needs of the elderly in Chong Kham Subdistrict, Mueang District, Mae Hong Son Province. [Thesis for the Master of Public Health degree, Western University]. Thailand. [in Thai]
- Thavornwattanayong, W. & Kapol, (2010). Basic concepts of Pharmacoeconomics. *Journal of Health Sciences*, 19(4), 655-665. [in Thai]
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper. and Row.



## Organization Atmosphere and Intention to Stay among Personnel of Thai Traditional and Alternative Medicine Department, Ministry of Public Health

Phusacha Junprasert<sup>1</sup> Youwanuch Sattayasomboon<sup>2\*</sup> Jutatip Sillabutra<sup>3</sup> Sarunya Benjakul<sup>4</sup>

*1 Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*3 Associate Professor, Department of Biostatistics Faculty of Public Health Mahidol University*

*4 Assistant Professor, Department of Health Education and Behavioral Sciences Faculty of Public Health Mahidol University*

*\*Corresponding Autor email: youwanuch.s@gmail.com*

### Original article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Junprasert, P., Sattayasomboon, Y., Sillabutra, J., & Benjakul, S. Organization Climate and Intention to Stay among Personnel of Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*,

Received: 8 May 2024

Revised: 27 May 2024

Accepted: 30 May 2024

#### Abstract

This cross-sectional analytical study aims to investigate the correlation among organizational atmosphere, and intention to stay among personnel of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine (DTAM). Sample size consisted of 197 personnel (89.95% responded rate) who had been employed for at least six months, not holding executive positions, or will retire in fiscal year 2023. Data were collected by using a self-administered questionnaires distributed between March 8<sup>th</sup> and April 8<sup>th</sup>, 2023. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's Rank correlation coefficient to identify factors associated with the intention to stay, at a significance level of 0.05.

The findings revealed that the staff's intention to stay was at a low level (Mean = 2.8, S.D. = 1.2). The factors that significantly correlated with the intention to stay included organizational atmosphere ( $r = 0.32$ ), age ( $r = 0.31$ ), marital status ( $r = 0.14$ ), duration of work ( $r = 0.18$ ), and income ( $r = 0.21$ )

The use of research result is for the administration of human resource management The information should be used to formulate policies and plans to retain personnel in the organization, focusing on developing a good organizational atmosphere.

**Keywords;** intention to stay; organization atmosphere; ministry of public health

## บรรยากาศองค์การกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

มุสซา จันทรประเสริฐ<sup>1</sup> ยวนุช สัตยสมบุรณ์<sup>2\*</sup> จุฑาธิป ศีลบุตร<sup>3</sup> ศรัณญา เบญจกุล<sup>4</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 รองศาสตราจารย์, ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ youwanuch.s@gmail.com

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 8 พ.ค.2567

วันแก้ไข 27 พ.ค. 2567

วันตอบรับ 30 พ.ค. 2567

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 89.95) ปฏิบัติงานในกรมมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป ไม่เป็นผู้บริหาร และไม่เกษียณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม ถึง 8 เมษายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.8, S.D. = 1.2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ได้แก่ บรรยากาศองค์การ (r = 0.32) อายุ (r = 0.31) สถานภาพสมรส (r = 0.14) ระยะเวลาปฏิบัติงาน (r = 0.18) และรายได้ (r = 0.21)

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์คือผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของกรมฯนี้ ควรนำข้อมูลไปใช้กำหนดนโยบายและวางแผนธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในองค์การเพิ่มขึ้น โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาบรรยากาศองค์การที่ดี

**คำสำคัญ:** ความตั้งใจคงอยู่ในงาน; บรรยากาศองค์การ; กระทรวงสาธารณสุข

## บทนำ (Introduction)

การบริหารทรัพยากรมนุษย์จึงมีความสำคัญยิ่งในปัจจุบัน เพราะทรัพยากรมนุษย์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการบริหารองค์การที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายขององค์การ กล่าวได้ว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์การขึ้นอยู่กับความสามารถและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในองค์การด้วย (Drucker, 1979).

ในระบบบริการสุขภาพ กำลังคนในองค์การทุกองค์การในระบบบริการสุขภาพมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน ทั้งด้านคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมในการบริการ ปัญหาการมีกำลังคนไม่เพียงพอตามกรอบอัตรากำลัง เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริการ ที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ (Wongwichai, 2015) แผนปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) (Ministry of Public Health, 2020) มีแนวทางการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนการผลิต พัฒนา และธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพให้คงไว้ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด การพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ มีการดำเนินงานเพื่อให้ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ คนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน (Steering Committee for the Preparation of the National Health Development Plan No. 12 (2017-2021; Ministry of Public Health, 2016). ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาโลกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบการธำรงรักษา กำลังคนด้านสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในระยะที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบและกลไกบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทุกระดับ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีคุณภาพชีวิตและมี

ความสุขในการทำงาน มีขวัญกำลังใจที่ดี เกิดความรักความผูกพันต่อองค์การ (Phumwiset, 2014) ให้ความสำคัญในการเรียนรู้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมถึงการธำรงรักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นองค์การหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการขับเคลื่อนพันธกิจ พัฒนาศึกษาวิชาการและบริการนำไปสู่วิสัยทัศน์ “องค์กรหลักด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ผสมพลังภาคีเครือข่าย เพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและหนุนเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน” (Strategy and Planning Group, Academic and Planning Division, 2020) การขับเคลื่อนภารกิจจำเป็นต้องมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ จากรายงานการบริหารทรัพยากรบุคคล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของส่วนราชการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก วิเคราะห์อัตรากำลังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่า ระหว่าง พ.ศ. 2562-2564 จากอัตรากำลังคนทั้งหมด 427 คน ในระยะเวลา 3 ปี มีบุคลากรลาออก และโอนย้ายหน่วยงานไปหน่วยงานอื่น 112 คน (เฉลี่ยปีละ 37 คน) ซึ่งเป็นการสูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทำงาน เมื่อพิจารณาถึงจำนวนการรับบุคลากรบรรจุใหม่ ใน ปี พ.ศ. 2564 ได้บุคลากรใหม่เพียง 20 คน (Buncharoen, 2021) ยังคงน้อยกว่าจำนวนบุคลากรที่ลดลงอันเนื่องมาจากการลาออกการโอนย้ายหน่วยงาน และการเกษียณอายุในปี พ.ศ. 2564 ที่มีจำนวนรวมถึง 36 คน โดยปกติแม้ในแต่ละปีจะมีการรับบุคลากรใหม่ แต่การปฏิบัติงานของบุคลากรใหม่จะไม่สามารถทำงานแทนบุคลากรเก่าได้ทันที ต้องมีการปฐมนิเทศ การสอนงาน เรียนรู้นโยบาย และกระบวนการปฏิบัติงานระยะเวลาหนึ่ง ก่อนที่จะมีทักษะเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วงระยะเวลาการบรรจุ และการเรียนรู้การทำงานของบุคลากรใหม่ ถือเป็นระยะที่ขาดอัตรากำลังบุคลากร ส่งผลให้บุคลากรที่ยังคงอยู่ในองค์การจะมีภาระงานมากขึ้น

(Mowday, Porter & Steers, 1982) เพราะความไม่สมดุลระหว่างปริมาณงานกับจำนวนคนในหน่วยงาน จากการวิจัยในปี พ.ศ. 2561 พบว่าภาพรวมของบุคลากรสายงานหลักของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความตั้งใจคงอยู่ในองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง (Unjit, Intaraprasong, Sillabutra, & Sattayasomboon, 2018)

ความตั้งใจคงอยู่ในงาน หมายถึง ความมั่นคงของบุคคลที่จะปฏิบัติงานโดยไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน. (Hinshaw & Atwood, 1983) ในวิจัยนี้หมายถึง ความคิดหรือการวางแผนของบุคลากรที่จะทำงานในกรมนี้ให้หนักที่สุดถึงเกษียณอายุ โดยไม่คิดจะย้าย หรือลาออก แม้จะมีผู้เสนองานใหม่ที่ดีกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากร บรรยากาศองค์การ หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มบุคคลในสภาพแวดล้อมเดียวกันที่ปฏิบัติงานร่วมกันภายในสถานที่ทำงานเดียวกัน เกี่ยวกับองค์การความสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม ความผูกพัน ความร่วมมือและนวัตกรรม (Elsa PS & , 2013) โดยที่บุคลากรถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนขององค์การให้ไปสู่เป้าหมาย (Punthai, 2011) บรรยากาศในการทำงานที่ดี สภาพแวดล้อมของการทำงานมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เกิดความร่วมมือร่วมใจ ระบบงานดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยราบรื่น และบรรยากาศในการทำงานที่ดี มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในงาน (Apaipakdi, 2020) มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน (Moosa, 2016; Lan et al, 2020) คนที่มีการรับรู้บรรยากาศองค์การสูงจะมีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูงตามไปด้วย เนื่องจากบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ด้วยความร่วมมือของหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน และยังขึ้นอยู่กับบริบทของงานและองค์การ ข้อมูลความตั้งใจคงอยู่ในงานและบรรยากาศองค์การ จึงมีความสำคัญที่ผู้บริหารองค์การควรติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามากมๆ ได้บริหารทรัพยากรบุคคลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการติดตามข้อมูลความ

ตั้งใจคงอยู่ในงานและบรรยากาศองค์การของบุคลากรในภาพรวมอีกเลย ความสนใจถึงความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถวางแผนสรรหาบุคลากรทดแทน รวมทั้งหามาตรการป้องกันการสูญเสียบุคลากรอันเกิดจากความไม่พึงพอใจในบรรยากาศการทำงานได้ทันเวลา

ดังนั้นการวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาบรรยากาศองค์การและความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยศึกษาในบุคลากรทั้งหมดที่เป็นข้าราชการและพนักงานราชการ เนื่องจากเป็นหน่วยงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนรวมและยุทธศาสตร์ของประเทศ เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นประโยชน์ต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์และการวางแผนธำรงรักษาบุคลากรที่เหมาะสม ทำให้การดำเนินงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การ กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### วิธีการวิจัย (Research Method)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การ กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประชากร คือ บุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนทั้งหมด 342 คน (Human

Resources Group Office of the Secretary of the Department, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงานในกรมนี้มาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป มีตำแหน่งข้าราชการหรือพนักงานราชการ ไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหาร และไม่เกษียณใน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรแบบทราบบจำนวนประชากรของ Krejcie and Morgan (Krejcie, & Morgan, 1970) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 182 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่เพียงพอ เนื่องจากอัตราตอบกลับแบบสอบถามในงานวิจัยที่ศึกษาในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เท่ากับร้อยละ 83 (Unjit, Intaraprasong, Sillabutra, & Sattayasomboon, 2018) จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 219 คน การเลือกตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำแนกบุคลากรตามหน่วยงาน คำนวณสัดส่วนบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากรายชื่อบุคลากรเรียงลำดับตามที่หน่วยงานจัดไว้ให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณ ทั้งนี้หน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรน้อยกว่า 10 ราย จะเก็บข้อมูลทุกราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8 มีนาคม ถึง 8 เมษายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนที่ 1 บรรยากาศองค์กร ผู้วิจัยขอใช้แบบสอบถามและได้รับอนุญาตจาก Elsa PS และคณะ (2013) ซึ่งสร้างเครื่องมือวัดบรรยากาศองค์กร (Assessing organizational climate: Psycho-metric properties of the CLIOR scale) นำมาแปลเป็นภาษาไทย คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง เห็นด้วยมากที่สุด ข้อความทางลบกกลับคะแนน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความตั้งใจคงอยู่ในงาน ผู้วิจัยใช้คำถามจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ กรกนก อุ่นจิตร์ และคณะ (Unjit, & et al, 2018) ที่แปลตามแนวคิดของ Hinshaw & Atwood (1983) ปรับคำถามให้เข้ากับบริบท

งานวิจัยนี้ โดยมีคำถาม 12 ข้อ ทางบวก 6 ข้อ และทางลบ 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ (1-7 คะแนน) และ ส่วนที่ 3 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด ปฏิบัติงานในตำแหน่ง หน่วยงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน การศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และรายได้ต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC (IOC: Item Objective Congruence Index) แต่ละข้อได้คะแนน 0.67-1.00พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีความตรงเชิงเนื้อหา และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยทดสอบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างกรมการแพทย์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 1 บรรยากาศองค์กร เท่ากับ 0.897 และความตั้งใจคงอยู่ในงาน เท่ากับ 0.947 เกณฑ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 จึงยอมรับได้ (Nunnally JC, 1978)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน บรรยากาศองค์กร และคุณลักษณะส่วนบุคคล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ใช้ตามเกณฑ์ของ Taylor (Taylor R, 1990) ดังนี้ น้อยกว่า 0.35 หมายถึง ระดับต่ำ, 0.36 – 0.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 0.68 – 1.00 หมายถึง ระดับสูง

#### จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2022-123 เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565

ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 71.6 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับ ปวส. และปริญญาตรี ร้อยละ 76.6 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อย ละ 62.4 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.8 ปี จบการศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ร้อยละ 36.5 และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,704 บาท ดัง ตารางที่ 1

### ผลการศึกษา (Research results)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรกรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.7 อายุเฉลี่ย 36.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตามผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 197)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	41	20.8
หญิง	155	78.7
ไม่ระบุเพศ	1	0.5
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 29 ปี	45	22.8
30 – 39 ปี	96	48.7
40 – 49 ปี	36	18.3
50 – 59 ปี	20	10.2
อายุเฉลี่ย 36.0 (ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.2 (ปี) Max = 59 ปี Min = 24 ปี		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
ไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่า)	141	71.6
มีคู่ (สมรส)	56	28.4
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาโท	46	23.4
ปวส.และปริญญาตรี	151	76.6
<b>ตำแหน่งงาน</b>		
พนักงานราชการ	74	37.6
ข้าราชการ	123	62.4
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน</b>		
1 – 5 ปี	106	53.8
6 – 10 ปี	53	26.9
11 – 15 ปี	16	8.1
16 ปีขึ้นไป	22	11.2
เฉลี่ย 6.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 ปี Max = 22 ปี Min = 1 ปี		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จบด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์		
ใช่	72	36.5
ไม่ใช่	125	63.5

ตารางที่ 2 ระดับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (n = 197)

ความตั้งใจ อยู่	Mean (S.D.)	ระดับความตั้งใจอยู่ในงาน n (%)					ระดับ ค่าเฉลี่ย
		สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก	
ภาพรวม	2.8 (1.2)	21 (10.7)	28 (14.2)	71 (36.0)	44 (22.3)	33 (16.8)	ต่ำ

2. ความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า โดยรวม จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.8, S.D. = 1.2) โดยความตั้งใจอยู่ในงานระดับต่ำและต่ำมากรวมกัน ร้อยละ 39.1 ดังตารางที่ 2 ซึ่งพบว่าข้อถามที่ค่อนข้างเห็นด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุดรวมกันสูงสุด 3 อันดับ คือ ไม่ต้องการลาออกหรือย้ายที่ทำงานจากกรมนี้นี้ให้เร็วที่สุด ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ การตัดสินใจที่จะทำงานที่กรมนี้อีกหรือลาออกจากกรมนี้อย่างไม่ใช่ว่าประเด็นสำคัญที่จะคิดในช่วงเวลานี้ ร้อยละ 46.2 และยังไม่มีความคิดที่จะออกจากกรมนี้อีก ร้อยละ 43.1 ตามลำดับ ส่วนข้อถามที่ค่อนข้างเห็นด้วยถึงเห็นด้วยมากที่สุดรวมกันต่ำสุด 3 อันดับ คือ ถ้าได้รับข้อเสนอเกี่ยวกับการย้ายไปกรมนอื่นหรืออาชีพใหม่จะไม่พิจารณาข้อเสนออย่างจริงจัง ร้อยละ 19.3 และมั่นใจว่าจะอยู่ทำงานในกรมนนี้เป็นที่สุดท้ายโดยไม่ย้ายไปทำงานที่อื่น ร้อยละ 18.3 และมั่นใจว่าจะทำงานในกรมนนี้ต่อไปให้นานที่สุดแม้จะมีผู้เสนอให้ย้ายไปทำงานที่อื่นในตอนนี้ ร้อยละ 23.9

3. บรรยากาศองค์การ พบว่า บรรยากาศองค์การของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือกภาพรวม อยู่ในระดับดี (Mean = 3.4, S.D. = 0.6) จากข้อคำถามที่เห็นด้วยระดับมากและมากที่สุดรวมกัน หมายถึง บรรยากาศองค์การดี สูงสุด 3 อันดับ คือ ผู้บังคับบัญชามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร้อยละ 68.6 รองลงมาคือ มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมตามที่เสนอขอ ร้อยละ 63.0 และเมื่อเกิดปัญหา ผู้บังคับบัญชาช่วยให้ท่านแก้ไขปัญหาได้ ร้อยละ 60.4 ส่วนข้อถามที่เห็นด้วยระดับมากและมากที่สุดรวมกันต่ำสุด 3 อันดับ คือ การตัดสินใจในเรื่องในกรมนฯ ไม่ได้มาจากผู้บริหารระดับสูง ร้อยละ 6.1 รองลงมาคือ งานของท่านสร้างนวัตกรรมจนเป็นที่ยอมรับ ร้อยละ 29.4 และท่านได้รับการนิเทศงานอย่างเพียงพอ ร้อยละ 30.5 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์ระดับต่ำกับกับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า บรรยากาศองค์การ ( $r = 0.32$ ,  $p$ -value < 0.001) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ( $r = 0.31$ ,  $p$ -value < 0.001) สถานภาพสมรส ( $r = 0.14$ ,  $p$ -value < 0.048) ระยะเวลาปฏิบัติงาน ( $r = 0.18$ ,  $p$ -value < 0.010) และรายได้ ( $r = 0.21$ ,  $p$ -value < 0.003) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (n = 197) ผลวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r)

ตัวแปรอิสระ	ความตั้งใจอยู่ในงาน		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
บรรยากาศองค์การโดยรวม	0.32	<0.001	ต่ำ
<b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>			
เพศ	0.02	0.744	ต่ำ
อายุ	0.31	<0.001**	ต่ำ
สถานภาพสมรส	0.14	0.048*	ต่ำ
ระดับการศึกษา	0.03	0.625	ต่ำ
ตำแหน่งงาน	0.04	0.529	ต่ำ
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี)	0.18	0.010*	ต่ำ
รายได้ (บาท)	0.21	0.003*	ต่ำ

\* p-value < 0.05, \*\* p-value < 0.001

หมายเหตุ ตัวแปรหุ่นเพศ (1 = หญิง, 0 = ชาย), การศึกษา (1 = น้อยกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี, 0 = ปริญญาโทขึ้นไป), ตำแหน่งงาน (1 = ข้าราชการ, 0 = พนักงานราชการ), ตัวแปรตาม: ความตั้งใจอยู่ในงาน (คะแนนเฉลี่ย)

### อภิปรายผล (Discussion)

ระดับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ จากคำตอบของบุคลากรที่ค่อนข้างไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยว่า บุคลากรไม่มั่นใจว่าจะอยู่ทำงานในกรมนี้เป็นที่สุดท้ายโดยไม่ย้ายไปทำงานที่อื่น ไม่มั่นใจว่าจะทำงานในกรมนี้ต่อไปถ้ามีผู้เสนอให้ย้ายไปทำงานที่อื่นในตอนนี้ และจะคงทำงานอยู่ไปเรื่อย ๆ โดยไม่คิดจะลาออกก่อนเกษียณ อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับระดับความตั้งใจอยู่ในงาน โดยบุคลากรมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 71.5 เป็นคนไม่มีคู่ คือ โสด/โสด/หม้าย/หย่า ร้อยละ 71.6 มีระยะเวลาการทำงานเพียง 1-5 ปี ร้อยละ 53.8 บุคลากรกลุ่มนี้สามารถที่จะตัดสินใจย้ายไปทำงานหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ง่ายในระยะเวลาที่เหลืออยู่ก่อนเกษียณอายุราชการหากมีตำแหน่งเปิดรับ แต่ข้อดีของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คือการมีบรรยากาศองค์การระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากร ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าบรรยากาศองค์การดีเนื่องจาก

ผู้บังคับบัญชาและบุคลากรมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน บุคลากรมีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมตามที่เสนอขอ และเมื่อเกิดปัญหาผู้บังคับบัญชาช่วยแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งควรรักษาบรรยากาศองค์การที่ดีนี้เพื่อดึงดูดใจบุคลากร

ความตั้งใจอยู่ในงานในการวิจัยนี้ต่ำกว่าการวิจัย ในปี 2561 ของกรรณก อุณจิตร และคณะ (Kornganog Unjit, et al., 2018) พบว่าบุคลากรสายงานหลักกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความตั้งใจอยู่ในงานมีระดับปานกลาง เนื่องจากในงานวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มบุคลากรที่แตกต่างกัน คือ บุคลากรสายงานหลัก บุคลากรสายสนับสนุน และพนักงานราชการทุกสายงาน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยความตั้งใจอยู่ในงานที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่าความตั้งใจอยู่ในงานระดับปานกลาง เช่น การศึกษาของ Chupan, et al. (2017) (Mean = 44.38, S.D. = 9.64) Muneerat, et al. (2019) ความตั้งใจอยู่ในงานระดับปานกลาง ร้อยละ 72.8 วิจัยของ Chen, et al. (2016) พยาบาลในประเทศไต้หวัน (Mean = 4.24,

S.D. = 0.87) และผลวิจัยของ Moosa, et al. (2016) พยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศมัลดีฟส์ ความตั้งใจอยู่ในงานระดับปานกลาง ร้อยละ 69.49 และวิจัย ของ Hill (2011) พบว่าความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลในรัฐเคนทักกี ประเทศสหรัฐอเมริกา อยู่ในระดับสูง (Mean = 53.8, S.D. = 8.5) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของบุคลากรที่วิจัย และแบบสอบถามที่ใช้วัดความตั้งใจอยู่ในงานแตกต่างกับการวิจัยนี้ บรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากร สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของ Lan, et al. (2020) ศึกษาในกลุ่มเภสัชกรประเทศไต้หวัน ( $r = 0.62, p < 0.001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Moosa, et al. (2016) พยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศมัลดีฟส์ ( $r = 0.18, p < 0.001$ ) ซึ่งระดับความสัมพันธ์สูงหรือต่ำกว่า การวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกัน ผลวิจัยนี้พบว่า อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และรายได้ของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ความตั้งใจอยู่ในงานจะสูงขึ้นตามไปด้วย และสถานภาพสมรสมีคู่ (แต่งงาน) มีความตั้งใจอยู่ในงานมากกว่ากลุ่มบุคลากรที่สถานภาพสมรสไม่มีคู่ สอดคล้องกับวิจัยของ Nalinrat Thongniran, et al. (2558) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความตั้งใจอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลาง ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Wannakorn & Songkran (2020) พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลของแก่น ( $p < 0.05$ ) และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Milinthapunya (2018) พบว่า อายุ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสามารถใช้ข้อมูลผลวิจัย ไปใช้กำหนดนโยบายการส่งเสริมความตั้งใจในองค์การของบุคลากร โดยเน้นที่สร้างบรรยากาศองค์การที่ดีในการทำงาน ให้โอกาสการตัดสินใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย มีการนิเทศสอนงานหรือมีกระบวนการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาให้กับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนบุคลากรให้ได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่
2. ผู้บริหารงานทรัพยากรบุคคล สามารถนำข้อมูลไปใช้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในเรื่องการสร้างบรรยากาศองค์การ เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี มีบรรยากาศของการรับฟังความคิดเห็นทั้งเห็นพ้องและเห็นต่างอย่างมีเหตุผล
3. ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงาน ควรนำข้อมูลไปใช้พัฒนาบรรยากาศองค์การ โดยทำกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) สร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน และเกิดบรรยากาศที่ดีในองค์การ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยศึกษาความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาระดับกระทรวง เพื่อขยายองค์ความรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของบุคลากร

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอคุณบุคลากรกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยในการประสานงานทำให้วิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Apaipakdi, K. (2020). Happy environment in workplace: Happy workers and achieving goals. *Journal of MCU Humanities Review*. 6(1): 315-331.
- Buncharoen, M. (2021). Human resource management report, year 2021 of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine.
- Chen, M.F., Ho, C.H., Lin, C.F., Chung, M.H., Chao, W.C., Chou, H.L. & Li, C.K. (2016). Organisation-based self-esteem mediates the effects of social support and job satisfaction on intention to stay in nurses. *J Nurs Manag*. 24(1), 88-96.
- Chupan, S., Khumyu, A., Vatanasin, S., & Vatanasin, D. (2017). Factors influencing intention to stay in career among professional nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 25(4): 1-10.
- Drucker, P.F. (1979). *The effective executive*. New York: Harper and Row.
- Hill, K.S. (2011). Work satisfaction, intent to stay, desires of nurses, and financial knowledge among bedside and advanced practice nurses. *The Journal of Nursing Administration*. 41(6): 211-217.
- Hinshaw, A.S. & Atwood, J.R. (1983). Nursing staff turnover, stress, and satisfaction: models, measures, and management. *Annu Rev Nurs Res*. 1: 133-153.
- Human Resources Group Office of the Secretary of the Department. (2022). Information on personnel types, recruitment, transfer/resignation of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, year 2019-2022.
- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 30(3), 607-610.
- Lan, Y., Huang, W., Kao, C. & Wang, H. (2020). The relationship between organizational climate, job stress, workplace burnout, and retention of pharmacists. *Journal of Occupational Health*. 62(6): 1-9.
- Milinthapunya, W. (2018). Factors related to retention of employees at a university of hospital. *Journal of Thonburi University Academic*. 12(28), 243-255.
- Ministry of Public Health. (2020). Annual government operational plan. Budget 2021 of the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Moosa, F., Chontawan, R., Akkadechanunt, T. (2016). Factors related to intent to stay among nurses in the tertiary hospital, Maldives. *Nursing Journal*. 43(2): 129-142.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. & Steers, R.W. (1982). *Employee - organizational linkage: The psychology of commitment absenteeism and turnover*. New York: Academic Press.
- Muneerat, S., Suwannapong, N., Tipayamongkhogul, M., Manmee, C. (2019). Job Characteristics, Job-Related Stress and Intention to Stay in Professional Nurses in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Health Science*. 28(1): 133-141.

- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometrics theory* 2<sup>nd</sup> ed. New York: NY: McGraw-Hill.
- Peña-Suárez, E., Muñiz, J., Campillo-Álvarez, A., Fonseca-Pedrero, E. & García-Cueto, E. (2013). Assessing organizational climate: psychometric properties of the CLIOR Scale. *Psicothema*. 25(1): 137-144.
- Phumwiset, P. (2014). *Public health system. and public health planning*. Nonthaburi: Charansanitwong printing limited.
- Phaengkathok, W., Klunduang, S. (2020). The work retention of back office personnel in Khonkaen hospital. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*. 2(2): 231-45.
- Punthai, K. (2011). *Integrated human resource development strategy: key for excellence*. Nida development journal. 51(3): 239-257.
- Steering Committee for the Preparation of the National Health Development Plan No. 12 (2017-2021), Ministry of Public Health. (2016). Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Strategy and Planning Group, Academic and Planning Division. (2020). *Department of medical services operational plan. Thai Traditional and Alternative Medicine, 3-year period (2020-2022)*.
- Taylor R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: a basic review. *Journal of diagnostic medical sonography*. 6(5): 35-3
- Thongniran, N., Intaraprasong, B., Pattara-Archachai, J. (2015). Intention to stay in occupation of registered nurse at a community hospital region 1: central region, Thailand. *Journal of the Nursing Division*. 42(3): 69-83.
- Unjit, K., Intaraprasong, B., Sillabutra, J., Sattayasomboon, Y. (2018). Intention to stay in an organization among core function staff in the department of thai traditional and alternative medicine, Ministry of Public Health. *Journal of Public Health*, 48(3): 308-318.
- Wongwichai, C. (2015). *Health workforce as a workforce: Problems and solutions of the Thai health system: Hfocus takes an in-depth look at the health system*. [Internet]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>



## Burnout among dental nurses in sub-district health promoting hospitals, Health Region 4

เว้นวรรค 1 บรรทัด -

Jutathip Intaphalan<sup>1\*</sup> Sariyamon Tiraphat<sup>2</sup> Chanida Lertpitakpong<sup>3</sup>

*1 Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Associate Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*3 Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*Corresponding author: e-mail: jjutxthip@gmail.com*

### Original article

#### Abstract

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Intaphalan J., Tiraphat, S., & Lertpitakpong, C. Burnout among dental nurses in sub-district health promoting hospitals, Health Region 4. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/272946](https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272946)

Received: 6 May 2024

Revised: 22 May 2024

Accepted: 30 May 2024

This study aims to investigate burnout and its associated factors among dental nurses in sub-district health promoting hospitals within Health Region 4. The sample consists of dental nurses with at least one year of experience in these hospitals. Data collected from simple random sampling, resulting in 237 data sets collected via an online questionnaire (Google Form) from February 15 to April 10, 2023. Data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square tests.

The findings indicated that overall, burnout among dental nurses in sub-district health promoting hospitals in Health Region 4 was at a low level (34.60%). Personal factors such as age, marital status, employment type, professional experience, physical health, and mental health were significant statistically associated with burnout ( $p < 0.05$ ). The findings from this research can be utilized by the management to support policies aiming at boosting morale. This includes increasing the appointment of dental nurses to ensure job security and career advancement. Additionally, policies should be established to promote physical and mental health care to prevent and alleviate burnout.

**Keywords:** Burnout; Dental nurses; Sub-district health promoting hospitals

## ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

- วัณวรรค 1 บรรทัด -

จุฑาทิพย์ อินทผลัญ<sup>1\*</sup> ศรียามน ตีรพัฒน์<sup>2</sup> ชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์<sup>3</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารงานสาธารณสุข) ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลติดต่อ [jjjutxthip@gmail.com](mailto:jjjutxthip@gmail.com)

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 6 พ.ค. 2567

วันแก้ไข 22 พ.ค. 2567

วันตอบรับ 30 พ.ค. 2567

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทันตภิบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลได้ 237 ชุด โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 10 เมษายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ในการทดสอบความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 34.60) และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประเภทการจ้างงาน ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาล ภาวะสุขภาพร่างกาย และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนนโยบายด้านการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ โดยเพิ่มการบรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่งทันตภิบาล เพื่อสร้างความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตลอดจนจัดให้มีนโยบายในการส่งเสริมดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะหมดไฟในการทำงาน

**คำสำคัญ:** ภาวะหมดไฟในการทำงาน; ทันตภิบาล; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) เป็นปัญหาที่คุกคามคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรที่มีลักษณะของการทำงานที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจำนวนมากเป็นหลัก เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรด้านการศึกษา และบุคลากรด้านบริการมนุษย์ (Maslach & Leiter, 2016) ภาวะหมดไฟในการทำงานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อด้านลบในระดับบุคคลโดยการแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจในงาน ความมุ่งมั่นในงานที่ต่ำ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การขาดงานที่เพิ่มขึ้น และการลาออกจากงาน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระดับองค์กรโดยทำให้คุณภาพของการให้บริการลดลง ซึ่งสามารถสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสาธารณสุขของประเทศ อันเนื่องมาจากการขาดงานและการลาออกจากงานของบุคลากร (Edu-Valsania, Laguia, & Moriano, 2022) จึงทำให้ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นถึงปัญหาของภาวะหมดไฟในการทำงานโดยได้เพิ่มให้อยู่ในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (The International Classification of Disease 11<sup>th</sup>: ICD-11) (World Health Organization, 2019) โดยบุคคลที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจะเกิดจากการสะสมของความเครียดจากการทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ด้านการลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (Personal achievement) (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน และบุคลิกภาพส่วนบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ภาระงาน อิสระในการทำงาน ความคลุมเครือในบทบาท ความยุติธรรมในที่ทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม (Edu-Valsania, Laguia, & Moriano, 2022)

ทันตภิบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุขด้านงานทันตสาธารณสุขที่สำคัญในการให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเพียงคนเดียวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นด้านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านช่องปากพื้นฐานได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในราคาสูง เนื่องจากทันตภิบาลไม่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จึงต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าทันตภิบาลต้องทำงานเกินบทบาทหน้าที่ตามหลักสูตรที่ได้เรียนมาและเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 73.50 ซึ่งนำไปสู่การลาออกหรือเปลี่ยนสายงาน ร้อยละ 72.80 (Supachai, Anuvadh, & Pakin, 2018) เนื่องจากทันตภิบาลมีความรู้สึกละเลยเมื่อให้บริการรักษาโรคในช่องปากซึ่งเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายจากผู้รับบริการ นอกจากนี้ทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องปฏิบัติงานไม่เพียงแต่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนทุกกลุ่มวัยเท่านั้นยังต้องปฏิบัติงานที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตนเอง หรือต้องปฏิบัติงานที่ไม่เคยเรียนรู้หรือฝึกฝนมาก่อน เช่น งานการรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานการเงิน และงานพัสดุ โดยเวลาในการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องใช้เวลาไปกับการทำงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการทางทันตกรรม ร้อยละ 33.50 (Viroj, et al., 2016) ทำให้ทันตภิบาลต้องนำงานมาทำในวันหยุดหรือเวลาพักผ่อนโดยส่วนใหญ่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 53.10 รวมถึงมีความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้า โดยไม่มีขอบเขตจำกัดในการทำงาน ตลอดจนความก้าวหน้าในวิชาชีพที่น้อยกว่าวิชาชีพอื่น และค่าตอบแทนที่ไม่สมดุลกับภาระงาน (Sasitorn & Chaiyaprupek, 2015) นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมา ยังสนับสนุนว่าทันตภิบาลนั้นประสบกับภาวะหมดไฟใน

การทำงานทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (Temsiri, 2021)

จากรายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.2560-2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายกมีแนวโน้มลดลง โดยมีการลาออกหรือเปลี่ยนสายงาน จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 17.53 (Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2017; Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ เนื่องด้วยเขตสุขภาพที่ 4 เป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางบริบทค่อนข้างมากทั้งในด้านภูมิศาสตร์และระบบสังคมเศรษฐกิจ อีกทั้งมีจังหวัดที่อยู่ในเขตปริมาณพลและเขตอุตสาหกรรมซึ่งมีจำนวนประชากรหนาแน่นกว่าพื้นที่ทั่วไป จึงทำให้เขตสุขภาพที่ 4 มีสัดส่วนของทันตภิบาล 1 คน ต่อ 10,977 ประชากร (Region 4 Health Provider Office, 2022) โดยเป็นสัดส่วนของการให้บริการประชาชนที่สูงเป็นอันดับ 2 จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ อีกทั้งยังเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ทันตภิบาล 1 คน ต่อ 8,000 ประชากร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทันตภิบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ต้องปฏิบัติงานมากกว่ากรอบภาระงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานเช่นเดียวกับบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ

จากปัญหาการลดลงของจำนวนทันตภิบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทำให้เกิดคำถามว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟของทันตภิบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยปัจจัยใด อย่างไรก็ตาม

หน่วยงานยังขาดข้อมูลและหลักฐานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ทำให้การพิจารณาแก้ไขปัญหาประเด็นเหล่านี้ไม่ได้รับการพิจารณาแก้ไขและจัดการอย่างเหมาะสม การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 ผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสำหรับนำไปใช้ในการวางแผน พัฒนานโยบายสำหรับการบรรเทาและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 ให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข ตลอดจนสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีส่งผลให้เกิดการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถรักษาทันตภิบาลให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายก จำนวน 323 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม  
โครงการวิจัย

1. เป็นทันตภิบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป
2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. อยู่ระหว่างการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือไม่อยู่ในพื้นที่ ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Weiers (2005) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ Tippawan, Napaporn, Kunchit, Sunaree, & Wanvisa, (2021) ที่ทำการศึกษาในบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์มีอัตราการตอบกลับประมาณร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการได้รับกลับคืนข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงมีการปรับเพิ่มอีกร้อยละ 70 หรือจำนวน 123 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 298 คน

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 8 จังหวัด เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการกระจายตัวครอบคลุมอย่างทั่วถึง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน 1 คน เท่านั้น) และจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนกระทั่งครบจำนวน 298 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงาน

ประจำ ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานประจำ ประเภทการจ้างงาน จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพ ทันตภิบาล จำนวน 9 ข้อ การประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย และการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยตนเอง โดยเป็นการประเมินแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และไม่ดี จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งใช้ฉบับภาษาไทยของ (Mental Health Region 7 Khon Kaen, 2017) จำนวน 22 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังนี้

เปอร์เซ็นต์ที่ 68 ขึ้นไป

หมายถึง ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับสูง

เปอร์เซ็นต์ที่ 34 - เปอร์เซ็นต์ที่ 67

หมายถึง ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

น้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ที่ 33

หมายถึง ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงนำค่าที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruency : IOC) ซึ่งการศึกษานี้มีค่า IOC เท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตราด จำนวน 30 คน โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยชี้แจงโครงการวิจัยและกระจายแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ไปยังกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 28 ธันวาคม 2566 อนุมัติโครงการวิจัยเลขที่ COA. No. MUPH 2023-159

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิง

อนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

#### ผลการวิจัย

อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับร้อยละ 79.53 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.50) มีอายุระหว่าง 23-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย  $34.55 \pm 8.39$  ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 56.50) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 86.90) ปฏิบัติงานประจำในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 85.20) ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาด M (ร้อยละ 55.30) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 88.20) รับผิดชอบปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 56.50) มีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาลมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 41.30) มีภาวะสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง/ไม่ดี (ร้อยละ 56.10) และมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 52.70) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=237)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	25	10.50
หญิง	212	89.50
<b>อายุ (ปี)</b>		
23-30 ปี	111	46.80
31-40 ปี	65	27.40
41 ปี ขึ้นไป	61	25.70
Mean $\pm$ S.D. = $34.55 \pm 8.39$ , Min = 23, Max = 59		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	134	56.50
สมรส	103	43.50

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	13.10
ปริญญาตรี ขึ้นไป	206	86.90
<b>สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</b>		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	202	85.20
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	35	14.80
<b>ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</b>		
ขนาด S	50	21.10
ขนาด M	131	55.30
ขนาด L	56	23.60
<b>ประเภทการจ้างงาน</b>		
ข้าราชการ	209	88.20
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง	28	11.80
<b>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ</b>		
1 แห่ง	134	56.50
2 แห่ง ขึ้นไป	103	43.50
<b>ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาล (ปี)</b>		
1-5 ปี	49	20.70
6-10 ปี	90	38.00
11 ปี ขึ้นไป	98	41.30
<b>ภาวะสุขภาพร่างกาย</b>		
ระดับดี	104	43.90
ระดับปานกลาง/ไม่ดี	133	56.10
<b>ภาวะสุขภาพจิต</b>		
ระดับดี	125	52.70
ระดับปานกลาง/ไม่ดี	112	47.30

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่

ในระดับต่ำ (ร้อยละ 34.60) รองลงมา คือ มีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.20) และมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 31.20) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความถี่ ร้อยละ ของระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ที่ 33)	82	34.60
ระดับปานกลาง (เปอร์เซ็นต์ที่ 34 - เปอร์เซ็นต์ที่ 67)	81	34.20
ระดับสูง (เปอร์เซ็นต์ที่ 68 ขึ้นไป)	74	31.20
<b>รวม</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ประเภทการจ้างงาน ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาล ภาวะสุขภาพร่างกาย และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในส่วนของอายุ พบว่าทันตภิบาลที่มีอายุ 23-30 ปี และทันตภิบาลที่มีอายุ 31-40 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีอายุ 41 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้สถานภาพสมรส พบว่าทันตภิบาลที่สถานภาพโสดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่สถานภาพสมรส และประเภทการจ้างงาน พบว่าทันตภิบาลที่เป็นพนักงาน

กระทรวงสาธารณสุขหรือลูกจ้าง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่เป็นข้าราชการ ส่วนประสบการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาล พบว่าทันตภิบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี นอกจากนี้ภาวะสุขภาพร่างกาย พบว่าทันตภิบาลที่มีภาวะสุขภาพร่างกายในระดับปานกลางหรือไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีภาวะสุขภาพร่างกายในระดับที่ดี และภาวะสุขภาพจิต พบว่าทันตภิบาลที่มีสุขภาพจิตในระดับที่ปานกลางหรือไม่ดี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีสุขภาพจิตในระดับที่ดี ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ( $n=237$ )

ปัจจัย	ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน			Chi-square	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				0.553	0.758
ชาย	10 (40.00)	7 (28.00)	8 (32.00)		
หญิง	72 (34.00)	74 (34.90)	66 (31.10)		
<b>อายุ</b>				33.015	0.000*
23-30 ปี	20 (18.00)	43 (38.70)	48 (43.2)		
31-40 ปี	27 (41.50)	19 (29.20)	19 (29.20)		
41 ปี ขึ้นไป	35 (57.40)	19 (31.10)	7 (11.50)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				12.158	0.002*
โสด	35 (26.10)	47 (35.10)	52 (38.80)		
สมรส	47 (45.60)	34 (33.00)	22 (21.40)		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) (n=237)

ปัจจัย	ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน			Chi-square	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				2.411	0.299
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12 (38.70)	13 (41.90)	6 (19.40)		
ปริญญาตรี/ปริญญาโท	70 (34.00)	68 (33.00)	68 (33.00)		
<b>สังกัด รพ.สต.</b>				1.730	0.421
สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	67 (33.20)	69 (34.20)	66 (32.70)		
องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	15 (42.90)	12 (34.30)	8 (22.90)		
<b>ขนาด รพ.สต.</b>				4.784	0.310
ขนาด S	20 (40.00)	12 (24.00)	18 (36.00)		
ขนาด M	43 (32.80)	52 (39.70)	36 (27.50)		
ขนาด L	19 (33.90)	17 (30.40)	20 (35.70)		
<b>ประเภทการจ้างงาน</b>				7.943	0.019*
ข้าราชการ	77 (36.80)	73 (34.90)	59 (28.20)		
พนักงานกระทรวง สาธารณสุข/ลูกจ้าง รพ.สต. ที่ต้องรับผิดชอบ	5 (17.90)	8 (28.60)	15 (53.60)	0.546	0.761
1 แห่ง	49 (36.60)	44 (32.80)	41 (30.60)		
2 แห่ง ขึ้นไป	33 (32.00)	37 (35.90)	33 (32.00)		
<b>ประสบการณ์ในการประกอบ อาชีพทันตภิบาล</b>				33.792	0.000*
1-5 ปี	5 (10.20)	16 (32.70)	28 (57.10)		
6-10 ปี	72 (34.00)	74 (34.90)	66 (31.10)		
11 ปี ขึ้นไป	50 (51.00)	31 (31.60)	17 (17.30)		
<b>ภาวะสุขภาพร่างกาย</b>				10.998	0.004*
ระดับดี	46 (44.20)	36 (34.60)	22 (21.20)		
ระดับปานกลาง/ไม่ดี	36 (27.10)	45 (33.80)	52 (39.10)		
<b>ภาวะสุขภาพจิต</b>				57.646	0.000*
ระดับดี	65 (52.00)	46 (36.80)	14 (11.20)		
ระดับปานกลาง/ไม่ดี	17 (15.20)	35 (31.30)	60 (53.60)		

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ผลการศึกษาการวัดระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 34.60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suthida, Chardsumon & Natnaree (2024) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทัมตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งพบว่าภาวะหมดไฟของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.80) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการปฏิบัติงานโดยการให้บริการทางทันตกรรมแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนภาระงานส่วนอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน อาจก่อให้เกิดความเครียด มีอารมณ์ร่วมกับงานที่ลดลง และมีการตอบสนองกับความต้องการในการทำงานได้ไม่ดี ทันตภิบาลจึงมีภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดขึ้นได้

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 มีดังนี้

1) อายุ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งทันตภิบาลที่มีอายุ 23-30 ปี และทันตภิบาลที่มีอายุ 31-40 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีอายุ 41 ปี ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piyawadee (2021) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งสนับสนุนว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Alsulimani et al. (2021) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 27-31 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากบุคลากรที่มีอายุน้อยจะมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตและประสบการณ์ด้านการทำงานที่น้อยกว่าบุคลากรที่มีอายุมาก เมื่อมีปัญหาจากการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงมีความสามารถในการจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมายหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้น้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมากที่มากด้วยประสบการณ์ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทันตภิบาลที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าทันตภิบาลที่มีอายุมาก

2) สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทันตภิบาลที่สถานภาพโสดจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่สถานภาพสมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taranu et al (2022) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศโรมาเนีย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Akapol, Piyatida & Naphaket (2023) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสนับสนุนว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสอาจได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวและคู่สมรสที่ดี บุคคลที่มีครอบครัวแล้วจะให้ความสำคัญและยึดครอบครัวเป็นหลักมากกว่าการทำงาน ซึ่งจะมีความแตกต่างจากบุคคลที่มีสถานภาพโสดที่อาจทุ่มเทชีวิตให้กับการทำงานเป็นส่วนใหญ่ จึงทำบุคคลที่มีสถานภาพโสดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรส

3) ประเภทการจ้างงาน ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทันตภิบาลที่เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง จะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่เป็นข้าราชการ เนื่องจากในการเริ่มต้นการทำงานของทันตภิบาลนั้นจะเริ่มต้นด้วยประเภทการจ้างงานในการเป็นลูกจ้างหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้รับการบรรจุข้าราชการ

และในปัจจุบันมีโอกาสน้อยในการได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ด้วยค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอ และการได้รับสวัสดิการที่น้อย อีกทั้งไม่มีความมั่นคงเช่นข้าราชการ หากทันตภิบาลต้องการได้รับบรรจุเป็นข้าราชการ เพื่อสร้างความมั่นคงในการทำงาน หรือการมีสวัสดิการที่เพิ่มมากขึ้น จึงต้องไปสอบแข่งขันเพื่อเปลี่ยนสายงานในการทำงาน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีตำแหน่งของทันตภิบาล หลักสูตร 4 ปี ที่ชัดเจนในคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน หรือ ก.พ. ส่งผลให้ทันตภิบาลที่เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้าง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าทันตภิบาลที่เป็นข้าราชการ

4) ประสพการณ์ในการประกอบอาชีพทันตภิบาล ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทันตภิบาลที่มีประสพการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีประสพการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theofilou, Platis, Madia, & Kotsiopoulos (2023) ที่ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสนับสนุนว่าระยะเวลาทำงานในหน่วยงานระหว่าง 1-10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Alsulimani et al. (2021) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประสพการณ์ในการทำงาน 1-5 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในบุคคลที่มีประสพการณ์ทำงานน้อย จะต้องมีการปรับตัวเรียนรู้การทำงานทั้งในนโยบายและระบบการทำงานใหม่ ด้วยประสพการณ์ทำงานที่น้อยจึงมีความสามารถในการจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมายได้ไม่ดี จึงเกิดความเครียดได้มากกว่าและมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้มากกว่าผู้ที่มีประสพการณ์ทำงานสูง

5) ภาวะสุขภาพร่างกาย ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทันตภิบาลที่มีภาวะสุขภาพร่างกายในระดับปานกลางหรือไม่ดี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีภาวะสุขภาพ

ร่างกายในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nichunant, Plempit & Orawan (2021) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ซึ่งสนับสนุนว่าภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานของทันตภิบาลนั้นมีลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการทำให้สุขภาพร่างกายถดถอย เนื่องจากการทำหัตถการในช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนที่แคบซึ่งยากต่อการทำงาน จึงทำให้ต้องใช้ทั้งสมาธิและสายตาในการเพ่งเป็นอย่างมาก รวมถึงมีการใช้อวัยวะของร่างกายหลายๆ ส่วนในการปฏิบัติงาน เช่น คอ ไหล่ หลัง มือ และเท้า ในการให้บริการทางทันตกรรม ซึ่งหากมีผู้ป่วยรับบริการติดต่อกันเป็นจำนวนมาก จะทำให้ต้องนั่งทำงานในท่าทางเดิมซ้ำๆ เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ทันตภิบาลมีภาวะสุขภาพร่างกายค่อยๆ เสื่อมลง ตามการปฏิบัติงาน ดังนั้นทันตภิบาลที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี จึงประสพกับภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าเช่นกัน

6) ภาวะสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยทันตภิบาลที่มีสุขภาพจิตในระดับที่ปานกลางหรือไม่ดี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับที่สูงกว่าทันตภิบาลที่มีสุขภาพจิตในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakarin (2020) ที่ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Haslam, Wade, Macdonald, Johnson, & Rock (2022) ที่ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตอนามัยในรัฐโนวาสโกเชีย ซึ่งสนับสนุนว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะแสดงออกถึงถึงความท้อแท้ในการทำงาน จะมีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งหากบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีจะลดทอนให้สุขภาพร่างกายไม่ดีไปด้วย อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพลดลง จึงมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้สูงกว่าเช่นกัน

นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป จึงเป็นไปได้ว่าในภาพรวมของภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในการศึกษาคครั้งนี้จึงไม่มีปัจจัยนี้มาเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitiya (2022) ได้ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งสนับสนุนว่าเพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ส่วนสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างนั้น อาจกล่าวได้ว่าบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายๆ แห่ง แม้จะมีการถ่ายโอนภารกิจจากสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้สังกัดองค์การปกครองส่วนถิ่น แต่ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบหรือระบบในการทำงานยังคงมีความใกล้เคียงกัน รวมถึงขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องรับผิดชอบ ที่อาจไม่ได้มีความแตกต่างต่อการปฏิบัติงานกันมากนัก จึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าประเภทการจ้างงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล ผู้บริหารควรสนับสนุนนโยบายด้านการเสริมสร้างขวัญ

กำลังใจ โดยเพิ่มการบรรจุเข้ารับข้าราชการในตำแหน่งทันตภิบาล เพื่อสร้างความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

2. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตภิบาล ผู้บริหารควรจัดให้มีนโยบายในการส่งเสริมดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต เช่น การมีคลินิกฟื้นฟูสุขภาพร่างกายจากการทำงาน และการมีคลินิกรักษาสุขภาพจิตแก่บุคลากร

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงโครงสร้างของทันตภิบาลในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลได้อย่างครอบคลุม จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานที่เหมาะสมต่อทันตภิบาลมากยิ่งขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่อนุเคราะห์อนุญาตในการดำเนินการวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุขในการประสานงาน และทันตภิบาลทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Akapol, S., Piyatida, S., & Naphaket, T. (2023). Factors associated with burnout among psychiatric nurses during the covid-19 pandemic. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 17(2), 15-35.
- Alsulimani, L. K., Farhat, A. M., Borah, R. A., AlKhalifah, J. A., Alyaseen, S. M., Alghamdi, S. M., & Bajnaid, M. J. (2021). Health care worker burnout during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study in Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 42(3), 306.
- Edu-Valsania, S., Laguia, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*, 19(3).
- Haslam, S. K., Wade, A., Macdonald, L. K., Johnson, J., & Rock, L. D. (2022). Burnout syndrome in Nova Scotia dental hygienists during the COVID-19 pandemic: Maslach Burnout Inventory. *Can J Dent Hyg*, 56(2), 63-71.

- Kitiya, R. (2022). Burnout and Associated Factors Among Healthcare Workers in Samutprakarn Hospital During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 67(3), 240-255.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422.
- Mental Health Region 7 Khon Kaen. (2017). Burnout assessment for the healthcare worker. (Online). Available from: <https://mhc7.dmh.go.th/wp-content/uploads/2017/09/แบบประเมินภาวะหมดไฟ-ฉบับเผยแพร่.pdf>.
- Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2017). Report on public health personnel information for the year 2017. (Online). Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/healthbook60.pdf>.
- Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2022). Report on public health personnel information for the year 2022. (Online). Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/02/public-health-personnel-report-65.pdf>.
- Nakarin, C. (2020). Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(4), 348-59.
- Nichunant, P., Plempit, B., & Orawan, K. (2021). Burnout and its related factors among workers in a private hospital, Bangkok. *Journal of Public Health Nursing*, 35(3), 48-63.
- Region 4 Health Provider Office. (2022). Basic information, population, health service units In Health Region 4. (Online). Available from: [https://rh4.moph.go.th/index\\_dataservice.php](https://rh4.moph.go.th/index_dataservice.php).
- Piyawadee, S. (2021). The Register Nurses' Burnout in Bamrasnaradura Infections Disease Institute. *Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(2), 66-78.
- Sasitorn, C., & Chaiyapruerk, T. (2015). Practical Roles of Dental Therapist Working at District Hospital: A case study of District Hospitals in Lumpang Province. *CM Dent J*, 36(2), 145-159.
- Supachai, Y., Anuvadh. V., & Pakin, C. (2018). Problem of job's progress and professional practice of dental nurses. *Thai Dental Nurse Journal*, 29(1), 49-56.
- Suthida, T., Chardsumon, P., & Natnaree, A. (2024). Burnout of registered nurses in a medical correctional hospital. *Public Health Policy & Law Journal*, 10(1), 17-28.
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A., Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors Associated with Burnout in Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*, 19(22).
- Temsiri, P.P. (2021). Work burnout among dental nurses in Songkala province. *Th Dent PH J*, 26, 24-36.
- Theofilou, P., Platis, C., Mada, K., & Kotsiopoulos, I. (2023). Burnout and optimism among health workers during the period of COVID-19. *South Eastern European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.250>.
- Tippawan, S., Napaporn, A., Kunchit, K., Sunaree, W., & Wanvisa, W. (2021). Data study of blood glucose meters temperature and humidity factors of test strips in sub-district health promoting hospitals, Phitsanulok province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(8), 267-281.

- Viroj, T., Krisada, S., Benjaporn, R., Kamolnat, M., Atiya, S., Rungnapa, C., Suttini, W., Daravan, R., Srijan, P., & Suthanan, K. (2016). A Study of Work load and productivity among Health personnel in District Health Promotion Hospital. Health Systems Research Institute.
- Weiers, R. M. (2005). Introduction to Business Statistics, International Student Edition. In: Pennsylvania, USA: Duxbury Press, Thomson-Brooks/cole.
- World Health Organization. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. (Online). Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

# Consumer Protection Performance on Health Products among Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals, Health Region 11

Nathida Chuaybunchoo<sup>1</sup>, Youwanuch Sattayasomboon<sup>2</sup>, Sariyamon Tiraphat<sup>2</sup>, Sarunya Benjakul<sup>3</sup>

*1 Student in M.Sc. Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*3 Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University*

## Original article

### Abstract

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Chuaybunchoo, N., Sattayasomboon, Y. ., Tiraphat, S., & Benjakul, S. . Consumer Protection Performance on health products among Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals, Health Region 11. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/272892](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272892)

Received: 2 May 2024

Revised: 26 May 2024

Accepted: 30 May 2024

This study was a cross-sectional descriptive study aiming to analyze the factors associated with the consumer protection on health products performance among public health officers in sub-district health promoting hospitals, in Health Region 11. The sample comprised of 225 officers, responsible for consumer protection related to health products at sub-district health promoting hospitals. Data collection by using a questionnaire, and analyzed with descriptive statistics and chi-square test, with a statistical significance level set at  $p < 0.05$ .

The research results showed that the sample group consisted of 83.1% females, aged 40-59 years. Additionally, 50.6% had a bachelor degree, and 92.0% held an academic position in public health. Regarding their tenure, 82.2% had worked at their current Sub-District Health Promoting Hospital for 1-5 years, with 50.7% of them having 1-5 years of experience in consumer protection for health products. Overall, the consumer protection performances were at a low to moderate level (75.6%). The factors significantly association with the level of officers' consumer protection performances were the motivation to work ( $p$ -value=0.005), the motivation factors ( $p < 0.001$ ), the hygiene factors ( $p$ -value=0.025), management process ( $p < 0.001$ ), and the attitude ( $p = 0.001$ ) respectively.

Based on the research results, it is suggested that administrators in Health District 11 may consider implementing measures to enhance work motivation, improve administrative processes, and foster a positive working attitude among officials responsible for consumer protection of health products in the Sub-District Health Promoting Hospitals.

**Keywords:** Consumer Protection; Health Products; Sub-District Health Promoting Hospital; Health Region 11

## การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11

ณัฐธิดา ช่วยบุญชู<sup>1</sup>, ยუნุช สัตยสมบูรณ์<sup>2</sup>, ศรียามน ทิรพัฒน์<sup>2</sup>, ศรัณญา เบญจกุล<sup>3</sup>

1 นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ: 2 พ.ค.2567

วันแก้ไข: 26 พ.ค.2567

วันตอบรับ: 30 พ.ค.2567

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 225 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคร้สแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $< 0.05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.1 อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 50.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 92.0 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 82.2 ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพ.สต.ปัจจุบัน 1-5 ปี ร้อยละ 50.7 ประสบการณ์ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1-5 ปี ร้อยละ 53.3 ภาพรวมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 75.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $p$ -value $<0.005$ ) ปัจจัยจูงใจ ( $p$ -value  $<0.001$ ) ปัจจัยค้ำจุน ( $p$ -value =0.025) กระบวนการบริหาร ( $p$ -value  $<0.001$ ) และทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ( $p$ -value =0.001)

ข้อเสนอแนะจากผลวิจัยเพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานมีระดับสูงเพิ่มขึ้น ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 11 อาจพิจารณามาตรการส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**คำสำคัญ:** คุ้มครองผู้บริโภค; ผลิตภัณฑ์สุขภาพ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; เขตสุขภาพที่ 11

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วยจากรายงานพบอุบัติการณ์การป่วยจากการบริโภคอาหารประมาณ 600 ล้านคนในโลกเจ็บป่วยหลังจากรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อน และ 420,000 คนเสียชีวิตทุกปี ส่งผลให้สูญเสียสุขภาพที่ดีไป 33 ล้านปี (DALYs) สูญเสียเงินจำนวน 110,000 ล้านเหรียญสหรัฐในด้านการผลิต และค่ารักษาพยาบาลอันเป็นผลมาจากอาหารที่ไม่ปลอดภัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2022) ซึ่งการพัฒนาของระบบเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ไม่ใช่เพียงเป็นการพัฒนาแค่ภายในประเทศเท่านั้นแต่เป็นการพัฒนาของทุกประเทศและในระดับโลก โดยนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากทั่วโลกเข้าสู่ประเทศต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความหลากหลาย และมีความซับซ้อนขึ้น (Health Intervention and Technology Assessment Program, 2016) ประชาชนผู้บริโภคที่อยู่ในระบบสังคมและเศรษฐกิจยุคใหม่ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เลือกบริโภคที่มีความหลากหลายมากขึ้นทั้งสินค้าที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพ ผลิตภัณฑ์บางชนิดอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพทางอ้อมในระยะยาว เช่น เครื่องสำอางที่ผสมสารปรอทปริมาณสูงเกินที่กำหนดทำให้ผิวไหม้ ผิวบาง ติดเชื้อง่าย (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2023) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนผู้บริโภคที่ตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างไม่รู้เท่าทันผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายหรือยาชุดในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น จังหวัดเชียงรายมีร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะคิดเป็นร้อยละ 51.8 (Sunghong, W., 2015) จังหวัดฉะเชิงเทรา พบร้านชำที่จำหน่ายยาอันตรายและยาบรรจสุเสร็จร้อยละ 94.95 พบยาหมดอายุร้อยละ 8 และพบยาไม่มีทะเบียนร้อยละ

1.6 (Jitprasithsiri, S., 2019) จังหวัดกระบี่ พบร้านชำจำหน่ายยาอันตรายร้อยละ 100 และจำหน่ายยาปฏิชีวนะร้อยละ 100 (Nakkarit, T., 2023) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความชุกของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชนนั้นกระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คือ กลยุทธ์ในการดูแลคุ้มครองประชาชนให้ได้รับความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์และการได้รับบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งการพิทักษ์ประโยชน์ของประชาชนผู้บริโภค (Sookriwong, C. et al., 2012) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ในการการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ควบคุมและป้องกันโรค พิษฟู และคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Khotbanthao, N., Jutarasaka, M., and Bouphan, P., 2019) โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2566 เป็นเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ ซึ่งมีการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (Primary Health System Support Office, 2022) โดยในปัจจุบันยังไม่มีมีการประเมินคุณภาพของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพมาก่อน

ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. เขตสุขภาพที่ 11 โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้า เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลเขตสุขภาพที่ 11 และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในภาพรวมของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตสุขภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 525 คน จากจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด 525 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้รับผิดชอบหลักในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย

นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 223 คน โดยมีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ สุ่มเลือกจังหวัด 3 จังหวัด จาก 7 จังหวัด ตามขนาดประชากร ได้แก่ นครศรีธรรมราช ระนอง และกระบี่ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากเลือก รพ.สต.ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นตัวอย่างการวิจัย กรณีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้รับผิดชอบมากกว่า 1 คน ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ รพ.สต.เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นตัวอย่างการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดให้เติมคำและปลายปิดให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาทำงาน ใน รพ.สต. ระยะเวลาทำงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ใน รพ.สต. ประสบการณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ และขนาด รพ.สต.

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด สอบถามการดำเนินงานที่ทำได้ในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2566) เปรียบเทียบกับเป้าหมายของการดำเนินงาน คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ 1= ไม่ปฏิบัติเลย, 2=ปฏิบัติบางครั้ง ( $\leq 50\%$ ) 3=ปฏิบัติค่อนข้างมาก (51-75%), 4=ปฏิบัติครบถ้วน (76-100%)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นปัจจัยจูงใจ 10 ข้อ และ ปัจจัยค้ำจุน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 กระบวนการบริหาร จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 5

ทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 3 – 5 เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5) เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง เห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์แบ่งระดับตัวแปรการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 3 ระดับ จากคะแนนประเมินโดยรวม ช่วงคะแนนเต็ม 40 – 160 คะแนน ใช้การแบ่ง 3 ระดับ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (40 – 96 คะแนน) = ระดับต่ำ, คะแนนร้อยละ 60 – 79 (97 – 127 คะแนน) = ระดับปานกลาง, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (128 – 160 คะแนน) = ระดับสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรตาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และ ระดับสูง เกณฑ์แบ่งระดับตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับสูง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์จากค่ามัธยฐานของคะแนนรวม

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ เท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 = 0.886 ส่วนที่ 3 = 0.861 ส่วนที่ 4 = 0.875 และ ส่วนที่ 5 = 0.924

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์แล้ว โดยขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพื้นที่วิจัยก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถาม จัดส่งแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางไปรษณีย์ โดยมีซองปิดผนึก ไม่ให้เปิดเผยแต่ละบุคคล การส่งเอกสารกลับ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์ โดยได้แนบซองจดหมายพร้อมติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัยโดยตรง และนัดหมายวัน เวลา การเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 15 วัน และติดตามแบบถามถึงกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เมื่อครบ 30 วัน

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2023-144 เลขที่โครงการ 153/2023 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ให้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไครส์แคร์วี่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

#### ผลการวิจัย

##### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม จำนวน 225 ชุด พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.1 อายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 50.6 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรีหรือต่ำกว่า ร้อยละ 92.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.8 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 82.2 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. แห่งนี้ 1 – 5 ปี ร้อยละ 50.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ใน รพ.สต. ปัจจุบัน 1 – 5 ปี ร้อยละ 61.8 โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ 1 – 5 ปี ร้อยละ 53.3

ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ขนาดเล็ก ร้อยละ 44.4 และในรพ.สต. มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เป็นผู้รับผิดชอบหลักเพียงคนเดียว ร้อยละ 86.7

**2. ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ**

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 75.6 พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.9 ด้านการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.2 และ ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 ดังตารางที่ 1

ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด 3 ลำดับแรกคือ มีการรวบรวมข้อมูลเครือข่ายเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เครือข่าย ร้อยละ 93.8 รองลงมาคือ การสำรวจจำนวนผู้ประกอบการสถานที่ขายยาได้ครบถ้วน เมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมดที่มีในพื้นที่ความรับผิดชอบ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 และ สำรวจจำนวนผู้ประกอบการร้านชำได้ครบถ้วน เมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมดที่มีในพื้นที่ความรับผิดชอบ ร้อยละ 63.1 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ปฏิบัติ

ครบถ้วนน้อยที่สุด คือการสำรวจข้อมูลรถเร่ในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 33.8

ด้านการพัฒนาศักยภาพที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด 3 ลำดับแรกคือ การให้ความรู้กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าเกี่ยวกับวิธีเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ ให้ความรู้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับวิธีเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 40.0 และ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรม สรุปผลเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 38.7 ส่วนข้อที่ปฏิบัติครบถ้วนน้อยที่สุด คือการพัฒนาเครือข่ายในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในพื้นที่ ร้อยละ 10.2

ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด 3 ลำดับแรกคือ ดำเนินการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารโดยชุดทดสอบเบื้องต้น ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือมีการส่งต่อข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้สาธารณสุขอำเภอ หรือสาธารณสุขจังหวัด เมื่อพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 48.4 และ ตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์ยาที่มีจำหน่ายในร้านค้า/ร้านชำในชุมชนและบันทึกผลเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ปฏิบัติครบถ้วนน้อยที่สุด คือการสำรวจปัญหาการใช้ยาในชุมชนโดยการเฝ้าระวังรถเร่ขายยา ยาชุด ร้อยละ 28.4

**ตารางที่ 1** ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 (n= 225)

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	n (%) ของระดับการดำเนินงาน				
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	Md	Q1, Q3
การพัฒนาระบบฐานข้อมูล	119 (52.9)	87 (38.7)	19 (8.4)	51.0	46.0, 55.0
การพัฒนาศักยภาพ	37 (16.4)	93 (41.3)	95 (42.3)	26.0	22.0, 29.0
การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง	63 (28.0)	123 (54.7)	39 (17.3)	51.0	46.0, 55.0
ภาพรวมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	55 (24.4)	134 (59.6)	36 (16.0)	127.0	117.0, 135.0

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์  
สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 11 (n=225)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	n (%) ของระดับการดำเนินงาน			Chi-square (df)	P-value
	ต่ำ - ปานกลาง	สูง	รวม		
เพศ				0.01 (1)	0.905
หญิง	141 (75.4)	46 (24.6)	187 (100.0)		
ชาย	29 (76.3)	9 (23.7)	38 (100.0)		
อายุ (ปี)				2.29 (3)	0.515
ต่ำกว่า 29	40 (71.4)	16 (28.6)	56 (100.0)		
30 – 39	39 (70.9)	16 (29.1)	55 (100.0)		
40 – 49	64 (80.0)	16 (20.0)	80 (100.0)		
50 – 59	27 (79.4)	7 (20.6)	34 (100.0)		
ระดับการศึกษา				-	0.572 <sup>A</sup>
ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า	155 (74.9)	52 (25.1)	207 (100.0)		
ปริญญาโท	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (100.0)		
สถานภาพสมรส				0.03 (1)	0.857
ไม่มีคู่	78 (75.0)	26 (25.0)	104 (100.0)		
มีคู่	92 (76.0)	29 (24.0)	121 (100.0)		
ตำแหน่ง				1.27 (1)	0.260
นักวิชาการสาธารณสุข	137 (74.1)	48 (25.9)	185 (100.0)		
ไม่ใช่ นักวิชาการสาธารณสุข	33 (82.5)	7 (17.5)	40 (100.0)		
ระยะเวลาทำงานในรพ.สต.นี้ (ปี)				0.74 (2)	0.692
1 – 5	85 (74.6)	29 (25.4)	114 (100.0)		
6 – 10	35 (72.9)	13 (27.1)	48 (100.0)		
11 ปี ขึ้นไป	50 (79.4)	13 (20.6)	63 (100.0)		
ระยะเวลาทำงานคุ้มครอง ผู้บริโภค ที่ รพ.สต. (ปี)				4.06(2)	0.132
1 – 5	108 (77.7)	31 (22.3)	139 (100.0)		
6 – 10	37 (66.1)	19 (33.9)	56 (100.0)		
11 ปี ขึ้นไป	25 (83.3)	5 (16.7)	30 (100.0)		
ประสบการณ์งานคุ้มครองผู้บริโภค (ปี)				2.50 (2)	0.287
1 – 5	92 (76.7)	28 (23.3)	120 (100.0)		
6 – 10	42 (68.9)	19 (31.1)	61 (100.0)		
11 ปี ขึ้นไป	36 (81.8)	8 (18.2)	44 (100.0)		
ขนาด รพ.สต.				2.73 (2)	0.255
เล็ก	73 (73.0)	27 (27.0)	100 (100.0)		
กลาง	74 (74.7)	25 (25.3)	99 (100.0)		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	n (%) ของระดับการดำเนินงาน			Chi-square (df)	P-value
	ต่ำ - ปานกลาง	สูง	รวม		
ใหญ่	23 (88.5)	3 (11.5)	26 (100.0)		

A = Fisher exact test

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานฯ กับการดำเนินงาน  
 คำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขต  
 สุขภาพที่ 11 (n=225)

ปัจจัย	n (%) ของระดับการดำเนินงาน			Chi-square (df)	P-value
	ต่ำ - ปานกลาง	สูง	รวม		
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน				8.03(1)	0.005*
ต่ำ	93 (83.8)	18 (16.2)	111(100.0)		
สูง	77 (67.5)	37(32.5)	114(100.0)		
ปัจจัยจูงใจ				24.78(1)	<0.001**
ต่ำ	92(92.0)	8 (8.0)	100(100.0)		
สูง	78(62.4)	47(37.6)	125(100.0)		
ปัจจัยค้ำจุน				5.00(1)	0.025*
ต่ำ	85(82.5)	18(17.5)	103(100.0)		
สูง	85(69.7)	37(30.3)	122(100.0)		
กระบวนการบริหาร				12.42(1)	<0.001
ต่ำ	83 (87.4)	12 (12.6)	95 (100.0)		
สูง	87 (66.9)	43 (33.1)	130 (100.0)		
ทัศนคติต่องานคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสุขภาพ				11.50(1)	0.001**
ต่ำ	91 (85.8)	15 (14.2)	106 (100.0)		
สูง	79 (66.4)	40 (33.6)	119 (100.0)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสุขภาพ**

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.6 (Median = 80.0, Q1,Q3 = 74.0,90.0) ด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.9 (Median = 41.0, Q1,Q3 = 39.0,45.0) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง ร้อย

ละ 54.2 (Median = 39.0, Q1,Q3 = 36.0,44.0) กระบวนการบริหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.1 (Median = 56.0, Q1,Q3 = 52.0,62.0) และมีทัศนคติทางบวกต่องานคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้านสถิติสุขภาพ ร้อยละ 52.9 (Median = 46.0, Q1,Q3 = 42.0,50.0)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ไคร้สแควร์ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $p$ -value=0.005) ปัจจัยจูงใจ ( $p$ -value<0.001) ปัจจัยค้ำจุน ( $p$ -value=0.025) กระบวนการบริหาร ( $p$ -value<0.001) และทัศนคติต่องานฯ ( $p$ -value=0.001) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เขตสุขภาพที่ 11 ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลอยู่ในระดับสูง ด้านการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับต่ำ และด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Reungrut, P., and Udompanich, S. (2018) ที่จังหวัดขอนแก่น และวิจัยของ Phoosod, P., Bouphan, P., and Jutarasaka, M. (2019) ที่จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ภาพรวมระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. อยู่ในระดับมาก และไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Suamuang, T., Juntawong, S., and Changkaew, W. (2017) ที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าภาพรวมระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์พื้นฐาน เนื่องจากมีเครื่องมือวิจัยที่แตกต่างกัน

ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด คือ มีการรวบรวมข้อมูลเครือข่ายเกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เครือข่าย รองลงมาคือ มีการสำรวจจำนวนผู้ประกอบการสถานที่ขายยา ผู้ประกอบการร้านค้าได้ครบถ้วน เมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมดที่มีในพื้นที่ความรับผิดชอบ การดำเนินงานอยู่ในระดับสูงหมายความว่าดำเนินการได้ตามกระบวนการที่แนวทางกำหนด ผลวิจัยนี้มีข้อมูลสนับสนุนได้ว่า เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่รพ.สต.มีปัจจัยกระบวนการบริหารในระดับสูงและมีทัศนคติที่ดีต่องานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดย รพ.สต.มีการจัดทำแผนงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ตามบริบทในพื้นที่ มีแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าการจัดทำฐานข้อมูลงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เป็นเรื่องที่มีประโยชน์

ด้านการพัฒนาศักยภาพที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด คือ การให้ความรู้กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับวิธีเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมสรุปผลเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากมีปัจจัยกระบวนการบริหารและปัจจัยด้านทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในระดับสูง โดย รพ.สต.มีการจัดทำแผนงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามบริบทของพื้นที่ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่องานคุ้มครองผู้บริโภคฯ โดยเห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในชุมชนเป็นเรื่องที่จำเป็น นอกจากนี้ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานอยู่ในระดับสูง โดยมีความคิดเห็นว่าการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ มีประโยชน์ต่อคนในชุมชน และทำให้ตนเป็นที่รู้จักของคนในชุมชน

ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด คือ ดำเนินการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารโดยชุดทดสอบเบื้องต้น รองลงมาคือมี

การส่งต่อข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้สาธารณสุขอำเภอ หรือสาธารณสุขจังหวัด เมื่อพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และ ตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์ยาที่มีจำหน่ายในร้านค้า/ร้านชำในชุมชนและบ้านที่กลายเป็นลายลักษณ์อักษร ตามลำดับ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ติดงานที่ปฏิบัติ โดยเห็นด้วยว่าการเตือนชุมชนเกี่ยวกับอาหารที่ไม่ปลอดภัย ช่วยให้คนในชุมชนเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยได้ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเป็นประโยชน์ต่อคนในชุมชน และยังมีปัจจัยด้านสภาพการทำงานอยู่ในระดับสูง กล่าวคือมีอุปกรณ์และงบประมาณในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเพียงพอ และ ผู้อำนวยการ รพ.สต.ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค

ผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานฯ อธิบายได้ว่าเจ้าหน้าที่ที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง กระบวนการบริหารระดับสูง และทัศนคติต่องานฯระดับสูง มีสัดส่วนของผู้มีระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับสูงมากกว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต.กลุ่มที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และทัศนคติต่องานฯระดับต่ำ อธิบายได้ว่าในการดำเนินงานหากมีปัจจัยสนับสนุนทั้งแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงกระบวนการบริหาร ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การจัดองค์การ การจัดสรรบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมที่ดี ย่อมส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ดี รวมทั้งหากผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติทางบวกต่องานที่ปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความชอบหรืออยากที่จะทำงานนั้น ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานและได้รับผลจากการทำงานเป็นที่พึงพอใจ สอดคล้องกับการวิจัยของ Phoosod, P., Bouphan, P., and Jutarasaka, M. (2019) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. สอดคล้องกับ

การวิจัยของ Suamuang, T., Juntawong, S., and Changkaew, W. (2017), Reungrut, P., and Udompanich, S. (2018) และ Khotbanthao, N., Jutarasaka, M., and Bouphan, P. (2023) ที่พบว่าปัจจัยกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานใน รพ.สต. และสอดคล้องวิจัยของ Periskaew, W. (2017) และการวิจัยของ Prompan, L., and Taechasubamorn, P. (2021) ที่พบว่า ทัศนคติต่องานที่ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.ซึ่งหมายความว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีระดับสูงนี้ไม่เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน สอดคล้องกับการวิจัยของ Suamuang, T., Juntawong, S., and Changkaew, W. (2017) และ Reungrut, P. and Udompanich, S. (2018)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 11 อาจหามาตรการส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน รพ.สต. ให้ครบถ้วนมากขึ้น โดยส่งเสริมด้านการยอมรับนับถือ ส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสม และอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน

2. ควรมีการนำแบบประเมินจากการวิจัยนี้ไปใช้ติดตามประเมินการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ในทุกจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 โดยทำการติดตามประเมินเป็นระยะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการติดตามกระบวนการดำเนินงานเท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไปประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 11

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง

กับวิจัยครั้งนี้ในการอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในพื้นที่  
ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคใน  
รพ.สต.เขตสุขภาพที่ 11 ที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2023). Dangers from prohibited substances in cosmetics. Retrieved 14 June 2023. Available: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramapharmacy/th/knowledge/general/04072016-2055-th>
- Health Intervention and Technology Assessment Program. (2016). Report Project to develop proposals regarding the future structural system of consumer protection on health products in Thailand 2016. Retrieved 14 June 2023. Available: <https://www.hitap.net/documents/166401>
- Jitprasithsiri, S. (2019). Prevalence of Illegal Drug Distribution among Groceries in Sanamchaikhet District, Chachoengsao. Thai Journal of Pharmacy Practice, 11(2), 387-396.
- Khotbanthao, N., Jutarasaka, M., and Bouphan, P. (2023). Administrative Factors and Key Success Factors Affecting the Family Care Clinic of Primary Care Unit and Network of Primary Care Unit among Health Personnel in Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17(2), 645-661.
- Nakkarit, T. (2023). Prevalence of and factors affecting inappropriate sale of drugs in grocery stores within Khaophanom District, Krabi Province. Journal of health consumer protection, 3(1), 163-175.
- Periskaew, W. (2017). Benefits of nutrition that receive consumer protection of community medical science village health volunteers in Chaloe Phrakiat Health Station, 60th Anniversary of Nawamintharachini Health District 8 [master's thesis]. Kasetsart University.
- Phoosod, P., Bouphan, P., and Jutarasaka, M. (2019). Motivation and Success Factors in Consumers Protection Performance of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nongbualumphu Province. KRU RESEARCH JOURNAL (GRADUATE STUDIES), 19(3), 109-119.
- Primary Health System Support Office. (2022). Handbook of quality criteria and standards for primary health care services 2023. Bangkok: Office of Corporate Printing Affairs. Veteran assistance Under the Royal Patronage.
- Prompan, L., and Taechasubamorn, P. (2021). A Study of Knowledge, Attitude and Practice of Thai Physical Therapists in Health Promotion. [master's thesis]. Naresuan University.
- Reungrut, P. and Udompanich, S. (2018). The Administrative Factors Affecting The Performance Of Responsible Officers In Health Consumer Protection In Sub-District Health Promoting Hospital, Khon Kaen, Province. Research and Development Health System Journal, 11(2), 110-122.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement.

Sookriwong, C., Sermsinsiri, W., Janto, S., Keodyeam, W., and Thanapak, S. (2012). Literature Review of the situation of consumer protection in the health system. Retrieved 14 June 2023. Available:

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3659?locale-attribute=th>

Suamung, T., Juntawong, S., and Changkaew, W. (2017). Factors affecting Health Product Consumer Protection in Sub-District Health Promoting Hospital, Suphanburi Province. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology), 12(1), 24-37.

Sunghong, W. (2015). Prevalence of Grocery Stores with Antibiotics Selling at Maesuai district, Chiang Rai Province, and Its Affecting Factors. Thai Journal of Pharmacy Practice, 7(1), 38-46.

World Health Organization. (2022). Food safety. Retrieved 14 June 2023. Available:

[https://www.who.int/health-topics/food-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/food-safety#tab=tab_1)

# Factors that influence intention to participate in prevention and control of dangerous communicable disease among village health volunteers, Samut Prakan Province

Acharaporn Kruajan<sup>1</sup>, Youwanuch Sattayasomboon<sup>2</sup>, Jitapit Sillabutra<sup>3</sup>, Wirin Kittipichai<sup>4</sup>

1 Student of M.Sc. (Public Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

2 Assistant Professor, Department of Public Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

4 Associate Professor, Department of family health, Faculty of Public Health, Mahidol University

\*Corresponding author E-mail: youwanuch.sat@mahidol.ac.th

## Original article

### Abstract

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Kruajan, A, Sattayasomboon, Y, Sillabutra, J, & Kittipichai, W. Factors that influence intention to participate in prevention and control of dangerous communicable disease among village health volunteers, Samut Prakan Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/272500](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272500)

Received: 21 April 2024

Revised: 23 May 2024

Accepted: 30 May 2024

This research aimed to assess the rate of intention, and analyze influential factors of intention to practice prevention and control of dangerous communicable diseases among village health volunteers (VHV), in Samut Prakan Province. The 212 VHV were randomly selected. A self-administered questionnaire was used for data collection, with content validity of each item was (IOC)0.67-1.00 and the reliability, Cronbach's alpha of the questionnaires from Part 2 to Part 4 were more than 0.80. Data were collected in December 2022. Descriptive statistics, chi-square test and multiple binary logistic regression were used to analyze the data, at a significant level < 0.05.

The results found that 91.04 percent of VHV intended to perform prevention and control of dangerous infectious diseases if the outbreak occurs again. The factors affecting the VHV's intention was the motivation factors. It indicated that VHV with high motivating factors intended to participate in the disease control activities more than those with low motivating factors 3.59 times (Adj. OR=3.59, 95%CI of Adj. OR = 1.16 - 11.13). There personal factors were not related to the VHV's intention.

The results from this study could be use by the public health administrators in the province to create interventions focusing on maintaining a good motivation toward the practices and encouraging VHV themselves to participate in the activities in the future.

**Keywords:** village health volunteers, dangerous communicable disease, prevention and control

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดสมุทรปราการ

อชราภรณ์ เครือจันทร์<sup>1</sup>, ยูวณู สัตยสมบุรณ์<sup>2</sup>, จุฑาธิป ศิลบุตร<sup>3</sup>, วิริณธ์ กิตติพิชัย<sup>4</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 รองศาสตราจารย์, ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 รองศาสตราจารย์, ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*ผู้ประสานงานวิจัย ติดต่อ E-mail: youwanuch.sat@mahidol.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 21 เม.ย. 2567

วันแก้ไข 23 พ.ค.2567

วันตอบรับ 30 พ.ค.2567

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความตั้งใจและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.จำนวน 212 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) 0.67 - 1.00 มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนที่ 2-4 มีค่ามากกว่า 0.80 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Chi-square และ Multiple Logistic Regression ที่นัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ร้อยละ 91.04 มีความตั้งใจเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายหากเกิดอุบัติการณ์แพร่ระบาดอีก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายแสดงให้เห็นว่า อสม.ผู้ที่มีปัจจัยตั้งใจในการปฏิบัติงานระดับสูงมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย 3.59 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัจจัยตั้งใจในการปฏิบัติงานต่ำ (Adj OR=3.59, 95%CI of Adj OR = 1.16-11.13) ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอสม.

ผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อวางมาตรการสร้างแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อของ อสม. และช่วยให้ อสม.มีความสามารถเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้านนี้ในอนาคต

**คำสำคัญ :** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคติดต่ออันตราย, การป้องกันควบคุมโรค

## บทนำ

สถานการณ์โรคติดต่อในประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีโรคติดต่ออันตรายอุบัติใหม่อยู่เป็นระยะ เช่น โรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส โรคไข้หวัดใหญ่ (H1N1) โรคมือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth disease; HFMD) (Topothai, Thajinda, Chiddee, Areechokchai, Patcharanaruemol, Thammarangsi, 2013) และโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ระบาดใหญ่ล่าสุดคือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด - 19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายที่เริ่มมีการระบาดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 ( Naosuwan, Singweeratham, Waichomphu, & Chayakul, 2020) หลายโรคทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตไม่เพียงในกลุ่มประชาชนแต่รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่ทำงานสาธารณสุขประโยชน์เพื่อสังคมและประชาชนโดยไม่หวังประโยชน์ค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน (Chaobanpho, 2021) การปฏิบัติงานของ อสม.จึงถือว่ามี ความเสียสละอย่างมาก ต้องใช้เวลาส่วนตัวในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ภารกิจที่การปฏิบัติงานของ อสม.ใน สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่ผ่านมา จัดเป็นงาน ที่เสี่ยงอันตราย ทำให้มี อสม. ส่วนหนึ่งเจ็บป่วย และ เสียชีวิต นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวของ อสม. ยังมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย ซึ่ง อสม.มีการ รับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด - 19 ระดับมาก ( Naosuwan, Singweeratham, Waichomphu, & Chayakul, 2020)เนื่องด้วยงานของ อสม.ในชุมชน มี บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ การแจ้งข่าวสาร เป็น ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่าง เจ้าหน้าที่และประชาชน การแนะนำให้ความรู้ รวมถึงการรณรงค์ให้ประชาชน ป้องกันตนเอง และควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (Department of Disease Control, 2022)

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่หนึ่งที่มี ุบัติการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ในประชากร จำนวนมาก ช่วงวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด - 19 รายใหม่และผู้ป่วย สละเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร (COVID -19 Situation Administration Center, 2023) งานป้องกัน ควบคุมโรคโควิด - 19 ในจังหวัดสมุทรปราการ มี อสม. ทั้งสิ้น 7,493 คน ปฏิบัติงานอยู่ใน 6 อำเภอ ครอบคลุม 50 ตำบล และ 73 รพ.สต. (Strategy Development Group, Samut Prakan Provincial Public Health Office, 2021) อสม. ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ มอบหมาย การที่อสม.ร่วมทำงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ันตรายในพื้นที่จึงเป็นความสมัครใจของอสม.

ตามแนวคิดการกระทำตามแผน กล่าวว่า ความตั้งใจกระทำมีความสัมพันธ์กับการกระทำในอนาคต (Ajzen and Fishbein, 1980) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ ตั้งใจกระทำของบุคคลให้เกิดพึงพอใจและไม่เกิดความพึง พพอใจในการปฏิบัติงานตามทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน ของ Frederick Herzberg ประกอบด้วยสองปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน (Herzberg, Mausner, Synderman, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรมใน ต่างประเทศศึกษาความตั้งใจของอาสาสมัครในสถานการณ์ โรคติดต่อโควิด - 19 พบว่า อาสาสมัครในสถานการณ์ โรคติดต่อโควิด - 19 ในวิจัยที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาไม่มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเหมือนในประเทศไทย และพบว่าในประเทศไทยไม่มีการวิจัยที่ศึกษาความ ตั้งใจของ อสม.ในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุม โรคติดต่ออันตรายมาก่อน การวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม.ในจังหวัด สมุทรปราการ ซึ่งปัจจุบัน พ.ศ. 2565 เป็นระยะที่ สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ได้ลดความ รุนแรงของการระบาดลง และมีวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 แล้ว ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจ ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของอ

สม. และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย ในจังหวัดสมุทรปราการ หากเกิดโรคติดต่ออันตรายระบาดขึ้นอีก อันจะเป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารสาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งบุคลากรพื้นที่สมุทรปราการในการใช้ข้อมูลหามาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม. เข้าร่วมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออันตรายเพื่อเป็นกำลังสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานกับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็น วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 7,493 คน (Strategy Development Group, Samut Prakan Provincial Public Health Office, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 212 คน ขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยสูตรแบบทราปจำนวนประชากรแน่นอน ในหนังสือของ Danial, & Cross (2014) มีสูตรคำนวณดังนี้  $n = (NZ^2 pq)/d^2 (N-1) + (Z^2 pq)$  ค่า p

= 0.49 จากการวิจัยความเต็มใจเป็นอาสาสมัครช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศอินโดนีเซีย (Lazarus, Findyartini, Putera, Gamalliel, Nugraha, Adli, Phowira, Azzahra, Ariffandi, & Widayahening, 2021)  $d = 0.07$  ยอมรับให้คลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 7 และค่า  $Z = 1.96$  (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95) ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ 190 คน เพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็น 211 คน เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ เมื่อคำนวณสัดส่วนจากประชากร อสม. รายอำเภอ ได้ตัวอย่าง 212 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากเลือกอำเภอมา 3 อำเภอ จาก 6 อำเภอ แต่ละอำเภอจับสลากเลือก ตำบลมาอำเภอละ 3 ตำบล จากจำนวนประชากร อสม. 3 อำเภอ คำนวณสัดส่วนตัวอย่างที่ต้องการในการวิจัยและนำมากระจายสัดส่วนตามจำนวน อสม. แต่ละตำบล การเลือกอสม. ใช้ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็น อสม. ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป ในจังหวัดสมุทรปราการ 3) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ อสม. ที่มีอาการป่วย เหนื่อยอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างตามแนวทฤษฎีการกระทำตามแผน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพหลัก และระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดให้เติมคำและปลายปิดให้เลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจของ อสม. จำนวน 1 ข้อ วัดความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. แบ่งความตั้งใจเป็น 2 ระดับ คือ เข้าร่วม และไม่เข้าร่วม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นแบบสอบถามปลายปิด ตามทฤษฎีสองปัจจัยเฮิร์ทเบิร์ก จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) โดยถามความสำเร็จในงาน การยกย่อง ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และการเจริญเติบโตในงาน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานเป็นแบบสอบถามปลายปิด ตามทฤษฎีสองปัจจัยเฮิร์ทเบิร์ก จำนวน 14 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) โดยถามนโยบายการบริหารขององค์กร เงินเดือน การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาเพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ความมั่นคงในงาน)

การแบ่งระดับตัวแปร แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 เป็น 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับต่ำ = 1.00-2.33 คะแนน ระดับปานกลาง = 2.34 - 3.66 คะแนน ระดับสูง = 3.67-5.00 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC = 0.67-1.00 ทุกข้อ การตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้แบบสอบถามกับตัวอย่าง อสม. 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.95, 0.85, 0.81 ตามลำดับ

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. แต่ละ รพ.สต.

3. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากอสม.ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ส่งแบบสอบถาม และรับแบบสอบถามตอบกลับด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2022-122 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการประมวลผลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน และพิสัย ควอร์ไทล์ (ควอร์ไทล์ ที่ 1 ควอร์ไทล์ ที่ 3) เพื่ออธิบาย ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน และความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential analysis) ในการทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติไคร้สแควร์ และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม.โดยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple binary Logistic Regression) โดยวิธีการ Forward likelihood ratio ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

#### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 212 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.10 อายุเฉลี่ย 60 ปี สถานภาพมีคู่ ร้อยละ 69.30 ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (หรือ ปวช.) มากที่สุด ร้อยละ 89.60 อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ (ทำงาน อสม.อย่างเดียว) ซึ่งมีมัธยฐานรายได้ 4,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็น อสม.เฉลี่ย 12.10 ปี ในปีที่ผ่านมาเข้าร่วมการควบคุมโรคโควิด - 19 เข้าร่วมเป็นส่วนมากถึงเข้าร่วมทุกครั้ง ร้อยละ 83.90 ครั้งหนึ่งเคยมีประวัติติดเชื้อโรคโควิด - 19 ร้อยละ 50.00

2. ความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. พบว่า อสม. กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมแน่นอน ร้อยละ 91.04 หากมีโรคติดต่ออันตรายระบาดอีก ในจังหวัดสมุทรปราการ ดังตารางที่ 1

3. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ในการวิเคราะห์ Chi-square test พบว่ามี 2

ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001) และปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.002) ดังตารางที่ 3

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ผลวิเคราะห์ Multiple binary logistic regression พบว่า มี 1 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน (Adjusted OR= 3.59, 95%CI of Adjusted OR= 1.16-11.13) โดยเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว อสม. ที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระดับสูง มีสัดส่วนผู้ที่ตั้งใจเข้าร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายมากกว่ากลุ่มที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ระดับต่ำ 3.59 เท่า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ความตั้งใจที่จะเข้าร่วมปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. (n=212)

ความตั้งใจในการปฏิบัติงานของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
เข้าร่วม	193	91.04
ไม่เข้าร่วม	19	8.96

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=212)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความตั้งใจของ อสม.		จำนวนรวม n (%)	Chi-square	p-value
	เข้าร่วม n (%)	ไม่เข้าร่วม n (%)			
เพศ				2.91	0.088
ชาย	17 (81.00)	4 (19.00)	21 (100.00)		
หญิง	176 (92.10)	15 (7.90)	191 (100.00)		
อายุ (ปี)				2.83	0.092
ต่ำกว่า 59	100 (94.30)	6 (5.70)	106(100.00)		
60 ขึ้นไป	93(87.70)	13(12.30)	106(100.00)		
สถานภาพสมรส				1.29	0.257
ไม่มีคู่	57 (87.70)	8 (12.30)	65 (100.00)		
มีคู่	136 (92.50)	11 (7.50)	147 (100.00)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความตั้งใจของ อสม.		จำนวนรวม n (%)	Chi-square	p-value
	เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม			
	n (%)	n (%)			
ระดับการศึกษา				1.62	0.445
ประถมศึกษา	84 (88.40)	11 (11.60)	95 (100.00)		
มัธยมศึกษา/ ปวช	88 (92.60)	7 (7.40)	95 (100.00)		
อนุปริญญา /ปริญญาตรี	21 (95.50)	1 (4.50)	22 (100.00)		
อาชีพ				0.13	0.714
ทำงาน	110 (91.70)	10 (8.30)	120 (100.00)		
ไม่ได้ทำงาน	83 (90.20)	9 (9.80)	92 (100.00)		
รายได้ (บาท)				0.11	0.947
≤ 5,000	116 (90.60)	12 (9.40)	128 (100.00)		
5,001-10,000	52 (91.20)	5 (8.80)	57 (100.00)		
10,001 ขึ้นไป	25 (92.60)	2 (7.40)	27 (100.00)		
ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอสม.				0.62	0.435
≤ 10 ปี	68 (92.20)	5 (6.80)	73 (100.00)		
11 ปีขึ้นไป	125 (89.90)	14 (10.10)	139 (100.00)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. (n=212)

ตัวแปรอิสระ	ความตั้งใจของ อสม.		จำนวนรวม n (%)	Chi-square	P-value
	เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม			
	n (%)	n (%)			
ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน				16.09	<0.001**
ระดับต่ำ	35 (76.10)	11 (23.90)	46 (100.00)		
ระดับสูง	158 (95.20)	8 (4.80)	166 (100.00)		
ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน				12.29	0.002*
ระดับต่ำ	29 (76.30)	9 (23.70)	38 (100.00)		
ระดับสูง	164 (94.30)	10 (5.70)	174 (100.00)		

\* significant level <0.05, \*\* significant level 0.001

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม. การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (n=212)

ตัวแปร	Crude OR	95% CI OR	p-value	Adj.OR	95% CI Adj.OR	p-value
ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน						
ระดับต่ำ	1.00			1.00		
ระดับสูง	5.60	2.11-14.90	0.001	3.59	1.16-11.13	0.026*
ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงาน						
ระดับต่ำ	1.00			1.00		
ระดับสูง	5.09	1.90-13.61	0.001	2.63	0.84-8.29	0.097

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Negelkerke R<sup>2</sup>) = 0.120, Adj.OR=Adjusted odd ratio, 95%CI=95% Confidence interval, \*p-value<0.05

### สรุปผลและอภิปรายการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.พบว่าร้อยละ 91.04 มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย ไม่ว่าจะอนาคตจะมีโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำอีกในจังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจาก อสม. มีปัจจัยจูงใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระดับสูง (ร้อยละ 78.30) ทั้งนี้มาจากการปฏิบัติงานของ อสม.ที่ทำงานควบคุมป้องกันโรคติดต่ออันตรายสำเร็จด้วยดี เกิดความภูมิใจพึงพอใจที่ได้เป็นส่วนร่วมของชุมชนทำให้คนในชุมชนยกย่อง ไว้วางใจเป็นที่พึ่งคนแรกทางสุขภาพที่ประชาชนในชุมชนสามารถเข้ามาปรึกษาได้ รวมไปถึงได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการได้รับการฝึกอบรมความรู้เพิ่มเติมเปิดโอกาสให้ได้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้อัตราส่วนความตั้งใจของ อสม.ที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย สูงกว่าการวิจัยในอาสาสมัครประเทศอินโดนีเซียของ Lazarus & et al. (2021) วิจัยเชิงสำรวจความเต็มใจและความพร้อมในการเป็นอาสาสมัครของนักศึกษาแพทย์ในประเทศอินโดนีเซีย ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และการวิจัยอาสาสมัครในเนปาล

(Karki, Budhathoki, Khadka, Maharjan, SDhakal, Pokharel, et al.,2021) ที่ศึกษาความเต็มใจของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลในการเป็นอาสาสมัครในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีความเต็มใจเข้าร่วมการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครป้องกันโรคโควิด - 19เพียงร้อยละ 48.70 และร้อยละ 77.80 เนื่องจากการวิจัยศึกษากลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน คือ การวิจัยนี้อาสาสมัครในประเทศไทยเป็นประชาชนที่มีจิตอาสาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ในประเทศอินโดนีเซียอาสาสมัครเป็นนักศึกษาแพทย์ วิจัยในประเทศเนปาลอาสาสมัครเป็นนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายของ อสม.มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย ของ อสม. ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของ Siriworawatchai (2021) ที่อำเภอภูเวียง จังหวัดน่าน พบว่า แรงจูงใจของอสม.มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 โดย อสม.มีความภาคภูมิใจและมีเกียรติที่ได้เข้าร่วมปฏิบัติงานและถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญของ อสม. สอดคล้อง

กับงานวิจัยของ Pomgcharoen & Muangchang (2019) ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ค่าตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้า และการได้รับการยกย่อง สอดคล้องกับผลวิจัยในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Umar, Samudra, Naufal Nashor, Agustini, Syakurah (2022) พบว่า แรงจูงใจของอาสาสมัครที่เป็นนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ มีผลต่อความตั้งใจที่จะเข้าร่วมปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด -19 โดยการมีโอกาสดูแล เรียนรู้สิ่งใหม่ และเงินค่าตอบแทนมีผลต่อแรงจูงใจในการเข้าร่วมทำงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยภายในหรือแรงจูงใจภายในของพนักงานมีอิทธิพลในการสร้าง ความพึงพอใจในการทำงาน (Herzberg, Mausner, & Synderman , 2010)

แม้ว่าการทำงานควบคุมป้องกันโรคติดต่ออันตรายของ อสม. จะเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรค แต่ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการ มีความตั้งใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติงานด้าน การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อ อสม. ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ช่วยเหลือสังคมคนในชุมชน ให้มีมีสุขภาพกายสุขภาพใจที่ดีขึ้น ทำให้ อสม. เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในอนาคต ดังนั้นผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรหามาตรการเสริมสร้างแรงจูงใจ ของ อสม. ต่อการมีส่วนร่วมในบทบาทป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย และสอบถามความต้องการสนับสนุนของ อสม. จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายในโอกาสต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระดับกรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขที่ดูแล อสม. ควรกำหนดนโยบายและหากกลยุทธ์ที่สร้างแรงจูงใจให้ อสม. เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่ เช่น มาตรการให้เงินค่าเสี่ยงภัยนอกเวลา ช่วงของการปฏิบัติหน้าที่ควบคุมโรคติดต่ออันตราย เพิ่มทักษะการควบคุมโรคติดต่ออันตราย ให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
2. ผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่ดูแล อสม. ควรกำหนดนโยบายและหากกลยุทธ์ที่สร้างแรงจูงใจให้ อสม. เข้าร่วมปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น เช่น การสร้างความภูมิใจ และกิจกรรมประชุมอสม. เตรียมความพร้อมในการควบคุมโรคติดต่ออันตราย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยประสิทธิผลการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่ออันตรายของ อสม. ตามการรับรู้ของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีความครอบคลุมผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของ อสม.

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อสม. ในจังหวัดสมุทรปราการที่สละเวลาเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัยนี้

ขอขอบคุณนายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*. New jersey: Prentice-Hall.
- Chaobanpho, Y. (2021). The role of village health volunteers in preventing the COVID-19 in Phrapradaeng District, Samutprakarn Province. *SSRU Journal of Public Administration*. 4(1), 44-58.
- COVID-19 Situation Administration Center (TH). (2023). The daily updated of COVID-19 infection situation [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/190865.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/190865.pdf)
- Daniel, W.W., Cross, C.L. (2014). *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences*. New delhi India: Wiley & Sons.
- Department of Disease Control (TH), Ministry of Public Health. (2022). *Training course of disease control for public health volunteer*. Nontaburi: Ministry of public health.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Synderman, B.B. (1993). *The motivation to work*. New Jersey: John wiley.
- Hj Abdul Aziz, A.A.H., Abdul-Mumin, K.H., & Abdul Rahman, H. (2021). Willingness of university nursing students to volunteer during the COVID-19 pandemic in Brunei Darussalam. *Belitung Nurs J*. 7(4):285-293. doi: 10.33546/bnj.1518.
- Karki, P., Budhathoki, L., Khadka, M., Maharjan, S., Dhakal, S., Pokharel, S., et al. (2021). Willingness of Napalese medical and nursing students to volunteer during COVID-19 pandemic: a single-centered cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*. Dec;72:103056. doi: 10.1016/j.amsu.2021.103056.
- Lazarus, G., Findyartini, A., Putera, A.M., Gamalliel, N., Nugraha, D., Adli, I., Phowira, J., Azzahra, L., Ariffandi, B., & Widyahening, I.S. (2021). Willingness to volunteer and readiness to practice of undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Indonesia. *BMC Med Educ*. 21: 138. doi:org/10.1186/s129 09-021-02576-0.
- Nawsuwan, K., & Singweratham, N., Damsangsawas, N. (2020). Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. *Journal of Bamrasnaradura Infectious disease institute*. 14(2): 92-103.
- Naosuwan, K., Singweeratham, N., Waichomphu, N., Chayakul, K. (2020). The success of the operation to control the coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the community by village health volunteers in Thailand. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*. 12:195-212.
- Pongcharoen, C., & Muangchang, Y. (2019). Motivation in the Work of Village Health Volunteers in Suphan Buri Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health Research*. 29: 60-70.
- Regulations of the Ministry of Public Health on Village Health Volunteers 2011, Royal Gazette, Vol. Number 128, Special Section 33D, pages 1-15 (20 March 2011).
- Siriworawatchai, W. (2021). Factors Influencing In-Role Performance of Village Health Volunteer (VHV) on COVID-19 Surveillance and Prevention in Phuphiang District, Nan Province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*. 4: 63-75.
- Strategy Development Group Samut Prakan Provincial Public Health Office. (2021). *Annual report 2021*. Samut Prakan: Samut Prakan Provincial Public Health Office.

- Topothai, T., Thajjinda, C., Chiddee, J., Areechokchai, D., Patcharanaruemol, W., & Thammarangsri, T. (2013). A report on the review of the disease prevention and control system and health-threatening factors according to the National Health System Act B.E. 2552 [2009]. Nonthaburi: Public health research institute and the national health commission office (NHC).
- Umar, T.U., Samudra, M.G., Naufal Nashor, K.M., Agustini, D., Syakurah, R.A. (2022). Health professional student's volunteering activities during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review. *Frontiers in Medicine*. 9:797153. doi: 10.3389/fmed.2022.797153



# Factors Influencing Technology Acceptance Among Village Health Volunteers in Kalasin Province: A Case Study on the Smart OSM Application

Rattapon Kongpod<sup>1</sup>, Prasongchai Setthasuravich<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>College of Politics and Governance, Maharakham University, Maharakham 44150, Thailand

<sup>2</sup>Data Innovation and Public Policy Engineering Research Unit, Maharakham University, Maharakham, 44150, Thailand

\*Corresponding author: e-mail: [prasongchai.s@msu.ac.th](mailto:prasongchai.s@msu.ac.th)

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Kongpod, R., & Setthasuravich, P. Factors Influencing Technology Acceptance Among Village Health Volunteers in Kalasin Province: A Case Study on the Smart OSM Application. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_la\\_w/article/view/27337373](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_la_w/article/view/27337373)

Received: 27 May 2024

Revised: 21 June 2024

Accepted: 27 June 2024

### Abstract

This study aims to analyze the factors influencing the acceptance of the ‘Smart OSM Application’ by village health volunteers (VHVs), focusing on their professional activities. Employing a quantitative research approach, the study gathered data via a questionnaire featuring a 7-point Likert scale, targeting a population of 110 village health volunteers from Na Di Subdistrict, Yang Talat District, in Kalasin Province. The data analysis was conducted using Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). The findings indicated that perceived risk, performance expectancy, social influence, and eHealth literacy significantly positively affected the VHVs’ behavioral intention towards using the Smart OSM Application. Moreover, it was demonstrated that the VHVs’ behavioral intention had a positive correlation with their actual usage behavior of the application. The results of this study highlighted the importance of addressing security concerns, enhancing eHealth literacy skills, developing efficient applications, gaining social support, and promoting positive behavioral intentions among VHVs. The policy recommendations from this study include enhancing data security measures, providing continuous training to improve eHealth literacy, developing and improving the application’s functionality, promoting social influence by gaining support from key figures, and offering ongoing technical support. These recommendations aim to increase acceptance and sustainable use of the Smart OSM application in the future.

**Keywords:** Technology Acceptance; Village Health Volunteers; Smart OSM Application

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

รัฐพล กองพอด<sup>1</sup>, ประสงค์ชัย เศรษฐสุรวิชัย<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>2</sup>หน่วยวิจัยนวัตกรรมข้อมูลและวิศวกรรมนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมลติดต่อ prongschai.s@msu.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 27 พ.ค. 2567

วันแก้ไข 21 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ 27 มิ.ย. 2567

### บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการนำแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มาใช้ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การศึกษานี้ดำเนินการภายใต้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีการประเมินผลด้วยมาตรวัดของลิเคิร์ต ที่มีระดับความเห็นจาก 1 ถึง 7 ผ่านการสำรวจประชากรทั้งหมด ในกลุ่มของสมาชิกอสม. ตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งหมด 110 คน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านสมการโครงสร้างแบบกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน (PLS-SEM) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเช่น การรับรู้ความเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพ อิทธิพลทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ มีผลกระทบที่เป็นบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. นอกจากนี้ ยังพบว่าเจตนาเชิงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้งานจริง ของแอปพลิเคชันดังกล่าว ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความกังวลด้านความปลอดภัย การเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ การพัฒนาแอปพลิเคชันให้มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากสังคม และการส่งเสริมเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีใน อสม. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากงานวิจัยนี้ได้แก่ การเสริมสร้างมาตรการความปลอดภัยของข้อมูล การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ การพัฒนาและปรับปรุงฟังก์ชันการใช้งานของแอปพลิเคชัน การส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมผ่านการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ และการให้บริการสนับสนุนด้านเทคนิคอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะเหล่านี้มุ่งหวังเพื่อเพิ่มการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อย่างยั่งยืนในอนาคต

**คำสำคัญ :** การยอมรับเทคโนโลยี; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

## 1. บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากกระแสของยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) โดยที่เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาของโลก ทั้งนี้เทคโนโลยีดิจิทัลยังได้กลายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันของมนุษย์ ช่วยลดเวลาในการทำงานนำไปสู่การบรรลุผลตามเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการในแต่ละมิติขององค์กร ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร (Kongkid, 2022) สำหรับประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในยุคดิจิทัลนี้ โดยมีความต้องการใช้ข้อมูลของประชาชนเป็นจำนวนมากเพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้ผู้ดำเนินงานในกิจกรรมดังกล่าวคือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะ อสม. นั้นเป็นทั้งผู้นำนโยบายและพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนหรือหมู่บ้าน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ในขณะที่เดียวกันก็ยังเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) การทำงานของ อสม. ในแต่ละพื้นที่นั้นจะได้รับการมอบหมายหน้าที่จากแพทย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเมื่อ อสม. ได้รับมอบหมายแล้ว จะมีการจัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แผนปฏิบัติงานนี้จะระบุกิจกรรมและหน้าที่ของ อสม. ต้องดำเนินการตามในแต่ละเดือน โดยการดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานจะต้องมีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมต่าง ๆ ในแบบ อสม.1 เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ (Ministry of Public Health, 2018)

ต่อมาเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มทำการเปิดตัวและแนะนำ

วิธีการติดตั้งและการทำงานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. แก่ อสม. ซึ่งการแนะนำนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้อย่างทันที่และคาดว่าแอปพลิเคชันดังกล่าวจะนำไปสู่การเพิ่มความสะดวก ความรวดเร็ว และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเฝ้าระวัง การควบคุม และการป้องกันโรคภายในชุมชน การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เต็มรูปแบบในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัคร ช่วยให้ อสม. สามารถดำเนินงานด้วยประสิทธิผลและความทันสมัย เหมือนกับการมีหมอประจำบ้านที่สามารถบันทึกและส่งต่อข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน นอกจากนี้ การใช้งานแอปพลิเคชันยังสามารถช่วยลดปริมาณขยะและมีส่วนร่วมในการต่อสู้กับปัญหาภาวะโลกร้อน ด้วยการลดการใช้กระดาษในการบันทึกข้อมูลและรายงานผลการปฏิบัติงานแบบเดิม ๆ การปรับเปลี่ยนวิธีการรายงานผลการปฏิบัติงานจากการบันทึกลงกระดาษเป็นการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ส่งผลให้การรายงานไปยังสถานพยาบาลต่างๆ สามารถทำได้โดยตรงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Department of Health Service Support, 2022) อย่างไรก็ตาม แอปพลิเคชันดังกล่าวยังคงพบเจอกับข้อจำกัดบางประการในการใช้งาน เช่น ความไม่เสถียรของระบบหรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการเชื่อมต่อข้อมูล สิ่งนี้อาจนำไปสู่การที่ อสม. ต้องใช้เวลามากเกินไปในการกรอกข้อมูลหรือดำเนินการผ่านแอปพลิเคชัน ในบางครั้งแอปพลิเคชันอาจหยุดทำงานหรือแสดงข้อผิดพลาด (error) โดยไม่คาดคิด ทำให้เกิดความไม่สะดวกให้กับอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการแจ้งเตือนที่อาจไม่ได้รับการอัปเดตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาจมีการลืมหรือพลาดการดำเนินการสำคัญที่ต้องรายงานหรือส่งรายงานต่าง ๆ ที่มีกำหนดเวลาหมดอายุ (Hfocus News Agency, 2022)

ปัจจุบันสมาชิก อสม. ทั่วประเทศไทยมีจำนวน 1,070,115 คน โดยแบ่งเป็น อสม. ที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ใน 4 จังหวัด จำนวน 105,529 คน คิดเป็นร้อยละ 9.86

คือ (1) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอสม. 17,409 คน ซึ่งมีการสมัครใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. จำนวน 2,303 คน (2) จังหวัดขอนแก่น มีอสม. 32,917 คน ด้วยผู้สมัครใช้งานแอปพลิเคชัน 2,868 คน (3) จังหวัดมหาสารคาม มีอสม. 21,729 คน กับผู้สมัครใช้งานแอปพลิเคชัน 3,994 คน และ (4) จังหวัดร้อยเอ็ด มีอสม. 33,474 คน โดยมีการสมัครใช้งานแอปพลิเคชัน 4,200 คน เมื่อพิจารณาภาระหน้าที่ของอสม. ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์มีภาระหน้าที่ต่อ อสม. สูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ในเขตเดียวกันโดยเฉลี่ยแล้ว อสม. 1 คน จะต้องดูแลและให้ความรู้แก่ประชากรประมาณ 56 คน ทั้งนี้ มีอสม. ที่สมัครใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. จำนวน 2,303 คน จากอสม. ทั้งหมด 17,409 คนในจังหวัดกาฬสินธุ์ (Registration Management Office, Department of Provincial Administration, 2023; Public Health Support Division, 2023) การศึกษาเบื้องต้นพบว่า อสม. ในตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานตั้งแต่ 20 ถึง 29 ปี โดยมีจำนวน อสม. อยู่ที่ 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 ซึ่งนับเป็นช่วงระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานที่สุดในพื้นที่นี้ ในขณะที่ อสม. ที่มีระยะเวลาการทำงานตั้งแต่ 10 ถึง 19 ปี มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกตำบลนาดีเป็นพื้นที่หลักในการทำวิจัย ด้วยเหตุผลหลักสองประการ คือ ประการแรก อำเภอยางตลาดมีจำนวนประชากรมากที่สุดในจังหวัด อยู่ที่ 81,045 คน และมีอาสาสมัครที่สมัครใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. จำนวน 2,303 คน ภายในตำบลนาดีโดยเฉพาะมีประชากร 5,628 คน ซึ่งเป็นจำนวนน้อยเป็นลำดับที่ 6 จาก 16 ตำบล และมีอสม. 110 คน แต่มีเพียง 13 คนที่สมัครใช้งานแอปพลิเคชัน และประการที่สอง พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 10 ถึง 29 ปี ซึ่งบ่งบอกถึงระดับความชำนาญและความเข้าใจในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ชุมชนอย่างลึกซึ้ง

กล่าวโดยสรุป การยอมรับและการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

กลุ่มของ อสม. เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการปรับปรุงและเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าแอปพลิเคชันนี้จะมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานและการให้บริการด้านสุขภาพในหมู่อาสาสมัครสาธารณสุข การยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างแพร่หลายยังคงเป็นคำถามที่สำคัญ ทั้งนี้พบเป็นเบื้องต้นว่าการศึกษานี้ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้งานเทคโนโลยีดังกล่าวยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในบริบทของ อสม. ในประเทศไทย การขาดข้อมูลที่เชื่อถือได้และการวิเคราะห์ที่ละเอียดและครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การพัฒนานโยบายและแนวทางการส่งเสริมการใช้งานแอปพลิเคชันนั้นมีความท้าทาย สิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงและการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน ด้วยเหตุนี้งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาและระบุปัจจัยเหล่านั้นพร้อมทั้งสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ในกลุ่มของอสม. ได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการนำแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มาใช้ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## 2. แนวคิด ทฤษฎี และสมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและประกอบการศึกษา ดังนี้

2.1 ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception Theory) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน พอล สโล

วิด (Paul Slovic) ได้พัฒนาทฤษฎีนี้ในช่วงทศวรรษ 1970 ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์ไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับข้อมูลสถิติหรือความเป็นจริงเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยาและการรับรู้ส่วนบุคคลอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้ ประกอบด้วย ความคุ้นเคย (Familiarity) ความสามารถในการควบคุม (Control) ความเป็นไปได้ของผลประโยชน์หรือภัยพิบัติ (Benefit or Catastrophic Potential) ความเป็นธรรมชาติ (Natural) การครอบคลุมของสื่อ (Media Coverage) และความรู้สึกกลัวหรือความหวาดกลัว (Dread) (Breakwell, 2014) ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง มีความสำคัญในการศึกษาวิธีที่ อสม. รับรู้และตอบสนองต่อความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. การรับรู้ความเสี่ยงเหล่านี้ อาจรวมถึงความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และความเสียหายจากการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ซึ่งสามารถมีผลต่อการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันในกลุ่มอาสาสมัคร

## 2.2 ทฤษฎีมูลค่าราคา (Price Value Theory)

เป็นแนวคิดในด้านการตลาดและพฤติกรรมของผู้บริโภค โดย Zeithaml (1988) กล่าวถึงวิธีที่ผู้บริโภคประเมินคุณค่าของสินค้าหรือบริการโดยอาศัยราคาเป็นหลัก ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานจากทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ว่า มนุษย์มักใช้ราคาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของสินค้า อธิบายได้ว่า ราคาสูงมักจะถูกมองว่ามีคุณภาพและมูลค่าที่ดีกว่าสินค้าที่มีราคาต่ำ ในสถานการณ์ที่ผู้บริโภคไม่มีข้อมูลหรือประสบการณ์โดยตรงในการประเมินคุณภาพของสินค้า ราคาจึงกลายเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการตัดสินใจซื้อ (Bao et al., 2011; Lichtenstein et al., 1993) ในบริบทของงานวิจัยนี้ การรับรู้คุณค่าของแอปพลิเคชันไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับราคาที่ต้องจ่าย (หากมี) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการประเมินผลประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้งานเมื่อเทียบกับความพยายาม ค่าใช้จ่าย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ในทำนองเดียวกัน ความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

กับความปลอดภัยของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ และความเสี่ยงจากข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน อาจส่งผลต่อการรับรู้มูลค่าของแอปพลิเคชันโดยผู้ใช้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เหล่านี้สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาและนำเสนอแอปพลิเคชันให้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวัง โดยสรุปแล้วทฤษฎีมูลค่าราคาจะช่วยให้เข้าใจถึงความสำคัญของการประเมินมูลค่าเทียบกับต้นทุนในการตัดสินใจใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อีกทั้งยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์หัวข้อองค์ประกอบใดบ้างที่ผู้ใช้งานพิจารณาเมื่อทำการประเมินมูลค่าของเทคโนโลยีดิจิทัลในบริบทการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน

## 2.3 ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy)

เป็นกรอบทฤษฎีที่สำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความรอบรู้ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการค้นหาข้อมูล แต่ยังรวมถึงความสามารถในการประเมินและใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ Gilstad (2014) ได้เสนอไว้ว่าเป็น ชุดทักษะที่สำคัญสำหรับผู้บริโภคในการเข้าถึง, เข้าใจ, และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่พบในโลกออนไลน์ ทักษะเหล่านี้ประกอบด้วย 7 ด้านหลัก ทักษะคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต การรู้สารสนเทศ การรู้หนังสือ การสื่อสาร การแก้ปัญหา การคิดเชิงวิพากษ์ และการร่วมประสบการณ์

## 2.4 ทฤษฎีรวมการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology: UTAUT)

เป็นแบบจำลองทางทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Venkatesh et al., 2003) โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อที่ว่า การใช้เทคโนโลยีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความคาดหวังของความ

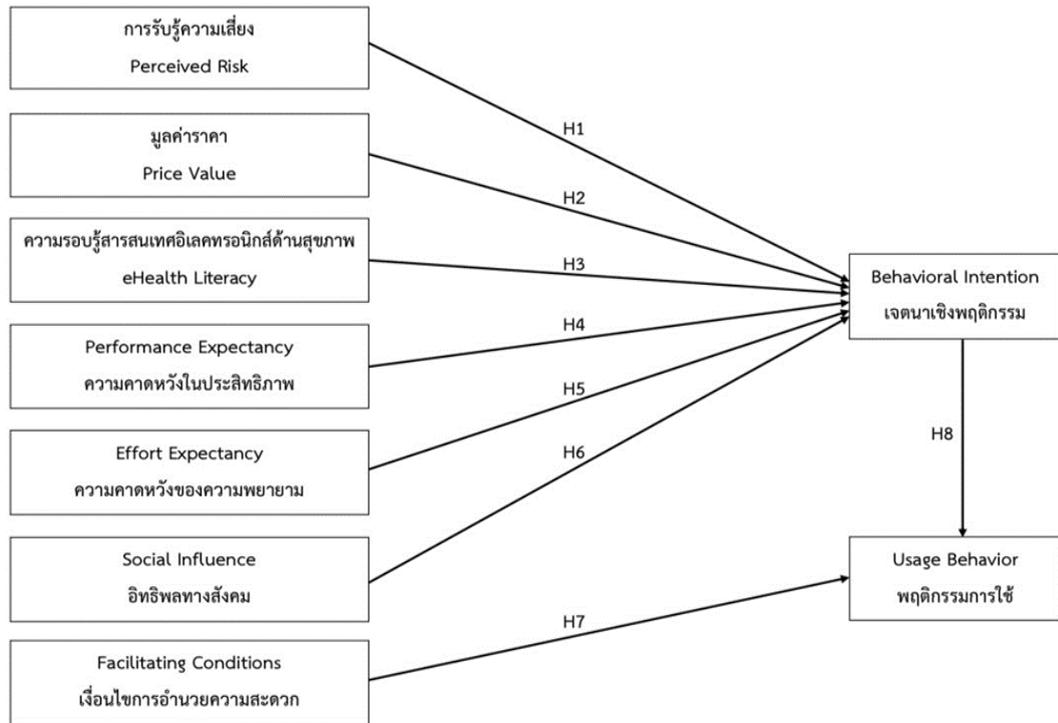
พยายาม (Effort Expectancy) ที่สะท้อนถึงความเชื่อที่ว่า การใช้เทคโนโลยีจะเป็นเรื่องง่ายและไม่ซับซ้อน อิทธิพลทางสังคม (Social Influence) ซึ่งคือความเชื่อที่ว่าความคิดเห็นหรือการกระทำของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญจะมีผลต่อการใช้เทคโนโลยี และเงื่อนไขการอำนวยความสะดวก (Facilitating Conditions) ที่หมายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสะดวกในการใช้งานเทคโนโลยี เช่น ความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน การสนับสนุนจากองค์กร นอกจากนี้ยังมีตัวแปรเสริมที่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ และความสมัครใจ ซึ่งมีผลต่อการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาดี อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร กรณีศึกษาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยอ้างอิงจากโครงสร้างทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้ ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception Theory) ซึ่งพัฒนาโดย Paul Slovic อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยงของมนุษย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับข้อมูลสถิติหรือความเป็นจริงเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยาและการรับรู้ส่วนบุคคลด้วย เช่น ความคุ้นเคย ความสามารถในการควบคุม ความเป็นไปได้ของผลประโยชน์หรือภัยพิบัติ ความเป็นธรรมชาติ การครอบคลุมของสื่อ และความรู้สึกกลัวหรือความหวาดกลัว (Breakwell , 2014) ทฤษฎีมูลค่าราคา (Price Value Theory) โดย Zeithaml (1988) อธิบายว่าผู้บริโภคประเมินคุณค่าของสินค้าหรือบริการโดยอาศัยราคาเป็นหลัก ซึ่งในบริบทนี้หมายถึงการประเมินความ

คุ้มค่าของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ทฤษฎีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) ของ Gilstad (2014) เน้นถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ ทักษะที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ทักษะคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต การรู้สารสนเทศ การรู้หนังสือ การสื่อสาร การแก้ปัญหา การคิดเชิงวิพากษ์ และการร่วมประสบการณ์ สุดท้ายคือทฤษฎีรวมการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology; UTAUT) ของ Venkatesh et al. (2003) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ความคาดหวังของความพยายาม อิทธิพลทางสังคม และเงื่อนไขการอำนวยความสะดวก การผนวกทฤษฎีเหล่านี้เข้าด้วยกันช่วยให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐาน

ในการศึกษานี้ ทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception Theory) ทฤษฎีมูลค่าราคา (Price Value Theory) ทฤษฎีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) และทฤษฎีรวมการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (UTAUT) ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะในบริบทของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสามารถนำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัยนี้ สามารถกำหนดสมมติฐานของการศึกษาได้ 8 ข้อ ดังนี้

1. **สมมติฐานที่ 1 (H1):** การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Risk) ในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีผลกระทบเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของผู้ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. การรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้งานเทคโนโลยี ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูล และความเป็นส่วนตัวอาจส่งผลให้ผู้ใช้มีเจตนาที่จะใช้หรือไม่ใช้แอปพลิเคชัน หากผู้ใช้งานรับรู้ถึงความเสี่ยงในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ พวกเขามีแนวโน้มที่จะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

2. **สมมติฐานที่ 2 (H2):** มูลค่าราคา (Price Value) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีผลกระทบเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของผู้ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มูลค่าราคาเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ใช้พิจารณาเมื่อประเมิน

คุณค่าของการทำงานเทคโนโลยี หากผู้ใช้เห็นว่าการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ค้ำค้ำกับต้นทุนที่เกิดขึ้น เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

3. **สมมติฐานที่ 3 (H3):** ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) มีผลกระทบเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของผู้ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึงและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ หากผู้ใช้มีความสามารถในการค้นหา, เข้าใจ, และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. พวกเขาจะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

4. **สมมติฐานที่ 4 (H4):** ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy) ของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีผลกระทบต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของเจ้าหน้าที่ อสม. ความคาดหวังในประสิทธิภาพคือความเชื่อที่ว่าผู้ใช้เทคโนโลยีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น หากผู้ใช้งานเชื่อว่าแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พวกเขาจะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

5. **สมมติฐานที่ 5 (H5):** ความคาดหวังของความพยายาม (Effort Expectancy) ในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีผลกระทบต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของเจ้าหน้าที่ อสม. ความคาดหวังของความพยายามคือความเชื่อที่ว่าผู้ใช้เทคโนโลยีจะเป็นเรื่องง่ายและสะดวกสบาย หากผู้ใช้เชื่อว่าการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จะไม่ซับซ้อนและสะดวกสบาย พวกเขาจะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

6. **สมมติฐานที่ 6 (H6):** อิทธิพลทางสังคม (Social Influence) ของเจ้าหน้าที่ อสม. มีผลกระทบต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของเจ้าหน้าที่ อสม. ที่ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อิทธิพลทางสังคมคือความเชื่อที่ว่าความคิดเห็นหรือการกระทำของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญจะมีผลต่อการใช้เทคโนโลยี หากผู้ใช้งานรับรู้ว่าเป็นส่วนร่วมหรือบุคคลที่มีความสำคัญสนับสนุนการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. พวกเขาจะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้

7. **สมมติฐานที่ 7 (H7):** เงื่อนไขการอำนวยความสะดวก (Facilitating Conditions) ในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้งาน (Use Behavior) ของเจ้าหน้าที่ อสม. เงื่อนไขการอำนวยความสะดวกคือปัจจัยที่ส่งผลต่อความสะดวกในการใช้งานเทคโนโลยี เช่น ความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน การสนับสนุนจากองค์กร หากผู้ใช้งานมีเงื่อนไขที่อำนวยความสะดวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน พวกเขาจะมีพฤติกรรมการใช้งานที่เป็นบวก

8. **สมมติฐานที่ 8 (H8):** เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ของเจ้าหน้าที่ อสม. ที่ใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้งาน (Use Behavior) ของเจ้าหน้าที่ อสม. เจตนาเชิงพฤติกรรมคือความตั้งใจของผู้ใช้ในการใช้เทคโนโลยี หากผู้ใช้งานมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่เป็นบวกต่อการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้งานที่เป็นบวกต่อแอปพลิเคชันนี้

#### 4. วิธีการศึกษา

##### 4.1 กระบวนการและประชากร

การศึกษาวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามที่มีมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ ผู้วิจัยได้เลือกประชากรทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลนาดี อำเภอเวียงตาล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งหมด 110 คน (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงเพศและระยะเวลาการเป็น อสม. ในพื้นที่ตำบลนาดี อำเภอเวียงตาล จังหวัดกาฬสินธุ์

อสม. ในตำบลนาดี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศชาย	20	18.18
เพศหญิง	90	81.82

อสม. ในตำบลนาดี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุการทำงานน้อยกว่า 4 ปี	11	10
อายุการทำงาน 4 - 9 ปี	26	23.64
อายุการทำงาน 10 - 19 ปี	33	30
อายุการทำงาน 20 - 29 ปี	34	30.91
อายุการทำงานมากกว่า 30 ปี	6	5.45

ข้อมูล ณ วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2566 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566)

#### 4.2 เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามปลายปิด (Close-ended Questions) โดยอ้างอิงจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการยอมรับ เทคโนโลยี แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ซึ่งใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 7 ระดับ และ ตอนที่ 3 เกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

สำหรับการตรวจสอบเครื่องมือผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ หลังจากที่ได้รับคำแนะนำและปรับปรุงตามคำแนะนำแล้ว ได้นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้วิธีคำนวณ ค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่าดัชนีที่ได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.67 เพื่อให้แน่ใจว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

#### 4.3 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองแบบ เร่งรัด (Expedited Review) จากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามเอกสารรับรอง เลขที่ 047-007/2567

#### 4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จะดำเนินการโดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อสรุป และแสดงลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มประชากร สำหรับการ ตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยี ผู้วิจัยใช้โมเดลสมการโครงสร้างแบบกำลังสองน้อยที่สุด บางส่วน (Partial Least Squares Structural Equation Modeling: PLS-SEM) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ กระบวนการทางสถิติที่ใช้ในการประเมินความสอดคล้อง ระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์และโครงสร้างทฤษฎีของ แบบจำลอง โดยใช้โปรแกรมสถิติที่พัฒนาเฉพาะสำหรับการ วิเคราะห์โมเดลแบบ SEM การวิเคราะห์ PLS-SEM ใช้ ในการทดสอบสมมติฐาน ตรวจสอบความสอดคล้องของ ข้อมูลกับโครงสร้างทฤษฎีที่กำหนดไว้ และทดสอบเส้นทาง สัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโครงสร้างทฤษฎี การประเมิน ผลลัพธ์ของโมเดลสมการโครงสร้างจะพิจารณาจากค่าทาง สถิติต่าง ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมของโมเดล โดยมี เกณฑ์การพิจารณาจากค่าตัวชี้วัดความเหมาะสม (Goodness of Fit Indices) เพื่อยืนยันความเหมาะสมของ โมเดลสมการโครงสร้างและค่าสถิติสำหรับการทดสอบ สมมติฐาน เพื่อประเมินว่าข้อมูลสนับสนุนหรือขัดแย้งกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโมเดลสมการ โครงสร้าง PLS-SEM จะช่วยในการทดสอบโมเดล สมมติฐานและตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง

ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การยืนยันความเหมาะสมของโมเดลและการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้

## 5. ผลการวิจัย

### 5.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรในการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 110 คน พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 และเพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 โดยจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 นอกจากนี้ กลุ่มประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมาคือรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ในส่วนของสถานภาพ พบว่ากลุ่ม

ประชากรสมรส จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 รองลงมาคือโสด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ส่วนที่เหลือหย่าร้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และอื่นๆ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 สำหรับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือน 4 คน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ 5 คน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 3 คน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ส่วนที่เหลือมีสมาชิกในครัวเรือน 6 คน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 มากกว่า 6 คน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 คนเดียว จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 และ 2 คน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ และส่วนใหญ่สมรส ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญในการทำความเข้าใจบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มประชากรซึ่งจะช่วยในการตีความผลการวิจัยและการวางแผนการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	20	18.2
หญิง	90	81.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	50	45.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	17.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	37	33.6
ปวช.	2	1.8
ปวส.	1	0.9
อนุปริญญา	1	0.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	64	58.2
5,000 – 10,000 บาท	34	30.9
10,001 – 15,000 บาท	12	10.9
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	16	14.5
สมรส	78	70.9
หย่าร้าง	5	4.5
อื่นๆ	11	10
<b>สมาชิกในครัวเรือน</b>		
คนเดียว (1 คน)	3	2.7
จำนวน 2 คน	1	0.9
จำนวน 3 คน	16	14.5
จำนวน 4 คน	37	33.6
จำนวน 5 คน	30	27.3
จำนวน 6 คน	12	10.9
จำนวนมากกว่า 6 คน	11	10
<b>รวม</b>	<b>110</b>	

## 5.2 ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงค่าตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของโมเดลการวัด โดยค่าความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Loading) ส่วนใหญ่มีค่าสูงกว่า 0.5 ยกเว้น EE4 ที่มีค่าเท่ากับ 0.491 ค่า AVE (Average Variance Extracted) บ่งบอกถึงความสามารถในการสกัดแปรปรวนที่มากกว่า 0.5 ซึ่งในกรณีของ PV และ FC มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ คือ 0.5 (Hair et al., 2014) ในส่วนของค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของตัวแปรแฝง (Composite Reliability: C.R.) ควรมีค่ามากกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรแฝงมีค่าผ่านเกณฑ์ โดยมีค่าสูงสุดเท่ากับ 0.871 และค่าต่ำสุดเท่ากับ 0.702 ยกเว้นตัวแปรด้านมูลค่าราคา (PV) ที่มีค่าเท่ากับ 0.551 (Diamantopoulos & Siguaw, 2000) นอกจากนี้ ค่าดัชนีวัดความเชื่อถือที่วัดด้วย Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.872 ถึง 0.906 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของ Hair et al., (2010)

### ตารางที่ 3 ผลของการประเมินคุณภาพของโมเดลการวัด

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้*	Loading >0.5	AVE >0.5	C.R. >0.7	Cronbach's Alpha >0.7
การรับรู้ความเสี่ยง (PR)	PR1	0.851	0.692	0.871	0.906
	PR2	0.831			
	PR3	0.814			

ตัวแปรแฝง	ตัวแปร สังเกตได้*	Loading >0.5	AVE >0.5	C.R. >0.7	Cronbach's Alpha >0.7
มูลค่าราคา (PV)	PV1	0.508	<b>0.387</b>	<b>0.551</b>	0.887
	PV2	0.718			
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHL)	eHL1	0.806	0.665	0.856	0.872
	eHL2	0.799			
	eHL3	0.841			
ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (PE)	PE1	0.669	0.552	0.830	0.873
	PE2	0.827			
	PE3	0.755			
	PE4	0.711			
ความคาดหวังของความพยายาม (EE)	EE1	0.825	0.524	0.809	0.878
	EE2	0.859			
	EE3	0.661			
	EE4	<b>0.491</b>			
อิทธิพลทางสังคม (SI)	SI1	0.796	0.583	0.807	0.884
	SI2	0.777			
	SI3	0.715			
เงื่อนไขการอำนวยความสะดวก (FC)	FC1	0.764	<b>0.483</b>	0.788	0.872
	FC2	0.631			
	FC3	0.688			
	FC4	0.69			
ความตั้งใจที่จะใช้ (BI)	BI1	0.658	0.536	0.702	0.881
	BI2	0.799			
การใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. (UB)	UB1	0.822	0.596	0.746	0.880
	UB2	0.718			

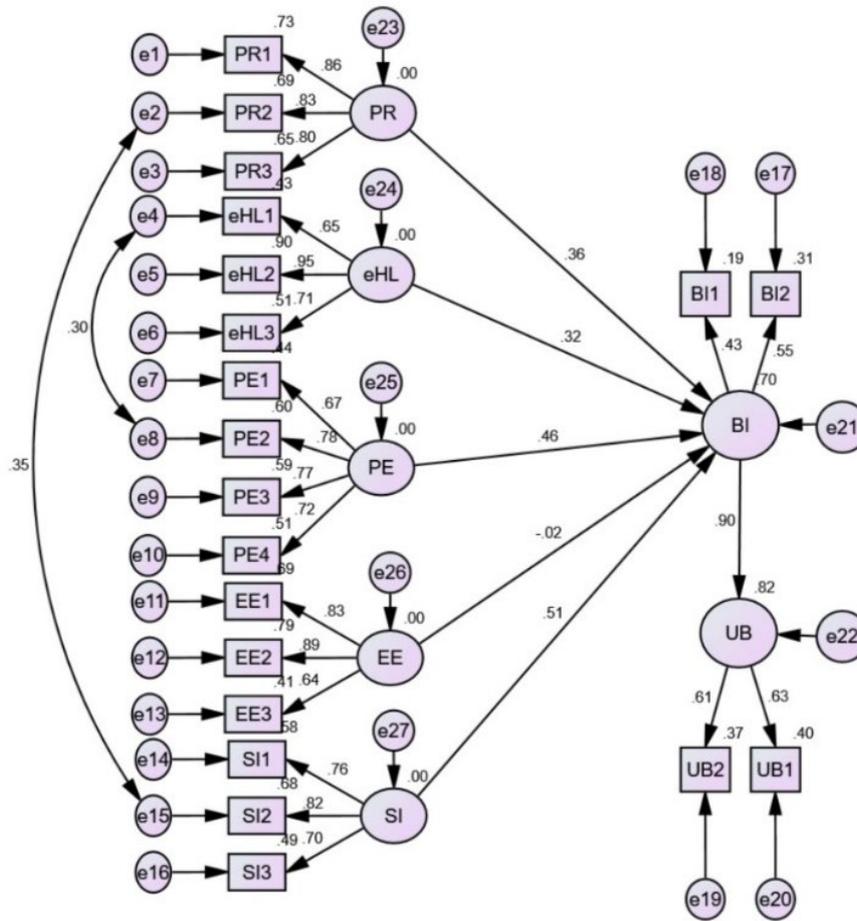
หมายเหตุ: รายละเอียดข้อคำถามของแต่ละตัวแปรแสดงอยู่ในภาคผนวกที่ 1

### 5.3 ผลการทดสอบโมเดลสมการโครงสร้างแบบกำลังสอง น้อยที่สุดบางส่วน (PLS-SEM)

จากผลการประเมินคุณภาพของโมเดลการวัด  
ผู้วิจัยได้ทำการตัดตัวแปรแฝงที่มีค่า AVE ต่ำกว่าเกณฑ์  
ได้แก่ ด้านมูลค่าราคา (PV) และด้านเงื่อนไขการอำนวยความสะดวก (FC) นอกจากนี้ยังได้ตัดตัวแปรสังเกตที่มีค่า  
Loading ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งคือ ท่านคิดว่าแอปพลิเคชัน

สมาร์ต อสม. จะสามารถใช้งานได้กับทุกที่ทุกเวลา (EE4)  
เพื่อปรับปรุงคุณภาพของโมเดล ในขั้นตอนต่อมา ผู้วิจัยได้  
ทำการปรับค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างสองตัวแปร  
(Modification Indices) เพื่อพัฒนาแบบจำลองสมการเชิง  
โครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ให้มี  
ความสอดคล้องเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น ผลการปรับปรุง

และพัฒนาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. แสดงดังแผนภาพที่ 2



Chi-Square=170.153, DF=119, P-value=.001,  
 Chi-Square=1.430, CFI=.948, IFI=.949, TLI=.933,  
 RMSEA=.063, RMR=.033

แผนภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention: BI) และพฤติกรรมการใช้งาน (Use Behavior: UB) ของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Risk: PR) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรง (Direct Effect) เท่ากับ 0.360 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy: eHL) มีค่าสัมประสิทธิ์

ทางตรงเท่ากับ 0.319 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy: PE) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.462 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความคาดหวังของความพยายาม (Effort Expectancy: EE) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ -0.017 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอิทธิพลทางสังคม (Social Influence: SI) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.507 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้งาน (UB) พบว่าเจตนาเชิงพฤติกรรม (BI) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.904 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าตัวชี้วัดความเหมาะสมของโมเดล (Model Fit Indices) แสดงว่า Chi-Square เท่ากับ 170.153, DF=119, P-value=0.001, Chi-Square/DF เท่ากับ 1.430, CFI (Comparative Fit Index) เท่ากับ 0.948, IFI (Incremental Fit Index) เท่ากับ 0.949, TLI (Tucker-Lewis Index) เท่ากับ 0.933, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เท่ากับ 0.063 และ RMR (Root Mean Square Residual) เท่ากับ 0.033 จาก

ค่าตัวชี้วัดความเหมาะสมของโมเดลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า โมเดลมีความเหมาะสมในระดับดี โดยมีค่า CFI, IFI และ TLI มากกว่า 0.9 และค่า RMSEA ต่ำกว่า 0.08 ซึ่งบ่งชี้ว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความเสี่ยง ความรอบรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ และอิทธิพลทางสังคม มีผลเชิงบวกและมีนัยสำคัญต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในขณะที่ความคาดหวังของความพยายามไม่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม นอกจากนี้ เจตนาเชิงพฤติกรรมยังมีผลเชิงบวกและมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อีกด้วย

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง

ตัวแปร (เส้นทาง)	$\lambda$	S.E.	t-value	Sig.	R <sup>2</sup>
PR → BI	0.360	0.053	2.667	0.008**	0.702
eHL → BI	0.319	0.071	2.473	0.013*	0.702
PE → BI	0.462	0.082	3.000	0.003**	0.702
EE → BI	-0.017	0.042	-0.155	0.877	0.702
SI → BI	0.507	0.070	3.133	0.002**	0.702
BI → UB	0.904	0.418	3.399	0.000***	0.817

หมายเหตุ : \* แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\* แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

\*\*\* แทนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

## 6. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

### 6.1 สรุปผลการวิจัยหลัก

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการนำแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มาใช้ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาแอปพลิเคชันนี้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกับอสม. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention: BI) และพฤติกรรมการ

ใช้งาน (Use Behavior: UB) ของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีหลายปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Risk: PR) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.360 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เช่น ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลและ

ความเป็นส่วนตัว ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการใช้งานแอปพลิเคชันนี้ ทั้งนี้การรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้เทคโนโลยี ในบริบทของแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เจ้าหน้าที่ อสม. อาจมีความกังวลเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล การนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิด หรือความเสี่ยงที่ข้อมูลอาจถูกเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต ความกังวลเหล่านี้ หากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม เช่น การรับรองมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอและโปร่งใส จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ใช้งานและส่งเสริมให้มีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al., (2023) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานชุมชนสุขภาพออนไลน์ (Online Health Communities: OHCs) การศึกษานี้พบว่า ผู้ใช้งาน OHCs ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับที่เหมาะสมจะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีในการใช้บริการของชุมชนสุขภาพออนไลน์ เนื่องจากผู้ใช้งานรับรู้ถึงความสำคัญของความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล การรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยี ในบริบทของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการกับความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ อสม. เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีในการใช้งานแอปพลิเคชัน การสร้างมาตรการรักษาความปลอดภัยที่ชัดเจนและการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการเหล่านี้ให้แก่ผู้ใช้งานอย่างเพียงพอ จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีความมั่นใจในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มากยิ่งขึ้น

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy: eHL) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.319 แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า เจ้าหน้าที่ อสม. ที่มีทักษะในการค้นหาเข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จะมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการใช้งาน

แอปพลิเคชันนี้ โดยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพนั้นเป็นทักษะที่สำคัญในยุคดิจิทัล ซึ่งมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพออนไลน์ การมีความรอบรู้ eHealth ช่วยให้เจ้าหน้าที่ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจและดำเนินการตามข้อมูลที่ได้รับ การค้นหาและการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแอปพลิเคชันอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงในการใช้ข้อมูลที่ผิดพลาดและเพิ่มความมั่นใจในการใช้งานเทคโนโลยี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al., (2023) ที่พบว่าความรอบรู้ด้าน eHealth มีผลเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานชุมชนสุขภาพออนไลน์ ในการศึกษาของ Zhang et al., (2023) การมีความรอบรู้ eHealth ช่วยให้ผู้ใช้สามารถนำข้อมูลที่ได้จากชุมชนสุขภาพออนไลน์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความเชื่อมั่นและมีเจตนาที่ดีในการใช้งานชุมชนสุขภาพออนไลน์ ทั้งนี้ ในบริบทของแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพช่วยให้เจ้าหน้าที่ อสม. สามารถใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ สามารถประเมินและเลือกใช้ข้อมูลที่ต้องการในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชุมชน ความเชื่อมั่นในคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลจากแอปพลิเคชันทำให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีเจตนาที่ดีในการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ eHealth ให้แก่เจ้าหน้าที่ อสม. ผ่านการฝึกอบรมและการสนับสนุนการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy: PE) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.462 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าเจ้าหน้าที่ อสม. เชื่อว่าแอปพลิเคชันสมาร์ต

อสม. จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพวกเขาได้ ส่งผลให้มีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการใช้งานแอปพลิเคชันนี้ ความคาดหวังในประสิทธิภาพในบริบทนี้หมายถึงความเชื่อที่ว่าเทคโนโลยีจะช่วยให้ผู้ใช้สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ในบริบทของแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เจ้าหน้าที่ อสม. มองว่าแอปพลิเคชันนี้จะช่วยให้การทำงานสำเร็จรวดเร็วและมีความมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การบันทึกข้อมูลสุขภาพของชุมชน การติดตามและรายงานสถานการณ์สุขภาพ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่ทันสมัยและถูกต้อง รวมถึงการเพิ่มความสะดวกในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. กับผู้ใช้บริการสุขภาพในชุมชน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mostafa Salem and Elshaer (2023) ที่พบว่าความคาดหวังในประสิทธิภาพมีผลเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันในบริบทของการเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ นักศึกษาเชื่อว่าแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ทำให้การเรียนรู้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ในบริบทของเจ้าหน้าที่ อสม. ความคาดหวังในประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้พวกเขามีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีต่อการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. การที่เจ้าหน้าที่ อสม. มองเห็นประโยชน์และประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันในการช่วยให้การทำงานของพวกเขามีประสิทธิภาพมากขึ้น จะส่งผลให้พวกเขามีความตั้งใจที่จะใช้งานแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาและปรับปรุงแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ควรมุ่งเน้นที่การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น การพัฒนาฟังก์ชันที่ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ อสม. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย การเพิ่มความสะดวกในการบันทึกและติดตามข้อมูล รวมถึงการสนับสนุนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อสม. มองเห็นประโยชน์ของแอปพลิเคชันและมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีในการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า ความคาดหวังของความพยายาม (Effort Expectancy: EE) มีค่าสัมประสิทธิ์

ทางตรงเท่ากับ -0.017 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเจ้าหน้าที่ อสม. อาจจะไม่ได้อิงความง่ายในการใช้งานแอปพลิเคชันมีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันนี้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Dahri et al., (2023) ที่พบว่าความคาดหวังของความพยายามมีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีการเรียนรู้ผ่านมือถือ เหตุผลที่ผลการวิจัยนี้ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติอาจมาจากลักษณะของผู้ใช้งานและบริบทการใช้งาน โดยเจ้าหน้าที่ อสม. อาจมีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับการใช้งานเทคโนโลยีในระดับหนึ่งอยู่แล้ว ทำให้ความง่ายในการใช้งานแอปพลิเคชันไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม กลุ่มครูในงานวิจัยของ Dahri et al., (2023) อาจไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการเรียนรู้ผ่านมือถือมากนัก จึงมองว่าความง่ายในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญ นอกจากนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ อสม. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) และอิทธิพลทางสังคม (Social Influence) อาจมีความสำคัญมากกว่าในการกำหนดเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชัน การออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อาจได้รับการออกแบบมาให้มีความง่ายและสะดวกในการใช้งานอยู่แล้ว ทำให้ความแตกต่างในระดับความยาก-ง่ายไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจของผู้ใช้ สุดท้าย การสนับสนุนด้านเทคนิคและการฝึกอบรมที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ อสม. อาจทำให้ความคาดหวังของความพยายามในการใช้งานแอปพลิเคชันไม่เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบว่าความคาดหวังของความพยายามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อาจเป็นผลมาจากบริบทการใช้งานและประสบการณ์ของผู้ใช้งานที่แตกต่างจากการศึกษาของ Ahmed ซึ่งเน้นไปที่การยอมรับเทคโนโลยีการเรียนรู้ผ่านมือถือในกลุ่มครู

อิทธิพลทางสังคม (Social Influence: SI) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรงเท่ากับ 0.507 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าอิทธิพลจากเพื่อนร่วมงานหรือหน่วยงานต่าง ๆ มีผลในการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ อสม. ใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในบริบทของการศึกษานี้ การที่เจ้าหน้าที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนหรือเห็นตัวอย่างการใช้งานแอปพลิเคชันจากเพื่อนร่วมงานหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เช่น ผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีส่วนช่วยเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจในการใช้งานแอปพลิเคชัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lambert et al., (2023) ที่พบว่าอิทธิพลทางสังคมมีผลต่อการยอมรับในระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่เห็นว่าเพื่อนร่วมงานหรือผู้มีอำนาจใช้งานระบบ AI และได้รับผลประโยชน์จากการใช้งาน จะมีแนวโน้มที่จะยอมรับและใช้งานระบบ AI ด้วยเช่นกัน การที่เจ้าหน้าที่ อสม. ได้รับการสนับสนุนและการยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชุมชนหรือองค์กร เช่น การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือการเห็นเพื่อนร่วมงานใช้งานแอปพลิเคชันอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีความตั้งใจที่จะใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. นอกจากนี้ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและส่งเสริมการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความพร้อมในการใช้งานแอปพลิเคชันของเจ้าหน้าที่ อสม. ดังนั้น การส่งเสริมอิทธิพลทางสังคมในองค์กรหรือกลุ่ม อสม. เช่น การให้การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมอบรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และการใช้สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้และยอมรับในแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จะช่วยเพิ่มโอกาสในการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างแพร่หลายและยั่งยืนมากขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้งาน (Use Behavior: UB) พบว่าเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention: BI) มีค่าสัมประสิทธิ์ทางตรง

เท่ากับ 0.904 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าหากเจ้าหน้าที่ อสม. มีเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. พวกเขาจะมีแนวโน้มที่จะใช้แอปพลิเคชันนี้จริง ๆ การมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจนและมั่นคงในการใช้งานแอปพลิเคชันสะท้อนถึงความตั้งใจและความพร้อมที่จะนำเทคโนโลยีมาใช้งานประจำของเจ้าหน้าที่ อสม. ซึ่งอาจเกิดจากการที่พวกเขามองเห็นประโยชน์และความสะดวกที่แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. สามารถนำมาให้ได้ เจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีในการใช้งานแอปพลิเคชันยังอาจเป็นผลมาจากการสนับสนุนที่ได้รับจากเพื่อนร่วมงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการมีประสบการณ์ที่ดีในการใช้งานเทคโนโลยี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kokab et al., (2023) ที่พบว่าเจตนาเชิงพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีโซเชี่ยลมีเดียของบรรณารักษ์มหาวิทยาลัยในปากีสถาน การมีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจนและเป็นบวกส่งผลให้บรรณารักษ์มีแนวโน้มที่จะนำเทคโนโลยีโซเชี่ยลมีเดียมาใช้ในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. การที่เจ้าหน้าที่ อสม. มีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีต่อการใช้งานแอปพลิเคชันนี้แสดงถึงความมั่นใจและความพร้อมที่จะนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้มีการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ดังนั้น การส่งเสริมเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีในเจ้าหน้าที่ อสม. ควรเน้นไปที่การให้ข้อมูลและการฝึกอบรมที่เพียงพอ การสร้างประสบการณ์ที่ดีในการใช้งานแอปพลิเคชัน และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อสม. มีความมั่นใจและมีความตั้งใจที่จะใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## 6.2 คุณูปการทางทฤษฎี

งานวิจัยชิ้นนี้มีคุณูปการทางทฤษฎีในหลายประการที่สำคัญ การวิจัยนี้ช่วยยืนยันและขยายความเข้าใจในทฤษฎีการยอมรับและการใช้เทคโนโลยีแบบรวม

( Unified Theory of Acceptance and Use of Technology: UTAUT) โดยการยืนยันว่าปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy) และอิทธิพลทางสังคม (Social Influence) มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีนัยสำคัญต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการใช้งานเทคโนโลยีในระดับชุมชน ผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Risk) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ความเสี่ยงในกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้เทคโนโลยี ซึ่งการค้นพบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception Theory) และขยายการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในบริบทใหม่ ๆ ของการใช้งานเทคโนโลยีด้านสุขภาพ นอกจากนี้ การที่ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของทักษะนี้ในยุคดิจิทัล การศึกษานี้สนับสนุนและขยายแนวคิดในทฤษฎี eHealth Literacy ว่าการมีทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพในโลกออนไลน์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการยอมรับและการใช้งานเทคโนโลยีด้านสุขภาพ นอกจากนี้การใช้โมเดลสมการโครงสร้างแบบกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน (Partial Least Squares Structural Equation Modeling: PLS-SEM) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ช่วยยืนยันและขยายการประยุกต์ใช้วิธีการนี้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมผู้ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน งานวิจัยชิ้นนี้ไม่เพียงแต่ยืนยันและขยายแนวคิดของทฤษฎีที่มีอยู่เดิม แต่ยังเปิดโอกาสในการนำทฤษฎีเหล่านี้ไปปรับใช้ในบริบทใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีในระดับชุมชนและด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

ยอมรับและการใช้เทคโนโลยีในกลุ่มผู้ใช้ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง

### 6.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้มีหลายประการที่ควรได้รับการพิจารณาในการตีความผลการศึกษาและในการวางแผนวิจัยในอนาคต ข้อจำกัดแรกคือ การศึกษาใช้กลุ่มประชากรเฉพาะในตำบลนาดี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งอาจไม่สามารถทั่วไปให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น ๆ หรือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ ดังนั้น ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดที่สองคือ การใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ข้อจำกัดที่สามคือ การศึกษาใช้โมเดลสมการโครงสร้างแบบกำลังสองน้อยที่สุดบางส่วน (PLS-SEM) ซึ่งแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แต่การใช้วิธีการนี้ยังคงมีข้อจำกัดในการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของตัวแปรแฝงในบางกรณี ข้อจำกัดที่สี่คือ ผลการวิจัยพบว่าความคาดหวังของความพยายาม (Effort Expectancy) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของผู้ใช้งานและบริบทการใช้งานที่แตกต่างกัน การตีความผลการวิจัยในข้อนี้จึงควรระมัดระวัง ข้อจำกัดที่ห้าคือ การศึกษาไม่ได้พิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชัน เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี และนโยบายภาครัฐ การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น สุดท้าย การใช้แบบสอบถามปลายปิดอาจจำกัดความหลากหลายของคำตอบและความยืดหยุ่นในการแสดงออกความคิดเห็นของผู้ตอบ การวิจัยในอนาคตอาจพิจารณาการใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบ

ผสมผสาน (Mixed Methods) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

#### 6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญหลายประการ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

6.4.1 การเสริมสร้างมาตรการความปลอดภัยของข้อมูล เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงมีผลเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการพัฒนามาตรการความปลอดภัยของข้อมูลให้มีความชัดเจนและโปร่งใส รวมถึงการให้ความรู้และการสื่อสารเกี่ยวกับมาตรการเหล่านี้แก่เจ้าหน้าที่ อสม. เพื่อให้พวกเขามั่นใจในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.

6.4.2 การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ สาระสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) การฝึกอบรมและการสนับสนุนในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อค้นหา เข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีต่อการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาทักษะด้าน eHealth Literacy ให้แก่เจ้าหน้าที่ อสม.

6.4.3 การพัฒนาและปรับปรุงฟังก์ชันการใช้งานของแอปพลิเคชัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความคาดหวังในประสิทธิภาพมีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชัน การพัฒนาและปรับปรุงฟังก์ชันการใช้งานของแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ให้ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ อสม. จะช่วยให้พวกเขามีเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการใช้งานแอปพลิเคชัน

6.4.4 การส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจทางสังคม อิทธิพลทางสังคมมีผลเชิงบวกต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น ผู้บังคับบัญชา หรือการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและเจตนาเชิงพฤติกรรมที่ดีต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน

6.4.5 การสนับสนุนด้านเทคนิคและการให้บริการหลังการใช้งาน แม้ว่าความคาดหวังของความสำเร็จไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในผลการวิจัยนี้ แต่การสนับสนุนด้านเทคนิคและการให้บริการหลังการใช้งานยังคงมีความสำคัญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้บริการสนับสนุนและช่วยเหลือในการใช้งานแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อสม. สามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

#### 6.5 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคตหลายประการที่สำคัญ การวิจัยในอนาคตควรขยายกลุ่มประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มผู้ใช้ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น อาสาสมัครในเขตเมืองหรือเขตชนบทที่มีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ควรเน้นการศึกษาปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการออกแบบแอปพลิเคชัน เช่น ความง่ายในการใช้งาน ความเข้ากันได้กับอุปกรณ์ต่าง ๆ และประสบการณ์ผู้ใช้ เพื่อหาปัจจัยที่อาจมีผลต่อการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันในระดับที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น อีกทั้งการประยุกต์ใช้และทดสอบโมเดลทฤษฎีใหม่ ๆ อาจช่วยให้ได้มุมมองที่แตกต่างและแนวทางใหม่ ๆ ในการพัฒนาแอปพลิเคชัน นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม จะช่วยให้เข้าใจลึกซึ้งถึงประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ในการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ซึ่งจะเสริมสร้างความเข้าใจที่

ได้รับจากการวิจัยเชิงปริมาณและให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่า การวิจัยในอนาคตยังคงควรเน้นการวิเคราะห์ผลกระทบระยะยาวของการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ในด้านต่างๆ เช่น ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัคร ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชน และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษาว่าโปรแกรมการฝึกอบรมและการเสริมสร้างศักยภาพใดที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาและเพิ่มทักษะด้าน eHealth Literacy ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็มีความสำคัญ การวิจัยในด้านนี้จะช่วยหาแนวทางในการปรับปรุงการฝึกอบรมและการสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสรุป การวิจัยในอนาคตสามารถพัฒนาและขยายผลจากงานวิจัยนี้เพื่อเพิ่มความเข้าใจและหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการยอมรับและการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน

### ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1: ตารางแสดงข้อคำถามของแต่ละตัวแปร

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	คำถาม
การรับรู้ความเสี่ยง (PR)	PR1	ท่านกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลและความเสี่ยงด้านความเป็นส่วนตัว ขณะใช้ แอป. สมาร์ต อสม.
	PR2	ท่านกังวลเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของคำแนะนำด้านสุขภาพที่ได้รับผ่าน แอป. สมาร์ต อสม.
	PR3	ท่านกังวลเกี่ยวกับอาจมีความเสี่ยงจากการให้ข้อมูลที่ผิดพลาดหรือข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผ่าน แอป. สมาร์ต อสม.
มูลค่าราคา (PV)	PV1	ท่านคิดว่าประโยชน์ของการใช้ แอป. สมาร์ต อสม. นั้นคุ้มค่างกับต้นทุนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ค่าอินเทอร์เน็ต
	PV2	ท่านคิดว่าการใช้งาน แอป. สมาร์ต อสม. มอบคุณค่าที่ดีสำหรับบริการในบริบทด้านสุขภาพของหมู่บ้าน
ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHL)	eHL1	ท่านรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ผ่านการใช้งานแอป. สมาร์ต อสม.
	eHL2	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหมู่บ้านได้โดยใช้ข้อมูลจาก แอป. สมาร์ต อสม.
	eHL3	ท่านเชื่อมั่นในมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลที่ปรากฏใน แอป. สมาร์ต อสม.
ความคาดหวังในประสิทธิภาพ (PE)	PE1	ท่านคิดว่า แอป.สมาร์ต อสม. จะช่วยให้การทำงานในฐานะ อสม. ของท่านนั้น บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้เร็วยิ่งขึ้น
	PE2	ท่านคิดว่าการใช้ แอป. สมาร์ต อสม. จะทำให้กระบวนการให้บริการด้านสุขภาพในหมู่บ้านของท่านนั้นง่ายขึ้น
	PE3	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ต อสม. จะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานมากขึ้น (เช่น เก็บข้อมูลได้เร็วขึ้น เป็นต้น)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	คำถาม
ความคาดหวังของความพยายาม (EE)	PE4	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ท อสม. จะปรับปรุงคุณภาพของบริการด้านสุขภาพของ อสม. ต่อคนในชุมชน
	EE1	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ท อสม. จะมีวิธีการใช้งานที่ง่าย
	EE2	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ท อสม. จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้งาน
	EE3	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ท อสม. จะสามารถใช้งานได้กับทุกที่ทุกเวลา
อิทธิพลทางสังคม (SI)	EE4	Smart phone ของท่าน สามารถใช้งานแอป. สมาร์ท อสม. ได้ดี
	SI1	รัฐบาล/หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องมีส่วนกระตุ้นให้ใช้งานแอป. สมาร์ท อสม.
	SI2	เพื่อนร่วมงาน (เพื่อนที่เป็น อสม.ด้วยกัน) ของท่านมีส่วนกระตุ้นให้ใช้งาน แอป. สมาร์ท อสม.
เงื่อนไขการอำนวยความสะดวก (FC)	SI3	หาก อสม. คนอื่นๆ ใช้ แอป. สมาร์ท อสม. แต่ท่านไม่ได้ใช้ ท่านจะรู้สึกไม่สบายใจ
	FC1	ท่านมีทรัพยากรที่จำเป็น (เช่น อุปกรณ์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต) เพื่อใช้ แอป. สมาร์ท อสม.
	FC2	ท่านมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการใช้งาน แอป. สมาร์ท อสม. อย่างมีประสิทธิภาพ
	FC3	ท่านคิดว่าแอป. สมาร์ท อสม. เข้ากันได้กับเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่ท่านใช้
ความตั้งใจที่จะใช้ (BI)	FC4	ท่านได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น เมื่อมีปัญหาในการใช้งาน แอป. สมาร์ท อสม.
	BI1	ท่านยินดีที่จะเรียนรู้และใช้ แอป. สมาร์ท อสม. ในกิจกรรมอาสาสมัครด้านสุขภาพ
การใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. (UB)	BI2	ท่านจะแนะนำ แอป. สมาร์ท อสม. ให้กับ อสม. ในหมู่บ้านคนอื่น ๆ
	UB1	ท่านจะใช้ แอป. สมาร์ท อสม. เป็นประจำในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครด้านสุขภาพ
	UB2	ท่านใช้งาน แอป. สมาร์ท อสม. เพื่อหาความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับงานในหน้าที่ อสม.

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bao, Y., Bao, Y., & Sheng, S. (2011). Motivating purchase of private brands: Effects of store image, product signatureness, and quality variation. *Journal of Business Research*, 64(2), 220-226.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.02.007>

- Breakwell, G. M. (2014). *The psychology of risk*. Cambridge University Press.
- Dahri, N. A., Al-Rahmi, W. M., Almogren, A. S., Yahaya, N., Vighio, M. S., Al-maatuok, Q., ... & Al-Adwan, A. S. (2023). Acceptance of Mobile Learning Technology by Teachers: Influencing Mobile Self-Efficacy and 21st-Century Skills-Based Training. *Sustainability*, 15(11), 8514. <https://doi.org/10.3390/su15118514>
- Department of Health Service Support. (2022, June 14). Village health volunteers. Department of Health Service Support. <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1000>
- Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of eHealth literacy. *Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics*, 63-70.
- Hfocus News Agency. (2022, July 4). The Department of Health Promotion invites village health volunteers to join in using the "SMART Village Health Volunteers" application using digital technology to control dengue fever in the community. Hfocus. <https://www.hfocus.org/content/2022/07/25435>
- Kokab, S., Arif, M., & Qaisar, N. (2023). Factors affecting the university librarians' use of social media technologies in Pakistan: A structural equation modelling approach. *The Journal of Academic Librarianship*, 49(3), 102719. <https://doi.org/10.1016/j.acalib.2023.102719>
- Kongkid, A. (2022, October 2). Information technology in the digital era. Rabiangbanpansara. <https://library.wu.ac.th/km/เทคโนโลยีสารสนเทศในยุค/>
- Lambert, S. I., Madi, M., Sopka, S., Lenes, A., Stange, H., Buszello, C. P., & Stephan, A. (2023). An integrative review on the acceptance of artificial intelligence among healthcare professionals in hospitals. *NPJ Digital Medicine*, 6(1), 111. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00852-5>
- Lichtenstein, D.R., Ridgway, N.M., & Netemeyer, R.G. (1993). Price perceptions and consumer shopping behavior: a field study. *Journal of Marketing Research*, 30(2), 234-245. <https://doi.org/10.1177/002224379303000208>
- Ministry of Public Health. (2018, June 29). Announcement regarding the right to receive sick pay for performing duties of village health volunteers, 2017. Royal Gazette, 135(Special Section 139 D), 16–18.
- Public Health Support Division. (2023). Public health information system. Public Health Support Division. <https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>
- Registration Management Office, Department of Provincial Administration. (2023). Official population statistics from civil registration (monthly). <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- Salem, M. A., & Elshaer, I. A. (2023). Educators' Utilizing One-Stop Mobile Learning Approach amid Global Health Emergencies: Do Technology Acceptance Determinants Matter?. *Electronics*, 12(2), 441. <https://doi.org/10.3390/electronics12020441>
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B., & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22. <https://doi.org/10.1177/002224298805200302>
- Zhang, Q., Zhang, R., Lu, X., & Zhang, X. (2023). What drives the adoption of online health communities? An empirical study from patient-centric perspective. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09469-6>

## Factors affecting working-age citizens' potential decisions to use private nursing homes in Muang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Pannarat Tanachockchaivong<sup>1</sup> Pamonri Inchon<sup>2</sup> Thanusin Saleeon<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathumthani Province

<sup>2</sup>School of Health Science, Mae Fah Luang University

<sup>3</sup>Faculty of Public Health, Burapha University

\*Corresponding author: e-mail : [thanusin.sa@go.buu.ac.th](mailto:thanusin.sa@go.buu.ac.th)

### Original article

#### OPEN ACCESS

#### Citation:

Saleeon, T., Tanachockchaivong, P. . . , & Inchon, P. . . Utilizing the theory of planned behavior (TPB) to examine factors affecting working-age citizens' potential decisions to use private nursing homes in Muang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/273387](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/273387)

Received: 28 May 2024

Revised: 21 June 2024

Accepted: 27 June 2024

#### Abstract

This research was a cross-sectional analytical study. The purpose of this study was to examine factors affecting working-age people's future intentions to use private nursing homes in Muang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. A total of 275 participants were recruited using multistage sampling. Data were obtained using a questionnaire constructed within a quality check for content validity by three experts. IOC ratings ranged from 0.67-1.00 on each question. Cronbach's alpha coefficient formula was used to conduct confidence tests on 5 sides. The values for each side were 0.86, 0.82, 0.88, 0.84, and 0.86. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, stepwise multiple regression analysis, Chi-Square, and ANOVA. It was found that the working age group, which varies from 25 to 59 years old, had varying intents to utilize private nursing homes in the future, determined by marital status, educational level, and occupation. However, there was no difference in average monthly income. Statistically significant, younger age groups were less likely to use the service than older age groups. Overall, the average level of opinion on many aspects of the theory of planned behavior was high. The adjusted predictive efficiency, as determined by stepwise multiple regression analysis, was found to be 0.276 (p-value <0.001), or 27.60 percent. Based on this information, the following equation was created to estimate the likelihood that working-age individuals will use private nursing home services in the future:  $Y = 2.030 + 0.350$  (subjective norm)  $+ 0.292$  (attitude toward behavior). Results indicate that there is a potential for private nursing home services. Promoting information on the elderly's benefits and health value is recommended, to encourage a positive mindset, awareness, and attitude, resulting in motivation.

**Keywords:** Theory of planned behavior (TPB); potential decisions; nursing homes; working-age

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงานอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ปิ่นรัตน์ ธนโชคชัยวงศ์<sup>1</sup>, ภมรศรี อินทร์ชน<sup>2</sup>, ธนุศิลป์ สลีอ่อน<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

<sup>2</sup>สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

<sup>3</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*ผู้ประพันธ์บทความ thanusin.sa@so.buu.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 28 พ.ค.2567

วันแก้ไข 21 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ 27 มิ.ย.2567

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงานอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 275 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ทุกข้อคำถามได้ค่าระหว่าง 0.67 -1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้าน จำนวน 5 ด้านได้ค่ารายด้านเท่ากับ 0.86 0.82 0.88 0.84 และ0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ไค์สแควร์ และANOVA

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีช่วงอายุ 25-59 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ แตกต่างกันในความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตแต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความแตกต่างกัน ช่วงอายุน้อยจะมีความตั้งใจใช้บริการน้อยกว่าช่วงอายุที่มาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรวมมีระดับค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านต่างๆ ของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนอยู่ในระดับมาก การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้วได้ค่า 0.276 (p-value <0.001) หรือร้อยละ 27.60 สร้างเป็นสมการพยากรณ์ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน ได้ดังนี้  $Y = 2.030 + 0.350$  (ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย)  $+ 0.292$ (ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม)

ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมการให้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตแก่วัยทำงาน ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าต่อสุขภาพผู้สูงอายุในการใช้บริการ การสร้างแนวคิดการรับรู้และทัศนคติที่ตีเพิ่มแรงจูงใจ

**คำสำคัญ :** ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน; ความตั้งใจใช้บริการ; ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน; วัยทำงาน

## บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศแถบทวีปเอเชียที่ได้เข้าสู่สถานการณ์ “สังคมสูงอายุ” โดยมีสัดส่วน 1 ใน 10 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2564 การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่สูงขึ้นมากถึง 12 ล้านคน (Chuelek & Boonyarattanasevi, 2018) และข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น มีจำนวน 12.70 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.45 ของประชากรทั้งประเทศ รัฐบาลจึงได้กำหนดประเด็นนโยบายการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพที่ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดสมุทรสาคร มีประชากรตามทะเบียนราษฎรรวมทั้ง 592,033 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 100,064 คน คิดเป็นร้อยละ 16.92 ของประชากรทั้งหมด อำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือ อำเภอเมืองสมุทรสาคร มีผู้สูงอายุจำนวน 48,698 คน รองลงมาคืออำเภอกะทู้มีผู้สูงอายุจำนวน 30,502 คน และอำเภอบ้านแพ้วมีผู้สูงอายุจำนวน 21,416 คน ตามลำดับ สถิติประชากรวัยทำงานตามช่วงอายุ 25 ปี ถึง 59 ปีจังหวัดสมุทรสาครในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 300,192 คน เพศชายจำนวน 143,341 คน เพศหญิงจำนวน 156,851 คน โดยอำเภอเมืองสมุทรสาครมีจำนวนวัยทำงานทั้งสิ้น 157,036 คน เพศชายจำนวน 74,355 คน และเพศหญิง 82,681 คน (Department of provincial administration, 2022) จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรจังหวัดสมุทรสาครที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มของความตึงเครียดในการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนที่ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วและศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีการแข่งขันกันทางการตลาดเพิ่มมากขึ้น (Department of Older Persons, 2022) จากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดสมุทรสาครมีสถานประกอบการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน (Nursing Home) ขึ้นทะเบียนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมดรวม 7 แห่ง

จำนวน 106 แห่ง (Department of health service support, 2022) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลพักฟื้นและให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยพักฟื้นระยะสั้นและระยะยาว บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆทางด้านสังคม ด้านจิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Department of Older Persons, 2017) ผู้ประกอบการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องทำความเข้าใจในความต้องการของกลุ่มผู้ใช้บริการสำคัญในอนาคตคือกลุ่มวัยทำงาน ทั้งนี้เพื่อจะได้นำเสนอการบริการรูปแบบต่างๆ ที่ตอบสนองและรองรับความต้องการในสถานการณ์สังคมปัจจุบันและในอนาคตได้ โดยการตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุส่วนบุคคลในครอบครัวมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจนี้ด้วยเสมอ (Anumansirikul, 2018) เพื่อเป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงานของอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior-TPB) ของ Ajzen (1991) ที่ประกอบไปด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ทั้งนี้เพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่กระบวนการวางแผนเพื่อเตรียมการให้วัยทำงานมีความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพในประเด็นการพึ่งพาตนเอง การวางแผนจัดเตรียมที่พักอาศัยหรือการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนแก่ตนเองหรือครอบครัวในวัยผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยคุณลักษณะประชากรต่อระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยช่วงอายุ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือนต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต ของวัยทำงานอำเภอเมืองสมุทรสาคร

### สมมติฐาน

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์ต่อระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน
2. ช่วงอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของวัยทำงานมีความแตกต่างกันต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต
3. ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล
2. ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย
3. ความกังวลด้านสภาพสังคม
4. ทักษะคิดที่มีต่อพฤติกรรม
5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
6. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

#### ตัวแปรตาม

ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต

### วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือบุคคลทั่วไปสัญชาติไทย มีช่วงอายุ 25-59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัด

สมุทรสาคร รวมทั้งสิ้น 17,825 คน (Department of provincial administration, 2023) กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอนของละเอียด ศิลาน้อย (Silanoy, 2015) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{Ne^2 + Z^2\sigma^2}$$

โดยให้  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรที่ใช้คำนวณการวิจัย

17,825 คน

$Z$  = ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนด

(กำหนดที่ 95% จึงได้  $\alpha = 0.05$  และ  $Z$  ในสูตร คือ

$Z\alpha/2$  ทำให้ได้  $Z\alpha/2 = 1.96$ )

$\sigma^2$  = ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

ประชากรจากงานวิจัยของ Chornsawat and

Yansomboon (2020) เท่ากับ  $(0.38)^2$

$e$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(17,825)(1.96)^2(0.38)^2}{(17,825)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.38)^2}$$

$$n = 219.16 = 220$$

ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน

การศึกษาโดยใช้สูตรการปรับขนาดสัดส่วน โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เมื่อ  $(R = 1.0 - 0.80 = 0.20)$  การวิจัยในครั้งนี้ต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 275 คน กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายและมีลักษณะเป็นตัวแทนประชากรจึงดำเนินการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากทั้ง 19 ตำบลของอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จากการสุ่มร้อยละ 30 ได้จำนวนทั้งสิ้น 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลชัยมงคล ตำบลกาหลง ตำบลบ้านบ่อ ตำบลบางกระเจ้า ตำบลนาโคก และตำบลบ้านเกาะ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากหมู่บ้านจากตำบลที่ถูกสุ่ม

ทั้ง 6 ตำบล ได้จำนวนหมู่บ้านรวมทั้งสิ้น 45 หมู่บ้าน จากการสุ่มร้อยละ 30 โดยแยกรายตำบลได้จำนวนหมู่บ้านรวม 16 หมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 3 คำนวณตามสัดส่วนกับขนาด (Proportional to size) ของประชากรในแต่ละหมู่บ้านได้จำนวนตัวอย่างแยกรายหมู่บ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้านได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 275 คน ขั้นตอนที่ 4 ในแต่ละหมู่บ้านทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงลำดับบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านการคำนวณหาช่วง (interval) หรือระยะห่างในการสุ่มของแต่ละบ้าน ( $k$ ) นำบ้านเลขที่ภายในช่วงมาสุ่มหาจุดเริ่มต้น (R-Random Start) โดยการจับสลากทำการเลือกบ้านเลขที่ทุกหลังที่  $R$  ในทุกช่วงของประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างนับบ้านเลขที่หลังต่อไป คือ  $R+k, R+2k, R+3k, \dots, R+nk$  ทั้งนี้กำหนดให้วัยทำงานเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม หากพบว่าในครัวเรือนนั้นวัยทำงานไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือไม่อยู่ให้ข้ามไปเก็บข้อมูลในครัวเรือนถัดไป และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 7 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อความแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ ลักษณะครอบครัวที่อาศัย ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ความกังวลต่อสภาพสังคม จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 4 ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 6 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 3 ข้อ และส่วนที่ 7 พฤติกรรมความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนใน

อนาคต จำนวน 10 ข้อ โดยในส่วนของ 2 ถึงส่วนที่ 7 เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ และใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ปานกลางและน้อย ดังนี้ คะแนน 3.67-5.00 หมายถึงระดับมาก คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยคะแนนความสอดคล้องข้อคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทุกข้อคำถามได้ค่าระหว่าง 0.67 -1.00 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้จากการ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดสอบ (Try out) กับประชากรศึกษา จำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรศึกษา และนำข้อมูลจากการทดลองนำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1951) จำนวน 5 ด้านได้ค่ารายด้านเท่ากับ 0.86 0.82 0.88 0.84 และ 0.86

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วช่วงเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลาทั้งหมด 3 เดือน

#### จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ หมายเลขการรับรองรหัสจริยธรรมการวิจัย COA No. 0088/2566REC No. 0088/2566

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD.) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไควีสแควร์ (Chi-square Test) ตัวแปรอายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อปัจจัยด้านต่างๆตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนด้วยการวิเคราะห์ด้วยความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต ของวัยทำงานอำเภอเมืองสมุทรสาคร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้อง มีมาตรวัดตั้งแต่ interval scale ขึ้นไปและต้องมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linear relationship) มีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) พิจารณาจากค่า Durbin-Watson อยู่ในช่วง 1.5-2.5 และค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 และทุกตัวแปรต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พิจารณาจากค่า VIF ทุกตัวมีค่าน้อยกว่า 10 และค่า Tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.20 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### ผลการวิจัย

1. พบว่าข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 275 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 และเพศชายร้อยละ 36.00 ช่วงอายุระหว่าง 25-36 ปี ร้อยละ 38.18 สถานภาพโสด ร้อยละ 48.00 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 41.10

อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 35.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ละ 41.09 และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 51.64 ดังตาราง ระหว่าง 7,300–22,533 บาท ร้อยละ 89.50 ไม่มีบุตร ร้อย ที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=275 )

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	99	36.00
หญิง	176	64.00
2. อายุ (ปี)		
25-36	105	38.18
37-48	98	35.64
49-59	72	26.18
Min=25, Max=59, $\bar{X}$ =41.17, SD.=9.960		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	132	48.00
สมรส	113	41.09
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	30	10.91
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	22.50
มัธยมศึกษา	43	15.60
อนุปริญญา	57	20.80
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	113	41.10
5. อาชีพ		
พนักงานบริษัท	106	38.55
รับจ้าง	89	32.36
แม่บ้าน	25	9.09
รับราชการ	21	7.64
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	20	7.27
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	5.09
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
7,300-22,533	246	89.45
22,534-37,767	26	9.45
37,768-53,000	3	1.10
Min=7,300, Max=53,000, $\bar{X}$ =15,259.27, SD.=7,231.406		
6. จำนวนบุตร (คน)		

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	113	41.09
1	60	21.82
2	60	21.82
≥ 3	42	15.27
7. สถานที่อาศัย		
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	142	51.64
ห้องเช่า/บ้านเช่า	85	30.91
บ้านของตนเอง	43	15.64
อยู่กับญาติพี่น้อง	3	1.09
บ้านพักสวัสดิการ	2	0.73

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านต่างๆตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในระดับมาก พบว่าปัจจัยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.523 และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.619 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านต่างๆตามทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน (N=275)

ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
1. ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย	3.87	0.619	ระดับมาก
2. ความกังวลต่อสภาพสังคม	3.93	0.481	ระดับมาก
3. ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม	3.93	0.614	ระดับมาก
4. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง	4.06	0.523	ระดับมาก
5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.92	0.510	ระดับมาก
6. ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต	4.03	0.495	ระดับมาก

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับปัจจัยด้านต่างๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน แตกต่างกันเกี่ยวกับระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

3.1 พบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนใน  
อนาคตด้วยสถิติไค์สแควร์ (N=275)

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร	ระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต		$\chi^2$	p-value
	ระดับปานกลาง	ระดับสูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.591	.442
ชาย	26(26.26)	73(73.74)		
หญิง	39(22.16)	137(77.84)		
สถานภาพสมรส			10.386	.006*
โสด	38(28.79)	94(71.21)		
สมรส	16(14.16)	97(85.84)		
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	11(36.67)	19(63.33)		
ระดับการศึกษา			27.101	<.001*
ประถมศึกษา	6(9.68)	56(90.32)		
มัธยมศึกษา	19(44.19)	24(55.81)		
อนุปริญญา	5(8.77)	52(91.23)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35(30.97)	78(69.03)		
อาชีพ			16.814	.005*
พนักงานบริษัท	20(18.87)	86(81.13)		
รับจ้าง	20(22.47)	69(77.53)		
แม่บ้าน	6(24.00)	19(76.00)		
รับราชการ	2(9.52)	19(90.48)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10(50.00)	10(50.00)		
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7(50.00)	7(50.00)		

\*p-value<.05

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ปัจจัยอายุต่อปัจจัยด้านต่างๆ โดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (N=275)

		Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแล	Between Groups	3.112	2.00	1.556	6.600	.002
ผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต	Within Groups	64.134	272.00	0.236		
	Total	67.247	274.00			

**ตารางที่ 5** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างช่วงอายุและปัจจัยความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต โดยจำแนกรายคู่ (N=275)

Dependent variable	ช่วงอายุ (I)	ช่วงอายุ (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
ปัจจัยความตั้งใจใช้ บริการศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุเอกชนใน อนาคต	25-36ปี	37-48 ปี	-0.24667*	0.06820	.002
		49-59 ปี	-0.09607	0.07430	.435

3.2 พบว่า ช่วงอายุต่างกันจะมีความแตกต่างกันในปัจจัยความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

3.3 ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 25-36 ปี มีความคิดเห็นต่อปัจจัยความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต น้อยกว่าช่วงอายุ 37-48 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่น้อยกว่าช่วงอายุ 49-59 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

3.4 พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความแตกต่างกันกับปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ผลการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อปัจจัยด้านต่างๆ (N=275)

		Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย	Between Groups	0.667	2.00	0.333	0.869	.421
	Within Groups	104.360	272.00	0.384		
	Total	150.026	274.00			
ความกังวลต่อสภาพสังคม	Between Groups	0.253	2.00	0.126	0.544	.581
	Within Groups	63.235	272.00	0.232		
	Total	63.488	274.00			
ทักษะชีวิตที่มีต่อพฤติกรรม	Between Groups	0.545	2.00	0.272	0.720	.488
	Within Groups	102.892	272.00	0.378		
	Total	103.437	274.00			
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ของตนเอง	Between Groups	0.639	2.00	0.319	1.165	.313
	Within Groups	74.539	272.00	0.274		
	Total	75.177	274.00			
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	Between Groups	0.811	2.00	0.406	1.562	.212
	Within Groups	70.623	272.00	0.260		

		Sum of	df	Mean	F	Sig.
		Square		Square		
Total		71.434	274.00			
ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแล	Between Groups	0.116	2.00	0.058	0.235	.791
ผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต	Within Groups	67.131	272.0	0.247		
Total		67.247	274.0			

**4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใช้  
บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต**

พบว่าผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ความสามารถในการอธิบายของปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย และทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมจากค่าประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว ได้ค่า 0.276 (p-value<.001) หมายความว่าปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัยและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต สามารถอธิบายได้ร้อยละ 27.60 และพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยทำให้

วิเคราะห์ผลได้ว่าปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ส่งผลต่อการตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.350 (p-value<.001) หมายความว่าเมื่ออิทธิพลคิดเป็นร้อยละ 35.00 และปัจจัยทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.292 (p-value<.001) หมายความว่าเมื่ออิทธิพลเป็นร้อยละ 29.20 สามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตของวัยทำงาน ได้ดังนี้  $Y = 2.030 + 0.350 (\text{ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย}) + 0.292 (\text{ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม})$  ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (N=275)

	Unstandardized		Standardized	t	p-value	Tolerance	VIF
	Coefficients		Coefficients				
	b	Std. Error	$\beta$				
(Constant)	2.030	0.197		10.308	<.001*		
ความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย	0.280	0.044	0.350	6.350	<.001*	0.870	1.149
ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม	0.236	0.044	0.292	5.302	<.001*	0.870	1.149

P <.05\*, Constant =2.030, R=0.530, R<sup>2</sup> =0.281, R<sup>2</sup> Adjusted =0.276, F= 53.237, Durbin-Watson=2.489  
Dependent Variable: ความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับระดับความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรสถานภาพสมรสพบว่าวัยทำงานในอำเภอเมืองสมุทรสาครมีสถานะโสดและสมรสคู่ใกล้เคียงกัน ต่อข้อคำถามความตั้งใจจะใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตจึงเป็นวิธีคิดหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนให้เห็นในการวิจัยนี้แตกต่างกัน โดยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Thanakwang and Soonthornhdhada (2008) ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง ซึ่งหมายรวมถึงการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยสร้างหลักประกันการดูแลตนเองผ่านการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ตัวแปรระดับการศึกษาต่างกันจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตต่างกันในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ทำให้เกิดความสนใจและให้ความสำคัญในการเตรียมตนเองในการตัดสินใจใช้บริการฯ ในอนาคตโดยคนกลุ่มนี้ยังมีระดับการศึกษาที่สูงทำให้เชื่อได้ว่าจะเป็นผู้ที่มีการวางแผนในการดำเนินชีวิต มองเห็นประโยชน์ของการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitcharoenkasem (2016) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีการเตรียมความพร้อมมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยในอนาคต (Thamrongworakun, 2022) ตัวแปรอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทและหน่วยงานทั้งภาครัฐและรัฐวิสาหกิจทำให้มีรายได้ที่แน่นอนจึงมีความพร้อมในการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตได้ดีกว่าอาชีพอื่นที่อาจจะมียาได้ที่ไม่เพียงพอหรือต้องมีอาชีพเสริมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meechana, et al. (2017) ที่พบว่าควรมีการส่งเสริมเรื่องรายได้ของ

ประชากรให้มีความเพียงพอก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ในการศึกษาพบว่าตัวแปรช่วงอายุ 25-36 ปี มีความคิดเห็นต่อปัจจัยความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต น้อยกว่าช่วงอายุ 37-48 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยและส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ยังไม่กล้าจะวางแผนในระยะยาวมากนักต้องประเมินสถานการณ์ในระยะสั้นก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thahanthai, et al. (2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisombut and Yana (2021) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพของวัยผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Timthong (2022) ที่พบช่วงอายุที่น้อยจะมีความแตกต่างกันในการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตโดยมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยต่อความคิดเห็นด้านความกังวลต่อสภาพสังคมที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยอาจยังไม่ได้มีประสบการณ์หรือการรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนไม่มากส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไม่มากเท่ากับกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุอื่น พบว่าปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความแตกต่างกับปัจจัยตามทฤษฎีได้แก่ด้านความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ทักษะการตัดสินใจต่อพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Timthong (2022) และ Thahanthai, et al. (2021) ที่พบความแตกต่างในระดับของรายได้ที่มากจะมีแนวโน้มการตัดสินใจจ่ายเงินสำหรับการซื้อบริการหรือสินค้าได้มากกว่ารายได้น้อย และรายได้ต่างกันจะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุต่างกัน เนื่องจากศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุที่น้อยและอยู่ในวัยกำลังเริ่มทำงานมีรายได้ไม่สูงมากแต่ส่วนใหญ่อาศัยกับพ่อ

แม้อาจทำให้มีความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัย ความกังวลต่อสภาพสังคม ระบบเศรษฐกิจรายจ่ายในชีวิตประจำวันลดลงเนื่องจากไม่ต้องใช้จ่ายในส่วนของการพักและค่าอุปโภคบริโภคประจำวัน

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตพบว่าปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัยและปัจจัยทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior-TPB) (Ajzen, 1991) โดยสามารถอภิปรายแยกตามแต่ละปัจจัยดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้เชิงอัตวิสัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยในระดับมาก การมีความรู้ความเข้าใจในคุณค่าของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีความรับรู้ถึงประโยชน์ที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนมากกว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของรัฐทั่วไป และมีความรู้เกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li, Huang, Lu, Wu and Antwi-Afari (2024) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหลังจากการเกษียณกรรมศึกษาที่เมือง Shenzhen โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และตามแบบจำลอง TPB การมีความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัยระดับมากจะช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเพิ่มความตั้งใจใช้บริการและการตัดสินใจซื้อบริการมากยิ่งขึ้น (Zhou, *et al*, 2023)

ในการศึกษานี้ปัจจัยทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมอยู่ในระดับมากและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Middleton and Smith (2011) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ระดับสูงที่สุดในการตัดสินใจซื้อบริการสินค้าในตลาดของผู้บริโภคที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ทัศนคติ และบรรทัดฐานส่วนบุคคล สามารถมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะซื้อได้ดีขึ้น (Intayos, Netpradit, & Samutachak, 2021) และปฏิกริยาทางอารมณ์ ทัศนคติที่คาดการณ์ไว้จะเพิ่มอำนาจการทำนายของแบบจำลอง TPB และมีอิทธิพล

ของโครงสร้างแบบจำลองที่ได้ทดสอบแตกต่างกันไปควบคู่ไปกับความเต็มใจที่จะซื้อของผู้บริโภค (Nosi, D'Agostino, Pagliuca, & Pratesi, 2017) แต่ในขณะที่เดียวกันหากมีความพึงพอใจต่อความต้องการทางจิตขั้นพื้นฐานมากเท่าใด แรงกดดันจากสังคมที่ให้เกิดการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะยิ่งน้อยลงและความตั้งใจที่จะใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจะลดลงด้วย (Lei, Deeprasert, Li, & Wijitjamree, 2022)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการไปใช้ดังนี้ กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและสมรส มีช่วงอายุที่น้อยเข้าสู่การทำงาน มีระดับการศึกษาที่สูงส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีการประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ประจำที่แน่นอน และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไม่มากเท่ากับกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุอื่น ผลการศึกษาทำให้ทราบผลลัพธ์ที่ช่วยให้เข้าใจแรงจูงใจเชิงลึกทางจิตของความตั้งใจของวัยทำงานที่จะอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจของวัยทำงานในการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 ปัจจัย ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการให้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตแก่วัยทำงานควรดำเนินการดังนี้

- 1) ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเชิงอัตวิสัยในวัยทำงานเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และคุณค่าต่อสุขภาพผู้สูงอายุในการใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต ความเข้าใจในหลักการพัฒนาสิ่งสนับสนุนและการบริการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุดีขึ้น
- 2) สร้างปัจจัยทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสำหรับวัยทำงานในการตัดสินใจใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคต เช่น การสร้างแนวคิดการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับ

ผู้ให้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่มีทักษะและองค์ความรู้ที่ดีเพียงพอในการให้บริการ และการดำเนินงานของศูนย์ฯ มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีมาตรฐานการดำเนินงาน การสร้างแรงจูงใจด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น การลดการเสียภาษี สิทธิพิเศษการลดราคาสำหรับการซื้อบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาเข้าพักประจำหรือระยะเวลานาน เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรทำการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยแรงงานในการออกแบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการใช้บริการ เพื่อช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและมีความรู้ในการเลือกใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในอนาคตมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Anumansirikul, S. (2018). *Marketing mix factors influencing decision in choosing the elderly care service center in Nonthaburi province*. Doctoral dissertation, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
- Chaisombut, D., & Yana, B. (2021). Factors Related to the Preparation for Aging among Pre-aging Population. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(3), 131-143.
- Chornsawat, R., & Yansomboon, S. (2020). Service marketing mix and nursing home choosing behavior in Bangkok metropolitan area. National conference collaborates with 5 institutes on Business across crisis proceedings.
- Chuelek, P., & Boonyarattanasevi, T. (2018). Elderly workforce: Management challenges. *Civil servant journal*, 60(4), 1-25.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Department of health service support. (2022). *Knowledge documents for health business establishments*. Department of Older Persons.
- (2017). *Strategic Plan of the Department of Elderly Affairs 2017 – 2021*. Bangkok.
- Department of Older Persons. (2022). *Situation of the Thai older persons 2022*. Bangkok, Amarin Corporations Public Company Limited.
- Department of provincial administration. (2022). *Statistics on the elderly in Thailand: 77 provinces*. Ministry of Interior, Thailand. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>.
- Intayos, H., Netpradit, N., & Samutachak, B. (2021). A causal effect of customer relationship management, attitude, subjective norm, perceived behavioral control of customer affecting purchase intention to using anti-aging business in Thailand. *ABAC Journal*, 41(1), 121-145.
- Kitcharoenkasem, P.(2016) . Preparation for Retirement of Pre-Aging Employees at Krung Thai Bank. *Mahidol University's Integrated Social Science Journal*. 3(2), 3-31.

- Lei, M., Deeprasert, J., Li, R. Y. M., & Wijitjamree, N. (2022). Predicting Chinese older adults' intention to live in nursing homes using an integrated model of the basic psychological needs theory and the theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health, 10*, 947-946.
- Li, S., Huang, J., Lu, C., Wu, Z., & Antwi-Afari, M. F. (2024). Investigating the Influencing Factors of the Purchase Intention of the Continuing Care Retirement Community: A Case Study of Shenzhen. *Sustainability, 16*(5), 2201.
- Meechana, P., Khansakorn, N., Silawan, T., Rawiworrakul, T., & Phijaisanit, P. (2017). Readiness of Pre- Aging Population for Quality Aging Society in Nongyasai Sub district, Nongyasai District, Suphanburi Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 11*(1), 259-271.
- Middleton, C., & Smith, S. (2011). Purchasing habits of senior farmers' market shoppers: Utilizing the theory of planned behavior. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics, 30*(3), 248-260.
- Nosi, C., D'Agostino, A., Pagliuca, M., & Pratesi, C. A. (2017). Securing retirement at a young age. Exploring the intention to buy longevity annuities through an extended version of the theory of planned behavior. *Sustainability, 9*(6), 1069.
- Silanoy, L., (2015). *Sample Size Determination for Survey and Experimental Quantitative Research Design*. Bangkok: Bangkok Blueprint.
- Thahanthai, K., Saetang, J., Thongnuakaw, C., Gadeelone, P., Lucktitham, S., Dongnadeng, H., Taneera. W. (2021). The Challenges of Preparing for Aging Society of Generation X in Muang District, Trang Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Review, Lampang Rajabhat University, 9*(3), 40-55.
- Thamrongworakun, P., (2022). The ageing readiness preparation of the middle-aged adults. *Ramkhamhaeng Journal of Public Administration, 5*(2/2022), 98-119.
- Thanakwang, K., & Soonthomdhada, K. (2008). Family relations and health-promoting behavior among older people in Nan Province. *Medical journal of the Medical Association of Thailand, 91*(7), 1102.
- Timthong, T. (2022). *Application of the theory of planed behavior model to investigate purchase intention of sustainable housing among Thai consumers*. Master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Zhou, Z., Shen, G., Xue, J., Sun, C., Liu, Y., Cong, W., et al. (2023). The formation of citizens' intentions to purchase prefabricated housing in China: the integrating theory of planned behavior and norm activation model. *Engineering, Construction and Architectural Management*. Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print.



# Learning Organizations Influencing the Role Performance in Family Physician Teams of Village Health Volunteers in Nabhon District, Nakhon Si Thammarat Province.

Weerasak Pradasak<sup>1</sup> Chakkarin Parimanon<sup>2\*</sup>

1 Nabon District Public Health Office

2 Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\*Corresponding author: e-mail : [cparimanon1992@gmail.com](mailto:cparimanon1992@gmail.com)

## Original article

### OPEN ACCESS

#### Citation:

Pradasak, W. ., & Parimanon, . C. . Learning organization that is related to the performance of the role in the family doctor team of village health volunteers, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/273787](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/273787)

Received: 18 June 2024

Revised: 10 August 2024

Accepted: 14 August 2024

### Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the level of learning organization characteristics and their influence on role performance within family physician teams. The sample consisted of 245 Village Health Volunteers from Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province, selected through stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed by using descriptive statistics to describe the characteristics of the study sample and the level of learning organization characteristics. The relationship between learning organization characteristics and role performance within family physician teams was analyzed using simple linear regression.

The study found that the overall level of learning organization characteristics among VHVs was high ( $M = 4.04$ ,  $S.D. = 0.53$ ). The regression coefficients of the predictors indicated that leadership and vision building had the greatest influence on role performance within family physician teams ( $Beta = 0.249$  and  $0.242$ , respectively), followed by systems thinking and problem-solving ( $Beta = 0.201$ ), knowledge management ( $Beta = 0.161$ ), and self-awareness ( $Beta = 0.132$ ) (constant =  $0.146$ ;  $SE_b \pm 0.298$ ;  $R = 0.866$ ;  $R^2 = 0.750$ ;  $F = 143.587$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ). Therefore, there is a need to enhance learning processes among VHVs by promoting knowledge management processes in each community, building a shared vision, and fostering self-awareness through capacity development facilitated by the directors of the responsible sub-district health promoting hospitals.

**Keywords:** ; learning organization; Village health volunteers; Family doctor team

## องค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์<sup>1</sup> จักรินทร์ ปริมาณนท์<sup>2\*</sup>

1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน

2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : cparimanon1992@gmail.com

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 18 มิ.ย. 2567  
วันแก้ไข 10 ส.ค.2567  
วันตอบรับ 14 ส.ค.2567

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 245 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ อธิบายองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

ผลการศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบว่า ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.04$ ,  $S.D.= 0.53$ ) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ภาวะผู้นำและการสานวิสัยทัศน์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้มากที่สุด ( $Beta= 0.249$  และ  $0.242$  ตามลำดับ) รองลงมาคือ การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา ( $Beta =0.201$ ) การจัดการความรู้ ( $Beta=0.161$ ) และการรอบรู้แห่งตน ( $Beta 0.132$ ) (ค่าคงที่  $0.146$  ;  $SE_b \pm 0.298$  ;  $R = 0.866$  ;  $R^2 = 0.750$  ;  $F = 143.587$  ;  $p\text{-value} < 0.001$ ) จึงควรมีการพัฒนาเรื่องของการเรียนรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นในแต่ละชุมชน มีการสานวิสัยทัศน์ ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ โดยผ่านการพัฒนาศักยภาพ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ

**คำสำคัญ :** องค์กรแห่งการเรียนรู้; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ทีมหมอครอบครัว

## บทนำ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน มีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (Khomphangchan, P., Teerakulphongvej, K. and Krua, P., 2023) โดยกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นรูปธรรมรูปแบบ “อาสาสมัคร” ได้เป็นอย่างดี จึงได้กลายเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทย (Chootinun, F., 2020) ซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มุ่งเน้นเรื่องของการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปสู่การเป็น อสม. หมอประจำบ้าน มีหน้าที่ร่วมกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกับหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และมุ่งเน้นการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทางด้านการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลและการสื่อสารทางการแพทย์ (Department of Health Service Support, 2023) ทั้งนี้ ยังได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระบบกลไกขององค์กร อสม. ในการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพคนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง ให้สามารถทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายหนุนเสริมการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) เป็นแนวคิดในการพัฒนาองค์กรและพัฒนาบุคลากรขององค์กรในอนาคต ซึ่งบุคลากรในองค์กรนั้น ๆ จะต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม จนถึงระดับองค์กร (Radasan, J. and

Prommarat, P., 2022) ก่อให้เกิดการทำทอยอด แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะร่วมกัน มีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ มีการจัดการความรู้ที่เหมาะสม และมีการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ (Ratanaopas, S., Chankong, W. and Prasertchai, A., 2024) สำหรับองค์ประกอบของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้มีแนวคิดของการเรียนรู้ไว้หลายรูปแบบ อาทิเช่น องค์ประกอบขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของมาควอร์ท (Marquardt, M. and Reynolds, A., 1994) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ (1) การเรียนรู้ (2) องค์กร (3) สมาชิกในองค์กร (4) ความรู้ (5) เทคโนโลยี ส่วนลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดของปีเตอร์ เซงเก้ (Senge, P., 1990) ได้นำเสนอไว้ 5 องค์ประกอบซึ่งเรียกว่าวินัย 5 ประการ ได้แก่ (1) ความรอบรู้แห่งตน (2) แบบแผนความคิด (3) วิสัยทัศน์ร่วม (4) การเรียนรู้ของทีม (5) การคิดอย่างเป็นระบบสำหรับवासกินและมาร์ซิก (Watkins, V. & Marsick, K., 1994) ได้นำเสนอปัจจัย 7 ประการ ได้แก่ (1) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (2) การร่วมเสวนา (3) การเรียนรู้เป็นทีม (4) การสร้างระบบการเรียนรู้ (5) การเสริมพลังอำนาจ (6) การประสานกับชุมชน (7) การมีภาวะผู้นำ แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะนำมาพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กรในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพทั้งตนเอง ทีม และองค์กร ส่งผลต่อการนำไปดูแลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

อำเภอหนองบัว จังหวัดนครศรีธรรมราช มี อสม. หมอประจำบ้านในปี 2566 ทั้งหมด 45 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินการอบรม อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 68.89 (Primary Health Care Division, 2023) ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ จะต้องมีมีการกระจายความรู้และทักษะของการ

เป็น อสม. หมอประจำบ้านเพิ่มมากขึ้น โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ขององค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อสามารถที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเรียนรู้ร่วมกันทั้งในระดับบุคคล ระดับทีม และระดับองค์กร รวมถึงสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

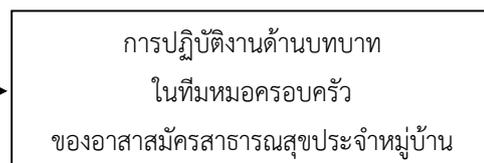
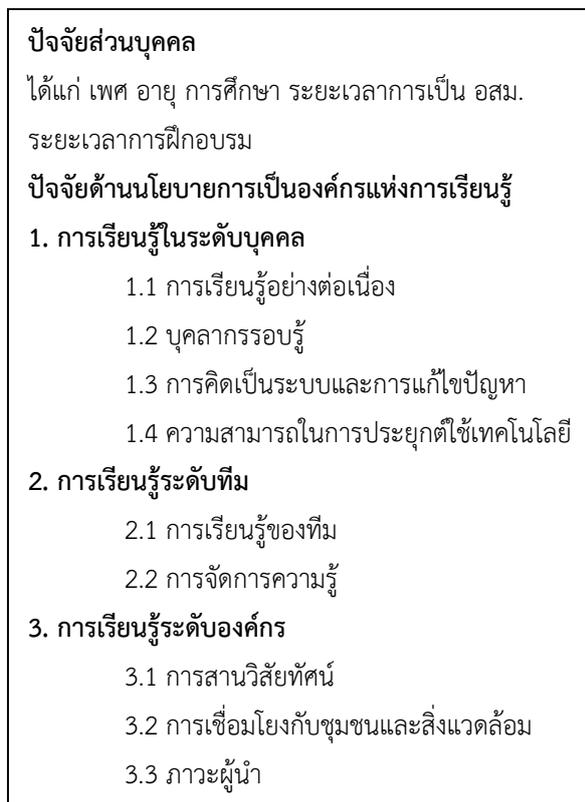
2 เพื่อศึกษาระดับขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยอาศัยแนวคิดการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ 9 องค์ประกอบ (Choeibuakaew, W. et al, 2016) ดังนี้ (1) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (2) บุคลากรรอบรู้ (3) การคิดเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (4) ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (5) การเรียนรู้ของทีม (6) การจัดการความรู้ (7) การสานวิสัยทัศน์ (8) การเชื่อมโยงกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม (9) ภาวะผู้นำ

### ตัวแปรต้น

### ตัวแปรตาม



## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 590 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ (Krejcie, R.V. & Morgan, D.W., 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 234 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม (Khamhom, S., Prutipinyo, C. & Kittipichai, W., 2024) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 245 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) กระจายอัตรากลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับองค์การแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินองค์การแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบประเมินการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องตามเนื้อหา Index of Congruence (IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .718 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอข้างกลาง นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) การวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .724

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับสาธารณสุขอำเภอนาบอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ผู้วิจัยดำเนินงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลนาบอน เพื่อนัดหมายเข้าเก็บข้อมูล โดยกำหนดเป็นวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

6 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการ 39/2567 วันที่รับรอง 27 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูล

วิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทางด้านองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทใน

ทีมหมอครอบครัว โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

#### ผลการวิจัย

##### 1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.61 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.33 อายุเฉลี่ย 50.92 ปี (S.D.= 9.90) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.33 สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.55 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.04 สำหรับรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 67.35 และเมื่อพิจารณาระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10-20 ปี ร้อยละ 43.67 มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี ร้อยละ 71.84 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 245)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	23	9.39
หญิง	222	90.61
<b>2. อายุ</b>		
20-30 ปี	3	1.22
31-40 ปี	33	13.47
41-50 ปี	89	36.33
51-60 ปี	76	31.02
60 ปีขึ้นไป	44	17.96
Mean ± S.D. (Min : Max)	50.92 ± 9.90 (26 : 77)	
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	21	8.57
คู่	187	76.33
หม้าย	29	11.84
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	3.27
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	52	21.22
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	16.73

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	92	37.55
อนุปริญญา/ปวส.	23	9.39
ปริญญาตรีขึ้นไป	37	15.10
<b>5. อาชีพ</b>		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	2.04
ค้าขาย	21	8.57
รับจ้าง	43	17.55
เกษตรกรกรม	152	62.04
ธุรกิจส่วนตัว	13	5.31
อื่นๆ	11	4.49
<b>6. รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	165	67.35
10,000–20,000 บาท	70	28.57
มากกว่า 20,000 บาท	10	4.08
Mean ± S.D. (Min : Max)	8,478.37 ± 6,314.92 (1,500 : 50,000)	
<b>7. ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)</b>		
น้อยกว่า 10 ปี	84	34.29
10-20 ปี	107	43.67
21-30 ปี	48	19.59
มากกว่า 30 ปี	6	2.45
Mean ± S.D. (Min : Max)	13.38 ± 8.70 (2 : 40)	
<b>8. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ในรอบ 2 ปี</b>		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	176	71.84
10 - 20 ครั้ง/ปี	62	25.31
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	7	2.85

**2. ระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)**  
พบว่า โดยรวมของระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

(M=4.04, S.D.= 0.53) โดยแยกเป็นระดับของการเรียนรู้ 3 ระดับ ได้ดังนี้ การเรียนรู้ระดับบุคคล อยู่ในระดับมาก (M= 3.95, S.D.=0.56) การเรียนรู้ระดับทีม อยู่ในระดับมาก (M=4.03, S.D.= 0.62) และการเรียนรู้ระดับองค์กร (M= 4.13, S.D.=0.56) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 245)

องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)	Mean	S.D.	ระดับ
<b>การเรียนรู้ระดับบุคคล</b>	<b>3.95</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>
1. การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Learning)	3.95	0.58	มาก
2. การรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery)	4.01	0.60	มาก
3. การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving)	3.98	0.59	มาก
4. ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Technology Application)	3.86	0.67	มาก
<b>การเรียนรู้ระดับทีม</b>	<b>4.03</b>	<b>0.62</b>	<b>มาก</b>
1. การเรียนรู้ของทีม (Team Learning)	4.14	0.64	มาก
2. การจัดการความรู้ (Knowledge Management)	3.92	0.66	มาก
<b>การเรียนรู้ระดับองค์กร</b>	<b>4.13</b>	<b>0.56</b>	<b>มาก</b>
1. การสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision)	4.10	0.59	มาก
2. การเชื่อมโยงกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม (Community and Its Environment Connection)	4.17	0.61	มาก
3. ภาวะผู้นำ (Leadership)	4.12	0.60	มาก
<b>องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)</b>	<b>4.04</b>	<b>0.53</b>	<b>มาก</b>

**3. ระดับการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว** อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.86 รองลงมาอยู่ในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 20.82 พบว่า ระดับการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.10 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.22 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 245)

ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว	Mean	S.D.
ต่ำ	3	1.22
ปานกลาง	37	15.10
สูง	154	62.86
สูงที่สุด	51	20.82

**4. การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว** พบว่า ปัจจัยขององค์กรแห่งการเรียนรู้ จำนวน 5 ประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery) การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) การสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision) และภาวะผู้นำ (Leadership) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.866 และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ 75.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ  $\pm 0.298$  และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ภาวะผู้นำ (Leadership) และการสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision) สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มากที่สุด และมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.245 กับ 0.249 และ 0.240 กับ 0.242 ตามลำดับ รองลงมาคือ การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.200 กับ 0.201 การจัดการความรู้ (Knowledge Management) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.143 กับ 0.161 และการรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.129 กับ 0.132 รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 245)

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
1. การรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery)	0.129	0.061	0.132	2.105	0.036
2. การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving)	0.200	0.066	0.201	3.033	0.003
3. การจัดการความรู้ (Knowledge Management)	0.143	0.049	0.161	2.923	0.004
4. การสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision)	0.240	0.065	0.242	3.671	<0.001
5. ภาวะผู้นำ (Leadership)	0.245	0.055	0.249	4.464	<0.001
ค่าคงที่ 0.146 ; SE <sub>b</sub> $\pm$ 0.298					
R = 0.866 ; R <sup>2</sup> = 0.750 ; F = 143.587 ; p-value < 0.001					

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

**สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ**

$$Y_i = 0.146 + 0.245(X_5) + 0.240(X_4) + 0.143(X_3) + 0.129(X_1) + 0.200(X_2)$$

**สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน**

$$Z_y = 0.249(ZX_5) + 0.242(ZX_4) + 0.201(ZX_2) + 0.161(ZX_3) + 0.132(ZX_1)$$

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ผลการศึกษาระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบว่า ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.04$ ,  $S.D.=0.53$ ) โดยแยกเป็นระดับของการเรียนรู้ 3 ระดับ ได้ดังนี้ การเรียนรู้ระดับบุคคล อยู่ในระดับมาก ( $M=3.95$ ,  $S.D.=0.56$ ) การเรียนรู้ระดับทีม อยู่ในระดับมาก ( $M=4.03$ ,  $S.D.=0.62$ ) และการเรียนรู้ระดับองค์กร ( $M=4.13$ ,  $S.D.=0.56$ ) ซึ่งกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภอนาบอน มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนการดำเนินงานกันในทุกเดือน รวมถึงติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งเวทีการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอนาบอน จะกำหนดวันประชุมที่ใกล้เคียงกันในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ผลการศึกษาข้างต้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา (Sitthiboot, G., 2023) ซึ่งพบว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา โดยรวมและการเรียนรู้ในแต่ละระดับ อยู่ในระดับมาก เรียงลำดับดังนี้ การเรียนรู้ระดับองค์กร ( $M=4.06$ ,  $S.D.=0.66$ ) การเรียนรู้ระดับทีม ( $M=4.03$ ,  $S.D.=0.66$ ) และการเรียนรู้ระดับบุคคล ( $M=3.89$ ,  $S.D.=0.63$ ) รวมถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็น สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อสนับสนุน นโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน (Department of Health Service Support, 2022)

ซึ่งส่งผลให้ อสม. ต้องมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ อย่างเสมอ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น การสำรวจลูกน้ำยุงลายและมีการรายงานผลผ่านระบบออนไลน์ อีกทั้งการก้าวผ่านของนโยบายที่ส่งผลต่อบทบาทของ อสม. ในการเป็นหมอคนที่ 1 ที่จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย (Tiyaprawat, S., 2023) พบว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับมาก ( $M=4.17$ ,  $S.D.=0.41$ ) เมื่อพิจารณาระดับเรียนรู้ดังนี้ การเรียนรู้ระดับบุคคล อยู่ในระดับมาก ( $M=4.03$ ,  $S.D.=0.47$ ) การเรียนรู้ระดับทีม อยู่ในระดับมาก ( $M=4.25$ ,  $S.D.=0.49$ ) และการเรียนรู้ระดับองค์กร อยู่ในระดับมาก ( $M=4.32$ ,  $S.D.=0.49$ )

ผลการศึกษาระดับขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว พบว่า ปัจจัยขององค์กรแห่งการเรียนรู้ จำนวน 5 ประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การรอบรู้แห่งตน (Personal Mastery) การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Systems Thinking and Problem Solving) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) การสานวิสัยทัศน์ (Shared Vision) และภาวะผู้นำ (Leadership) โดยปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลโดยตรงให้เกิดการตื่นในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว เนื่องจากเมื่อองค์กรมีการส่งเสริมการเรียนรู้ ทำให้ทีมในแต่ละหน่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการเรียนรู้ระดับทีมตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพีรเทพ รุ่งคุณากร และคณะ (Rungkhunakorn, B., Anansirikasem, P. and Jitcharat, S., 2017) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น

ผู้บริหารประจำชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพ ภาวะผู้นำแห่งการรับใช้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาในตัว อสม. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการบริการ ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะที่พึงปรารถนาในการช่วยเหลือประชาชนและชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย (Tiyaprawat, S., 2023) พบว่า ภาวะผู้นำและการสานวิสัยทัศน์สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้มากที่สุด (Beta = 0.262 และ 0.241 ตามลำดับ) รองลงมาคือความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (Beta = 0.175) การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา (Beta = 0.153) และการเรียนรู้ของทีม (Beta = 0.117)

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยขององค์กรแห่งการเรียนรู้

จำนวน 5 ประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การรอบรู้แห่งตน การคิดอย่างเป็นระบบและการแก้ไขปัญหา การจัดการความรู้ การสานวิสัยทัศน์ และภาวะผู้นำ จึงควรมีการพัฒนาเรื่องของการเรียนรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้นในแต่ละชุมชน มีการสานวิสัยทัศน์ร่วมกัน ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ โดยผ่านการพัฒนาศักยภาพโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากการศึกษาองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research) ซึ่งควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาต่อในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

#### เอกสารอ้างอิง

Choeibuakaew, W., Parimanon C., Kue-iad K., Noorod C., Suksong N. and Nakaramontree C., (2016, May, 30-31). LEARNING ORGANIZATION IN PUBLIC HEALTH CARE OFFICER. The 2nd International Conference on Physical Education, Health and Sports Science 2016 "Towards Holistic Human Development"[Symposium]. Universiti Pendidikan Sultan Idris, Malaysia.

Chootinun, F. (2020). The Factor Affecting to Success of Working for Public Health Village Volunteer. EAU HERITAGE JOURNAL : Social Science and Humanity, 10(2), 123-135. [in Thai]

Department of Health Service Support. (2022). Guidelines for public health operations in 2022. Retrieved on 31 March 2024 from <https://www.thaiphc.net/new2020/>. [in Thai]

Department of Health Service Support. (2023). Report on operating results for fiscal year 2023. Retrieved on 31 March 2024 from [https://osm.hss.moph.go.th/uploads/ebook/file\\_pdf/70363\\_phcsum66.pdf](https://osm.hss.moph.go.th/uploads/ebook/file_pdf/70363_phcsum66.pdf). [in Thai]

Marquardt, M., and Reynolds, A. (1994). The global learning organization. Burr Ridge: IL: Irwin Professional Pub.

Khamhom, S., Prutipinyo, C. and Kittipichai, W. (2024). Factors effecting performance of Village Health Volunteer doctor at home in Chaiyaphum province. Public Health Policy & Law Journal, 10(2), 183-194.

- Khomphangchan, P., Teerakulphongvej, K. and Krua, P. (2023). Strengthening quality of life of village health volunteers in the 8th Public Health Region for supporting primary health services during the COVID-19 pandemic. Retrieved on 30 January 2024 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5979>. [in Thai]
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Primary Health Care Division. (2023). Report on the performance of village health volunteers, resident doctors, fiscal year 2023. Retrieved on 31 March 2024 from [https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp\\_qol\\_screen\\_pv?region=MTE=](https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_qol_screen_pv?region=MTE=). [in Thai]
- Radasan, J. and Prommarat, P. (2022). Learning Organizations that Affect Organizations Success of the Provincial Electricity Authority. *Journal of Management and Development Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 9(2), 167-183. [in Thai]
- Ratanaopas, S., Chankong, W. and Prasertchai, A. (2024). Factors Related to Being a Learning Organization in Quality Development of Community Hospitals, Chumphon Province. *Public Health Policy & Law Journal*, 10(2), 233-251. [in Thai]
- Rungkunakorn, B., Anansirikasem, P. and Jitcharat, S. (2017). Servant leadership for village health volunteer: concept and theory for development. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(1), 1103-1114. [in Thai]
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. London: Century Press.
- Sitthiboot, G. (2023). Learning organization and factors related to the learning organization of village health volunteers Mueang Phang Nga District, Phang Nga Province. *Journal of Primary Care and Public Health Development*, 1(2), 41-54. [in Thai]
- Tiyaprawat, S. (2023). Learning organization that is related to the performance of the role in the family doctor team of village health volunteers, Phon Phisai District, Nong Khai Province. *Journal of Primary Care and Public Health Development*, 1(3), 14-28. [in Thai]
- Watkins, V., and Marsick, K. (1994). The Learning organization: An integrative vision for HRD. *Human Resource Development Quarterly*, 5(4), 353-360.

# Transformational Leadership and Good Governance of Personnel at District Public Health Office in Chumphon Province

Thanawat Yeekew<sup>1</sup> Chardsumon Prutipinyo<sup>2</sup> Natnaree Aimyong<sup>3</sup>

1. Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

2. Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

3. Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: e-mail : [chardsumon.pru@mahidol.ac.th](mailto:chardsumon.pru@mahidol.ac.th)

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Yeekew, T., Prutipinyo, C. ., & Aimyong, . N. Transformational leadership and Administrative Procedure of Public Health Personnel's Governance at Chumphon Provincial Public Health Office. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/273839](https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/273839).

Received: 20 June 2024

Revised: 1 August 2024

Accepted: 14 August 2024

### Abstract

This study aimed to examine (1) the levels of transformational leadership and good governance, (2) comparing good governance with personnel, (3) analyzing the relationship between transformational leadership and good governance among personnel. (4) influential factors of transformational leadership on good governance.

The sample group consisted of 265 personnel from district public health offices and sub-district health promotion hospitals in Chumphon province. Data were collected using questionnaires with reliability coefficients of 0.76 for good governance and 0.87 for transformational leadership. The analysis was conducted using descriptive statistics, t-tests, one-way ANOVA, Spearman rank correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that (1) transformational leadership behaviors and good governance of personnel were at a high level; (2) different personal factors did not significantly affect good governance; (3) transformational leadership was significantly correlated with good governance at the 0.01 level; and (4) The influence of transformational leadership on good governance in descending order, included individual consideration and idealized influence, collectively explaining 40% of the variance in good governance (Adjusted R-Square = 0.40)

Therefore, executives should prioritize and promote the development of transformational leadership focused on individualized consideration, idealized influence, and good governance among personnel at all levels, which may lead to increased efficiency in staffs' performance.

**Keywords:** Good Governance; Transformational Leadership

## ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร

ธนวรรณ ยี่ควัว<sup>1</sup>, ฉัตรสุมน พงศมณีโย<sup>2</sup>, ณัฐนารี เอมยงค์<sup>3</sup>

1. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 20 มิ.ย.2567

วันแก้ไข 1 ส.ค.2567

วันตอบรับ 10 ส.ค. 2567

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาล เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับธรรมาภิบาลและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงกับธรรมาภิบาลของบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร จำนวน 265 คน เก็บ ข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่นด้านธรรมาภิบาล 0.76 และด้านภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลง 0.87 วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติค่า T สถิติความแปรปรวนทางเดียว สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมนและสถิติถดถอยพหุคูณเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลของบุคลากร อยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีธรรมาภิบาลไม่แตกต่างกัน (3) ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับธรรมาภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (4) อิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เรียงจากอิทธิพลเชิงบวกมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการ คำนึงถึงปัจเจกบุคคล ด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนต่อธรร มาภิบาลได้ร้อยละ 40 (Adjusted R-Square = 40)

ดังนั้น ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล ด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์และธรรมาภิบาลในบุคลากรทุก ระดับอันอาจส่งผลให้บุคลากรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** ธรรมาภิบาล; ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

## บทนำ

ความท้าทายที่เกิดขึ้นจากโลกาภิวัตน์ผู้นำต้องมีความสามารถในการโน้มน้าวใจและจูงใจ รวมถึงการยกระดับและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (Chaiseth, 2011) ผู้นำหรือผู้บริหารเป็นกุญแจที่สำคัญในการขับเคลื่อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากกระตุ้นให้ผู้ตาม มีความเป็นผู้นำ ใครก็ตามที่อยู่ในองค์กรไม่ว่าจะตำแหน่งใดสามารถแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีอิทธิพลต่อผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชา (Burns, 1978) บุคลากรทุกระดับขององค์กรที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะช่วยสนับสนุนการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพสร้างความผูกพันและความพึงพอใจให้กับเพื่อนร่วมงานและลดอัตราการลาออก (Northouse, 2018) การวัดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรจะช่วยให้องค์กรสามารถระบุได้ว่าบุคลากรมีทักษะและความพร้อมในการนำ พหุองค์การไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้สูงขึ้น ส่งผลดีต่อความสำเร็จขององค์กร (Khan et al., 2020) โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ (Bass & Avolio, 1994) ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Idealized Influence) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration Motivation) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation) และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration)

ภายใต้สภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงปัญหาของระบบราชการที่พบ คือ ความเสื่อมถอยของระบบราชการและธรรมาภิบาลในองค์กร หากภาครัฐ ไม่ปรับเปลี่ยนจะส่งผลทำให้ประเทศ มีอุปสรรคต่อการพัฒนาในทุกมิติ (Rahman, Begum, & Bhuiyan, 2020) ปัญหาธรรมาภิบาลในภาครัฐส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยงาน และความเชื่อถือของประชาชน ปัจจุบันการทำงานของภาครัฐไทย มีข้อจำกัด และอุปสรรคในการให้บริการประชาชน และภาครัฐไทยได้ส่งเสริมให้องค์กร

ภาครัฐนำหลักธรรมาภิบาลมาปรับใช้ในองค์กรเพื่อปฏิรูประบบราชการโดยใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 (Regulation of the Office of the Prime Minister on the Establishment of Good Governance Systems, 1999) เพื่อส่งเสริมหลักธรรมาภิบาล หรือการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี 6 ประการ ได้แก่หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า โดยกำหนดให้เป็นเป้าหมายตามแผน และยุทธศาสตร์ฉบับต่างๆและให้ความสำคัญกับคะแนนดัชนีการรับรู้การทุจริต (Corruption Perceptions Index: CPI) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดธรรมาภิบาลของประเทศและการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เพื่อปรับปรุงพัฒนา ด้านคุณธรรม ความโปร่งใสและเสริมสร้างระบบบริหารงานที่มีธรรมาภิบาลในหน่วยงานภาครัฐ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานภาครัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลโดยกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และได้กำหนดการพัฒนาธรรมาภิบาลไว้ในแผนงาน กลยุทธ์และตัวชี้วัด (Ministry of Public Health, 2017)

จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และธรรมาภิบาลมีความสำคัญต่อองค์กร และบุคลากรควรได้รับการส่งเสริมเนื่องจากบุคลากรเป็นหัวใจสำคัญขององค์กรในการดำเนินนโยบาย และการให้บริการสาธารณะ โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นในการสร้างแรงบันดาลใจและกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำงาน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน และธรรมาภิบาลมุ่งเน้น ในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการคอร์รัปชัน และเพิ่มความเชื่อมั่นในองค์กร จากการ

ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับธรรมาภิบาล และความพึงพอใจของประชาชน (Mishra, 2021) เนื่องจากข้าราชการมีบทบาทสำคัญในการนำการเปลี่ยนแปลงและใช้การนำกระตุ้นและสนับสนุนบุคลากรในทีมส่งผลให้เกิดการพัฒนาการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและได้รับความน่าเชื่อถือจากประชาชนทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากขึ้น

จากปัญหาของการวิจัยผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรตามแนวคิดของ (Bass & Avolio, 1994) เพื่อเป็นแนวทาง ในการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรและเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บุคลากรมีประสิทธิภาพในการทำงานศึกษาพฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากรตามแนวคิดของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ. 2542 (Regulation of the Office of the Prime Minister on the Establishment of Good Governance Systems, 1999) เนื่องจากการวัดธรรมาภิบาลมีแต่วัดในระดับหน่วยงาน แต่ยังไม่มีการวัดถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานทัพบกหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชน โดยผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าบุคลากรมีธรรมาภิบาลเป็นอย่างไรโดยเปรียบเทียบธรรมาภิบาลกับปัจจัยส่วนบุคคลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และมีการวัดธรรมาภิบาลของบุคลากรในอีกมิติหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารในการส่งเสริมธรรมาภิบาลในองค์กร พัฒนธรรมาภิบาลในด้านต่างๆของบุคลากรและศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับธรรมาภิบาลหรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากรหรือไม่ จากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลในบุคลากรที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องน้อยส่วนใหญ่มุ่งจะศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ผู้วิจัยจึงมีความ

สนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารในการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติที่ส่งเสริมภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลของบุคลากร ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลหรือเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและองค์กรต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาล และด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุงาน หน่วยงานที่สังกัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร
4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร

### วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชุมพร จำนวน 426 คน เหตุผลที่ศึกษากลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดดังกล่าวเนื่องจากมีลักษณะของการปฏิบัติงานที่ไม่เหมือนกัน การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (Weiers, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 241 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามกลับมาไม่ครบหรือแบบสอบถามที่ได้รับไม่สมบูรณ์ผู้วิจัย จึงเพิ่มกลุ่ม

ตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 265 คน โดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละอำเภอและสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Probability – Proportion to size) ในการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างและนำรายชื่อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอนำมาสุ่มอย่างง่ายโดยนำรายชื่อบุคลากรจับฉลาก แบบไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement) โดยทำที่ละสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆกันจนครบตามจำนวนที่ต้องการ และมีการหยิบรายชื่อสำรองในกรณีที่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก – คัดออกของโครงการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 43 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการปฏิบัติด้านธรรมาภิบาล ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

โดยจะมีเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการปฏิบัติด้านธรรมาภิบาล และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทั้งรายด้านและภาพรวม (Best, 1997) คำนวณหาความกว้างอันตรภาคชั้นโดยใช้เกณฑ์ประเมินค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยหาค่า (Index of item Objective Congruence:IOC) หากมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.60 และตรวจสอบความเชื่อมั่น

(Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอระนอง ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) โดยด้านธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.76 และด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เท่ากับ 0.87

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-131 รหัสโครงการ 130/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติค่าที่ สถิติความแปรปรวนทางเดียว สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับสเปียร์แมน การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

#### ผลการวิจัย (Results)

##### 1.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 258 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.35 ซึ่งพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.50 ) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี (ร้อยละ 27.10) การศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 82.20) ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นสายงานประเภทวิชาการ (ร้อยละ 77.50) มีอายุงานอยู่ระหว่าง 1 – 10 ปี (ร้อยละ 34.50) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 84.90)

**2. ผลการวิเคราะห์การวัดระดับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร**

ธรรมาภิบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =84.85, S.D.= 6.40) เมื่อพิจารณารายด้าน สำหรับรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 17.89, S.D.=

1.83) รองลงมา ด้านความโปร่งใส ( $\bar{X}$  = 14.15, S.D.= 1.18) ด้านคุณธรรม ( $\bar{X}$  = 13.64, S.D.= 1.72) ด้านการมีส่วนร่วม ( $\bar{X}$  = 13.55, S.D.= 1.44) ด้านความคุ้มค่า ( $\bar{X}$  = 13.13, S.D.= 1.83) และด้านนิติธรรม ( $\bar{X}$  = 12.48, S.D.= 1.51) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร ภาพรวม รายด้าน และรายข้อ (n=258)

ธรรมาภิบาล	ระดับพฤติกรรมปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.
	เป็นประจำทุก ครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
<b>ด้านนิติธรรม</b>						<b>12.48</b>	<b>1.51</b>
1. ปฏิบัติงานโดยใช้ระเบียบและกฎหมายของทางราชการมากกว่าปฏิบัติงานโดยยึดหยุ่นตามสถานการณ์	12.02	30.62	32.56	13.18	11.63	2.82	1.16
2. อำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการในการติดต่อราชการโดยปราศจากการเรียกรับผลประโยชน์	85.27	13.18	1.55	0	0	4.84	0.41
3. ปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงสิทธิความเท่าเทียมกันของผู้มาติดต่อราชการ	84.50	13.95	1.55	0	0	4.83	0.42
<b>ด้านหลักคุณธรรม</b>						<b>13.64</b>	<b>1.72</b>
4. ปฏิบัติงานเน้นความถูกต้องมากกว่า ความรวดเร็ว	56.59	36.82	6.59	0	0	4.50	0.62
5. เมื่อพบการทุจริตในหน่วยงานท่านจะแจ้งให้ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ	63.57	24.81	7.36	2.33	1.94	4.46	0.88
6. ปฏิบัติงานโดยยึดมั่นหลักความถูกต้อง ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของใคร	73.64	21.32	5.04	0	0	4.69	0.56
<b>หลักความโปร่งใส</b>						<b>14.15</b>	<b>1.18</b>
7. ให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนและผู้รับบริการอย่างตรงไปตรงมา	81.78	15.12	3.10	0	0	4.78	0.48
8. ไม่มีความเกรงใจเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกอบการในการจัดซื้อ - จัดจ้างของทางราชการ	93.41	5.81	0.78	0	0	4.92	0.29

ธรรมาภิบาล	ระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติ					$\bar{x}$	S.D.
	เป็นประจำทุก ครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
9. จัดบริการรับเรื่องราวร้องทุกข์ของประชาชนหรือผู้รับบริการ เช่น ผู้รับเรื่องราวร้องทุกข์	62.40	25.58	7.75	1.94	2.33	4.44	0.89
<b>ด้านหลักการมีส่วนร่วม</b>						<b>13.55</b>	<b>1.44</b>
10. รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประชาชนหรือผู้รับบริการเพื่อนำไปปรับปรุงการให้บริการ	69.77	24.42	5.81	0	0	4.64	0.59
11. ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในองค์กร	75.97	19.38	4.65	0	0	4.71	0.55
12. หากมีผู้ที่เสนอความคิดเห็นตรงข้ามกับท่าน ท่านจะไม่ได้แย้ง	46.90	30.62	18.60	3.49	0.39	4.20	0.89
<b>ด้านหลักความรับผิดชอบ</b>						<b>17.89</b>	<b>1.83</b>
13. เมื่อทำงานพบปัญหาและอุปสรรคจะหาทางแก้ไขจนสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้	46.12	48.45	5.43	0	0	4.63	0.58
14. ยอมรับผลของการปฏิบัติงานที่ได้ทำไป ทั้งรับผิดชอบ	68.99	25.58	5.43	0	0	4.51	0.62
15. มีการปรับปรุงและพัฒนางานให้สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน	57.36	37.60	4.26	0.78	0	4.33	0.77
16. ไม่ใช้เวลาในการทำงานไปทำธุระส่วนตัวที่มีความจำเป็น	46.51	43.80	6.59	2.33	0.78	4.47	0.46
<b>ด้านหลักความคุ้มค่า</b>						<b>13.13</b>	<b>1.59</b>
17. จัดลำดับความสำคัญของงาน โดยการจัดสรรเวลาที่เหมาะสม	55.81	37.98	5.43	0.78	0	4.49	0.64
18. เมื่ออยู่ในที่ทำงานหากพบน้ำ - ไฟ เปิดทิ้งไว้ ไม่มีผู้ใช้งานท่านจะเข้าไปปิดโดยทันที	76.36	19.77	3.49	0	0.39	4.72	0.57
19. มีการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการประชาชน	31.40	39.53	21.32	5.81	1.94	3.93	0.97
<b>ภาพรวม</b>						<b>84.85</b>	<b>6.40</b>

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพรมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ คือ ไม่มีความ

เกรงใจเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ประกอบการในการจัดซื้อ - จัดจ้างของทางราชการ ร้อยละ 93.41 รองลงมา คือ อำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการในการติดต่อราชการโดย

ปราศจากการเรียกรับผลประโยชน์ร้อยละ 85.27 และปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงสิทธิความเท่าเทียมกันของผู้มาติดต่อราชการ ร้อยละ 84.50 ข้อคำถามที่บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร มีพฤติกรรม การปฏิบัติบางครั้ง คือ ปฏิบัติงานโดยใช้ระเบียบและกฎหมายของทางราชการมากกว่าปฏิบัติงานโดยยึดหยุ่นตามสถานการณ์ ร้อยละ 32.56

### 3. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการวัดระดับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ

**บุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร**

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 73.31, S.D. = 7.17$ ) สำหรับรายด้าน พบว่าด้าน อิทธิพลเชิงอุดมการณ์ โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 19.77, S.D. = 2.28$ ) รองลงมาด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ( $\bar{X} = 19.29, S.D. = 2.86$ ) ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล ( $\bar{X} = 18.02, S.D. = 1.79$ ) และด้านการกระตุ้นทางปัญญา ( $\bar{X} = 16.21, S.D. = 2.39$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรม การปฏิบัติด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร ภาพรวม รายด้าน และรายข้อ (n=258)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	ระดับพฤติกรรมปฏิบัติ					$\bar{X}$	S.D.
	เป็นประจำทุกครั้งที่	เกือบทุกครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ		
<b>ด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์</b>						<b>19.77</b>	<b>2.28</b>
1.เชื่อมั่นว่าจะทำงานให้สำเร็จบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้	53.49	36.05	10.47	0	0	4.43	0.67
2.ไม่เอาเปรียบเพื่อนร่วมงาน ถึงแม้จะทำได้	72.87	24.03	2.33	0.78	0	4.69	0.60
3.ยอมสละเวลาส่วนตัว เพื่อทำงานให้ส่วนรวม เช่น การทำงานดวนในวันเสาร์-อาทิตย์ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน	25.58	44.57	27.13	2.33	0.39	3.93	0.81
4.ยอมสละเงินส่วนตัวเพื่อใช้ในการซื้ออุปกรณ์ในการทำงาน	23.26	44.19	29.84	2.71	0	3.88	0.79
5.ไม่ละวางแบบอย่างที่ดีเพื่อความสนิทสนมกับเพื่อนร่วมงาน	18.22	29.46	17.44	18.22	16.67	2.86	1.36
<b>ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ</b>						<b>19.29</b>	<b>2.86</b>
6.เพื่อนร่วมงานมักชื่นชมว่าท่านเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการทำงาน	17.05	52.33	27.52	3.10	0	3.83	0.73
7.เพื่อนร่วมงานมักจะบอกว่าคุณเป็นผู้ที่สามารถทำงานให้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดได้	50.39	24.81	18.60	5.81	0.39	4.19	0.96
8. เพื่อนร่วมงานนำท่านเป็นแบบอย่างในการทำงาน	14.34	34.50	40.31	9.69	1.16	3.51	0.90
9.ท่านคิดว่าท่านจะเป็นผู้นำที่ดีในอนาคต	28.68	45.74	22.48	1.16	1.94	3.98	0.86

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ					$\bar{x}$	S.D.
	เป็นประจำ ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
10.เมื่อหน่วยงานมีงานเร่งด่วนและต้องรีบดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด ท่านมักจะเป็นผู้เสนอตนเองคนแรกในการทำงานนั้น	16.28	46.51	36.05	0.78	0.39	3.77	0.74
<b>ด้านการกระตุ้นทางปัญญา</b>						<b>16.21</b>	<b>2.39</b>
11. รับผิดชอบปัญหาจากการทำงานของผู้ร่วมงาน พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานฉุกคิดการแก้ไข ปัญหาและให้คำแนะนำ	36.05	48.84	15.12	0	0	4.21	0.68
12. ท่านชอบคิดนอกกรอบกล้าตัดสินใจทำสิ่งใหม่ๆ	24.42	45.74	26.36	2.71	0.78	3.90	0.82
13. เพื่อนร่วมงานยอมรับแนวคิดและวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ๆของท่าน	21.71	50.78	25.58	1.94	0	3.92	0.74
14. เมื่อผู้ร่วมงานท้อแท้กับงานที่ท่านจะคอยให้กำลังใจและชี้แนะให้ผู้ร่วมงานนี้ถึงความสำเร็จ	34.88	50.39	12.79	1.94	0	4.18	0.72
<b>ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล</b>						<b>18.02</b>	<b>1.79</b>
15. ท่านให้เกียรติและยกย่องผู้ร่วมงานเสมอ	68.22	29.07	2.71	0	0	4.66	0.53
16. ท่านทำให้ผู้ร่วมงานรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญ	55.81	38.37	5.81	0	0	4.50	0.61
17. เมื่อเพื่อนร่วมงานขอความช่วยเหลือหรือขอความคิดเห็นในเรื่องงาน มักจะให้ความช่วยเหลือ	65.12	28.29	6.59	0	0	4.59	0.61
18. จดจำคุณลักษณะพิเศษเฉพาะของผู้ร่วมงานได้	43.02	43.41	12.79	0.78	0	4.29	0.71
<b>ภาพรวม</b>						<b>73.31</b>	<b>7.17</b>

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อคำถามที่บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพรมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง คือไม่เอาเปรียบเพื่อนร่วมงาน ถึงแม้จะสามารถทำได้ ร้อยละ 72.87 รองลงมา คือ ให้เกียรติและยกย่องผู้ร่วมงานเสมอ ร้อยละ 68.22 และเมื่อเพื่อนร่วมงานขอความช่วยเหลือหรือขอ

ความคิดเห็นในเรื่องงานมักจะให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 65.12 ข้อคำถามที่บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัตินานๆครั้งและไม่เคยปฏิบัติ คือ ไม่ละวางแบบอย่างที่ดีเพื่อความสนิทสนมกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 18.22 และร้อยละ 16.67

**4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร**

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุงาน หน่วยงานที่สังกัด พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติ ด้านธรรมาภิบาลไม่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาดำเนินงานในรายด้าน พบว่า ด้านหลักความรับผิดชอบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

**5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดชุมพร**

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล อธิพิพลเชิงอุดมการณ์ การกระตุ้นทางปัญญา การสร้างแรงบันดาลใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $r=0.542, 0.473, 0.399, 0.364$  ตามลำดับ) กับธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับธรรมาภิบาล (n=258)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ขนาดความสัมพันธ์
อธิพิพลเชิงอุดมการณ์	0.473	0.000*	ปานกลาง
การสร้างแรงบันดาลใจ	0.364	0.000*	ปานกลาง
การกระตุ้นทางปัญญา	0.399	0.000*	ปานกลาง
การคำนึงถึงปัจเจกบุคคล	0.542	0.000*	มาก

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**6. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร**

โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคลและด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร เพิ่มขึ้นเป็น

ร้อยละ 40 (Adjusted R - Square = 40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (Beta = 0.440) มีอิทธิพลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร มากกว่าด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ (Beta = 0.344) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** วิเคราะห์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร (n=258)

ตัวแปร	Beta	p-value
ค่าคงที่		0.000
ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล	0.440	0.000
ด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์	0.334	0.000

ค่าคงที่ (Constant) = 37.940 , R = 0.405 , Adjust R<sup>2</sup> = 0.40 , SE<sub>est</sub> = 4.957 p-value < 0.05

## สรุปและอภิปรายผล

บุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร มีธรรมาภิบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 84.85$ , S.D.= 6.40) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ได้มีข้อกำหนดจริยธรรมเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อให้บุคลากร มีความประพฤติดี สำนึกในหน้าที่ยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม และถือเอาประโยชน์สาธารณะเป็นที่ตั้ง (Anti - Corruption Operations Center, Ministry of Public Health, 2021) และได้ประกาศนโยบายการกำกับดูแลองค์การที่ดี (Ministry of Public Health, 2016) โดยมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นในหน่วยงานให้บุคลากรนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ที่ให้ส่วนราชการ และข้าราชการใช้การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารราชการบรรลุเป้าหมายและสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chuenkhiaw, Sanguan, & Chaichaisri, 2021) พบว่า การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.08$ , S.D.= 0.55) เนื่องจากบุคลากรปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงส่วนรวม รับผิดชอบต่อหน้าที่ยอมรับผลจากการกระทำ คำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางทำให้ผู้รับบริการมองเห็นผลลัพธ์ในการพัฒนาและมีความพึงพอใจต่อการให้บริการและสอดคล้อง (Phuthamma, 2021) พบว่า บุคลากรมีการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.92$ , S.D.= 0.58) เนื่องจากผู้บริหารได้ให้ความสำคัญต่อการนำธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารงานในองค์กรและสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 73.31$ , S.D.= 7.17) เนื่องจากบุคลากรเป็นผู้ที่ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีให้ความสำคัญกับ

ผลประโยชน์ส่วนรวมขององค์กรมีการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ร่วมงานและกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานคิดริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆโดยคำนึงถึงวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีการยึดถือและปฏิบัติตามค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน อ่อนน้อมถ่อมตน และผู้บริหารมีอิทธิพลต่อบุคลากรในการผลักดันและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไปสู่ระดับที่สูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Burns, 1978) ที่กล่าวว่าใครก็ตาม ที่อยู่ในองค์กร ไม่ว่าจะตำแหน่งใดสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้โดยสามารถมีอิทธิพลต่อผู้บังคับบัญชาผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชาและสอดคล้องกับการศึกษาของ (Yuenyong & Samradjit, 2024) พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอโดยภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.50$ , S.D.= 0.42) เนื่องจากผู้บริหารด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอมีการประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน สามารถปรับตัวได้ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ พร้อมให้คำแนะนำและถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้ตามทำให้ส่งผลเชิงบวกต่อผู้ตาม

การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุงานและหน่วยงานที่สังกัด พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุงาน หน่วยงานที่สังกัดต่างกันมีพฤติกรรมกรปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลไม่แตกต่างกัน แต่ตำแหน่งงาน เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านหลักความรับผิดชอบ แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเสมอภาคกันแล้วแล้วต้องให้บริการประชาชนเหมือนกันทำให้มีพฤติกรรมกรปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Daokrongkaew et al., 2021)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการคำนึงถึง ปัจเจกบุคคล ด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ( $r=0.542, 0.473, 0.399$  และ  $0.364$  ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.01$  สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mishra, 2021) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับธรรมาภิบาลและความพึงพอใจของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.05$  เนื่องจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นการให้ความสำคัญแต่ละบุคคล โดยใช้การนำกระตุ้นและสนับสนุนบุคลากรในทีม ซึ่งสอดคล้องกับธรรมาภิบาลที่ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมของบุคคลและตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานช่วยเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและบรรยากาศองค์กรในการทำงานทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพและได้รับความน่าเชื่อถือจากประชาชนทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากขึ้น

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคลและด้านอิทธิพลเชิงอุดมการณ์มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันและพยากรณ์ความแปรปรวนธรรมาภิบาลของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดชุมพร ได้ร้อยละ 40 (Adjusted R - Square = 40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $0.05$  อธิบายได้ว่า บุคลากรที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมากจะมีแนวโน้มที่จะมีธรรมาภิบาลมากกว่าบุคลากรที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากร มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านการคำนึงถึงความ เป็นปัจเจกบุคคลและการมีอิทธิพลเชิงอุดมการณ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 จะทำให้พฤติกรรม การปฏิบัติด้านธรรมาภิบาลของบุคลากรสูงขึ้นด้วย โดยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา กับผู้ร่วมงานให้เกิดบรรยากาศในการทำงาน ดูแลเอาใจใส่ ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน มองเห็นวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ค่านิยมร่วมขององค์กรร่วมกัน ให้ความสำคัญกับ

ผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ (Boonlao, Pumdeeying, & Yoonyaw, 2021) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงการเป็นปัจเจกบุคคล การมีอิทธิพลเชิงอุดมการณ์ การกระตุ้นทางปัญญา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารตามธรรมาภิบาลทำนวยการบริหารโดยใช้หลักธรรมาภิบาลได้ร้อยละ  $84.60$  และ สอดคล้องกับ (Mishra, 2021) พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับธรรมาภิบาลและความพึงพอใจของประชาชน ความแปรปรวนโดยรวม ( $68.2\%$ ) เนื่องจากข้าราชการมีบทบาทสำคัญในการนำการเปลี่ยนแปลงและใช้การนำที่เน้นการกระตุ้นและสนับสนุนบุคลากรในทีม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับความน่าเชื่อถือจากประชาชน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญต่อธรรมาภิบาลเนื่องจากส่งผลให้ประชาชนที่รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาล โดยการวัดระดับภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถปรับปรุงและพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์และวางแผนงาน รวมถึงเปิดเผยและแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในองค์กร เช่น นโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บุคลากรรู้สึก มีส่วนร่วม มีแรงจูงใจ และสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงศักยภาพและมอบอำนาจการตัดสินใจโดยผู้บริหารเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมบรรยากาศในองค์กร โดยจัดกิจกรรมการพัฒนาองค์กรให้บุคลากรเข้ามามีส่วน

ร่วมในกิจกรรม มีการให้กำลังใจเชิดชูเกียรติบุคลากร เพื่อสร้างแรงจูงใจและความผูกพันในองค์กร

ธรรมาภิบาลไปใช้ในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อองค์กรในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลของบุคลากรในจังหวัดต่างๆของประเทศไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนเพื่อเปรียบเทียบและหาแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุง ส่งเสริมให้บุคลากรมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบจำลอง ด้านธรรมาภิบาล ที่สามารถนำไปใช้ในองค์กรได้อย่าง เป็นรูปธรรมและควรมีการติดตามประเมินผลการนำโมเดลด้าน

3.ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆที่ส่งผลต่อธรรมาภิบาลของบุคลากร เช่น ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

4. การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นบุคลากรระดับปฏิบัติและบริหารในระดับต้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้ทราบถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลจากมุมมองที่แตกต่างจะทำให้เห็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรได้ดียิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Chaiseth, P. (2011). *Organizational leadership* (2nd ed.). Bangkok: Expert Net. [https://books.google.co.th/books?id=LONqDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.th/books?id=LONqDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper and Row Publishers.

Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice*. Sage Publications.

Khan, H., Rehmat, M., Butt, T. H., Farooqi, S., & Asim, J. (2020). Impact of transformational leadership on work performance, burnout and social loafing: A mediation model. *Future Business Journal*, 6, 40. <https://doi.org/10.1186/s43093-020-00043-8>

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). Improving organization effectiveness through transformational leadership (pp. 3-8). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Rahman, M. H., Begum, M. M., & Bhuiyan, S. H. (2020). Public administration in South Asia: India, Bangladesh, and Pakistan. *Public Administration Quarterly*, 44(1), 123-140. <https://doi.org/10.1177/0275074020917553>

Regulation of the Office of the Prime Minister on the Establishment of Good Governance Systems, B.E. 2542 (1999). *Royal Gazette*, 116(63 Ng), August 10, 1999.

Bureau of Strategy and Planning, Ministry of Public Health. (2017). *The 12th National Health Development Plan (2017-2021)*. Retrieved from [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/](https://bps.moph.go.th/new_bps/)

Mishra, S. S. (2021). Do street-level bureaucrats exhibit transformational leadership for influencing sound governance and citizens' satisfaction? *International Journal of Public Administration*, 44(15), 1366-1377.

Weiers, R. M. (2005). *Introduction to Business Statistics* (International Student Edition, 5th ed.). Pennsylvania, USA: Duxbury Press.

Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Anti - Corruption Operations Center, Ministry of Public Health. (2021). Code of ethics for civil servants of the Ministry of Public Health Announcement dated October 15, 2021. [https://stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p\\_detail/page/20](https://stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/20)
- Ministry of Public Health. (2016). Good governance oversight policy of organizations: Announcement of the Ministry of Public Health dated December 21, 2016. <https://drive.google.com/file/d/1gc4SplT7qeQHQHQhsgbjbHBScqRaTSK4h7/view>
- Chuenkhiaw, S., Sanguan, S., & Chaichaisri, P. (2021). Organizational management based on ethical principles: A case study of Udon Thani Regional Hospital. *Journal of Udon Thani Hospital Medical Association*, 29(1), 82-95.
- Phuthamma, W. (2021). Governance management of subdistrict administrative organizations in the Borabue District, Maha Sarakham Province. *Journal of Public Administration*, 4(1), 2-12.
- Yuenyong, P., & Samradjit, S. (2024). Relationship between transformational leadership and soft skills of hospital directors in Chachoengsao province. *Journal of Thammasat Hospital Honorific*, 9(1), 32-44.
- Daokrongkaew, S., Janvichean, J., Jantararat, T., Somanee, B., & Wongurai, P. (2021). Applying ethical principles in managing the Praves District Office, Bangkok. *Journal of Ethics and Social Sciences*, 15(40), 147-159.
- Boonlao, S., Pumdeeying, N., & Yoonyaw, P. (2021). Transformational leadership affecting the administration according to good governance principles of vocational education institution administrators under the Central Vocational Education Institute 5. *Sirindhorn Pritnasam Journal*, 22(2), 142-153.

# The effect of music to reduce anxiety in students receiving dental services at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province

Panali Phloiman<sup>1</sup>, Benjarat Miphaikhor<sup>2</sup>, Patcharaporn Deekung<sup>3</sup>, Methinee Intarates<sup>4,\*</sup>

1,2,3,4 Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand

\*Correspondent author: e-mail: methinee@scphpl.ac.th

## Original article

### Open access

Phloiman, P. ., Miphaikhor, B. ., Deekung, P. ., & Intarates, M. The effect of music to reduce anxiety in students receiving dental services at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/274314](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/274314)

Received: 12 July 2024

Revised: 7 August 2024

Accepted: 14 August 2024

### Abstract

#### Introduction and research objectives:

Dental patients often worry about pain or have had negative experiences from previous treatments, which increases their anxiety about undergoing dental services in the future. This study aimed to investigate the effect of music on reducing anxiety among students at the Sirindhorn College of Public Health in Phitsanulok Province.

**Research methods:** This quasi-experimental research with a purposive sample of 60 students, divided into an experimental group exposed to music during dental treatments, and a control group without music. The researcher assessed anxiety levels related to dental services in both groups by collecting data between August and September 2023. Data analysis included non-parametric tests (Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney test).

**Results:** The results showed no significant difference in anxiety levels between the groups before treatment ( $p=0.960$ ). However, after treatment, the experimental group exhibited significantly lower anxiety levels compared to the control group ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** Therefore, using music during dental procedures can effectively reduce anxiety in patients.

**Implication:** Incorporating music during dental procedures may increased dental care attendance among adolescents.

**Keywords:** Anxiety; Music; Dental treatment attendance; Adolescent

## ผลของเสียงเพลงเพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ปณาลี พลอยมัน<sup>1</sup>, เบลูจรัตน์ มีไผ่ขอ<sup>2</sup>, พัชรภรณ์ ตีงัง<sup>3</sup>, เมธิณี อินทรเทศ<sup>4\*</sup>

1,2,3,4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 653 หมู่ 8 ต.วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก 65130

3 อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง การศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

4 อาจารย์ ดร. เภสัชกรหญิง การศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต, เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ปริญญาโทเภสัชบัณฑิต (เภสัชศาสตร์) โทรศัพท์ 0815669874

\*Correspondent author: e-mail: methinee@scphpl.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 12 ก.ค. 2567

วันแก้ไข 7 ส.ค. 2567

วันตอบรับ 14 ส.ค. 2567

#### บทคัดย่อ

#### บทนำและวัตถุประสงค์การวิจัย

ผู้รับบริการทางทันตกรรมมักกังวลเรื่องความเจ็บปวดหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการรับบริการที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทันตกรรมในครั้งถัดไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของเสียงเพลงที่ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการทันตกรรมที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

#### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง ผู้วิจัยวัดระดับความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทันตกรรมของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2566 โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney test

#### ผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่าความวิตกกังวลก่อนการทำทันตกรรมในทั้งสองกลุ่มมีระดับเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างทางสถิติ ( $p=0.960$ ) แต่หลังการทำทันตกรรม พบว่าความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ )

#### สรุปผลการศึกษาและการนำไปใช้/ นัยเชิงนโยบาย

ดังนั้นการใช้เสียงเพลงในขณะที่ทำทันตกรรมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้รับบริการได้ และอาจเสนอเสริมให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยรุ่น

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล; เสียงเพลง; การเข้ารับบริการทางทันตกรรม, วัยรุ่น

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มักเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และฟันได้ง่าย เนื่องจากพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เพราะในวัยรุ่นนั้นชอบรับประทานของหวานและลูกอม ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดฟันผุ และบางรายอาจมีวิธีทำความสะอาดช่องปากและฟันไม่ถูกต้องจึงทำให้เกิดปัญหา มากมายตามมา ในปัจจุบันวัยรุ่นนิยมหันมาเข้ารับการจัด ฟันซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่อง ปากและฟันเป็นไปได้ยากเนื่องจากมีเศษอาหารหรือคราบ ต่างๆ ค้างอยู่ภายในช่องปากและบริเวณที่การแปรงฟัน เข้าถึงได้ยาก จึงทำให้เกิดฟันผุและเกิดการสะสมของคราบ หินปูนได้

รายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2018) พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีสภาวะเหงือกปกติ ร้อยละ 12.7 วัยรุ่นที่มีหินน้ำลายโดยไม่มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 17.4 ส่วนวัยรุ่นที่มีสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 69.9 โดยเป็นเหงือกอักเสบที่มีหินน้ำลายร้อยละ 45.2 ซึ่ง ความกลัวและความวิตกกังวลทางทันตกรรมของวัยรุ่นนั้น พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะวิตกกังวลสูงจะมีแนวโน้มในการ รายงานอาการกลัวการทำฟันมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะวิตก กังวลต่ำ เกือบ 3 เท่า แต่ความวิตกกังวลในลักษณะนี้ไม่มี ความสัมพันธ์กัน โดยวัยรุ่นที่ไปหาหมอฟันเฉพาะเมื่อมี อาการปวดจะมีความกลัวการทำฟันมากกว่าวัยรุ่นที่ไปทำ ฟันตามปกติ ประวัติการรักษาที่เจ็บปวดส่งผลต่อการไปรับ การรักษาทางทันตกรรมในอนาคต รูปแบบการไปพบทันต แพทย์นานๆ ครั้ง หรือแบบไม่สม่ำเสมอสามารถเป็นตัว ทำนายความวิตกกังวลทางทันตกรรมที่เพิ่มขึ้น อาจ สันนิษฐานได้ว่าความไม่ปกติของการดูแลฟันอาจมีต้นตอ มาจากประสบการณ์ทางทันตกรรมในทางลบ แต่วัยรุ่นที่ไม่ เคยไปพบทันตแพทย์กลับแสดงความกลัวมากกว่าวัยรุ่นที่ เคยไปพบทันตแพทย์ในบางกลุ่มประชากร (Cianetti, et al, 2017, pp. 121-130)

การรักษาความวิตกกังวลทางทันตกรรม แบ่ง ออกเป็นการรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาและใช้ยา (Rodríguez,

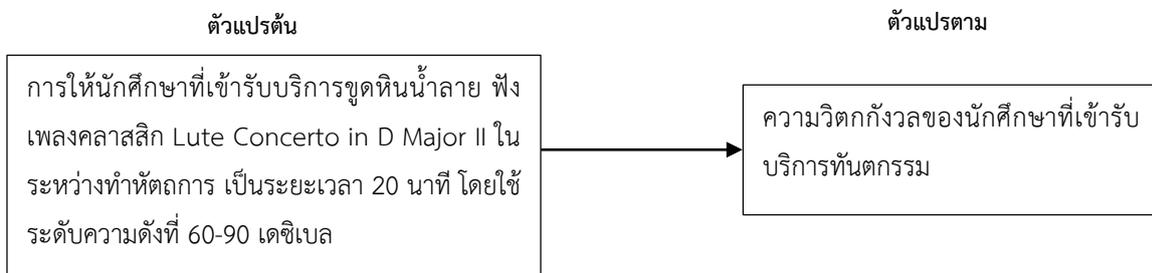
2016, pp.277-290) การรักษาความวิตกกังวลทางทันต กรรมโดยการใช้ยาระงับประสาท (Sedation) และการให้ ยาสลบ (General anesthesia) ซึ่งการกดยาระงับประสาทนี้มี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความซีง ซึม ผื่น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปวดศีรษะหรือสับสน (Blayney, 2012, pp. 176-180) นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมอีกด้วย (Hoffmann, et al, 2022, pp. S3-S13) แต่หากผู้ป่วยมีปัญหาเร่งด่วน ทางทันตกรรม หรือผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรม ได้ จึงมีความจำเป็นในการใช้ยารักษาความวิตกกังวลทาง ทันตกรรม

สำหรับการรักษาความวิตกกังวลทางทันตกรรม ด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยา เป็นการจัดการพฤติกรรมด้วยวิธีทาง จิตวิทยาหรือจิตวิทยาร่วมกับการควบคุมทางกายตาม ระดับของภาวะการรู้สึกตัว และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่ง เร้า ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายเมื่อฝึกฝนเป็นประจำไม่เพียง ช่วยลดความเครียดและระดับความวิตกกังวล แต่ยังช่วยให้ แต่ละบุคคลสามารถรับมือกับอาการวิตกกังวลได้ ทันต บุคลากรจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเทคนิค เหล่านี้ โดยจะต้องผ่านการฝึกอบรมพิเศษมาก่อน และ สามารถสอนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนการจะเข้ารับ บริการทันตกรรมได้ (Appukuttan, 2016, pp.35-50)

การบรรเลงดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลทางทัน ตกรรมเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าการฟังเพลง สามารถลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทาง การแพทย์ได้ (Bradt & Teague, 2018, pp. 300-306) แต่ เนื่องจากในกลุ่มวัยรุ่นยังมีความวิตกกังวลในการรับบริการ ทางทันตกรรม นักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เป็นกลุ่มวัยรุ่นซึ่งตรงกับกลุ่มที่มีความ วิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจ ใช้เสียงเพลงลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทัน ตกรรมในกลุ่มประชากรนี้ และจากการสำรวจความวิตก กังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมโดยการตอบ แบบสอบถามในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีการตอบ กลับแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 524 คน จากประชากร

ทั้งหมด 760 คน คิดเป็นร้อยละ 68.95 จากการสำรวจผู้ที่ไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อยจำนวน 327 คน (ร้อยละ 62.41) มีความวิตกกังวลบ้างจำนวน 143 คน (ร้อยละ 27.29) มีความวิตกกังวลค่อนข้างมากจำนวน 25 คน (ร้อยละ 4.77) มีความวิตกกังวลมากที่สุดจำนวน 29 คน (ร้อยละ 5.53) จะเห็นได้ว่ามีผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่เป็นจำนวนมาก จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษากับกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมากขึ้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีการศึกษา

**วิธีดำเนินการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยการศึกษาผลของเสียงเพลงเพื่อลดความวิตกกังวลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการทันตกรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาที่เข้ารับบริการ ทันตกรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ที่ตอบแบบวัดความวิตกกังวลมีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ใช้ช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 เป็นต้นไป โดยใช้ช่วงการวิตกกังวลของ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969, pp. 596) สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้
- 1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง
  - 2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายหลังการเข้ารับบริการทางทันตกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว (Aroon, 2008) จากรายงานการวิจัย (Anisara & Rujira, 2009, pp. 19-25) พบว่ากลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ค่า standard deviation จากการศึกษาี้ เพื่อแทนค่าในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะสูญหาย ร้อยละ 20 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (Aroon, 2008) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงกลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบรายละเอียดของวิจัยและยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาทำการวิจัย 2) เป็นผู้ที่สามารถในการดำเนิน

กิจวัตรประจำวันได้ และมีการรับรู้ปกติ เช่น การได้ยิน การพูด สามารถอ่านหนังสือได้ เขียนหนังสือได้ 3) เป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก 4) มีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ใช้ช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 เป็นต้นไปโดยใช้ช่วงการวิตกกังวลของ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) 5) ในช่องปากมีงานที่ต้องได้รับการบริการทางทันตกรรม คือ การอุดหินน้ำลายอยู่ในระดับ mild และ moderate ซึ่งจะใช้เวลาในการให้บริการ 20 นาที 6) เป็นผู้ที่ไม่มีใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker) ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคตับ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือด ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงการเก็บข้อมูล และช่วงการทำหัตถการ 2) ผู้ที่ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้จนจบการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือการเปิดเสียงเพลงโดยมีอุปกรณ์และเงื่อนไขดังนี้ 1) เครื่องขยายเสียง เพื่อให้เสียงเกิดการกระจาย (Transmitted) ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งห้องได้รับเสียงดนตรีที่มีระดับความเข้มของเสียง (Volume) ใกล้เคียงกัน เนื่องจากเสียงที่ตั้งเกินไปจะไปรบกวนการทำงานของทันตบุคลากร และการประมวลผลของบุคคลได้ 2) โทรศัพท์มือถือ ซึ่งได้รับการบันทึกเสียงดนตรี โดยคัดเลือกบทเพลงบรรเลงที่ฟังแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เป็นบทเพลงคลาสสิกในยุคบาโรก (Baroque period) ที่มีอัตราจังหวะประมาณ 60 ครั้งต่อนาที มีกระสวนจังหวะที่คงที่สม่ำเสมอ มีท่วงทำนอง ที่นุ่มนวล อ่อนหวาน และใช้บันไดเสียงเมเจอร์ (Major scale) เป็นบันไดเสียงหลัก ประกอบด้วยผลงานการประพันธ์ของคีตกวีในยุคบาโรก จากการสำรวจความชอบจากบทเพลงคลาสสิกในยุคบาโรกทั้ง 14 บทเพลง เลือก 1 เพลงที่มีความชอบมากที่สุด อยู่ที่ ร้อยละ 88.00 ได้แก่ เพลง Lute Concerto in D Major II (Largo) โดยเปิดเพลงระหว่างการทำทันตกรรม

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 1 ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ชั้นปี ส่วนที่ 2 ได้แก่ ประสบการณ์การเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่เคยได้รับ 2) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลทางทันตกรรมของ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969, pp. 596) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยแบบวัดนี้ ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ที่จะต้องได้รับการบริการทางทันตกรรม ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 4 ข้อ โดยแบบสอบถามจะมีจดหมายนำชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถาม ไว้ครบถ้วน ซึ่งจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยประเมินปริมาณความรู้สึกกังวลใจและกลัวการทำฟันชนิดต่าง ๆ ของตนเอง ในเวลาที่ต่างกัน โดยผู้วิจัยวัดก่อนและหลังการทำทันตกรรม ซึ่งแบ่งระดับค่าคะแนนความวิตกกังวลความกลัวเป็น ก=1 ข=2 ค=3 ง=4 และ จ=5 กลัวมากที่สุดคะแนนมีตั้งแต่ 4-20 คะแนนยิ่งสูง แสดงว่านักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ยิ่งมีความวิตกกังวลมาก การแบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้

ช่วงคะแนน < 9 คะแนน แสดงว่า ไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย

ช่วงคะแนน 9 - 12 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลบ้าง

ช่วงคะแนน 13 - 14 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก

ช่วงคะแนน 15 - 20 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้วัดความสอดคล้องระหว่างเนื้อสาระของเครื่องมือที่สร้างขึ้นกับเนื้อหาสาระที่ต้องการศึกษา โดยจะศึกษาค้นคว้าและ

รวบรวมทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อมีความรู้เพิ่มเติมที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง มีการกำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมิน จากนั้นสร้างแบบประเมินขึ้นเพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทางทันตกรรม 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความถูกต้อง โดยใช้หลัก IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยผลรวมของข้อคำถามที่นำไปใช้ได้แต่ละข้อมีมากกว่า 0.7 ขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อคำถามในแบบสอบถามจำนวน 12 ข้อ

### ตรวจสอบเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามมากกว่า 0.7 จึงสามารถนำแบบสอบถามมาใช้ได้ ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.834 ซึ่งยอมรับได้ การสำรวจความชอบของเพลงโดยนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้แบ่งงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ดังนี้ 1) ติดต่อประสานงานนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก และพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อดำเนินการวิจัย 2) ชี้แจงรายละเอียดของการทำหัตถการและการเปิดเพลงขณะทำหัตถการ ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย 3) ชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอนระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและนัดหมายวันและเวลาที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง 4)

นัดหมายผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 5) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับแบบวัดความวิตกกังวลทางทันตกรรมของ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969, pp. 596) 6) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยให้เป็นกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง โดยมีระดับความวิตกกังวลในแต่ละระดับจำนวนใกล้เคียงกัน 7) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทั้งกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงก่อนนำไปวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับข้อมูลหลังการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้ 1) ดำเนินการเก็บแบบสอบถามความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 2 สัปดาห์ (30 สิงหาคม ถึง 14 กันยายน 2566) 2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเป็นเกณฑ์ จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง 30 คน กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง 30 คน 3) นัดวันเวลากับผู้เข้าร่วมการวิจัย วันที่ 16 กันยายน 2566 กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง กลุ่มที่ 1 จำนวน 15 คน เวลา 9.00 น. กลุ่มที่ 2 จำนวน 15 คน เวลา 10.00 น. กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง กลุ่มที่ 1 จำนวน 15 คน เวลา 11.00 น. กลุ่มที่ 2 จำนวน 15 คน เวลา 12.00 น. 4) การเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง หลังจากการชุดหินน้ำลายเรียบร้อยแล้ว (20 นาที) จะมีการตอบแบบสอบถามทันที 5) การเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง (ระหว่างการทำทันตกรรมมีการเปิดเพลงโดยมีความดังอยู่ที่ 60-90 เดซิเบล) หลังจากการชุดหินน้ำลายเรียบร้อยแล้ว (20 นาที) จะมีการตอบแบบสอบถามทันที

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นหลังการทดลอง ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลทางทันตกรรมของ Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah,

1969, pp.596) 2) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทั้งกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ที่มีอายุ 19-25 ปี ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SCPHPL 4/2566.1.2.7 จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิด แหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ในบทนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงวิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney test โดยการศึกษา ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ผลการวิจัย

กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 3.3 อายุส่วนใหญ่ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 18.77 ปี เคยได้รับการทางทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 6.7 ไม่เคยได้รับการทางทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 93.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.3 คริสต์

คิดเป็นร้อยละ 6.7 ภูมิลำเนา อาศัยในชนบท คิดเป็นร้อยละ 76.7 ในเมือง คิดเป็นร้อยละ 23.3 สาขาวิชาที่กำลังศึกษา สาธารณสุขชุมชน คิดเป็นร้อยละ 23.3 ทันตสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 33.3 การแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 30.0 เทคนิคเภสัชกรรม คิดเป็นร้อยละ 13.3 ระดับชั้นปีการศึกษา ชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 63.3 ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 26.7 ชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 10 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 3.3 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุส่วนใหญ่ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ย 19.70 ปี เคยได้รับการทางทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 23.3 ไม่เคยได้รับการทางทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 76.7 นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 86.7 ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 3.3 ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ภูมิลำเนา อาศัยในชนบท คิดเป็นร้อยละ 80.0 ในเมือง คิดเป็นร้อยละ 20.0 สาขาวิชาที่กำลังศึกษา สาธารณสุขชุมชน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ทันตสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 73.3 เทคนิคเภสัชกรรม คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระดับชั้นปีการศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 26.7 ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 60.0 ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 13.3 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 10.0 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.0 ดังตารางที่ 1

ก่อนการทดลองในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง พบว่าโดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในระดับมีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับมีความวิตกกังวลมากที่สุด ร้อยละ 10.0 และ ก่อนการทดลองในกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าโดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในระดับมีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับมีความวิตกกังวลค่อนข้างมากและระดับมีความวิตกกังวลมากที่สุด เท่ากันที่ร้อยละ 6.7

หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง พบว่าโดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในระดับที่ไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย ร้อย

ละ 90.0 รองลงมาอยู่ในระดับมีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 10.0 และ หลังการทดลองในกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าโดยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในระดับมีความวิตกกังวลบ้าง ร้อยละ 80.0 รองลงมาอยู่ในระดับไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย ร้อยละ 13.3 ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.65 \pm 0.63$  และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ของกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.54 \pm 0.59$  ซึ่งมีความไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (p-value = 0.960) ดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.65 \pm 0.63$  และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองมี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง (n=30)		กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	3.3	4	13.3
หญิง	29	96.7	26	86.7

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $1.56 \pm 0.51$  ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 4

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $2.54 \pm 0.59$  และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $1.59 \pm 0.51$  ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 5

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $1.56 \pm 0.51$  และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ของกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $1.59 \pm 0.51$  ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (p-value = 0.001) ดังตารางที่ 6

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง (n=30)		กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>				
17	1	3.3	0	0.0
18	11	36.7	6	20.0
19	13	43.3	11	36.7
20	4	13.3	8	26.7
21	1	3.3	0	0.0
22	0	0.0	5	16.6
<b>การเข้ารับบริการทางทันตกรรม</b>				
เคย	2	6.7	7	23.3
ไม่เคย	28	93.3	23	76.7
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	28	93.3	26	86.7
อิสลาม	0	0.0	1	3.3
คริสต์	2	6.7	3	10.0
<b>ภูมิลำเนา</b>				
ชนบท	23	76.7	24	80.0
เมือง	7	23.3	6	20.0
<b>สาขาวิชาที่กำลังศึกษา</b>				
สาธารณสุขชุมชน	7	23.3	5	16.7
ทันตสาธารณสุข	10	33.3	22	73.3
การแพทย์แผนไทย	9	30.0	0	0.0
เทคนิคเภสัชกรรม	4	13.3	3	10.0
<b>ระดับชั้นปี</b>				
ชั้นปีที่ 1	19	63.3	8	26.7
ชั้นปีที่ 2	8	26.7	18	60.0
ชั้นปีที่ 3	3	10.0	0	0.0
ชั้นปีที่ 4	0	0.0	4	13.3
<b>โรคประจำตัว</b>				
ไม่มี	29	96.7	27	90.0
มี	1	3.3	3	10.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ระดับความวิตกกังวลในการเข้ารับ บริการทางทันตกรรม	กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง		กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
ไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย	0	0	0	0
มีความวิตกกังวลบ้าง	26	86.7	26	86.7
มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก	1	3.3	2	6.7
มีความวิตกกังวลมากที่สุด	3	10.0	2	6.7
<b>หลังการทดลอง</b>				
ไม่มีวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย	27	90.0	4	13.3
มีความวิตกกังวลบ้าง	3	10.0	24	80.0
มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก	0	0	2	6.7
มีความวิตกกังวลมากที่สุด	0	0	0	0.0

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและ กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	p-value
กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง	30	2.65	0.63	0.960
กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง	30	2.54	0.59	

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง

กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง	N	Mean	S.D.	Z	p-value
Pre-test	30	2.65	0.63	-4.802	0.001
Post-test	30	1.56	0.51		

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง

กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง	N	Mean	S.D.	Z	p-value
Pre-test	30	2.54	0.59	-4.791	0.001
Post-test	30	1.59	0.51		

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงและกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง

ตัวแปร	N	Mean	S.D.	p-value
กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง	30	1.56	0.51	0.001
กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง	30	1.59	0.51	

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ความวิตกกังวลก่อนเข้ารับบริการทางทันตกรรม

การศึกษาความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล  $2.65 \pm 0.63$  และกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ย  $2.54 \pm 0.59$  โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.960$ ) แสดงให้เห็นว่าการเลือกตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีอคติ และมีความคล้ายคลึงกันตั้งแต่เริ่มต้น

#### ความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย  $1.56 \pm 0.51$  ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง  $2.65 \pm 0.63$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Janthasila & Keeratisiroj (Janthasila & Keeratisiroj, 2023, pp. 203-210) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงที่ได้รับดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลและความกลัวทางทันตกรรมหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Packyanathan, et al. (Packyanathan, et al., 2019, pp. 3854-3860) ที่พบว่าเสียงเพลงช่วยลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการเลือกเพลงและควบคุมความดังเป็นไปตามหลักดนตรีบำบัดและเปิดให้ฟังตลอดระยะเวลาการทำทันตกรรมด้วยการควบคุมระดับความดังของเสียงเพลงให้อยู่ที่ระดับ 60-90 เดซิเบล และใช้บทเพลงที่ไม่มีเนื้อร้อง เปิดนานต่อเนื่อง 20 นาที ระหว่างการทำทันตกรรม ซึ่งส่งผลให้ลดความวิตกกังวลในการรับบริการทางทันตกรรม

#### ความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย  $2.54 \pm 0.59$  และหลังการทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} = 0.001$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Janthasila & Keeratisiroj (Janthasila & Keeratisiroj, 2023, pp. 203-210) ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง 32 คนและกลุ่มดนตรีบำบัด 33 คน มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความกลัวทางทันตกรรมแตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.288$ ) โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังการรับบริการทางทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ที่ประกอบด้วย 4 ประการ คือ สิ่งเร้า ประสาทสัมผัส ประสบการณ์ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัส

## ความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมหลังการทดลอง

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง มีค่าเฉลี่ย  $1.56 \pm 0.51$  ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงที่มีค่าเฉลี่ย  $1.59 \pm 0.51$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.001) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Janthasila & Keeratisiroj (Janthasila & Keeratisiroj, 2023, pp. 203-210) ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง 32 คน และกลุ่มดนตรีบำบัด 33 คน มีค่าความดันโลหิตขณะบีบตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.027$ ,  $p<0.001$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ การศึกษาของ Simavli และคณะ (Simavli, et al., 2014, pp. 194-199) พบว่ามารดาที่ใช้ดนตรีบำบัดระหว่างการคลอดมีระดับความปวดและความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ เสียงเพลงสามารถลดความวิตกกังวลในการทำหัตถการได้

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมเสียงเพลงสามารถลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงก่อนการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับ "มีความวิตกกังวลบ้าง" (คะแนน 9-12) ร้อยละ 86.7 และหลังการเข้ารับบริการทางทันตกรรมระดับความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ในระดับ "ไม่มีความวิตกกังวลหรือระดับเล็กน้อย" (คะแนน < 9) ร้อยละ 90.0 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลง พบว่าก่อนการเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีคะแนนอยู่ในระดับ "มีความวิตกกังวลบ้าง" (คะแนน 9-12) ร้อยละ 86.7 เช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลง แต่หลังการเข้ารับบริการ ระดับความวิตกกังวลส่วนมากยังอยู่ในระดับเดิมคือ ร้อยละ 80.0 โดยการศึกษาของ Ainscough, et al. (Ainscough, et al., 2019, pp. 23-26) พบว่าเสียงเพลง

สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้น การได้รับฟังเพลงขณะทำหัตถการช่วยลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการไม่ได้ฟังเพลงขณะรับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มก่อนการทำหัตถกรรมอยู่ในระดับเดียวกันโดยมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างทางสถิติ ( $p=0.960$ ) แต่หลังการทำหัตถกรรม พบว่า ความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับเสียงเพลงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับเสียงเพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) ดังนั้นการใช้เสียงเพลงในขณะทำหัตถกรรมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้รับบริการได้ และอาจเสนอเสริมให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยรุ่น

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** 1) เพื่อคืนข้อมูลให้กับภาควิชาทันตสาธารณสุขวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในการวางแผนการให้บริการในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป 2) เพื่อนำผลการวิจัยให้กับผู้อำนวยการวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เห็นความสำคัญในการร่วมมือกันจัดทำแนวทางหรือโครงการที่เป็นมาตรการเชิงรุกเพื่อการให้บริการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากและความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

**ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติ** โดยการนำโปรแกรมเสียงเพลงลดความวิตกกังวลไปดำเนินงานใช้ในคลินิกทันตกรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นการส่งเสริมในกลุ่มวัยรุ่นให้เข้ารับบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต ดังนี้ 1) ศึกษาทดลองโปรแกรมเสียงเพลงลดความวิตกกังวลในงานหัตถการอื่นๆในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมต่อไป

2) ศึกษาโปรแกรมอื่นๆ เช่น การผ่อนคลายด้วยกลิ่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อนำมาเปรียบกับโปรแกรมเสียงเพลงลดความวิตกกังวลในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Ainscough, S. L., Windsor, L., & Tahmassebi, J. F. (2019). A review of the effect of music on dental anxiety in children. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 20(1), 23-26. doi:10.1007/s40368-018-0380-6
- Anisara Ployung and Rujira Duangsong. (2009) Effectiveness of an oral health education program applying the theory of planned behavior combined with social support on preventive dental behavior in diabetic patients receiving care at Nampong hospital, Khon Kaen province. *Journal of Public Health, Northeastern Region*, 23(5), 19-25. (in Thai)
- Appukuttan, D.P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 8, 35-50. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63626>
- Aroon Jirawatkul. (2008). *Biostatistics for research in health sciences*. Department of Statistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. Printing House, Nanavidhya. (in Thai)
- Blayney, M.R. (2012). Procedural sedation for adult patients: an overview. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 12(4), 176-180. doi:10.1093/bjaceaccp/mks016
- Bradt, J., & Teague, A. (2018). Music interventions for dental anxiety. *Oral Diseases*, 24(3), 300-306 doi:<https://doi.org/10.1111/odi.12615>
- Chaowalit Wanotayaroj. (2013) Effect of music therapy on anxiety in dental patients. *Reg 11 Med J*, 27(4), 851-857. (in Thai)
- Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., et al. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European journal of paediatric dentistry*, 18(2), 121-130. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.02.07>
- Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*, 48(4), 596. <https://doi.org/10.1177/00220345690480041801>
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2561). *National Survey of Oral Health Status*, 8th Edition, Thailand, 2560. Nonthaburi: Bureau of Dental Health.
- Hoffmann, B., Erwood, K., Ncomanzi, S., Fischer, V., O'Brien, D., & Lee, A. (2022). Management strategies for adult patients with dental anxiety in the dental clinic: a systematic review. *Australian dental journal*, 67 (1), S3-S13. <https://doi.org/10.1111/adj.12926>
- Janthasila, N., & Keeratisiroj, O. (2023). Music therapy and aromatherapy on dental anxiety and fear: A randomized controlled trial. *J Dent Sci*, 18(1), 203-210. doi:10.1016/j.jds.2022.06.008

- Packyanathan, J. S., Lakshmanan, R., & Jayashri, P. (2019). Effect of music therapy on anxiety levels on patient undergoing dental extractions. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(12), 3854-3860. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc\_789\_19
- Rodríguez, C.H. (2016). Pharmacological and non-pharmacological treatments for anxiety to the dental treatment. *Rev Cubana Estomatol*, 53(4), 277-290.
- Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I., Usluogullari, B., Yildirim, M., & Kafali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 156(Complete), 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.027>

## The Analysis of the Problems on the Protection of Traditional Knowledge Related to Herbs

Thanadchapon Kungsung<sup>1</sup>

*1 Associate Professor, School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University.*

*Author Email: kanomjib\_27@hotmail.com*

### Academic article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Kungsung, T. The Analysis of the Problems on the Protection of Traditional Knowledge Related to Herbs. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/274765](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/274765)

Received: 5 August 2024

Revised: 15 August 2024

Accepted: 24 August 2024

#### Abstract

Thailand, as a developing country, has a lot of traditional knowledge related to herbs, which developed countries are illegally taking benefits from traditional knowledge without giving anything in return. Therefore, it is crucial to protect local knowledge related to herbs. This article describes legal measures to protect local knowledge related to herbs under international laws and Thai laws, and analyzes problems and propose guidelines for developing such laws in Thailand. It was found that there were several laws of protection for local knowledge related to herbs within the framework of international laws. Thailand has the Protection and Promotion of Thai Traditional Medicine Wisdom Act, B.E. 2542 (1999) and some intellectual property laws related to the protection of traditional knowledge related to herbs. However, there are problems with Thailand's laws to protect such traditional knowledge. Thailand does not yet have specific laws enacted to directly protect traditional knowledge related to herbs. Although there is the Protection and Promotion of Thai Traditional Medicine Wisdom Act, B.E. 2542 (1999), it mostly protects private sector. Moreover, intellectual property laws cannot provide protection. Therefore, specific laws should be enacted to directly protect local knowledge related to herbs, and intellectual property related laws should be amended to allow for greater protection of local knowledge regarding herbs.

**Keywords:** Herbs; Traditional Knowledge; Thai Traditional Medicine; Intellectual Property Laws

## วิเคราะห์ปัญหาการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร

ธัญพร กังสังข์<sup>1</sup>

1 รองศาสตราจารย์, สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

ติดต่อผู้เขียน kanomjib\_27@hotmail.com

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 5 ส.ค. 2567

วันแก้ไข 15 ส.ค. 2567

วันตอบรับ 24 ส.ค. 2567

ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรมากมาย แต่กลับถูกกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วเข้ามาในประเทศและแสวงหาประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าวโดยมิชอบและไม่ได้ให้ผลประโยชน์ตอบแทนกลับมา จากปัญหาดังกล่าวการให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทความนี้ได้อธิบายถึงมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายของประเทศไทย พร้อมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายดังกล่าวของประเทศไทย ทั้งนี้ พบว่าการให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรในกรอบของกฎหมายระหว่างประเทศมีหลายฉบับ สำหรับประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาบางฉบับที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร อย่างไรก็ตาม กฎหมายของประเทศไทยในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าวยังมีปัญหาคือประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่บัญญัติออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรโดยตรง และแม้จะมีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ก็ตาม แต่ก็เป็นการให้ความคุ้มครองในส่วนของเอกชน นอกจากนี้ กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาก็ไม่สามารถให้ความคุ้มครองได้ ดังนั้นจึงควรมีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะที่ออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรโดยตรง และควรมีการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อให้สามารถคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรได้มากขึ้น

**คำสำคัญ:** สมุนไพร; ภูมิปัญญาท้องถิ่น; การแพทย์แผนไทย; กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา

## บทนำ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Tradition Knowledge: TK) หมายถึง องค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่น วิธีการ ทักษะ นวัตกรรม แนวปฏิบัติ หรือการเรียนรู้ที่เป็นผลมาจาก กิจกรรมทางปัญญาในรูปแบบดั้งเดิมของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีการสืบทอด พัฒนา และถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่ อีกรุ่นหนึ่ง (Department of Intellectual Property, 2024) สมุนไพร หมายถึง พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้ หรือแปรสภาพหรือผสม หรือปรุงเป็นยาหรืออาหารเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของ มนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิดหรือ ถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย (พระราชบัญญัติคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542, มาตรา 3) จะเห็นได้ว่าทั้งในอดีตและปัจจุบันมีการนำ สมุนไพรมาใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือ ป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือ สัตว์ โดยเฉพาะพืชสมุนไพร ซึ่งองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับ สมุนไพรของชุมชนท้องถิ่นนั้นได้มีการสืบทอด พัฒนา และถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งจนเกิดเป็นองค์ ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับสมุนไพรขึ้นมา ซึ่งองค์ความรู้ ดังกล่าวเรียกว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพร”

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรนั้นมีความสำคัญหลายๆ ด้าน เช่น **ทางด้านทางการแพทย์** กล่าวคือ องค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นเกี่ยวกับ คุณสมบัติในการรักษาโรคของพืชสมุนไพรแต่ละชนิดที่ ได้มีการเรียนรู้และพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ ดังกล่าวภายในชุมชนจนส่งผลทำให้สามารถนำสมุนไพร นั้นๆ มาใช้ในทางการแพทย์ได้ ซึ่งจากข้อมูลพบว่าในปัจจุบันมีการใช้ยาแผนโบราณและพืชสมุนไพรซึ่งต้อง อาศัยองค์ความรู้ที่ถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษา โรค หรือใช้ยาแผนโบราณและพืชสมุนไพรร่วมกับการ รักษาโรคโดยใช้ยาแผนปัจจุบันในประชากรของโลกกว่า 80% (Shelton, 2020) **ทางด้านการศึกษา** กล่าวคือ จะ เห็นได้ว่าเนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพร

นั้นเกิดจากถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ต่างๆ ที่ เกิดขึ้นภายในชุมชน โดยมีการถ่ายทอดต่อกันมาจากรุ่น หนึ่งมาสู่อีกรุ่นหนึ่ง ดังนั้น นักวิจัยจึงสามารถนำองค์ ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรดังกล่าวมาใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานของงานวิจัยที่จะผลิตยาในการรักษาโรค บางอย่างได้ต่อไป และ **ความสำคัญทางด้าน อุตสาหกรรมและเศรษฐกิจ** กล่าวคือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกี่ยวกับสมุนไพรบางประเภทสามารถนำไปปรับปรุง แปรรูป ดัดแปลง หรือพัฒนาต่อยอดจนสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรมได้ เช่น อุตสาหกรรมผลิต ยาซึ่งมีมูลค่าในทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูง เป็นต้น (Shelton, 2020)

จากความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับ สมุนไพรที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นประกอบกับมนุษย์มีความต้องการในการอุปโภคและบริโภคมากขึ้น จึงส่งผล ทำให้มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรมาใช้ อย่างไม่จำกัด อาจส่งผลทำให้เกิดความเสียหายแก่ ชุมชนซึ่งเป็นเจ้าขององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นที่ เกี่ยวกับสมุนไพร และชุมชนซึ่งเป็นเจ้าขององค์ความรู้ ของชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรไม่ได้รับ ผลประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ตนได้พัฒนาขึ้นมา ซึ่งกรณีดังกล่าวที่มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับ สมุนไพรมาใช้อย่างไม่จำกัดนั้นมักจะเกิดขึ้นกับประเทศ ที่กำลังพัฒนาซึ่งเป็นประเทศที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ เกี่ยวกับสมุนไพร โดยประเทศที่มักเข้ามาแสวงหา ผลประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพร นั้นมักเป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยกลุ่มประเทศที่ พัฒนาแล้วมักนำเอาความรู้ต่างๆ หรือทรัพยากรทาง ธรรมชาติต่างๆ เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับ สมุนไพรของประเทศที่กำลังพัฒนานำไปใช้ในการวิจัย และพัฒนาเพื่อผลิตผลิตภัณฑ์ยาใหม่ๆ ขึ้นมาและนำ ผลิตภัณฑ์ยาใหม่ๆ ไปขอจดสิทธิบัตรเพื่อไม่ให้ผู้อื่นซึ่ง รวมทั้งประเทศผู้เป็นเจ้าของแหล่งทรัพยากรและภูมิ ปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรสามารถใช้ผลิตภัณฑ์ ยาดังกล่าวหรือแสวงหาประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น

ที่เกี่ยวกับสมุนไพรซึ่งถูกนำไปขึ้นทะเบียนว่าเป็นทรัพย์สินทางปัญญาได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเรียกว่า “โจรสลัดชีวภาพ” (Bio-Piracy) สำหรับประเทศไทยก็ถือว่าเป็นประเทศที่มีแหล่งทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร ซึ่งประเทศไทยเองก็เคยเกิดกรณี “โจรสลัดชีวภาพ” ขึ้น เช่น กรณีสมุนไพรเปล้าน้อย (Croton Sublyratus) ซึ่งเป็นสมุนไพรของประเทศไทยที่ขึ้นอยู่ในท้องถิ่นของประเทศไทย เช่น ตำบลโนนห้อม จังหวัดปราจีนบุรี และตำบลห้วยยาง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยชุมชนท้องถิ่นของประเทศไทยมีการนำสมุนไพรเปล้าน้อยมาในการใช้รักษาโรคกระเพาะ โดยองค์ความรู้ดังกล่าวได้มีการใช้กันมานานและมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ดังกล่าวจากรุ่นหนึ่งมาสู่อีกหนึ่งรุ่นหนึ่งในชุมชนจนถือว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการของประเทศญี่ปุ่นภายใต้บริษัท ซังเกียว (Sankyo Co.,Ltd) ได้เข้ามาศึกษาสำรวจในชุมชนของจังหวัดดังกล่าวและพบว่าชุมชนดังกล่าวมีการนำสมุนไพรเปล้าน้อยมาใช้ในการรักษาโรคกระเพาะ และพบเพิ่มเติมว่าสมุนไพรเปล้าน้อยมีคุณสมบัติในการรักษาโรคกระเพาะได้โดยไม่มีผลข้างเคียง ดังนั้น บริษัทดังกล่าวจึงสกัดสารเคมีชนิดหนึ่งซึ่งมีชื่อว่า CS 684 จากใบเปล้าน้อยที่มีสรรพคุณเพื่อใช้รักษาโรคกระเพาะ และได้จดสิทธิบัตรกรรมวิธีและสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ที่มาจากเปล้าน้อยในชื่อปลาโนทอล 32 (Plaunotol 32) ส่งผลทำให้ประเทศไทยซึ่งเป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรเปล้าน้อยไม่อาจผลิตสารปลาโนทอลในประเทศที่บริษัทของญี่ปุ่นซังเกียว (Sankyo Co.,Ltd) ดังกล่าวได้ไปจดสิทธิบัตรไว้แล้ว (Shiratori et al., 1990)

อนึ่ง จากปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นการให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรทั้งในกรอบของต่างประเทศและประเทศไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น ในบทความนี้จึงต้องมีการวิเคราะห์ให้เห็นถึงการให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรทั้งในกรอบของต่างประเทศและประเทศไทย โดยจะอธิบาย

ถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรภายใต้กรอบของกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายของประเทศไทย พร้อมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย โดยบทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 อธิบายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรภายใต้กรอบของกฎหมายระหว่างประเทศ ส่วนที่ 2 อธิบายให้เห็นถึงการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ให้เห็นถึงปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนากฎหมายการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย

## 1. การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรภายใต้กรอบของกฎหมายระหว่างประเทศ

### 1.1 ประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้กรอบของกฎหมายระหว่างประเทศ

องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization: WIPO) ได้แบ่งประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ 6 ประเภท คือ 1) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางเกษตรกรรม (Agriculture knowledge) 2) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (Scientific knowledge) 3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางเทคนิค (Technical knowledge) 4) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางยาและการรักษาโรค (Medicinal knowledge) และ 5) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ความหลากหลายทางชีวภาพ (Biodiversity-related knowledge) (National Center for Genetic Engineering and Biotechnology, 2007) ดังนั้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรจึงถือว่าเป็นประเภทภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางยาและการ

รักษาโรค (Medicinal knowledge) ภายใต้องค์การ  
ทรัพย์สินทางปัญญาโลก

## 1.2 หลักการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ เกี่ยวกับสมุนไพรตามกฎหมายระหว่างประเทศ

การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นมีหลักการที่  
เข้ามาเกี่ยวข้อง 3 หลัก ดังต่อไปนี้

**1.2.1 หลักการว่าด้วยสิทธิอธิปไตย  
ของรัฐ** กล่าวคือ องค์ประกอบของรัฐจะต้องมีอำนาจ  
อธิปไตยซึ่งถือเป็นอำนาจสูงสุดในการปกครอง และเป็น  
อำนาจที่อยู่เหนือบุคคลและทรัพย์สินที่อยู่ภายในรัฐ  
นั้นๆ ด้วย (Pokin Polakul and Chanchai Savangasuk,  
1998) ดังนั้น จากภายใต้หลักการว่าด้วยสิทธิอธิปไตย  
ดังกล่าว จึงทำให้ทรัพยากรชีวภาพหรือภูมิปัญญา  
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรที่อยู่ในรัฐใดก็ตาม จึงเป็น  
ของรัฐนั้นๆ ด้วย

**1.2.2 หลักการว่าด้วยมรดกร่วมกัน  
ของมนุษยชาติ** กล่าวคือ หลักการว่าด้วยมรดกร่วมกัน  
ของมนุษยชาตินั้นเป็นหลักที่มีแนวคิดตรงกันข้ามกับ  
หลักการว่าด้วยสิทธิอธิปไตยของรัฐ โดยหลักการว่าด้วย  
มรดกร่วมกันของมนุษยชาติ (Common heritage of  
mankind) นั้นมองว่าทรัพย์สินหรือสิ่งใดที่ถือว่าเป็น  
มรดกร่วมกันของมนุษยชาติ ทรัพย์สินหรือสิ่งนั้นๆ เป็น  
ของมนุษย์ทุกคน ไม่ใช่ตกเป็นของรัฐใดรัฐหนึ่ง  
โดยเฉพาะ (Jakkrat Kuanpoth, 2017) ดังนั้น จาก  
ภายใต้หลักการว่าด้วยมรดกร่วมกันของมนุษยชาติ  
ดังกล่าว จึงทำให้ทรัพยากรชีวภาพหรือภูมิปัญญา  
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรที่ถือว่าเป็นมรดกร่วมกัน  
ของมนุษยชาติไม่ว่าจะอยู่ในรัฐใดก็ตาม รัฐนั้นไม่  
สามารถที่จะอ้างความเป็นเจ้าของเหนือทรัพยากร  
ชีวภาพหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร  
นั้นๆ ได้เพราะถือว่าทรัพยากรชีวภาพหรือภูมิปัญญา  
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรเป็นของมนุษย์ทุกคน

**1.2.3 หลักการว่าด้วยสิทธิชุมชน**  
กล่าวคือ สิทธิชุมชน คือสิทธิร่วมเหนือทรัพย์สินของ  
ชุมชน สมาชิกของชุมชนซึ่งทำหน้าที่ดูแลรักษาป่า

เท่านั้นจึงจะมีสิทธิใช้และได้ประโยชน์จากป่า โดยสิทธิ  
ชุมชนให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร  
เพื่อส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว (The  
Secretariat of The House of Representatives, 2012  
) จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพรที่เกิดขึ้น  
และถ่ายทอดกันสืบต่อมาภายในชุมชนนั้นๆ ชุมชนคือ  
กลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมกันปรับปรุง พัฒนา  
และถ่ายทอดองค์ความรู้ดังกล่าวจากรุ่นหนึ่งมาสู่อีก  
หนึ่ง ตลอดจนร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรชีวภาพและภูมิ  
ปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร ดังนั้น ชุมชนนั้นจึง  
ควรมีสิทธิของชุมชนที่เกี่ยวกับทรัพยากรทางชีวภาพ  
และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร

## 1.3 การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับ สมุนไพรตามกฎหมายระหว่างประเทศ

จากที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อ 1.2 หลักการ  
คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น แม้ว่าแบ่งออกได้เป็น  
3 หลักการก็ตาม แต่ภายใต้ 3 หลักการดังกล่าว สามารถ  
แบ่งออกได้เป็น 2 แนวคิด กล่าวคือ แนวคิดที่ 1 คือ  
ทรัพยากรชีวภาพหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับ  
สมุนไพรที่อยู่ในรัฐใดหรือชุมชนใดก็ตาม ทรัพยากร  
ชีวภาพหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร  
ควรเป็นของรัฐหรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ประเทศ  
กำลังพัฒนาซึ่งมักเป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่  
เกี่ยวข้องกับสมุนไพรเห็นด้วยกับแนวคิดนี้ และแนวคิดที่  
2 คือ ทรัพย์สินหรือสิ่งใดที่ถือว่าเป็นมรดกร่วมกันของ  
มนุษยชาติ ทรัพย์สินหรือสิ่งนั้นๆ เป็นของมนุษย์ทุกคน  
ไม่ใช่ตกเป็นของรัฐใดรัฐหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งส่วนใหญ่  
ประเทศที่พัฒนาแล้วเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว ผล  
ต่อเนื่องจากแนวคิดที่ 2 นั้นทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว  
พยายามเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์จากทรัพยากร  
ชีวภาพหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรใน  
ประเทศที่กำลังพัฒนา โดยที่ไม่ได้ให้ผลประโยชน์ตอบ  
แทนประเทศผู้เป็นเจ้าของแหล่งทรัพยากรชีวภาพหรือ  
ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร จากปัญหา  
ดังกล่าวข้างต้น องค์การระหว่างประเทศต่างๆ จึงเล็งเห็น

ความสำคัญในการให้ความคุ้มครองกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 1.3.1 การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity: CBD)

ในปี 1987 องค์การสหประชาชาติภายใต้โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme: UNEP) มีการร่วมประชุมจัดทำอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ และอนุสัญญาดังกล่าวได้รับการลงนามโดยที่ประชุมแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (United Nations Conference on Environment and Development: UNCED และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2536 โดยประเทศไทยเป็นสมาชิกของอนุสัญญาดังกล่าวในลำดับที่ 188 ในวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2547 ทั้งนี้ อนุสัญญาความหลากหลายทางชีวภาพถูกจัดทำขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคุ้มครองทรัพยากรชีวภาพ อย่างไรก็ตาม อนุสัญญาดังกล่าวก็มีการกำหนดมาตรการในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับประเทศสมาชิกไว้ภายใต้มาตรา 8 (j) ดังนี้ (Jakkrit Kuanpoth, 2017)

1) เคารพ อนุรักษ์ และรักษาองค์ความรู้ วัฒนธรรม และประเพณีแนวปฏิบัติของภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนพื้นเมืองและชุมชนท้องถิ่นที่ประกอบกันขึ้นเป็นวิถีชาวบ้านเพื่อทำให้การใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน

2) ส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพภายใต้เงื่อนไขที่ต้องได้รับความยินยอมและการมีส่วนร่วมจากผู้เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่น

3) ส่งเสริมให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ของภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างยุติธรรมและเท่าเทียม

### 1.3.2 การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้สนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วย

### ทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร (International Treaty on Plant Genetic Resources for Food and Agriculture: ITPGRFA)

ทรัพยากรพันธุกรรมพืชถือว่าเป็นพื้นฐานของการเกษตร พืชสมุนไพรก็ถือว่าเป็นหนึ่งในทรัพยากรพันธุกรรมพืช อย่างไรก็ตาม จากแนวความคิดภายใต้หลักการว่าด้วยมรดกร่วมกันของมนุษยชาติที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อ 1.2 ที่ว่าทรัพยากรพันธุกรรมพืชถือว่าเป็นมรดกร่วมกันของมวลมนุษยชาติ มนุษย์จึงมีสิทธิที่จะใช้ทรัพยากรพันธุกรรมพืชของรัฐใดก็ได้อย่างเสรี จึงส่งผลทำให้ประเทศพัฒนาแล้วซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่ขาดแคลนทรัพยากรพันธุกรรมพืช เช่น พืชสมุนไพร เป็นต้น เข้ามาแสวงหาประโยชน์จากทรัพยากรพันธุกรรมพืชสมุนไพรโดยมิชอบและปราศจากการตอบแทนเจ้าของทรัพยากรพันธุกรรมพืชสมุนไพรและนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรของชุมชนท้องถิ่นไปใช้ประโยชน์ต่อยอดโดยปราศจากตอบแทนชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว ใน ค.ศ. 2001 องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) ได้มีการจัดทำสนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตรขึ้นมา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2547 ทั้งนี้ ประเทศไทยได้เข้าร่วมลงนามในสนธิสัญญาดังกล่าว (Jakkrit Kuanpoth, 2003)

อนึ่ง ภายใต้มาตรา 9.2 a ของสนธิสัญญาดังกล่าวมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ คือ “ภาคีสมาชิกต้องมีความตกลงเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการสร้างจิตสำนึกในสิทธิของเกษตรกรที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร โดยให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความจำเป็นและความสำคัญของแต่ละประเทศ และกฎหมายภายในของประเทศจะต้องมีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของเกษตรกรและส่งเสริมสิทธิของเกษตรกร รวมทั้งต้องมีการให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและ

**การเกษตร**” ซึ่ง “ทรัพยากรพันธุกรรมพืชเพื่ออาหารและการเกษตร” หมายถึง “วัสดุทางพันธุกรรมที่กำเนิดจากพืชที่มีคุณค่าเพียงพอที่จะใช้เป็นอาหารหรือเพื่อใช้ในทางเกษตร ทั้งนี้ วัสดุทางพันธุกรรมยังหมายความรวมถึง ส่วนขยายของพันธุ์พืชที่ใช้เพศ และไม่ใช้เพศที่บรรจุไว้ในหน่วยที่มีหน้าที่สืบทอดลักษณะทางพันธุกรรม” อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรภายใต้สนธิสัญญาดังกล่าวอาจมีข้อจำกัด กล่าวคือ ถ้าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการพัฒนาพันธุ์พืชสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ในการเกษตรก็จะได้รับความคุ้มครองภายใต้สนธิสัญญาดังกล่าว แต่ถ้าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรเพื่อนำมารักษาโรค ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเกษตรก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้สนธิสัญญาดังกล่าว

### 1.3.3 การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS)

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS) เป็นความตกลงที่กำหนดขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาทางด้านต่างๆ สิทธิบัตรเป็นหนึ่งในประเภทของทรัพย์สินทางปัญญาที่ให้การรับรองการประดิษฐ์คิดค้น (Invention) และการออกแบบผลิตภัณฑ์ (Product Design) โดยสิ่งที่สามารถขอรับสิทธิบัตรได้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข 3 ประการ คือ (1) ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ (2) ต้องมีการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น และ (3) ต้องสามารถนำไปใช้ในอุตสาหกรรมการค้า (Jakkrut Kuanpoth, 2003) ทั้งนี้ ถ้าจะพิจารณาในส่วนของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรนั้น การที่จะนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรมาขอรับความคุ้มครองภายใต้ระบบสิทธิบัตร

ค่อนข้างจะทำได้ยากในส่วนของการพิสูจน์เงื่อนไขของความใหม่และการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรนั้นเกิดจากการถ่ายทอดองค์ความรู้ภายในชุมชนจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งจึงขาดในเรื่องของความใหม่ของผลิตภัณฑ์ อย่างไรก็ตาม ภายใต้มาตรา 27 (3)(b) มีหลักเกณฑ์ที่อาจสามารถนำมาใช้เพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรได้ กล่าวคือ ในมาตรา 27 (3)(b) กำหนดว่า “ให้ประเทศสมาชิกไม่ต้องให้ความคุ้มครองภายใต้ระบบสิทธิบัตรแก่พืช...และกรรมวิธีทางจุลชีววิทยาที่มีความสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตพืช แต่ประเทศสมาชิกต้องกำหนดให้มีการคุ้มครองพันธุ์พืช (plant varieties) ภายใต้ระบบสิทธิบัตรหรือระบบกฎหมายเฉพาะที่มีประสิทธิภาพ (effective sui generis system) หรือระบบผสมระหว่างระบบสิทธิบัตรและระบบกฎหมายเฉพาะ”

อนึ่ง ภายใต้มาตรา 27 (3)(b) ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อเปิดช่องให้ประเทศสมาชิกสามารถกำหนดกฎหมายเฉพาะที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการคุ้มครองพันธุ์พืชได้เอง ซึ่งในส่วนนี้อาจเป็นข้อได้เปรียบสำหรับประเทศที่มีภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรที่สามารถบัญญัติกฎหมายภายในประเทศเพื่อเอื้อต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพรได้

### 1.3.4 การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้ร่างบทบัญญัติเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้นจะเห็นได้ว่าองค์การระหว่างประเทศต่างๆ ได้พยายามที่จะหาแนวทางในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งความพยายามดังกล่าวขององค์การระหว่างประเทศได้มีมาอย่างต่อเนื่อง จนใน ค.ศ. 2000 มีการจัดประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (The World Intellectual Property Organization: WIPO) ครั้งที่ 26 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรการที่นำมาใช้เพื่อ

คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรพันธุกรรม และ ศิลปวัฒนธรรม ซึ่งในการประชุมดังกล่าวได้มีมติให้จัดตั้ง “คณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการคุ้มครอง ทรัพย์สินทางปัญญาและทรัพยากรพันธุกรรม องค์ ความรู้ดั้งเดิม และ ศิลป วัฒนธรรม พื้นบ้าน (Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklore: IGC) ขึ้น มา และ คณะกรรมการดังกล่าวก็ได้มีการจัดทำร่างบทบัญญัติ เพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น (Draft Provision for The Protection of Traditional Knowledge) โดยร่าง บทบัญญัติดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองภูมิ ปัญญาท้องถิ่นจากการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบและ ยังไม่ได้รับความยินยอมจากผู้เป็นเจ้าของในภูมิปัญญา ท้องถิ่น ตลอดจนไม่ได้แบ่งปันประโยชน์ตอบแทนแก่ผู้ เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่น (Article 1)

ร่างบทบัญญัตินี้ดังกล่าวมีรายละเอียดในการ คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

1) มีการกำหนดนิยามของคำว่า “ภูมิ ปัญญาท้องถิ่น” ว่าหมายถึง เนื้อหาหรือแก่นสาระของ องค์ความรู้ที่เป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทาง ปัญญาในส่วนของท้องถิ่นนั้น และรวมถึงองค์ ความรู้ที่ได้จากการดำเนินชีวิตของชุมชนท้องถิ่นหรือ ชุมชนพื้นเมือง ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวเกิดจากการสั่งสม และถ่ายทอดจากบรรพบุรุษตั้งแต่สังคมในอดีตมาสู่ ปัจจุบัน โดยองค์ความรู้ดังกล่าวไม่จำกัดแค่ความรู้ด้าน เทคนิคด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะรวมไปถึงความรู้ ทุกด้านไม่ว่าจะเป็นความรู้ด้านเกษตรกรรม ด้าน สิ่งแวดล้อม ด้านยาวิเศษ และรวมถึงความรู้ที่ เกี่ยวกับทรัพยากรพันธุกรรม (Article 3)

2) ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะได้รับการ คุ้มครองต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้ (Article 4)

2.1) ได้รับการสร้างสรรค์ อนุรักษ์ และ ถ่ายทอดบริบทเกี่ยวกับองค์ความรู้ชุมชนท้องถิ่นจากรุ่น หนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง

2.2) มีความเกี่ยวพันอย่างชัดเจนกับชุมชน หรือท้องถิ่น หรือกลุ่มคน กลุ่มชุมชนท้องถิ่นที่ได้อนุรักษ์ และถ่ายทอดบริบทเกี่ยวกับองค์ความรู้ชุมชนท้องถิ่น จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง

2.3) มีความสัมพันธ์และเป็นอันเดียวกับอัต ลักษณ์ทางประเพณีหรือวัฒนธรรมของชุมชนหรือ ท้องถิ่น หรือกลุ่มคน กลุ่มชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับการ ยอมรับว่าเป็นผู้ที่เป็นเจ้าขององค์ความรู้ชุมชนท้องถิ่น ในฐานะที่เป็นผู้ที่อนุรักษ์ ครอบครอง และเป็นเจ้าของ ในลักษณะสิทธิร่วมกัน (Collective ownership) หรือผู้ ที่รับผิดชอบในทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ ความสัมพันธ์และ เป็นอันเดียวกันนั้นอาจแสดงออกมาในแบบที่เป็น ทางการหรือไม่เป็นทางการตามจารีตประเพณี แนว ปฏิบัติ ข้อตกลง หรือกฎหมายก็ได้

3) บุคคลผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากภูมิ ปัญญาท้องถิ่นคือปัจเจกชนในชุมชนหรือท้องถิ่น หรือ กลุ่มชุมชนหรือท้องถิ่นที่เป็นผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญา ท้องถิ่น (Article 5) โดยบุคคลใดที่จะแสวงหาประโยชน์ จากภูมิปัญญาท้องถิ่นจะต้องมีการแบ่งปันผลประโยชน์ ที่เกิดจากการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นไปใช้อย่างเป็น ธรรมและเท่าเทียม (Article 6) และจะต้องได้รับความ ยินยอมก่อน (Prior inform) จากผู้ทรงสิทธิในภูมิปัญญา ท้องถิ่นนั้น (Article 7)

4) บุคคลใดที่จะนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไป แสวงหาประโยชน์จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องต้องได้รับความ ยินยอมก่อน (Prior inform) จากผู้ทรงสิทธิในภูมิ ปัญญาท้องถิ่นนั้น ถ้าบุคคลนั้นได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่น ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย แลกเปลี่ยน ถ่ายทอดองค์ ความรู้ หรือเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข หรือโดยเจ้าหน้าที่ของ รัฐเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ (Article 8)

5) อายุในการให้ความคุ้มครองภูมิ ปัญญาท้องถิ่นนั้นๆ จะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่ภูมิปัญญา ท้องถิ่นนั้นๆ ยังเป็นไปตามเงื่อนไขตามมาตรา 4 กำหนด ไว้ (Article 9)

6) ในการดำเนินการเพื่อคุ้มครอง  
ภูมิปัญญาท้องถิ่นจะต้องมีความโปร่งใสและสามารถ  
ตรวจสอบได้ (Article 10)

## 2. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิ ปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์  
ที่หลากหลาย ทำให้ประเทศไทยมีความหลากหลายทาง  
ทรัพยากรชีวภาพ เช่น พืช สัตว์ ค่อนข้างสูง ประกอบ  
กับวิถีชีวิตของคนไทยในท้องถิ่นต่างๆ ที่มีลักษณะของ  
ความผูกพันกันภายในท้องถิ่นจึงมีการแลกเปลี่ยนองค์  
ความรู้ต่างๆ ที่ได้มีคิดค้น พัฒนา และปรับปรุง จนมีการ  
ถ่ายทอดองค์ความรู้ต่างๆ จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง  
อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยมีภูมิปัญญาท้องถิ่น  
หลากหลายด้าน ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สำคัญหนึ่งของ  
ประเทศไทยคือภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพร  
อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยเองก็ประสบกับปัญหาเหมือน  
ประเทศกำลังพัฒนาประเทศอื่นๆ ที่ประเทศพัฒนาแล้ว  
เข้ามายังประเทศไทย และแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ  
จากภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย  
เช่น กรณีของพืชสมุนไพรเป็ล้าน้อย (Croton  
Sublyratus) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ดังนั้น จากปัญหาที่  
เกิดขึ้นข้างต้นประเทศไทยจึงพยายามกำหนดมาตรการ  
ทางกฎหมายต่างๆ เพื่อคุ้มครองและปกป้องทรัพยากร  
ชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรของ  
ประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย  
พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติเกี่ยวกับการให้ความ  
คุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ ดังนี้

#### 2.1.1 บุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิ (มาตรา 43)

(1) อนุรักษ์ พันธุ์ หรือส่งเสริมภูมิปัญญา  
ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และจารีตประเพณีอัน  
ดีงามทั้งของท้องถิ่นและของชาติ

(2) จัดการ บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์  
จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความ  
หลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืนตามวิธีการ  
ที่กฎหมายบัญญัติ

(3) เข้าชื่อกัน เพื่อเสนอแนะ ต่อ  
หน่วยงานของรัฐให้ดำเนินการใดอันจะเป็นประโยชน์ต่อ  
ประชาชนหรือชุมชน หรืองดเว้นการดำเนินการใดอันจะ  
กระทบต่อความเป็นอยู่อย่างสงบสุขของประชาชนหรือ  
ชุมชนและได้รับแจ้งผลการพิจารณาโดยรวดเร็ว ทั้งนี้  
หน่วยงานของรัฐต้องพิจารณาข้อเสนอแนะนั้นโดยให้  
ประชาชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพิจารณาด้วยตาม  
วิธีการที่กฎหมายบัญญัติ

2.1.2 บุคคลมีหน้าที่ร่วมมือและ  
สนับสนุนการอนุรักษ์และคุ้มครองสิ่งแวดล้อม  
ทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีวภาพ  
รวมทั้งมรดกทางวัฒนธรรม (มาตรา 58(8))

2.1.3 รัฐต้องอนุรักษ์ พันธุ์ และ  
ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะ วัฒนธรรม  
ขนบธรรมเนียมและจารีตประเพณีอันดีงามของท้องถิ่น  
และของชาติ และจัดให้มีพื้นที่สาธารณะสำหรับกิจกรรม  
ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน  
ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ใช้สิทธิและมี  
ส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย (มาตรา 57(1))

2.1.4 รัฐต้องอนุรักษ์ คุ้มครอง  
บำรุงรักษา พันธุ์ บริหารจัดการ และใช้หรือจัดให้มีการ  
ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และ  
ความหลากหลายทางชีวภาพ ให้เกิดประโยชน์อย่าง  
สมดุลและยั่งยืน โดยต้องให้ประชาชนและชุมชนใน  
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดำเนินการและได้รับ  
ประโยชน์จากการดำเนินการดังกล่าวด้วยตามที่กฎหมาย  
บัญญัติ (มาตรา 57(2))

## 2.2 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ถูกบัญญัติขึ้นมาโดยมีเจตนารมณ์เนื่องจากประเทศไทยเป็นแหล่งที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพืชสมุนไพร ทำให้ชุมชนท้องถิ่นของประเทศไทยมีองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสมุนไพรซึ่งรวมทั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อาทิ สมุนไพร สูตรยา อันมีประโยชน์ต่อการนำมาพัฒนาและใช้ประโยชน์ยังมิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม อนุรักษ์และพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์ จึงสมควรมีมาตรการคุ้มครองและส่งเสริมให้เอกชน ชุมชน และองค์กรเอกชนตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ พัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว นอกจากกำหนดมาตรการในการคุ้มครองเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแล้ว ยังกำหนดเกี่ยวกับการคุ้มครองสมุนไพรไว้ในหมวดที่ 3 มาตรา 44 ถึงมาตรา 65 โดยมีการกำหนดนิยามคำว่า สมุนไพร คือ พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้ หรือแปรสภาพหรือผสมหรือปรุงเป็นยาหรืออาหารเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิดหรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองสมุนไพรไทยแบ่งได้เป็น 3 มาตรการหลัก คือ 1) การกำหนดให้เป็นสมุนไพรควบคุม และ 2) การคุ้มครองสมุนไพรในเขตอนุรักษ์ และ 3) การกำหนดเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### 2.2.1 การกำหนดให้เป็นสมุนไพรควบคุม

กล่าวคือ ในการคุ้มครองสมุนไพรนั้น ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา

กำหนดประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อของสมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์ให้เป็น “สมุนไพรควบคุม” (มาตรา 44) และเมื่อพืชชนิดใดถือเป็นสมุนไพรควบคุมแล้วก็จะอยู่ภายใต้มาตรการในการคุ้มครอง เช่น 1) ห้ามมิให้ผู้ใดศึกษาวิจัยหรือส่งออกสมุนไพรควบคุมหรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต โดยการขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และใบอนุญาตที่ออกให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคมของปีที่สามนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต (มาตรา 46) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุมซึ่งกระทำโดยหน่วยงานของรัฐ ไม่ต้องขออนุญาต แต่ต้องแจ้งต่อนายทะเบียนและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด (มาตรา 48)

### 2.2.2 การคุ้มครองสมุนไพรในเขตอนุรักษ์

กล่าวคือ ในการคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพรที่มีระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพ หรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่ายในเขตพื้นที่ที่ได้มีการกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ ซึ่งถือเป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่า เขตอุทยานแห่งชาติ และเขตพื้นที่คุ้มครองอย่างอื่นเพื่อสงวนและรักษาสภาพธรรมชาติตามที่มิกฎหมายกำหนดนั้น ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจัดทำแผนปฏิบัติการเรียกว่า “แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพร” เสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรอาจจัดทำเป็นแผนระยะสั้น ระยะกลาง หรือระยะยาวได้ตามความเหมาะสม และจะต้องประกอบด้วยแผนงานและแนวทางการดำเนินงาน (มาตรา 53) อย่างไรก็ตาม ถ้าปรากฏว่ามีการจัดการพื้นที่ในเขตอนุรักษ์โดยไม่ถูกต้อง หรือมีสภาพปัญหา

การจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรมิได้ถูกต้อง หรือมีการทำลายสมุนไพรมิได้เกินกำเนิดของสมุนไพรร้อยอย่างรุนแรงเข้าขั้นวิกฤตซึ่งจะต้องได้รับการแก้ไขโดยทันที และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องไม่มีอำนาจตามกฎหมายหรือไม่สามารถที่จะทำการแก้ไขปัญหานั้นได้ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเสนอขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีให้กระทรวงสาธารณสุขเข้าดำเนินการเพื่อใช้มาตรการคุ้มครองตามแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรมิได้เท่าที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหานั้นที่เกิดขึ้นได้ (มาตรา 60)

### 2.2.3 การกำหนดเขตพื้นที่คุ้มครอง

**สมุนไพรมิได้** กล่าวคือ ในกรณีที่พื้นที่ใดเป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรมิได้ที่มีระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพที่อาจถูกทำลายหรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่าย หรือการเข้าไปใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมิได้ลักษณะเป็นการเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์หรือการลดลงของพันธุกรรม หรือทางราชการมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการบริหาร การพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมิได้ในพื้นที่นั้น และพื้นที่นั้นยังมิได้ถูกประกาศกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดให้พื้นที่นั้นเป็น “เขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรมิได้” โดยที่ดินในบริเวณพื้นที่ที่จะกำหนดให้เป็นพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรมิได้ต้องไม่เป็นที่ดินที่อยู่ในกรรมสิทธิ์หรือสิทธิครอบครองตามประมวลกฎหมายที่ดินของบุคคลใดซึ่งมิใช่ทบวงการเมือง (มาตรา 61) ในการออกกฎกระทรวงกำหนดให้พื้นที่นั้นเป็น “เขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรมิได้” จะต้องมีการกำหนดมาตรการคุ้มครอง เช่น การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมิได้เพื่อรักษาสภาพธรรมชาติหรือคุณค่าของสมุนไพรมิได้ หรือมิให้กระทบกระเทือนต่อระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่นั้น เป็นต้น

## 2.3 การคุ้มครองภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา

กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual Property Law) คือกฎหมายที่บัญญัติมาเพื่อใช้คุ้มครองผลงานอันเกิดจากการประดิษฐ์ คิดค้น หรือการสร้างสรรค์ของมนุษย์ ซึ่งไม่จำกัดชนิดของการสร้างสรรค์ หรือวิธีการแสดงออก ทั้งนี้ กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญามีหลายประเภท เช่น กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช กฎหมายสิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตร เป็นต้น ซึ่งกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรมิได้ของประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

### 2.3.1 กฎหมายสิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตร

**บัตร** กล่าวคือ กฎหมายสิทธิบัตรและอนุสิทธิบัตรถูกสร้างขึ้นเพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์และการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าต่อเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดังกล่าวจะอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ซึ่งการประดิษฐ์ที่จะได้รับความคุ้มครองนั้นต้องเป็น (1) การประดิษฐ์ขึ้นใหม่ (2) การประดิษฐ์ที่มีขั้นการประดิษฐ์สูงขึ้น และ (3) การประดิษฐ์ที่สามารถประยุกต์ในทางอุตสาหกรรม (มาตรา 5) และการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่จะขอรับสิทธิบัตรได้ต้องเป็นการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่เพื่ออุตสาหกรรมรวมทั้งหัตถกรรม (มาตรา 6)

### 2.3.2 กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช

กล่าวคือ การคุ้มครองพันธุ์พืชอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติออกมาโดยมีวัตถุประสงค์หนึ่งเพื่อเป็นการอนุรักษ์ และพัฒนาการใช้ประโยชน์พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป และพันธุ์พืชป่า เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์พันธุ์พืชอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าวแบ่งหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองพันธุ์พืชไว้ 4 ประเภท คือ 1) การคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ 2) การคุ้มครองพันธุ์พืช

พื้นเมืองเฉพาะถิ่น 3) การคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป และ 4) การคุ้มครองพันธุ์พืชป่า ซึ่งการคุ้มครองพันธุ์พืช ทั้ง 4 ประเภทมีลักษณะที่เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับพืชสมุนไพร ดังต่อไปนี้

### 1) การคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่

กล่าวคือ ในการดำเนินการเพื่อขอจดทะเบียนพันธุ์พืชใหม่ต้องมีการแสดงรายละเอียดแสดงที่มาของพันธุ์พืชใหม่ หรือสารพันธุกรรมที่ใช้ในการปรับปรุงพันธุ์หรือพัฒนาพันธุ์พืชใหม่ ตลอดจนกรรมวิธีในการปรับปรุงพันธุ์พืช โดยต้องมีรายละเอียดที่ทำให้สามารถเข้าใจกรรมวิธีดังกล่าวได้อย่างชัดเจน (มาตรา 19(3)) และในการดำเนินการเพื่อขอจดทะเบียนพันธุ์พืชใหม่ต้องมีการแสดงข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ในกรณีที่ใช้พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป หรือพันธุ์พืชป่า หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของพันธุ์พืช ดังกล่าวในการปรับปรุงพันธุ์สำหรับใช้ประโยชน์ในทางการค้า (มาตรา 19(5)) อนึ่ง หลักเกณฑ์ดังกล่าวจะทำให้ผู้ที่มาขอจดทะเบียนต้องแสดงที่มาของพันธุ์พืช เช่น นำมาจากพืชสมุนไพรจากแหล่งใด และเมื่อแสดงที่มาแล้วเมื่อมีการนำสมุนไพรที่เป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป หรือพันธุ์พืชป่า หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของพันธุ์พืช ดังกล่าวในการปรับปรุงพันธุ์สำหรับใช้ประโยชน์ในทางการค้าก็ต้องมีการแสดงข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์กับชุมชนท้องถิ่นผู้เป็นเจ้าของสมุนไพรที่เป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปหรือพันธุ์พืชป่าดังกล่าว

### 2) การคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น

กล่าวคือ พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น คือพันธุ์พืชที่มีอยู่เฉพาะในชุมชนใดชุมชนหนึ่งภายในราชอาณาจักรและไม่เคยจดทะเบียนเป็นพันธุ์พืชใหม่ ซึ่งได้จดทะเบียนเป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 (มาตรา 3) ทั้งนี้ พันธุ์พืชที่จะสามารถได้รับความคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นจะต้องมีลักษณะครบทั้ง 3 ลักษณะ คือ ความสม่ำเสมอ ความคงตัว และความแตกต่าง (มาตรา 11) นอกจากนี้ พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นจะได้อำนาจซึ่งความคุ้มครองก็โดยการจดทะเบียน โดยพันธุ์พืช

ที่จะขอจดทะเบียนเป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นต้องประกอบด้วยลักษณะ คือ (1) เป็นพันธุ์พืชที่มีอยู่เฉพาะในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งภายในราชอาณาจักรเท่านั้น และ (2) เป็นพันธุ์พืชที่ไม่เคยจดทะเบียนเป็นพันธุ์พืชใหม่ (มาตรา 43) และผู้ที่มีสิทธิไปขอขึ้นทะเบียนรับความคุ้มครองคือชุมชนผู้เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับพืชสมุนไพร อนึ่ง ถ้าพืชสมุนไพรได้เข้าเงื่อนไขเป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นและได้รับการจดทะเบียน ก็จะได้รับ ความคุ้มครองต่างๆ เช่น เมื่อชุมชนได้จดทะเบียนคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นแล้ว ชุมชนดังกล่าวมีสิทธิแต่ผู้เดียวในการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษา ค้นคว้า ทดลอง วิจัย ผลิต ขาย ส่งออกนอกราชอาณาจักร หรือจำหน่ายด้วยประการใดซึ่งส่วนขยายพันธุ์ของพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น (มาตรา 47) ผู้ใดเก็บ จัดหา หรือรวบรวมพันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของพันธุ์พืชดังกล่าว เพื่อการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษา ทดลอง หรือวิจัยเพื่อประโยชน์ในทางการค้าจะต้องทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่นนั้น (มาตรา 48)

### 3) การคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป

กล่าวคือ พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป คือ พันธุ์พืชที่กำเนิดภายในประเทศหรือมีอยู่ในประเทศซึ่งได้มีการใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลาย (มาตรา 3) ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปสามารถได้รับความคุ้มครองได้โดยไม่ต้องมีการจดทะเบียน พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปถือว่าเป็นของคนไทยโดยรัฐจะเป็นเจ้าของแทนคนไทย อนึ่ง ถ้าพืชสมุนไพรถือว่าเป็นพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปแล้ว ก็จะมีมาตรการในการคุ้มครอง กล่าวคือ ผู้ใดเก็บ จัดหา หรือรวบรวมพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของพันธุ์พืชดังกล่าว เพื่อการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษา ทดลอง หรือวิจัยเพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ และทำข้อตกลงแบ่งปัน

ผลประโยชน์ โดยให้นำเงินรายได้ตามข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ส่งเข้ากองทุนคุ้มครองพันธุ์พืช (มาตรา 52)

**4) การคุ้มครองพันธุ์พืชป่า** กล่าวคือ พันธุ์พืชป่า คือพันธุ์พืชที่มีหรือเคยมีอยู่ในประเทศตามสภาพธรรมชาติและยังมีได้นำมาใช้เพาะปลูกอย่างแพร่หลาย (มาตรา 3) ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 พันธุ์พืชป่าสามารถได้รับความคุ้มครองได้โดยไม่ต้องมีการจดทะเบียน พันธุ์พืชป่าถือว่าเป็นของคนไทยโดยรัฐจะเป็นเจ้าของแทนคนไทยหนึ่ง ถ้าพืชสมุนไพรถือว่าเป็นพันธุ์พืชป่าแล้ว ก็จะมีมาตรการในการคุ้มครอง กล่าวคือ ผู้ใดเก็บ จัดหา หรือรวบรวมพันธุ์พืชป่า หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของพันธุ์พืชดังกล่าว เพื่อการปรับปรุงพันธุ์ ศึกษา ทดลอง หรือวิจัยเพื่อประโยชน์ในทางการค้า จะต้องได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ และทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ โดยให้นำเงินรายได้ตามข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ส่งเข้ากองทุนคุ้มครองพันธุ์พืช (มาตรา 52)

### 3. ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย

จากที่ได้อธิบายกฎหมายการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทยมาแล้ว ผู้เขียนเห็นว่า กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทยยังมีปัญหาหลักคือ ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่บัญญัติออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยตรง โดยเฉพาะการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร นอกจากนี้ แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายหลายๆ ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร แต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องดังกล่าวก็ยังมีปัญหาอยู่หลายประการที่ส่งผลทำให้การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

3.1 แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.

2542ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีมาตรการคุ้มครองและส่งเสริมให้เอกชน ชุมชน และองค์กรเอกชนตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ พัฒนา และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนก็ตาม แต่พระราชบัญญัติดังกล่าวให้ความคุ้มครองเฉพาะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาการแพทย์แผนโบราณเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงภูมิปัญญาเกี่ยวกับสมุนไพรทั้งหมด นอกจากนั้น ภายใต้การให้ความคุ้มครองตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป หรือตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ก็เป็นการให้ความคุ้มครองในส่วน**ของเอกชน** ไม่ใช่ให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น**ของชุมชน**ที่เป็นเจ้าขององค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร

นอกจากนั้น ในส่วนของมาตรการการคุ้มครองสมุนไพรภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าวก็เป็น**การคุ้มครองในเชิงพื้นที่** เช่น กำหนดการคุ้มครองสมุนไพรในเขตอนุรักษ์ และการกำหนดเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ซึ่งไม่ได้เป็นการคุ้มครองใน**เชิงองค์ความรู้**ของชุมชนที่เกี่ยวกับสมุนไพร

3.2 ในส่วนของการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรไทยภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญานั้นจะพบว่ามีปัญหา ดังต่อไปนี้

#### 1) ภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรและ

**อนุสิทธิบัตร** กล่าวคือ หลักเกณฑ์ในการคุ้มครองดังกล่าวจะอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ซึ่งการประดิษฐ์ที่จะได้รับความคุ้มครองนั้นต้องเป็น (1) การประดิษฐ์ขึ้นใหม่ (2) การประดิษฐ์ที่มีขั้นการประดิษฐ์สูงขึ้น และ (3) การประดิษฐ์ที่สามารถประยุกต์ในทางอุตสาหกรรม (มาตรา 5) และการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่จะขอรับสิทธิบัตรได้ต้องเป็นการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่เพื่ออุตสาหกรรมรวมทั้งนวัตกรรม (มาตรา 6) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของชุมชนมักเป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในท้องถิ่นและเป็นองค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจาก

รุ่นสู่รุ่นจึงอาจเกิดปัญหาว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรดังกล่าวขาดเงื่อนไขตาม (1) การประดิษฐ์ขึ้นใหม่ และ (2) การประดิษฐ์ที่มีขั้นการประดิษฐ์สูงขึ้น จนส่งผลทำให้ไม่สามารถได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรหรืออนุสิทธิบัตร

## 2) ภายใต้กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช

กล่าวคือ จะเห็นได้ว่าภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 จะให้ความคุ้มครองพืช 4 ประเภท คือ พันธุ์พืชใหม่ พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป และพันธุ์พืชป่า การจะให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพรภายใต้การคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่นั้นอาจมีปัญหาในส่วนของเงื่อนไขในการขอรับความคุ้มครองเนื่องจากพืชสมุนไพรที่จะได้รับความคุ้มครองต้องมีความใหม่ แต่พืชสมุนไพรส่วนใหญ่ที่จะนำมาขอรับความคุ้มครองค่อนข้างจะพิสูจน์ยากถึงความใหม่ของสมุนไพรนั้นๆ

นอกจากนั้น ในส่วนของการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพรภายใต้พันธุ์พืชพื้นเมืองเฉพาะถิ่น พันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไป และพันธุ์พืชป่านั้น เป็นการคุ้มครองที่ตัวสมุนไพรโดยตรง ซึ่งไม่ได้ให้ความคุ้มครององค์ความรู้ของชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพร

## 4. บทสรุปและแนวทางในการพัฒนากฎหมายการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรซึ่งประกอบด้วยพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา เช่น พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนพบว่ากฎหมายของประเทศไทยมีปัญหา คือ ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่บัญญัติออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยตรง และแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรก็ตาม แต่กฎหมายดังกล่าวยังมีปัญหาอยู่หลายประการ เช่น แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ก็ตาม แต่พระราชบัญญัติดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมถึงภูมิปัญญาเกี่ยวกับสมุนไพรทั้งหมด และเป็นการให้ความคุ้มครองในส่วนของเอกชน ไม่ใช่ให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนที่เป็นเจ้าขององค์ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร นอกจากนี้ ในส่วนของการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรไทยภายใต้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญานั้น เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรมีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งภายในชุมชนจึงยากที่จะพิสูจน์ถึงเงื่อนไขความใหม่เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรของประเทศไทย กล่าวคือ ควรมีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะ (Sui generis) ที่ออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรโดยตรง หรืออาจบัญญัติกฎหมายเฉพาะที่ออกมาเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยมีการกำหนดหมวดหมู่การคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวกับสมุนไพรไว้ในพระราชบัญญัติเฉพาะดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ในระหว่างที่ยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะดังกล่าวอาจมีการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา เช่น พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 เพื่อให้สามารถคุ้มครองคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับสมุนไพรได้มากขึ้น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Department of Intellectual Property. (2024). Traditional Knowledge Database System. [cited 2024 June]. Available from: [http://www.ipthailand.go.th/ipthailand/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=25&id=161&Itemid=262](http://www.ipthailand.go.th/ipthailand/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=25&id=161&Itemid=262).
- Jakkrit Kuanpoth. (2017). Patent Law: Concepts and Analysis. 4 ed. (Bangkok: Nititham Publication).
- Jakkrit Kuanpoth.(2003). International Agreement on Intellectual Property and Impacts on Traditional Knowledge. In Nantanon Intanon. Intellectual Property In Era of Globalization. The Thai Bar Under The Royal Patronang.
- National Center for Genetic Engineering and Biotechnology. (2007). Report on the Study of the Framework for Protection of Thai Traditional Knowledge. (Pathum Thani: National Center for Genetic Engineering and Biotechnology).
- Pokin Polakul and Chanchai Savangasuk. (1998). Principles of Public Law. 1st. (Bangkok: Nititham Publication).
- Shelton, D. (2020). Legal Approaches to Obtaining Compensation for the Access to and the Use of Traditional Knowledge of Indigenous People. California: Berkley.
- Shiratori, K., et al. (1990). Plaunotol inhibits postprandial gastrin release by its unique secretin-releasing action in humans. *Digestive Diseases and Sciences*. 35(9), (September 1990).
- The Secretariat of The House of Representatives. (2012). Community Rights According to the Thai Constitution. (Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives).

## Legal Measures to Control an Operation of Surrogacy in Thailand

Nattanit Limpaowart

*PhD Candidate, Faculty of Law, Thammasat University*

*natnitploy@gmail.com*

### Academic article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Limpaowart, N. Legal Measures to Control an Operation of Surrogacy in Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/274871](https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/274871)

Received: 10 August 2024

Revised: 30 August 2024

Accepted: 31 August 2024

#### Abstract

This article examines legal measures for regulating the operation of surrogacy in Thailand: The Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Act, B.E. 2558 (2015). The Act's main provisions aim to ban transnational surrogacy business, set criteria to control standards and safety in the surrogacy process, and protect children born by surrogacy operations. Despite comprehensive legal measures in Thailand to control surrogacy, unlawful transnational surrogacy persists, while only a small number of legal surrogacy operations have been performed. This leads to questions of whether the current law can fulfill its intent. A plan recently proposed by the Ministry of Public Health to legalize transnational surrogacy, allowing international couples to seek surrogacy services in Thailand, is deemed to be an appropriate solution. However, studies in the legislation of other countries where transnational surrogacy is legal are suggested, and additional protective measures should also be imposed. This is to protect children born through surrogacy and prohibit improper use of medical assisted reproductive technology.

**Keywords:** Surrogacy in Thailand; Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Act, B.E. 2558 (2015); Transnational surrogacy.

## มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนในประเทศไทย

ณัฐนิช ลิมปโหวาท

นักศึกษาดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

natnitploy@gmail.com

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 10 ส.ค.2567  
วันแก้ไข 30 ส.ค. 2567  
วันตอบรับ 31 ส.ค. 2567

บทความนี้มุ่งศึกษามาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนในประเทศไทย อันได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 โดยสาระสำคัญของพระราชบัญญัติคือมีบทบัญญัติห้ามมิให้มีการดำเนินการในลักษณะธุรกิจการตั้งครุฑแทนข้ามชาติ นอกจากนี้ ยังได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อควบคุมมาตรฐานและความปลอดภัยในกระบวนการตั้งครุฑแทน ตลอดจนมีบทบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครุฑแทน อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากฎหมายจะได้มีการกำหนดมาตรการในการควบคุมการดำเนินการตั้งครุฑแทนไว้อย่างครอบคลุมครบถ้วน แต่จากสถานการณ์การดำเนินการตั้งครุฑแทนในปัจจุบัน พบว่าธุรกิจการตั้งครุฑแทนข้ามชาติยังคงถูกลักลอบดำเนินการอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ในขณะที่การดำเนินการตั้งครุฑแทนอย่างถูกต้องตามกฎหมายกลับมิได้ถูกดำเนินการมากเท่าที่ควรตามศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย จึงอาจเกิดเป็นข้อพิจารณาถึงประสิทธิผลของมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการตั้งครุฑแทนของประเทศไทยในปัจจุบันในการตอบสนองเจตนารมณ์ของกฎหมาย จึงได้นำไปสู่ข้อเสนอในการพิจารณาแก้ไขกฎหมายอนุญาตให้ชาวต่างชาติผู้ประสงค์จะมีบุตรฯในการเข้ารับบริการตั้งครุฑแทนในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอล่าสุดโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินการตั้งครุฑแทนซึ่งผู้ประสงค์จะมีบุตรฯเป็นชาวต่างชาติกลับมาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมาย อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครุฑแทน และเพื่อควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้ถูกนำไปใช้ในทางที่มีขอบ จึงสมควรจะได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศที่อนุญาตการตั้งครุฑแทนข้ามชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพิ่มเติมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

**คำสำคัญ:** การตั้งครุฑแทนในประเทศไทย; พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558; การตั้งครุฑแทนข้ามชาติ.

## บทนำ

การตั้งครรภ์แทน (Surrogacy) หรือการ “อุ้มบุญ” เป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้ซึ่งไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ ซึ่งในที่นี้จะเรียกว่า “ผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน” (ซึ่งต่อไปนี้จะขอใช้คำโดยย่อว่า “ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ”) ให้สามารถมีบุตรได้ โดยอาศัยครรภ์ของหญิงอื่น ซึ่งในที่นี้จะเรียกว่า “หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน” เพื่อให้ตัวอ่อนได้ฝังตัวและเจริญเติบโตในครรภ์จนคลอด โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิและการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจใช้การผสมเทียมโดยการฉีดเชื้ออสุจิให้แก่หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน หรืออาจใช้การปฏิสนธินอกร่างกาย แล้วจึงค่อยนำตัวอ่อนไปใส่ให้แก่หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และเมื่อเด็กนั้นคลอด หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะต้องส่งมอบเด็กที่เกิดมาให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ โดยมีเจตนาตั้งแต่แรกที่จะให้เด็กเป็นบุตรของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ (Zegers-Hochschild et al., 2017, p.1795)

สำหรับมาตรการทางกฎหมายเพื่อกำกับดูแลการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยได้ถูกบัญญัติขึ้นในช่วงที่ธุรกิจการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติในประเทศไทยได้รับความนิยมอย่างสูงจากชาวต่างชาติ ซึ่งมักเป็นในลักษณะผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน ชาวต่างชาติเสียค่าใช้จ่ายให้แก่กลุ่มนายหน้าหรือผู้ดำเนินธุรกิจตั้งครรภ์แทนให้ติดต่อว่าจ้างหญิงไทยโดยเสนอผลประโยชน์ทางการเงินเพื่อแลกเปลี่ยนกับการตั้งครรภ์แทนและการส่งมอบเด็กให้ผู้ว่าจ้างหลังจากคลอด (Deonandan, 2015, p.116; Nilsson, 2015, pp.11-12) จึงส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการวางมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และในที่สุดจึงได้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.

2558 เพื่อคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีดังกล่าว และแก้ไขปัญหาสถานะความเป็นบิดามารดาที่ขอบด้วยกฎหมาย รวมทั้งควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้ถูกนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง (Kosaiyakanont, 2015, p.12)

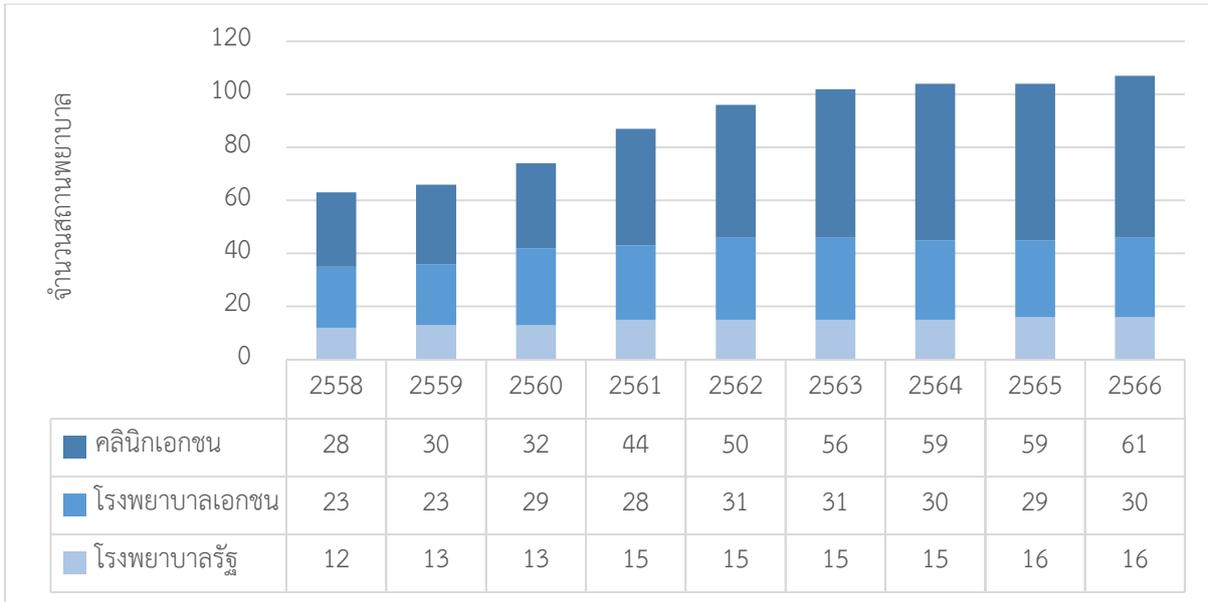
อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความต้องการในการรับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วของสถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จากจำนวนสถานพยาบาลแต่เดิมที่มี 63 แห่งในปี พ.ศ.2558 เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 107 แห่งในปี พ.ศ.2566 โดยธุรกิจการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้สร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยมากกว่า 6,000 ล้านบาทต่อปี และแม้ว่าจำนวนคำขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน รวมไปถึงจำนวนคำขอที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการจะมีจำนวนมากขึ้นในทุกปี กล่าวคือจากจำนวนการขออนุญาต 76 รายในปี พ.ศ.2559 เป็น 125 รายในปี พ.ศ.2565 ส่งผลให้มีกรณีที่เกิดทพ. อนุญาตให้สามารถดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนได้เพิ่มขึ้น จาก 72 รายในปี พ.ศ.2559 เป็น 123 รายในปี พ.ศ.2565 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการในการรับบริการตั้งครรภ์แทนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในท้ายที่สุดแล้ว การดำเนินการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยก็มีการดำเนินการไม่มากนัก โดยพบว่าเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนตลอดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึง พ.ศ.2565 เป็นจำนวนเพียง 134 ราย ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสถานพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งอาจให้บริการดำเนินการตั้งครรภ์แทนได้ในปัจจุบัน (Department of Health Service Support, 2023a, 2023b)

ในทางตรงข้าม ประเทศไทยกลับยังคงประสบกับปัญหาการธุรกิจตั้งครุฑแทนข้ามชาติที่ได้ดำเนินการอย่างฝ่าฝืนต่อกฎหมาย ดังจะเห็นได้จากการจับกุมธุรกิจการตั้งครุฑแทนข้ามชาติในปี พ.ศ.2563 โดยจากข้อมูลจากการสืบสวนจับกุมธุรกิจการตั้งครุฑแทนข้ามชาติและข้อเท็จจริงตามคำพิพากษาศาลอาญาที่ ๑900/2567 ได้แสดงให้เห็นว่าผู้กระทำผิดกระทำความผิดในการลักลอบตั้งครุฑแทนข้ามชาติอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ.2562 ก่อนจะถูกจับกุม และได้มีการดำเนินการตั้งครุฑแทนจนสำเร็จและมีการส่งมอบเด็กให้แก่ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯชาวต่างชาติไปแล้วกว่าร้อยละ (Thai PBS, 2020) รวมถึงการจับกุมล่าสุดในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นกรณีการกระทำความผิดโดยกลุ่มธุรกิจนายหน้าชาวจีนซึ่งลักลอบดำเนินการตั้งครุฑแทนมาต่อเนื่องยาวนาน และเกี่ยวข้องกับการสวมบัตรประจำตัวคนไม่มีสัญชาติไทยหรือบัตรชมพูให้แก่คนจีน เนื่องจากมีวัตถุประสงค์แอบแฝงคือต้องการให้เด็กถือสัญชาติไทยเพื่อเป็นตัวแทน (Nominee) ในการถือครองทรัพย์สินในประเทศไทยแทนผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ และเพื่ออาศัยประโยชน์จากสัญชาติของบุตรใช้ในการขอวีซ่าอุปการะบุตร เพื่อกระทำความผิดอื่นในราชอาณาจักรไทย (Thai PBS, 2023)

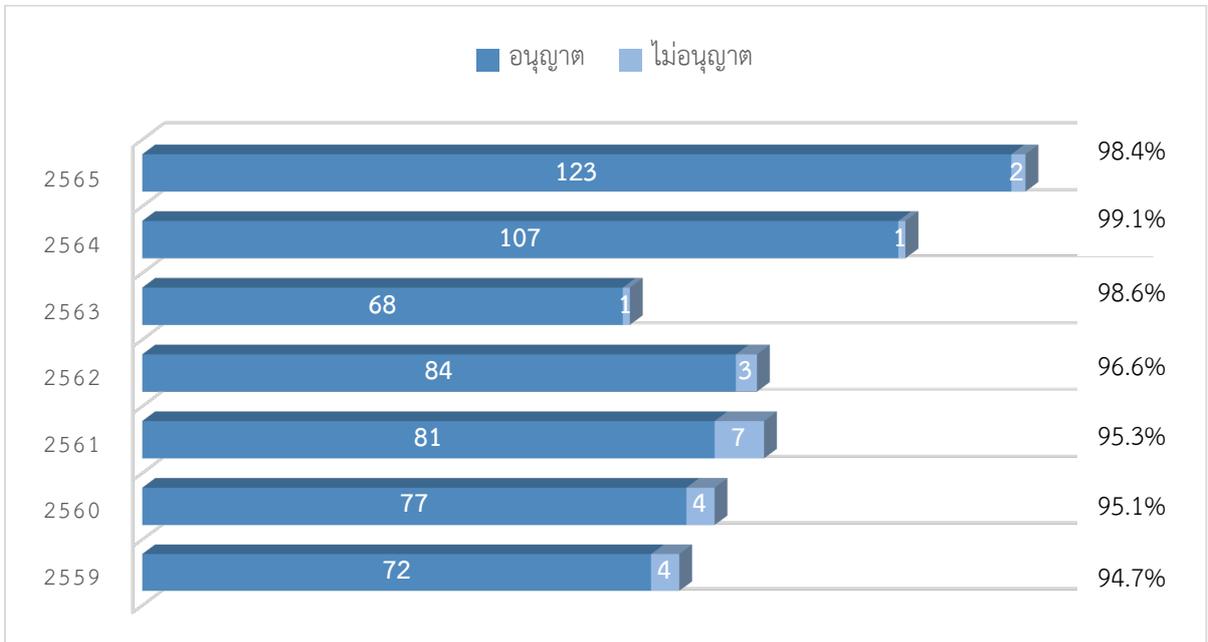
จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 การดำเนินการตั้งครุฑแทนอย่างถูกต้องตามกฎหมายมิได้ถูก

ดำเนินการมากเท่าที่ควรตามศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย ในขณะที่ธุรกิจการตั้งครุฑแทนข้ามชาติกลับยังคงถูกลักลอบดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงอาจเกิดเป็นข้อพิจารณาถึงประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการตั้งครุฑแทนของประเทศไทยในปัจจุบันในการตอบสนองเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งที่จะคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครุฑแทน และควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้ถูกนำไปใช้ในทางที่มีขอบ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่าเป็นเวลาเกือบหนึ่งทศวรรษที่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายข้างต้น จึงสมควรจะได้มีการปรับปรุงแก้ไขมาตรการทางกฎหมายให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน

บทความนี้จึงจะได้ทำการศึกษาการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนในประเทศไทย โดยจะแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก จะได้อธิบายความเป็นมาและวิวัฒนาการของมาตรการทางกฎหมาย ส่วนที่สอง จะเป็นการสรุปมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนโดยสังเขป และในส่วนสุดท้าย จะเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเป็นพื้นฐานในการพิจารณาแก้ไขปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการตั้งครุฑแทนให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นในอนาคตดังมีรายละเอียดต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จำแนกเป็นรายปี (Department of Health Service Support, 2023b)



แผนภูมิที่ 2 แสดงสถิติการขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน และผลการพิจารณาอนุญาตให้มีการตั้งครรภ์แทน จำแนกเป็นรายปี (Department of Health Service Support, 2023b)

**1. ความเป็นมาและวิวัฒนาการของมาตรการทางกฎหมาย**

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มมีการรับเอาเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำเทคนิคการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย (In Vitro

Fertilization, IVF) มาใช้เพื่อช่วยผู้ประสภาวะมีบุตรยากสำเร็จเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ.2530 และเมื่อปี พ.ศ. 2537 จึงได้มีการดำเนินการตั้งครรรค์แทนสำเร็จ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Pruksananonda, 2018, pp.14-15) นับแต่นั้นเป็นต้นมาก็ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง และได้มีการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวอย่างแพร่หลายมากขึ้นทั้งในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนในคลินิกเฉพาะทางเพื่อรองรับความนิยมในการรับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น (Kosaiyakanont, 2018, p.18)

โดยสำหรับการดำเนินการตั้งครรรค์แทนนั้นได้รับความนิยมในอย่างมากจากทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ส่งผลให้ประเทศไทยซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีกฎหมายควบคุมการตั้งครรรค์แทนโดยเฉพาะ เป็นหนึ่งในจุดหมายในการรับบริการตั้งครรรค์แทนที่ได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มชาวต่างชาติ จนเกิดเป็นธุรกิจการตั้งครรรค์แทนข้ามชาติ ซึ่งดำเนินการในลักษณะผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรรค์แทนชาวต่างชาติเสียค่าใช้จ่ายให้แก่กลุ่มนายหน้าหรือผู้ดำเนินธุรกิจตั้งครรรค์แทนเชิงพาณิชย์ (Commercial surrogacy) ให้ติดต่อกว่าจ้างหญิงไทยโดยเสนอผลประโยชน์ทางการเงินเพื่อแลกเปลี่ยนกับการตั้งครรรค์แทนและการส่งมอบเด็กให้ผู้ว่าจ้างหลังจากคลอด ส่งผลให้ต่อมาได้เกิดกรณีปัญหาที่ได้รับความสนใจทั้งในประเทศไทยและในระดับสากลหลายกรณีเนื่องจากการขาดซึ่งกฎหมายเกี่ยวกับการตั้งครรรค์แทนในประเทศไทยในขณะนั้น อันได้แก่กรณีบิดามารดาชาวออสเตรเลียเลิขทอดทิ้งบุตรซึ่งเกิดจากกระบวนการตั้งครรรค์แทน และมีภาวะดาวน์ซินโดรมไว้กับมารดาอุมบุญซึ่งเป็นชาวไทย และนำเพียงบุตรอีกคนที่เป็นแฝดที่ปกติกลับประเทศ (BBC News, 2014; Nilsson, 2015, pp.11-12) หรือกรณีพิพาทซึ่งหญิงผู้รับตั้งครรรค์แทนชาวไทยต้องการเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กหญิงและไม่ยินยอมให้คู่สมรสชายรักชายชาวต่างชาติ ซึ่งหนึ่งในนั้นเป็นบิดาโดยสายเลือดของเด็กหญิงดังกล่าวพาเด็กหญิงกลับ

ประเทศ ส่งผลให้บิดาโดยสายเลือดนำคดีขึ้นฟ้องศาลเยาวชนและครอบครัว ซึ่งภายหลังศาลมีคำพิพากษาให้เด็กหญิง เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของผู้เป็นบิดาดังกล่าว และให้เป็นผู้มีอำนาจปกครองเด็กหญิงแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งทั้งสองกรณีล้วนเกิดจากความไม่แน่นอนของสถานะบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทน ส่งผลให้ไม่มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายของผู้ประสงค์จะมีบุตรที่มีต่อเด็กไม่ว่าจะเป็นสิทธิของผู้ประสงค์จะมีบุตรในอำนาจปกครองเด็ก ดังเช่นในกรณีหลัง หรือหน้าที่ในการอุปการะเลี้ยงดูบุตรของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ ดังเช่นในกรณีแรก ล้วนส่งผลให้เด็กไม่ได้รับความคุ้มครองในฐานะบุตรทั้งสิ้น นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่ชายชาวญี่ปุ่นว่าจ้างให้หญิงชาวไทยหลายคนตั้งครรรค์แทนบุตรของตนรวมทั้งสิ้นถึง 13 คน เป็นเหตุให้เกิดความกังวลถึงวัตถุประสงค์แอบแฝงในการค้ามนุษย์ แม้ในภายหลังได้มีคำพิพากษาให้ชายชาวญี่ปุ่นเป็นบิดาที่ชอบด้วยกฎหมายของเด็กทั้งหมด แต่ก็ได้แสดงให้เห็นได้ว่าการดำเนินการตั้งครรรค์แทนในประเทศไทยยังไม่ได้รับการกำกับดูแลดังที่ควรจะเป็น ซึ่งในท้ายที่สุดก็ย่อมจะเป็นการไม่คุ้มครองประโยชน์ของเด็กที่จะเกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทน (Deonandan, 2015, p.116; Nilsson, 2015, pp.11-12)

เนื่องด้วยกรณีปัญหาดังที่ได้กล่าวข้างต้นตลอดจนข้อถกเถียงในแง่ของจริยธรรมของกระบวนการตั้งครรรค์แทนในเชิงพาณิชย์ และความกังวลถึงความเกี่ยวข้องกับกระบวนการค้ามนุษย์และปัญหาการละเมิดสิทธิในร่างกายของหญิง จึงส่งผลให้มีการเสนอประเด็นดังกล่าวต่อประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) อีกครั้งในปี พ.ศ.2557 ภายใต้คณะรัฐมนตรีซึ่งมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี จนในที่สุดได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132 ตอนที่ 38 ก ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 อันมีผลเป็นการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 นับแต่นั้นเป็นต้นมา ทั้งนี้ เพื่อกำหนดสถานะความเป็นบิดามารดา

ที่ขอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสม ตลอดจนควบคุมการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับตัวอ่อนและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้มีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง (Kosaiyanont, 2018, pp.12-13)

## 2. มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน

การดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยได้ถูกกำกับดูแลภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประกาศซึ่งออกโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ประกาศแพทยสภา และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในการศึกษาอย่างเป็นระบบ จึงสมควรจะได้มีการรวบรวมตามประเด็นที่กฎหมายนั้นมุ่งจะกำกับดูแลดังจะได้ศึกษาตามหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

### 2.1. คุณสมบัติของผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน

สำหรับคุณสมบัติตามกฎหมายของผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน อาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

- 1) จะต้องเป็นคู่สามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย
- 2) ภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้
- 3) ภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ต้องมีอายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์ นับแต่วันที่ได้ยื่นคำขอและเอกสารถูกต้องครบถ้วน เว้นแต่กรณีที่ได้รับอนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยใช้ตัวอ่อนชุดเดิมที่ผ่านการพิจารณาอนุญาต
- 4) มีสัญชาติไทย หรือในกรณีที่มีสามีหรือภรรยาไม่ได้มีสัญชาติไทย ต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

5) เป็นผู้ผ่านการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมตามประกาศแพทยสภากำหนด

ทั้งนี้ ตามมาตรา 21 อนุมาตรา (1) และมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน พ.ศ. 2558 ข้อ 5.2 และประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 ข้อ 3

จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติซึ่งกำหนดคุณสมบัติของผู้ประสงค์จะมีบุตรดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการจำกัดสิทธิในการรับบริการตั้งครรภ์แทนของบุคคล 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือบุคคลซึ่งมิใช่คู่สมรสตามกฎหมาย อันได้แก่ บุคคลโสด คู่รักเพศเดียวกัน รวมทั้งคู่รักชายหญิงที่ไม่จดทะเบียนสมรส กลุ่มที่สอง คือกลุ่มชาวต่างชาติที่ต้องอาศัยการตั้งครรภ์แทนเพื่อมีบุตร โดยกำหนดให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯต้องมีสัญชาติไทย ในกรณีที่สามีหรือภรรยาไม่ได้มีสัญชาติไทย ต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี นอกจากนี้ ยังอนุญาตเฉพาะการตั้งครรภ์แทนซึ่งผู้ประสงค์จะมีบุตรฯฝ่ายหญิงมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ จึงทำให้มีความจำเป็นจะต้องอาศัยการตั้งครรภ์แทนเพื่อมีบุตร โดยมิได้อนุญาตการดำเนินการตั้งครรภ์แทนในลักษณะเพื่อความสะดวกสบาย หรือเพราะเหตุอื่นนอกจากเพื่อประโยชน์แห่งมนุษยธรรม

## 2.2. คุณสมบัติของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

สำหรับคุณสมบัติตามกฎหมายของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน อาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย แต่ต้องมีใบพுகารีหรือผู้สืบสันดานของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

2) ในกรณีที่ไม่มีญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ให้หญิงอื่นรับตั้งครรภ์แทนได้ โดยจะต้องระบุความสัมพันธ์ในทางสังคมกับสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย โดยแสดงหลักฐานตามแบบคทพ. 1 ซึ่งเป็นแบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครรภ์แทนสำหรับหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

3) ต้องเป็นหญิงที่เคยมีบุตรมาก่อนแล้ว และมีบุตรโดยการคลอดตามธรรมชาติไม่เกิน 3 ครั้ง หรือในกรณีที่ผ่าคลอดไม่เกิน 1 ครั้ง

4) ถ้าหญิงนั้นมีสามีที่ชอบด้วยกฎหมายหรือชายที่อยู่กินฉันสามีภริยา จะต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีที่ชอบด้วยกฎหมายหรือชายอยู่กินฉันสามีภริยา

5) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน จะรับตั้งครรภ์แทนจนได้คลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง

6) มีสุขภาพดีเดียวกันกับสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน

7) มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 40 ปีบริบูรณ์

8) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงสมบูรณ์ดี โดยผ่านการตรวจ และประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ และสภาพแวดล้อม ตามประกาศแพทยสภากำหนด

ทั้งนี้ ตามมาตรา 21 อนุมาตรา (2) (3) และ (4) และมาตรา 23 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประกาศ กคทพ. เรื่อง หลักเกณฑ์

วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตฯ ข้อ 5.3 และ 5.4 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการให้หญิงอื่นที่มีใช้ญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายรับตั้งครรภ์แทน พ.ศ. 2558 ข้อ 7

จะเห็นได้ว่า นอกจากเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อความปลอดภัยของการตั้งครรภ์แทน และเกณฑ์ความยินยอมแล้ว กฎหมายได้กำหนดคุณสมบัติของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนหลักๆอยู่ 2 ประการ ประการแรกคือเกณฑ์ว่าด้วยสัญชาติ ซึ่งได้กำหนดให้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องมีสัญชาติเดียวกับผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ คนใดคนหนึ่ง อีกประการหนึ่ง คือเกณฑ์ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ กับหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน โดยกำหนดให้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ แต่ต้องมีใบพுகารีหรือผู้สืบสันดาน เว้นแต่ในกรณีที่ไม่มีญาติ ให้หญิงอื่นรับตั้งครรภ์แทนได้

## 2.3. การห้ามมิให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อ

### ประโยชน์ทางการค้าและหลักเกณฑ์เรื่องค่าใช้จ่ายในการรับตั้งครรภ์แทน

สำหรับบทบัญญัติว่าด้วยการห้ามมิให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้าและหลักเกณฑ์เรื่องค่าใช้จ่ายในการรับตั้งครรภ์แทนนั้น จะต้องพิจารณาพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับข้อตกลงการตั้งครรภ์แทน และค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสุขภาพของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนในขณะตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์แทน การคลอดและหลังคลอด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทน หลังคลอดเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามสิบวัน พ.ศ. 2558 โดยกฎหมายได้บัญญัติห้ามการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า และกำหนดบทลงโทษทางอาญาสำหรับความผิดดังกล่าว ไว้ในมาตรา 24 และมาตรา 48 ตามลำดับ นอกจากนี้ กฎหมายยังห้ามการกระทำที่เป็น

คนกลางหรือนายหน้าในการจัดการหรือซื้อช่องให้มีการรับตั้งครุฑแทน ไว้ในมาตรา 27 และห้ามการโฆษณาหรือโฆษณาให้แพร่หลายเกี่ยวกับการตั้งครุฑแทน ไว้ในมาตรา 28 และได้กำหนดบทลงโทษทางอาญาสำหรับความผิดดังกล่าวไว้ในมาตรา 49

จะเห็นได้ว่า กฎหมายได้ห้ามการดำเนินการตั้งครุฑแทนในลักษณะแสวงหาประโยชน์ทางการค้า และกำหนดโทษทางอาญาสำหรับการกระทำความผิดดังกล่าว อย่างไรก็ตาม กฎหมายอนุญาตให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครุฑแทนได้ โดยได้มีการบัญญัติเรื่องค่าใช้จ่ายดังกล่าวไว้ในมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติฯ ประกอบประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับข้อตกลงการตั้งครุฑแทน และค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสุขภาพของหญิงที่รับตั้งครุฑแทนฯ ข้อ 3 และข้อ 4 นอกจากนี้ มีข้อสังเกตว่า กฎหมายมิได้บังคับให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯทำประกันสุขภาพให้แก่หญิงที่รับตั้งครุฑแทน โดยเพียงแต่กำหนดว่าหากมีการตกลงกันในเรื่องนี้ดังกล่าวก็น่าจะสามารถระบุลงในข้อตกลงการตั้งครุฑแทนได้ ทั้งนี้ตามข้อ 4 (6) แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯข้างต้น

จึงอาจสรุปได้ว่ากฎหมายห้ามการดำเนินการตั้งครุฑแทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า และกำหนดให้เป็นการกระทำความผิดทางอาญา อย่างไรก็ตาม กฎหมายกำหนดให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสุขภาพของหญิงที่รับตั้งครุฑแทน ตลอดช่วงการตั้งครุฑจนถึงหลังคลอด ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการตรวจและการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครุฑแทน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของเด็กที่เกิดจากการตั้งครุฑแทน หลังคลอดเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสามสิบวัน รวมถึงค่าใช้จ่ายในกรณีหญิงที่รับตั้งครุฑแทนหรือเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครุฑแทนได้รับความเจ็บป่วยทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการรับตั้งครุฑแทนด้วย

#### 2.4. หลักเกณฑ์อื่นๆและกระบวนการในการทำข้อตกลงการตั้งครุฑแทน

กฎหมายยังได้บัญญัติหลักเกณฑ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตั้งครุฑแทน ซึ่งจะได้แบ่งอธิบายออกเป็น 2 หัวข้อย่อย อันได้แก่ หลักเกณฑ์อื่นๆเพื่อควบคุมมาตรฐานของกระบวนการตั้งครุฑแทน และข้อตกลงการตั้งครุฑแทนและการขออนุญาตต่อคณะกรรมการ

##### 2.4.1. หลักเกณฑ์อื่นๆเพื่อควบคุมมาตรฐานของกระบวนการตั้งครุฑแทน

สำหรับหลักเกณฑ์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตั้งครุฑแทน กฎหมายได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อควบคุมมาตรฐานและความปลอดภัยในกระบวนการตั้งครุฑแทน โดยได้มีการกำหนดในเรื่องคุณสมบัติของแพทย์ผู้ให้บริการและมาตรฐานการให้บริการ ไว้ในมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประกอบกับประกาศแพทยสภา ที่ 95(1)/2558 เรื่องคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ กฎหมายยังได้มีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการตั้งครุฑแทน คุณสมบัติของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ มาตรฐานของสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะใช้ในกระบวนการตั้งครุฑแทน ไว้ในประกาศ ที่ 95 (2)/2558 เรื่อง มาตรฐานในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ข้อ 3

สำหรับในขั้นตอนก่อนเริ่มกระบวนการตั้งครุฑแทน กฎหมายได้กำหนดให้มีการตรวจและประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงสภาพแวดล้อมของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ หญิงที่รับตั้งครุฑแทน และผู้บริจาค ในกรณีที่มีการใช้ไข่หรือสperm จากผู้บริจาค และได้กำหนดให้จะต้องมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตั้งครุฑแทนแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ขั้นตอน

การดำเนินการและภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการรับบริการ ก่อนการให้บริการตั้งครุฑแทน ทั้งนี้ตามที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติฯ ประกอบกับประกาศแพทยสภา ที่ 95 (3)/2558 เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครุฑแทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ ที่จะนำมาใช้ดำเนินการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ข้อ 2 นอกจากนี้ ประกาศ กคทพ. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตฯ ข้อ 5.6 ยังได้กำหนด ให้ทำการย้ายฝากตัวอ่อนในหญิงที่รับตั้งครุฑแทนได้ครั้งละ 1 ตัวอ่อน เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครุฑแฝดอันเป็นครุฑที่มีความเสี่ยงสูง

สำหรับในระหว่างการดำเนินการตั้งครุฑแทน การให้บริการจะถูกตรวจสอบและควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการและเป็นไปตามกฎหมาย โดยคณะกรรมการตามที่คณะกรรมการมอบหมายให้มีอำนาจ นอกจากนี้ เมื่อกระบวนการตั้งครุฑแทนได้ดำเนินไปจนถึงการคลอดเด็กแล้ว ผู้ให้บริการซึ่งได้รับอนุญาตต้องรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการแต่ละขั้นตอน และรายงานสรุปผลการตั้งครุฑแทน ต่อคณะกรรมการ ทั้งนี้ ตามที่ได้กำหนดไว้ในประกาศ กคทพ. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตฯ ข้อ 7 และข้อ 8 อันอาจถือได้ว่าการดำเนินการตั้งครุฑแทนในประเทศไทยได้ถูกกำกับดูแลอย่างเคร่งครัดโดยคณะกรรมการตลอดตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

#### 2.4.2. กระบวนการในการทำข้อตกลงการตั้งครุฑ

##### แทนและการขออนุญาตต่อคณะกรรมการ

กฎหมายยังได้กำหนดให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรจะต้องได้ปฏิบัติตามขั้นตอนตามกฎหมาย 2 ประการหลักในการขอรับบริการตั้งครุฑแทน

ประการแรก คือการทำข้อตกลงการตั้งครุฑแทน โดยได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ในประกาศ

กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับข้อตกลงการตั้งครุฑแทน และค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสุขภาพของหญิงที่รับตั้งครุฑแทนฯ ข้อ 3 และข้อ 4 กล่าวคือ ข้อตกลงการตั้งครุฑแทนเป็นข้อตกลงอันทำขึ้นระหว่างผู้ประสงค์จะมีบุตรและหญิงที่รับตั้งครุฑแทน โดยทำเป็นหนังสือก่อนจะได้มีการตั้งครุฑ และมีใจความสำคัญว่าหญิงที่รับตั้งครุฑแทนจะให้ทารกในครรภ์เป็นบุตรของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ นอกจากนี้ กฎหมายยังได้กำหนดรายละเอียดของข้อตกลงดังกล่าว อาทิ หน้าที่ของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ ในการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หน้าที่ของหญิงที่รับตั้งครุฑแทน ในการรับผิดชอบดูแลทารกในครรภ์ เป็นต้น และยังได้กำหนดให้สามีและภริยาที่ขอรับด้วยกฎหมายอาจตกลงกับหญิงที่รับตั้งครุฑแทนในเรื่องการทำประกันสุขภาพให้กับหญิงที่รับตั้งครุฑแทนและเด็กที่เกิดจากการตั้งครุฑแทนด้วยก็ได้ โดยนอกจากข้อตกลงการตั้งครุฑแทนจะมีความสำคัญในการกำหนดสิทธิและหน้าที่ระหว่างผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ และหญิงที่รับตั้งครุฑแทนแล้ว ยังเป็นส่วนหนึ่งของเอกสารหลักฐานซึ่งกฎหมายบัญญัติให้ต้องยื่นไปพร้อมกับการขออนุญาตดำเนินการตั้งครุฑแทนต่อคณะกรรมการ รวมทั้งเป็นเอกสารหลักฐานสำคัญที่ใช้ในการออกหนังสือรับรองการเกิดและการแจ้งการเกิดของเด็ก เพื่อแสดงสิทธิของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ ในการเป็นบิดามารดาโดยชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ ตามที่มาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติฯ ได้กำหนดไว้

ประการที่สอง ผู้ให้บริการจะต้องขออนุญาตต่อคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (กคทพ.) และจะต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการฯ ก่อนที่จะได้เริ่มดำเนินการตั้งครุฑแทนต่อไป โดยอาจสรุปโดยสังเขปตามพระราชบัญญัติฯ มาตรา 23 ประกอบประกาศ กคทพ. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตฯ ได้ว่า ในส่วนการของขออนุญาตจะต้องแนบเอกสารอันได้แก่ แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครุฑแทนของหญิงอื่นที่รับตั้งครุฑแทน (คทพ. 1) แบบ

ข้อตกลงการรับตั้งครรภ์แทนตาม (คทพ. 2) แบบคำขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน (คทพ. 3) และแบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครรภ์แทนของสามีและภรรยาที่ขอด้วยกฎหมาย (คทพ. 4) รวมทั้งแนบเอกสารหลักฐานอันได้แก่แบบหนังสือ แบบข้อตกลง และแบบคำขอข้างต้นได้กำหนดไว้ด้วย ต่อมา คณะกรรมการจะได้พิจารณาข้อมูลตามเอกสารว่า การดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนที่ขออนุญาตมานั้นเป็นไปตามเกณฑ์หรือเงื่อนไขต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ทั้งในพระราชบัญญัติฯ และในประกาศของหน่วยงานต่างๆ ดังที่ได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ โดยคณะกรรมการจะต้องพิจารณาคำขออนุญาตให้แล้วเสร็จภายใน 60 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับคำขอและเอกสารถูกต้องครบถ้วน หากพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาได้ครั้งละไม่เกิน 30 วันทำการ และสามารถขยายระยะเวลาได้ไม่เกิน 2 ครั้ง จากนั้นเมื่อคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพแจ้งเป็นหนังสือแก่ผู้ยื่นคำขออนุญาต ผู้ให้บริการจึงจะสามารถเริ่มดำเนินการตั้งครรภ์แทนได้

จึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า กฎหมายได้มีการบัญญัติหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนไว้โดยละเอียด โดยได้มีการบัญญัติหลักเกณฑ์เพื่อควบคุมมาตรฐานของกระบวนการตั้งครรภ์แทน รวมทั้งหลักเกณฑ์อื่นๆ ในการตั้งครรภ์แทนด้วย นอกจากนี้ ยังได้กำหนดให้มีการทำข้อตกลงการตั้งครรภ์แทนก่อนจะดำเนินการเริ่มกระบวนการตั้งครรภ์แทน โดยกฎหมายได้กำหนดอย่างชัดเจนถึงรายละเอียดของข้อตกลง อันได้แก่การกำหนดสิทธิและหน้าที่ระหว่างผู้ประสงค์จะมีบุตรและหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน ตลอดจนการกำหนดสถานะความเป็นบิดามารดาของเด็กที่จะเกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทนไว้ล่วงหน้า โดยต้องระบุไว้ในข้อตกลงอย่างชัดเจนว่าหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนตกลงที่จะให้ทารกในครรภ์เป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีและภรรยาที่ขอด้วยกฎหมาย และในท้ายที่สุด ก่อนจะสามารถเริ่มดำเนินการได้ จะต้อง

ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (กคทพ.) ทั้งนี้เพื่อกำกับดูแลการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยมิให้มีการดำเนินการในทางที่ไม่ถูกต้อง

## 2.5. สถานะบิดามารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน

สถานะบิดาและมารดาที่ขอด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทนได้ถูกกำหนดไว้ในมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ฯ ซึ่งได้บัญญัติให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรเป็นบิดาและมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน อันเป็นการบัญญัติข้อยกเว้นมิให้ความเป็นบิดามารดาถูกบังคับตามบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อันจะส่งผลให้หญิงที่คลอดเด็ก ซึ่งในที่นี้คือหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน เป็นมารดาโดยชอบด้วยกฎหมาย และหากหญิงนั้นสมรส สามีของหญิงนั้นก็จะเป็นบิดาตามกฎหมายด้วย ซึ่งทำให้ความเป็นบิดามารดาที่ขอด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนไม่สอดคล้องกับความสัมพันธ์ในทางพันธุกรรม จึงได้มีการกำหนดให้เหมาะสม โดยสำหรับกรณีการตั้งครรภ์แทน ผู้ประสงค์จะมีบุตรจะเป็นบิดาและมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็ก ทั้งนี้ แม้ผู้ประสงค์จะมีบุตรจะถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิดก็ตาม นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการใช้ไข่ หรืออสุจิของผู้บริจาคในการตั้งครรภ์แทน ความในวรรคสองยังได้กำหนดให้ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ และเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน ไม่มีสิทธิและหน้าที่ระหว่างกันตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดกอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังได้มีการบัญญัติคุ้มครองประโยชน์ของเด็กไว้ในพระราชบัญญัติฯ อาทิ การกำหนดเรื่องผู้ปกครองของเด็ก ในกรณีที่ผู้ประสงค์จะมีบุตรทั้งสามีและภรรยาที่ขอด้วยกฎหมายถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิดตามมาตรา 30 การกำหนดห้ามมิให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ ปฏิเสธการรับเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทน ตามมาตรา

33 และการคุ้มครองสิทธิของเด็กกว่าด้วยครอบครัวและ  
มรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา  
34 เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า กฎหมายได้บัญญัติให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรเป็นบิดาและมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทน อันเป็นการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายในฐานะบุตรของผู้ประสงค์จะมีบุตร ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดก และได้มีการกำหนดกฎหมายว่าด้วยเรื่องการแจ้งเกิดให้สอดคล้องกับบทบัญญัติว่าด้วยเรื่องความเป็นบิดาและมารดาดังกล่าว

## 2.6. สัญชาติของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทน

ในเรื่องของสัญชาติของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทนมิได้ถูกบัญญัติไว้โดยเฉพาะในกฎหมายใด จึงต้องนำบทบัญญัติทั่วไปมาพิจารณา อันได้แก่บทบัญญัติ มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสัญชาติ ซึ่งบัญญัติให้บุคคลได้สัญชาติไทยโดยการเกิดจาก 2 กรณีคือโดยมีบิดาหรือมารดาเป็นผู้มีสัญชาติไทย (หลักบุคคลหรือหลักสืบสายโลหิต) หรือโดยเกิดในราชอาณาจักรไทย และจะต้องมิใช่บุคคลที่กฎหมายบัญญัติยกเว้นไว้ตามมาตรา 7 ทวิ วรรคหนึ่ง (หลักดินแดน) ดังนั้น กรณีการดำเนินการตั้งครรรค์แทนตามกฎหมายในปัจจุบันซึ่งบัญญัติให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรคนหนึ่งต้องถือสัญชาติไทย เด็กที่เกิดมาย่อมจะได้สัญชาติไทยตามหลักสืบสายโลหิต และสำหรับกรณีที่ผู้ประสงค์จะมีบุตรฝ่ายหนึ่งเป็นชาวต่างชาติ การที่เด็กจะได้สัญชาตินั้นๆตามผู้ประสงค์จะมีบุตรชาวต่างชาติหรือไม่ก็ย่อมจะต้องพิจารณาตามกฎหมายว่าด้วยเรื่องการได้สัญชาติตามหลักสืบสายโลหิตตลอดจนกฎหมายว่าด้วยเรื่องสถานะบิดามารดาของเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทนตามกฎหมายภายในของประเทศนั้นๆ (Patomsirirak, 2019, p.2)

## 3. วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์การดำเนินการตั้งครรรค์แทนในประเทศไทยภายหลังการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.2558 อาจเกิดเป็นข้อพิจารณาถึงประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการตั้งครรรค์แทนของประเทศไทยในปัจจุบันในการตอบสนองเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งที่จะคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรรค์แทน และควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้ถูกนำไปใช้ในทางที่มีขอบ เนื่องจากจะเห็นได้ว่าการดำเนินการตั้งครรรค์แทนอย่างถูกต้องตามกฎหมายมิได้ถูกดำเนินการมากเท่าที่ควรตามศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย (Department of Health Service Support, 2023a, 2023b) ในทางตรงข้ามประเทศไทยกลับยังคงประสบกับปัญหาการธุรกิจตั้งครรรค์แทนข้ามชาติที่ได้ดำเนินการอย่างฝ่าฝืนต่อกฎหมายอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการจับกุมธุรกิจการตั้งครรรค์แทนข้ามชาติในปี พ.ศ.2563 รวมถึงการจับกุมล่าสุดในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงว่า การจับกุมที่ผ่านมามีผลสืบเนื่องจากการสืบสวนการกระทำความผิดอื่น มิได้เกิดจากการตรวจพบการตั้งครรรค์แทนที่ผิดกฎหมายโดยตรง ดังเช่น กรณีการจับกุมล่าสุดในปี พ.ศ.2566 ที่เกิดจากการตรวจพบการลักพาตัวเรียกค่าไถ่และขบวนการค้ายาเสพติด แล้วจึงได้มีการสืบสวนขยายผลจนทราบถึงการลักลอบดำเนินธุรกิจการตั้งครรรค์แทนข้ามชาติด้วย หรือกรณีเมื่อปี พ.ศ.2563 ซึ่งตรวจพบการกระทำความผิดเนื่องจากมีผู้ป่วยเด็กทารก 4 เดือนเข้ารับการรักษาภาวะเลือดออกในสมองจากการถูกทารุณกรรมโดยหญิงที่รับตั้งครรรค์แทน ซึ่งหากมิใช่เป็นเพราะสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถส่งมอบเด็กให้ผู้ประสงค์จะมีบุตร ชาวจีนได้ และส่งผลให้หญิงที่รับตั้งครรรค์แทนต้องเป็นผู้ดูแลเด็กภายหลังจากหลังคลอดจนเกิดเหตุทารุณกรรมดังกล่าว ก็อาจไม่สามารถตรวจพบจับกุมเครือข่ายตั้งครรรค์แทนข้ามชาติผิด

กฎหมายนี้ได้เลย จึงคาดการณ์ได้ว่าธุรกิจตั้งครรภ์แทนข้ามชาติผิดกฎหมายที่ถูกตรวจพบนั้นเป็นเพียงส่วนน้อยของการลักลอบดำเนินการตั้งครรภ์แทนทั้งหมดในประเทศไทย (Thai PBS, 2020, 2023)

ดังนั้น เมื่อวิเคราะห์ว่าแท้ที่จริงแล้ว เจตนารมณ์ในการกำหนดเกณฑ์สัญชาติของผู้ประสงค์จะมีบุตรตามพระราชบัญญัติฯ นั้น ก็เพื่อป้องกันมิให้เกิดการตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่ขัดต่อประโยชน์ของเด็ก มีการแสวงหาประโยชน์ที่มีขอบต่อหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และไม่ปฏิบัติตามหลักสิทธิมนุษยชน อีกทั้งเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงข้างต้นแล้ว ก็อาจต้องยอมรับว่าการดำเนินการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากในบริบทของประเทศไทย และด้วยรูปแบบการดำเนินการของธุรกิจตั้งครรภ์แทนข้ามชาติผิดกฎหมายในปัจจุบันที่มีได้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากภาครัฐและมีได้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการตั้งครรภ์แทนที่ได้ถูกกำหนดไว้ตามกฎหมาย ซึ่งย่อมจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนและเด็กที่จะเกิดมา อาทิ รูปแบบการดำเนินการที่บังคับให้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเดินทางไปต่างประเทศเพื่อฝังตัวอ่อนและคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการจับกุม รวมไปถึงการย้ายตัวอ่อนมากกว่าครึ่งละหนึ่งตัวอ่อนและการกำหนดให้คลอดโดยวิธีผ่าคลอด (Nilsson, 2022, pp.27-28, 111; Thai PBS, 2020) ส่งผลให้หากปล่อยให้มีการลักลอบดำเนินการต่อไปก็ย่อมจะไม่ใช่เป็นการคุ้มครองประโยชน์และความผาสุกของเด็กที่จะเกิดมาโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน อันเป็นเจตนารมณ์สำคัญในการตรากฎหมายมากำกับดูแลการตั้งครรภ์แทน จึงสมควรต้องมีการทบทวนถึงความเหมาะสมของบทบัญญัติในส่วนที่กำหนดสัญชาติของผู้ประสงค์จะมีบุตร และอาจพิจารณาแก้ไขหลักเกณฑ์ในส่วนดังกล่าวให้เปิดกว้างมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ สอดคล้องกับข้อเสนอล่าสุดโดยกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ไขกฎหมายอนุญาตให้ชาวต่างชาติผู้ประสงค์จะมีบุตรในการเข้ารับบริการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย (Thai PBS, 2024) เพื่อให้การดำเนินการตั้งครรภ์แทนซึ่งผู้ประสงค์จะ

มีบุตรเป็นชาวต่างชาติกลับมาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมาย และอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ในการควบคุมมาตรฐานและความปลอดภัยในกระบวนการตั้งครรภ์แทน นอกจากนี้ การแก้ไขกฎหมายข้างต้นยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรชาวต่างชาติซึ่งฝ่ายภริยาไม่อาจตั้งครรภ์ได้ สามารถเข้าถึงการตั้งครรภ์แทนเพื่อช่วยให้สามารถมีบุตรสืบสายเลือดได้ โดยไม่ถูกจำกัดสิทธิบนพื้นฐานของสัญชาติ อันจะเป็นการสอดคล้องกับหลักเสรีภาพในการสืบเผ่าพันธุ์ (Reproductive liberty) (Herring, 2018, pp.370-372) และยิ่งจะส่งผลเป็นการพัฒนาศักยภาพการให้บริการตั้งครรภ์แทนไปสู่ระดับสากล ซึ่งในท้ายที่สุดก็จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการพัฒนาทางการแพทย์และความเจริญทางเศรษฐกิจของประเทศ (Department of Health Service Support, 2017)

อย่างไรก็ตาม เพื่อคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน และควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้ถูกนำไปใช้ในทางที่มีขอบ จึงสมควรจะได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศที่อนุญาตการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติ อาทิ ประเทศแคนาดา (Nelson, 2016, pp.124-129) ประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐแคลิฟอร์เนีย (Caballero, 2016, pp.301-302) และประเทศยูเครน (Gryshchenko and Pravdyuk, 2016, pp.250-251) เป็นต้น โดยควรทำการศึกษาทั้งในส่วนของมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้เพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหากมีการอนุญาตให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรชาวต่างชาติเข้ารับบริการตั้งครรภ์แทน และเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพิ่มเติมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นผลกระทบต่อสิทธิของเด็กเนื่องจากความขัดกันของกฎหมายระหว่างกฎหมายภูมิลำเนาของผู้ประสงค์จะมีบุตรและกฎหมายไทย (Patomsirak, 2019, p.66) และประเด็นปัญหาการดำเนินการตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่ขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน ทั้งต่อหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนและต่อเด็กที่จะเกิดมา (UNHRC, 2018, para. 75) เพื่อให้ได้มาซึ่ง

มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลการตั้งครรภ์  
แทนที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

### บทสรุป

ประเทศไทยได้มีการตรากฎหมายมากำกับดูแล  
การดำเนินการตั้งครรภ์แทน อันได้แก่ พระราชบัญญัติ  
คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญ  
พันธุ์ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ร่วมกับประกาศ  
ต่างๆซึ่งออกโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม  
แม้ว่ากฎหมายจะได้มีการกำหนดมาตรการในการควบคุม  
การดำเนินการตั้งครรภ์แทนไว้อย่างครอบคลุมครบถ้วนก็  
ตาม แต่จากสถานการณ์ในปัจจุบัน พบว่าการดำเนินการ  
ตั้งครรภ์แทนอย่างถูกต้องตามกฎหมายมิได้ถูกดำเนินการ  
มากเท่าที่ควรเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสถานพยาบาลใน  
ประเทศไทยซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการตั้งครรภ์แทนได้  
ในขณะที่ธุรกิจการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติยังคงถูกละเลย  
ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย โดยเป็นการ  
ดำเนินการที่มีได้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากภาครัฐและ  
มิได้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการตั้งครรภ์แทนที่ได้  
ถูกกำหนดไว้ตามกฎหมาย ประกอบกับเมื่อพิจารณา  
ข้อเท็จจริงที่ว่า การดำเนินการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติอาจ  
เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากในบริบทของประเทศไทย จึงได้  
นำไปสู่ข้อเสนอในการพิจารณาแก้ไขหลักเกณฑ์ในส่วน

สัญชาติของผู้ประสงค์จะมีบุตรฯ ให้เปิดกว้างมากยิ่งขึ้น  
ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอล่าสุดโดยกระทรวงสาธารณสุข  
ในการแก้ไขกฎหมายอนุญาตให้ชาวต่างชาติผู้ประสงค์จะ  
มีบุตรฯในการเข้ารับบริการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย  
เพื่อให้การดำเนินการตั้งครรภ์แทนซึ่งผู้ประสงค์จะมีบุตร  
ฯเป็นชาวต่างชาติกลับมาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ  
กฎหมาย และอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ในการควบคุม  
มาตรฐานและความปลอดภัยในกระบวนการตั้งครรภ์แทน

ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ในการ  
คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยการตั้งครรภ์แทน และควบคุม  
การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้ถูก  
นำไปใช้ในทางที่มิชอบ จึงสมควรจะได้ทำการศึกษา  
เพิ่มเติมในประเทศที่อนุญาตการตั้งครรภ์แทนข้ามชาติ  
เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขกฎหมายการตั้งครรภ์แทน  
ของประเทศไทย และการวางมาตรการทางกฎหมาย  
เพิ่มเติมในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตหากมี  
การแก้ไขอนุญาตให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรฯชาวต่างชาติเข้า  
รับบริการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
ในประเด็นการคุ้มครองสิทธิของเด็กที่จะเกิดมามีให้ได้รับ  
ผลกระทบเนื่องจากความขัดกันของกฎหมาย และการ  
ป้องกันมิให้การดำเนินการตั้งครรภ์แทนเป็นไปในลักษณะ  
ที่ขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- BBC News. (2014). *Australia Contacts Gammy's Parents*. <<https://www.bbc.com/news/world-asia-28686114>>.
- Caballero, S. M. (2016). Gestational Surrogacy in California. In E. S. Sills (Eds.), *Handbook of Gestational Surrogacy* (pp. 296-303). Cambridge University Press.
- Deonandan, R. (2015). Recent Trends in Reproductive Tourism and International Surrogacy: Ethical Considerations and Challenges for Policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 111-119.
- Department of Health Service Support. (2017). *Developing Thailand as an International Medical Hub*. <<https://www.thailandmedicalhub.net/policy>>.
- Department of Health Service Support. (2023a). *Annual Report on Applying for Permission to Operate the Surrogacy*. Ministry of Public Health.

- Department of Health Service Support. (2023b). *Report on Assisted Reproductive Technology Service in Thailand*. Ministry of Public Health.
- Gryshchenko, M., & Pravdyuk, A. (2016). Gestational Surrogacy in Ukraine. In E. S. Silis (Eds.), *Handbook of Gestational Surrogacy* (pp. 250-265). Cambridge University Press.
- Herring, J. (2018). *Medical Law and Ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Kosaiyakonont, Y. (2015). *Introduction to Surrogacy Law, the Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Act, B.E. 2558 (2015)*. Winyuchon.
- Nelson, E. L. (2016). Gestational Surrogacy in Canada. In E. S. Silis (Eds.), *Handbook of Gestational Surrogacy* (pp. 123-130). Cambridge University Press.
- Nilsson, E. (2015). *Merit Making, Money and Motherhood: Women's Experiences of Commercial Surrogacy in Thailand* [Master Thesis, Uppsala University].
- Nilsson, E.. (2022). *Thai Surrogate Mothers' Experiences of Transnational Commercial Surrogacy* [PhD Thesis, Uppsala University].
- Patomsirirak, P. (2019). *The Legal Issue on The Nationality of Children Born by Surrogacy in Thailand*. Thammasat University.
- Pruksananonda, K. (2018). *Assisted Reproductive Technology*. Chulalongkorn University.
- Thai PBS. (2020, February 15). *Transnational Commercial Surrogacy in Thailand: Embryo Transfer and Delivery of Thai Surrogates in Foreign Countries*. <<https://www.youtube.com/watch?v=mm19QAE3BAU>>
- Pruksananonda, K.. (2023, April 12). *Chinese Hire Thai Surrogates to Obtain Thai Child Support VISA*. <<https://www.youtube.com/watch?v=5dcDMY15kMI>>.
- Pruksananonda, K.. (2024, March 1). *Ministry of Public Health Proposed A Plan to Amend Surrogacy Law in order to Promote Surrogacy Services in Thailand*. <<https://www.thaipbs.or.th/news/content/337620>>.
- UNHRC. (2018). *Report on safeguards for the protection of the rights of children born from surrogacy arrangements*. UN Doc A/HRC/37/60.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sude, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801.



# Primary Health Care System Development According to Thailand's Health Policy

Narong Chaitiang 1\*, Thawatchai Sattayasomboon<sup>1</sup>, Kongprai Tusuchart<sup>2</sup>

1 Ph.D., Assistant Professor Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

\* Corresponding Author E-mail: kongkangku69@gmail.com, narong@pi.ac.th, narong.ch@scphpl.ac.th

2 Ph.D., Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

## Academic article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Chaitiang, N., Sattayasomboon, T. ., & Tusuchart, K. . Development of Primary Health Care System According to Thailand's Health Policy. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/274979](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/274979)

Received: 16 August 2024

Revised: 28 August 2024

Accepted: 4 September 2024

### Abstract

The development of primary health care systems in Thailand is crucial in the context of health promotion and disease prevention, ensuring that the population has access to quality health services. This article aims to analyze the strategies and approaches used to develop the primary health care system according to Thailand's health policy framework. It examines significant health policies such as strengthening primary service units, developing community health care models, fostering community participation, and utilizing information technology for health data management. This study is based on an analysis of relevant research articles and case studies. The findings demonstrate that the effective development of primary health care systems enhances the capacity to meet the health needs of the population in a sustainable and efficient manner. Furthermore, it provides policy recommendations to help Thailand succeed in developing a quality and suitable health care system in the future.

**Keywords:** Primary health care, Health policy, Health promotion

## การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทย

ณรงค์ ใจเที่ยง<sup>1\*</sup>, ธวัชชัย สัตยสมบุญ<sup>1</sup>, ก้องไพร่ ต้นสุชาติ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และ

สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*ผู้ประสานงาน E-mail: kongkangku69@gmail.com, narong@pi.ac.th, narong.ch@scphpl.ac.th

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 16 ส.ค.2567

วันแก้ไข 28 ส.ค. 2567

วันตอบรับ 4 ก.ย. 2567

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง บทความนี้มีเป้าหมายในการวิเคราะห์แนวทางและกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทย โดยพิจารณาจากนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น การสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาต้นแบบชุมชนในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลสุขภาพ การศึกษาอ้างอิงจากการวิเคราะห์เอกสารวิจัยและกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิช่วยเสริมสร้างความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ** ระบบสุขภาพปฐมภูมิ นโยบายสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

## ความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

### บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นฐานสำคัญของระบบสุขภาพโดยรวมในประเทศไทย ความสำคัญของระบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการของประชาชน แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน บทความนี้จะดำเนินการวิเคราะห์ความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในแง่ของการเข้าถึงบริการ ความสามารถในการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมินั้น สามารถอธิบายถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นการจัดให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ระบบสุขภาพปฐมภูมิช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลที่อาจไม่มีโรงพยาบาลใหญ่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ผ่านศูนย์บริการสุขภาพ และคลินิกในชุมชน (World Health Organization, 2020) การเข้าถึงบริการเหล่านี้ทำให้สามารถตรวจสุขภาพ เบื้องต้น วัคซีน และรับฟังคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ ยังลดเวลาและค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทยเป็นหนึ่งในนโยบาย ที่รัฐบาลให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2016) สิทธิหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของคนไทยตาม กฎหมาย ส่งเสริมให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ (Pondsathorn Pogpuemdee, 2016) 2) หลักการการ

ป้องกันโรค เป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิยังมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการพัฒนาสุขภาพในระยะยาว ความพยายามในการส่งเสริมการสร้างสุขภาพที่ดี เช่น การรณรงค์วัคซีน การตรวจสุขภาพ เบื้องต้น และการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง (Kumar et al., 2018) ระบบสุขภาพปฐมภูมิยังช่วยสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดของโรค การควบคุมการแพร่ระบาด เช่น โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน สำหรับประเทศไทย สถานการณ์แพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มทวีความรุนแรงขึ้น เมื่อพบว่ามี การแพร่ระบาดในวงกว้างจากกลุ่มเชียร์มวยที่สนามมวยลุมพินี และจากคนไทยที่กลับจากปฏิบัติกิจทางศาสนาในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อแพร่กระจายไปทั่วประเทศ รัฐบาลไทยจึงจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เพื่อสื่อสารกับประชาชน และในปัจจุบันยังไม่มี การค้นพบวัคซีนสำหรับป้องกันโรคหรือยารักษาโรคไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองจากเชื้อโรคของประชาชน (Thai government, 2020) 3) การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นอีกหนึ่งหน้าที่ที่สำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ซึ่งรวมถึงการสร้างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกายระหว่างประชาชน (Nutsford et al., 2017) การเข้าถึงข้อมูล และทรัพยากรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระของระบบสุขภาพในระดับรองและระดับตติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การ

ปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย มีการพัฒนาแนวคิดมาโดยตลอด จนปี 2562

เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านแรก ตลอดจนการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีรัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับด้วยเทคโนโลยี และการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง แต่ผลการศึกษายังมีข้อจำกัดที่จะต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดความเข้าถึงบริการในพื้นที่เขตเมือง โรงงานหรือสถานประกอบการขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยจะลดข้อจำกัดในส่วนการบริหาร และกฎระเบียบของภาครัฐ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของประชาชน (Benjamaporn Pinyopompanich. et all, 2022) 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมินั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างชัดเจน ด้วยความเข้าใจว่าชุมชนมีความสำคัญในการพัฒนาและบำรุงรักษาสุขภาพประชาชน การสร้างเครือข่ายระหว่างแพทย์ นักวิจัย และประชาชนช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peters et al., 2019) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและดำเนินการด้านสุขภาพช่วยสร้างความยั่งยืนและความมั่นคงในการรักษาสุขภาพของประชาชน การมีส่วนร่วม

ของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เป็นกระบวนการทำงานที่เป็นระบบทั้ง ในเรื่องของการคิดและการตัดสินใจของประชาชนในการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งและประสิทธิภาพโดยม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ให้คำแนะนำการสร้างความมีส่วนร่วมจะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของทางด้านสุขภาพ ความกระตือรือร้นในการที่จะพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ในที่สุด การพัฒนาและการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพของชุมชนนั้น สามารถทำได้โดยการสร้างความตระหนักชัดให้แก่ประชาชนด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน การรับฟังความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ การเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมร่วมกันและการเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพซึ่งกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมี 5 ขั้นตอนประกอบด้วยการสร้างทีมงาน การสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน และการประเมินผลและการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เมื่อประชาชนดำเนินการตามกระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอนได้ครบถ้วนอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพที่แข็งแรงอย่างยั่งยืนตลอดไป (Jirasak Pompha et all, 2022) และ 5) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยควรมีการลงทุนในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการสร้างและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ นอกจากนี้ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ

ชุมชนจะช่วยให้การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2018) ดังนั้นระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมุ่งมั่นพัฒนาระบบนี้ต่อไป

เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสุขภาพที่ดีได้อย่างเท่าเทียมวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทยประกอบไปด้วย

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยเพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานะการให้บริการสุขภาพ และจุดแข็งจุดอ่อนของระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชน

2. ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติเพื่อหาหรือเกี่ยวกับแนวทางและกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศไทย รวมถึงแผนการดำเนินงานที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเมินผลกระทบจากการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน คุณภาพของการดูแลรักษา และการปรับปรุงสุขภาพของประชาชนหลังจากการพัฒนา

4. เสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้นโยบายและแนวทางการพัฒนาที่เสนอในบทความนี้สามารถนำไปปรับใช้ในภาคปฏิบัติ

โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

5. สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับบทบาทของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการพัฒนาสุขภาพไทย เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการร่วมมืออย่างจริงจังของชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน

หลักการของนโยบายสุขภาพ) นโยบายสุขภาพในประเทศไทยมีหลักการที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ: ประชาชนทุกคนต้องมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความเหมาะสมการป้องกันสุขภาพ: มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์และการให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพความเท่าเทียมทางสุขภาพ: ควรมีการแจกจ่ายทรัพยากรและบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือชนชาติการมีส่วนร่วมของประชาชน: ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ และในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน: การพัฒนานโยบายสุขภาพควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งระดับรัฐบาลและองค์การภาคี (Department of Health, 2018) ยกตัวอย่างสถาบันพระบรมราชชนกมีกิจในการผลิตบัณฑิตด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยศตวรรษที่ 21 กับวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ซึ่งทิศทางในทศวรรษหน้าของสถาบันพระบรมราชชนก จะมุ่งเน้นผลิตบัณฑิตที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีการสื่อสารทางด้านสุขภาพสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานร่วมกับผู้อื่นได้ และนำไปสู่การเป็นผู้นำชุมชนทางด้านสุขภาพซึ่งผ่านกระบวนการบ่มเพาะองค์ความรู้จากคณาจารย์ผู้สอนมืออาชีพ ยึดหลักการทางด้านสุขภาพ สร้างนำ

ซ่อม และนำนโยบาย สปช Model 2022 บัตรส่งเสริมสุขภาพครอบครัว 30 บาทป้องกันทุกโรค เพื่อตอบสนองความต้องการบุคลากรทางด้านสุขภาพ สำหรับการให้บริการประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยความสำเร็จในการผลิตบัณฑิตด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในทศวรรษหน้าและให้ทันกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงมีการดำเนินการจัดทำโครงการแก้ปัญหาวิกฤตชาติ โรคโควิด-19 เป้าหมาย 1 วิทยาลัย: 1 จังหวัด: 1 ตำบล (สปช.Model 2022) ด้วยบัตรสร้างสุขภาพครอบครัว 30 บาท ป้องกันทุกโรค เป็นนโยบายในการถ่ายทอด การปฏิบัติงานให้บรรลุตามผลสำเร็จ มีความร่วมมือใน โครงการ สปช.สัญจร เพื่อสร้างความร่วมมือกับสถาบัน การศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการเพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการรับเด็กนักเรียนเข้ามาเป็นนักศึกษา ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในอนาคต สถาบันจึงมี บทบาทสำคัญในการสร้างบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพในศตวรรษที่ 21 (Vichai Thianthaworn and Narong Chaitiang, 2022)

### การกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับชาติ

การกำหนดนโยบายสุขภาพในระดับชาติใน ประเทศไทยนั้นได้รับการวางแผนและกำหนดโดยหลาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ องค์การนาชาติ โดยมีการศึกษาวิจัยและประเมิน สถานการณ์สุขภาพของประชาชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็น พื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการนโยบายสุขภาพ ที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งคณะกรรมการและกลุ่ม งานที่มีภารกิจในการกำหนดนโยบายสุขภาพอย่างเป็น ระบบ โดยมีการประชุมและอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ ได้มาซึ่งแนวทางและมาตรการที่ตอบสนองต่อความ ต้องการทางสุขภาพของประชาชน โดยในการพัฒนา

นโยบายสุขภาพในอนาคตนั้น ควรมุ่งเน้นไปที่การใช้ เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพที่มี ความเป็นมิตรกับประชาชนและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังควรพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนอง ต่อความต้องการที่หลากหลายของประชาชนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

### ระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม ของประชาชนในประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงการรักษาพยาบาล และบริการสุขภาพที่มี คุณภาพได้อย่างทั่วถึง

### โครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในประเทศไทย ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการ จัดตั้งขึ้นภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวง สาธารณสุข โดยมีโครงสร้างที่ประกอบไปด้วย หน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพ ให้กับประชาชน รวมถึง:

สถานบริการสาธารณสุขศูนย์อนามัย: เป็น หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด: ทำหน้าที่บริหารจัดการ บริการสุขภาพในระดับจังหวัด ประสานงานกับ หน่วยงานอื่นเพื่อให้ครอบคลุมประชาชน

หน่วยงานภาคประชาชน: ได้แก่ องค์กร สาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน

### บทบาทของหน่วยงานและผู้ให้บริการสุขภาพ

ในการดำเนินงานของระบบสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยงานและผู้ให้บริการสุขภาพมีบทบาทที่ชัดเจนใน

การทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึง:

**การให้คำปรึกษาและการดูแลสุขภาพ:** บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์, พยาบาล, และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

**การป้องกันและควบคุมโรค:** หน่วยงานต่าง ๆ จะต้องทำงานร่วมกันในการส่งเสริมการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน และการศึกษาสุขภาพในชุมชน

**การศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ:** การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

**การบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาคประชาชน**  
การบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยถือเป็นส่วนที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสุขภาพของประชาชน โดยมีการดำเนินงานภายในชุมชน ได้แก่

**การเข้าถึงบริการสุขภาพ:** สถานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น รพ.สต. เป็นจุดที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ทำให้สามารถรับการรักษาแบบเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว

**กิจกรรมสุขภาพในชุมชน:** องค์กรหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมักจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เช่น การจัดอบรมเรื่องโภชนาการหรือการออกกำลังกาย

**การเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต:** การมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนและพัฒนางานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นแนวทางที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน

ระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยเป็นระบบที่มีความสำคัญ ไม่เพียงแต่ในการรักษาโรค แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการดำเนินงานที่ครอบคลุม

จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ดีจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (Department of Health Service Support, 2022)

### **กรณีศึกษา: การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือในประเทศไทย**

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล กรณีศึกษานี้จะนำเสนอการใช้แอปพลิเคชัน "Health@Home" ซึ่งเป็นการริเริ่มที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล รายละเอียดโครงการ แอปพลิเคชัน "Health@Home" ถูกพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการการดูแลสุขภาพได้ง่ายและรวดเร็ว แอปพลิเคชันนี้มีฟีเจอร์หลายอย่าง เช่น การนัดหมายแพทย์ออนไลน์ การให้คำปรึกษาและการติดตามสุขภาพผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสาร ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ใช้ ผลลัพธ์การศึกษาพบว่า การใช้ "Health@Home" ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการเข้าถึงบริการจำกัด นอกจากนี้ยังลดเวลารอคอยในการเข้าพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างรวดเร็ว การบริการผ่านแอปยังสามารถลดภาระที่โรงพยาบาลต้องเผชิญในเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจำนวนมากข้อสรุป กรณีศึกษา "Health@Home" เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในไทย ซึ่งไม่เพียงแต่มุ่งเน้นให้บริการทางการแพทย์เป็นอย่างเดียว แต่ยังคงช่วย

ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น (Ministry of Public Health, 2021).

แม้ว่ารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายยกระดับสถานอนามัยโดยการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ก็ยังคงขาดความชัดเจนในระดับปฏิบัติต่อสิ่งที่กำลังจะดำเนินการและแม้หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานอนามัยจะได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายในระดับที่สูงกว่าในอดีต แต่ไม่ชัดเจนว่าเพียงพอสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และทำงานได้เต็มที่หรือไม่ นอกจากนี้กลไกการอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิก็จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เข้มแข็ง และทำงานได้อย่างมีธรรมาภิบาล รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการพัฒนายังมีจำกัด นอกจากนี้ศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปก็ยังเป็นสิ่งท้าทายการสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคมทั้งหมดยังไม่เข้มแข็ง ต้องดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนให้มากขึ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ดูแลสุขภาพ อีกทั้งเพิ่มจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และความไว้วางใจในการเลือกใช้บริการ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการการจัดระบบสุขภาพต่อไป (นันทินารี คงยืน, 2560)

### **แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตตามหลักนโยบายสุขภาพของประเทศไทย**

สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิต ประชากรสิ่งแวดล้อม มลพิษ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน และปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลต่อสุขภาพแทบทั้งสิ้น การพัฒนา

นาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care: PHC) จึงมีความสำคัญที่จำเป็นต้องมีการให้บริการแบบผสมผสานองค์รวมต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาคุณภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านครอบครัวและชุมชน ให้เชื่อมโยงบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิถึงระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ (WHO, 2008) ประเทศไทยยังมีช่องว่างในระบบการคุ้มครองทางสังคมในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้น เรื่องบริการสุขภาพ ซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้คุ้มครองทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม (Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T., 2013). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคต จะประกอบไปด้วย

1. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคตควรมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น การจัดตั้งคลินิกสุขภาพในชุมชน การให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ และการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ประเทศไทยมีนโยบายการให้บริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง และมีแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตั้งแต่ปี งบประมาณ 2535 (Office of Policy and Strategy, 2016) แต่ยังคงพบปัญหาด้านการบริการที่แตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ อาทิเช่น ในเขตเมืองที่พบว่า ประชาชนชาติที่ปรึกษาและผู้ดูแลสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงง่าย จึงนิยมไปใช้บริการแพทย์เฉพาะทางโดยตรง ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ในทางตรงกันข้ามเขตชนบทพบว่า ยังขาดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพ

ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ไม่ได้ได้รับการแก้ไขที่เท่าที่ควร และก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น ขณะที่รัฐธรรมนูญปี 2559 ได้กำหนดให้มีระบบบริการปฐมภูมิปรากฏอยู่ในมาตรา 258 (5) (Thai.Law,2017) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าประชาชนบางส่วนรับบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิด้วยอาการที่สามารถดูแลรักษาได้ในระดับปฐมภูมิ

2. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ และระบบการนัดหมายออนไลน์ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในศตวรรษที่ 21 มีเทคโนโลยีดิจิทัลเจริญก้าวหน้าหลายชนิดนับเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของมนุษยชาติมากมายอย่างก้าวกระโดด และมีการเข้าสู่ความปกติใหม่ที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคม อันสืบเนื่องมาจากการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ทำให้พยาบาลจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทั้งการบริการพยาบาลและการบริหารจัดการตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และทรวงอกก็มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหลากหลายตั้งแต่การสื่อสาร โทรเวชกรรม เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ อินเทอร์เน็ตเพื่อทุกสิ่งอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบสวมใส่ติดตัว หุ่นยนต์และโดรนพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะดิจิทัลทั้งด้านความรู้ทักษะ และคุณลักษณะเพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้ง

หน่วยงานจำเป็นต้องส่งเสริมพยาบาลให้สามารถใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ และปลอดภัยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (Aree Cheevakasemsook,2021)

3. การพัฒนาความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ รวมถึงการเสริมสร้างทักษะในการใช้เทคโนโลยีและการดูแลสุขภาพจิต จะช่วยให้งานบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้นความคิดเห็นของผู้บริหารในด้านการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขได้แก่ 1) การพัฒนากระบวนการคิดเชิงระบบ 2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล 3) การวางแผนแก้ไขปัญหา 4) การพัฒนาในด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการด้านภาระงานที่มากของบุคลากรสาธารณสุข 5) การเปิดกรอบอัตรากำลัง 6) การให้ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 7) การให้ความมั่นคง ความก้าวหน้า การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็น และความปลอดภัยในสภาพการทำงาน 8) การพัฒนาความรู้ทางวิชาการและวิชาชีพ 9) การวิจัยและความรู้เกี่ยวกับบัญชีการเงินและพัสดุ 10) การพัฒนาด้านการบริหารสาธารณสุข โดยควรจัดอบรมระยะสั้นๆ และมีการติดตามประเมินผลงาน เน้นทักษะการลงพื้นที่ การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล และมีการติดตามประเมินผลความสำเร็จของการฝึกอบรมจากการปฏิบัติจริงในพื้นที่การพัฒนาทักษะการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมโดยการเน้นการฝึกอบรมในรูปแบบที่มีการให้ความรู้ในระยะสั้นและมีการเสริมทักษะโดยการปฏิบัติในพื้นที่ทำงานและมีการติดตามประเมินผลหรือมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่มี

ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Chompunuch Supapvanich et all. 2022)

4. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพ ประจำปี การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการจัดสายด่วนสำหรับข้อมูลสุขภาพจะช่วยลดการเกิดโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในประชาชน บทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ การชะลอความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องหากกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิการป้องกันระดับทุติยภูมิและการป้องกันระดับตติยภูมิความสำคัญของการป้องกันในระดับต่าง ๆ ต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับประสบการณ์จริง รวมถึงจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงลึก กล่าวคือ ให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรังมีความรู้เข้าใจ วิเคราะห์เลือก และตัดสินใจในการดูแลตนเองตามบริบทและวิถีชีวิตแบบใหม่เพื่อความปลอดภัย (Nawapron Wutthitham et all, 2021)

5. การสื่อสารและข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาสื่อสารที่ชัดเจนและเข้าถึงง่ายเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์และสื่อสังคมในการเผยแพร่ข้อมูลที่ต้องการจะช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของประชาชนวิธีการสื่อสารเพื่อการเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพไปสู่การปฏิบัตินั้น จำเป็นต้องพัฒนาการสื่อสาร 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน เข้าถึง เข้าใจข้อมูล จากการอ่าน เขียน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ โดยนำข้อมูลไปซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจและบอกต่อให้ผู้อื่นเข้าใจ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ โดยตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้และนำไปใช้จัดการกับสุขภาพตนเอง ดังนั้นวิธีการ

สื่อสารเพื่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ จึงประกอบด้วย 1) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์และเปิดรับข้อมูล 2) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ 3) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Suda Dejpitaksiriku et all,2021)

## สรุปและข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย

### สรุป

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ความสำคัญในการพัฒนานี้รวมถึง

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ: การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและการเพิ่มจำนวนสถานบริการในพื้นที่ที่ขาดแคลน จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
2. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ: การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการบริการ เช่น ระบบการนัดหมายออนไลน์ การให้คำปรึกษาผ่านทางดิจิทัล จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ
3. การพัฒนาทักษะบุคลากร: บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมที่มีคุณภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ
4. การส่งเสริมการป้องกันโรค: การจัดกิจกรรมและความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนจะช่วยลดอัตราการเกิดโรค
5. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ: การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายผ่านช่องทางต่างๆ จะช่วยให้ประชาชนมีความตระหนักและตัดสินใจเรื่องสุขภาพได้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพ: ควรมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการพัฒนาสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ: การสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่จะช่วยให้ความร่วมมือและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. จัดทำโปรแกรมฝึกอบรมต่อเนื่อง: ต้องมีการจัดทำโปรแกรมการอบรมที่ต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

4. สร้างแคมเปญสื่อสารในชุมชน: ควรมีแคมเปญที่มุ่งเน้นนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่สูงขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aree Cheevakasemsook. (2021). Digital technology for patient care: an essential for cardio-thoracic nurses in the 21st century. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1): 2-13.
- Benjamaporn Pinyopompanich, Chaiyaporn Suchatsoonthorn & Wllailuk Ruangrattanatrai. (2022). The National Public Health Reforms and the Challenges of Primary Care Service Systems. *Dis Control J*: 48(3): 667-679.
- Chompunuch Supapvanich et al. (2022). Personal competency development among Public Health workers by Administrators of Regional Health Office 1 – 12. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS*: 5(3): 138-153.
- Department of Health Service Support. (2022). Primary health policy of Thailand. Retrieved from Department of Health Service Support.
- Department of Health. (2018). Annual report on health and health. Retrieved from Department of Health.
- Jirasak Pompha et al. (2022). The concept of public participation in community health promotion. *PTU Journal of Science and Technology*;2(2): 86-96.
- Kumar, S., et al. (2018). Primary health care and its importance. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(2), 623-634.
- Ministry of Public Health. (2021). Health@Home: Mobile health care system. Retrieved from <https://www.moh.go.th>.
- Nawaporn Wutthitham et al. (2021). The Roles of Nurse Practitioners in Health Promotion and Prevention for the Coronavirus Disease 2019 in Elderly Groups and Groups with Underlying Chronic Disease. *Nursing News*, Chiang Mai University, 49(1): 340-352.
- Nantinaree Kongyuen. (2017). Primary health care system and development standards. *Journal of Health Law and Public Health*. 3(3):374-387.
- Nutsford, D., et al. (2017). Health promotion and primary care: A partnership for health. *Health & Place*, 46, 1-3.
- National Health Security Office. (2016). National health security fund administration guideline 2016. Bangkok. National Health Security Office.
- Office of Policy and Strategy. (2016). Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (Draft) Strategic Development Plan Primary Service Network (B.E. 2017-2026) supports the Constitution of the Kingdom of

- Thailand. Bangkok:Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Office of Policy and Strategy.
- Peters, D. H., et al. (2019). Improving health systems for universal health coverage. World Bank Publications.
- Pondsathorn Pogpuemdee. (2016). Health at a Glance Thailand 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Sirisawad, W., & Ratanaporn, N. (2021). Telehealth in Thailand: A path to enhance health access in rural areas. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(1), 3-10. <https://doi.org/10.1177/1357633X20935642>
- Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control.NCBI; 13(11):138. [cited 2017 November 1] from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Suda Dejitaksiriku et all. (2021). Effective Communication to Enhance Health Literacy in Diabetic Older Adults with High Blood Pressure. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 32(1): 1-13.
- Thai Law. (2017). Constitution of the Kingdom of Thailand 2017. Bangkok: National Legislative Assembly.
- Thai Health Promotion Foundation. (2563). Health Policy Framework for the 21st Century. Retrieved from Thai Health Promotion Foundation
- Vichai Thianthaworn and Narong chaitiang.(2022). Role of operations in producing graduates in health sciences.In the next decade of the Praboromrajonani Institute, *Journal of Public Health and Health Sciences*. 5(1):236-246.
- WHO. (2008) Primary health care: identified five key elements to achieving that goal; [cited 2016November 23] Available from URL: <http://www.who.int>.
- World Health Organization. (2021). *Primary health care: Transforming vision into action*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241561949>
- World Health Organization. (2020). *Telehealth: Opportunities and developments in Member States*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241517434>
- World Health Organization. (2018). Strengthening primary health care for universal health coverage. Retrieved from WHO reports

## Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products

Chardsumon Prutipinyo\*

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

*email: chardsumon.pru@mahidol.edu*

### Academic article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Prutipinyo, C. (2024). Illicit Trade in Tobacco Products. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(3), 667–677. retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/278252>

Received: 5 August 2024

Revised: 15 August 2024

Accepted: 24 August 2024

#### Abstract

The illicit trade in cigarettes and e-cigarettes in Thailand is a problem concerning with both health and economic impacts. The signing and implementation of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products, will help alleviate the problem, through strict law enforcement and international cooperation in prevention of the illicit production and distribution of e-cigarettes. The Protocol is part of the World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC) with aims to suppress the global cigarette illicit trade. Although the Protocol began with the control of conventional cigarettes, but e-cigarettes and new tobacco products become increasingly popular. It is important to control all forms of illicit tobacco products trade, including e-cigarettes and e-liquids.

**Keywords:** Controlling Illicit Cigarettes; Illicit Cigarette Trade; E-cigarettes; Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products

## การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

### ฉัตรสุนัน พฤตนิญโญ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

### บทความวิชาการ

วันรับ 5 ส.ค. 2567

วันแก้ไข 15 ส.ค. 2567

วันตอบรับ 24 ส.ค. 2567

#### บทคัดย่อ

การค้าบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ การเข้าร่วมลงนามและการปฏิบัติตามพิธีสารว่าด้วยการค้าผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) จะช่วยลดการค้ายาสูบผิดกฎหมายและบุหรี่ไฟฟ้าได้ การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและการร่วมมือระหว่างประเทศในการควบคุมการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่ผิดกฎหมาย พิธีสารฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งของกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO -FCTC) มีวัตถุประสงค์ในการปราบปรามการค้าบุหรี่เถื่อนทั่วโลก แม้ว่าพิธีสารนี้จะเริ่มจากการควบคุมบุหรี่ธรรมดา แต่เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ กำลังเป็นที่นิยมขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้พิธีสารนี้มีความสำคัญในการควบคุมการค้ายาสูบผิดกฎหมายทุกรูปแบบ รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้าและของเหลวที่ใช้ในบุหรี่ไฟฟ้า (E-liquids) ที่ผิดกฎหมาย

**คำสำคัญ:** การควบคุมบุหรี่ผิดกฎหมาย; การค้าบุหรี่เถื่อน; บุหรี่ไฟฟ้า; พิธีสารว่าด้วยการค้าผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

## บทนำ

พิธีสารขจัดการค้ายาสูบผิดกฎหมาย (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) มีวัตถุประสงค์หลักในการลดและขจัดการค้ายาสูบที่ผิดกฎหมายทั่วโลก สถิติจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า บุหรี่ผิดกฎหมายหรือบุหรี่เถื่อนครอบคลุมประมาณร้อยละ 10-15 ของการค้ายาสูบทั่วโลก ซึ่งในบางประเทศอาจสูงถึงร้อยละ 50 หรือมากกว่าในบางกรณี การค้ายาสูบเถื่อนทำให้รัฐบาลสูญเสียรายได้จากภาษีบุหรี่ และสามารถทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงสินค้าบุหรี่ที่ไม่ผ่านการควบคุมมาตรฐานทางสุขภาพ การค้ายาสูบเถื่อนมักพบมากในภูมิภาคที่การบังคับใช้กฎหมายมีความเข้มงวดต่ำ เช่น บางประเทศในเอเชียและแอฟริกา รวมถึงบางประเทศในยุโรป องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดทำรายงานและการศึกษาหลายฉบับเกี่ยวกับการค้ายาสูบผิดกฎหมาย ซึ่งระบุข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของตลาดบุหรี่เถื่อนทั่วโลก การกระจายตัวของการค้ายาสูบผิดกฎหมาย และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจ พบว่า การค้ายาสูบเถื่อนเป็นปัญหาทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (WHO, 2020)

การดำเนินการตามพิธีสารฯ ช่วยให้ประเทศต่าง ๆ สามารถทำงานร่วมกันในการลดปัญหาการค้ายาสูบเถื่อนและยกระดับการควบคุมการค้ายาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาหรือการวิจัยเกี่ยวกับการค้ายาสูบผิดกฎหมาย (Illicit Trade in Tobacco Products) ภายใต้พิธีสาร (Protocol) ที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดการค้ายาสูบเถื่อน (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) มีการดำเนินการในหลายประเทศและได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางเพื่อประเมินผลกระทบและหามาตรการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (WHO, 2020) จากการศึกษาจากธนาคารโลกพบว่า การค้ายาสูบเถื่อนเป็นปัญหาที่สำคัญในหลาย

ประเทศ เนื่องจากการสูญเสียรายได้จากภาษีและการเพิ่มภาระทางสุขภาพจากการบริโภคบุหรี่ที่ไม่ได้รับการควบคุมองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกับ WHO เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางเศรษฐกิจในการต่อสู้กับการค้ายาสูบผิดกฎหมาย (World Bank, 2019)

สหภาพยุโรป (European Commission (2019) ได้ดำเนินโครงการร่วมกับองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกเพื่อสร้างมาตรการที่สามารถควบคุมการค้ายาสูบผิดกฎหมาย โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อติดตามแหล่งที่มาของบุหรี่ เช่น การใช้ระบบการติดตามและตรวจสอบผลิตภัณฑ์บุหรี่ (Track and Trace Systems) ที่สามารถลดการขยายตัวของการค้ายาสูบผิดกฎหมาย ในภูมิภาคยุโรป การศึกษาของคณะกรรมการการยุโรป พบว่า การใช้ระบบติดตามช่วยลดการค้ายาสูบเถื่อนลงได้มากถึง 50% ในบางประเทศที่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด (European Commission, 2019) นอกจากนี้ การวิจัยจากสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) เกี่ยวกับการค้ายาสูบผิดกฎหมาย ระบุว่า การค้ายาสูบผิดกฎหมายเชื่อมโยงกับกิจกรรมทางอาชญากรรมอื่น ๆ และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินของประเทศต่าง ๆ โดยการควบคุมและปราบปรามการค้ายาสูบเถื่อนจะต้องทำในระดับโลก เพื่อให้ได้ผลที่ยั่งยืน (UNODC, 2021) พิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) มีวัตถุประสงค์ในการปราบปรามการค้ายาสูบเถื่อนทั่วโลก โดยใช้มาตรการที่เข้มงวดในการติดตามและตรวจสอบการผลิต การขนส่ง การจำหน่าย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการระบุแหล่งที่มาของสินค้าดังกล่าว ในประเทศไทย ปัญหาการค้ายาสูบเถื่อนเป็นประเด็นที่มีผลกระทบทั้งในด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ การค้ายาสูบเถื่อนทำให้สูญเสียรายได้จากภาษี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การดำเนินการในกรอบ

พิธีสารฯ ภายใต้กรอบอนุสัญญา FCTC ก็มีการนำมาใช้ใน ประเทศไทยเพื่อป้องกันและปราบปรามการค้ายาสูบผิด กฎหมายในรูปแบบต่างๆ พิธีสารฯ มีมาตรการที่เข้มงวดใน การติดตามและตรวจสอบการผลิต การขนส่ง การจำหน่าย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการระบุแหล่งที่มาของสินค้า ดังกล่าว

แม้ว่าพิธีสารนี้จะเริ่มจากการควบคุมบุหรี่ ธรรมดา แต่เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้า และผลิตภัณฑ์ยาสูบ รูปแบบใหม่ๆ กำลังเป็นที่นิยมขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้พิธีสารนี้ มีความสำคัญในการควบคุมการค้ายาสูบผิดกฎหมายทุก รูปแบบ รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้าและของเหลวที่ใช้ในบุหรี่ไฟฟ้า (E-liquids) ที่ผิดกฎหมาย ในบทความนี้ ผู้เขียนมี จุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอ 2 ประเด็นคือ สถานการณ์การค้า บุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย และมาตรการ ควบคุมการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้า

### 1. สถานการณ์การค้าบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

การค้าบุหรี่เถื่อนในประเทศไทยมีการศึกษาจาก หลายองค์กร หนึ่งในสถิติที่สำคัญ ได้แก่ การค้ายาสูบผิด กฎหมาย ในประเทศไทยคิดเป็นประมาณร้อยละ 15-20 ของการบริโภคบุหรี่ทั้งหมด ซึ่งมีผลกระทบต่อรายได้จาก ภาษีและความปลอดภัยของประชาชน (กรมศุลกากร, 2021) บุหรี่เถื่อนที่มีการผลิตและจำหน่ายในประเทศไทย มักมีราคาถูกกว่าบุหรี่ที่มีการจัดเก็บภาษี จึงทำให้มีการ บริโภคในหมู่ผู้ที่มีรายได้น้อย การบังคับใช้กฎหมายที่ เข้มงวดและการใช้เทคโนโลยีในการตรวจสอบแหล่งที่มา ของบุหรี่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการลดลงของบุหรี่เถื่อน ในตลาด แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนาและ แก้ไขอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก WHO (2020) ได้ เผยแพร่รายงานเกี่ยวกับการค้ายาสูบผิดกฎหมายทั่วโลก และประเทศไทยก็เป็นส่วนหนึ่งในกรอบการศึกษานี้ การ บังคับใช้พิธีสารและระบบการติดตามเช่น Track and Trace มีส่วนช่วยในการลดการค้าบุหรี่เถื่อนในประเทศไทย (WHO, 2020)

กระทรวงการคลัง (Ministry of Finance, Thailand, 2020) รายงานว่า การค้าบุหรี่เถื่อนส่งผล

กระทบอย่างมากต่อการสูญเสียรายได้จากภาษี โดยภาษี บุหรี่เป็นแหล่งรายได้สำคัญของรัฐบาล ซึ่งกระทบต่อการ พัฒนาทางเศรษฐกิจและการใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข การรายงานกรมศุลกากร (Thai Customs Department, 2021) การจับกุมสินค้าบุหรี่ยเถื่อนจากกรมศุลกากรแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการดำเนินการในด้านการ ปราบปรามการค้ายาสูบผิดกฎหมาย โดยกรมศุลกากรได้ ดำเนินการจับกุมบุหรี่ยเถื่อนที่ถูกนำเข้ามาในประเทศอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดปัญหานี้ (กรมศุลกากร, 2021) การปราบปรามการค้าบุหรี่ยเถื่อนในประเทศไทยอยู่ ภายใต้กรอบของพิธีสาร *Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products* ที่มีการดำเนินการร่วมกับ องค์กรระหว่างประเทศเพื่อใช้มาตรการทางกฎหมาย เทคโนโลยี และความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไข ปัญหานี้ แม้จะมีความพยายามและความสำเร็จในบางด้าน แต่การค้าบุหรี่ยเถื่อนยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายและต้องการ การดำเนินการที่เข้มงวดและต่อเนื่อง

การค้ายาสูบผิดกฎหมายหรือการค้าบุหรี่ยเถื่อน ไม่ได้จำกัดแค่บุหรี่ที่ผลิตและจำหน่ายในลักษณะทั่วไป เท่านั้น แต่รวมถึง บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarettes) ที่ผิดกฎหมาย หรือบุหรี่ไฟฟ้าด้วย ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นในหลาย ประเทศ รวมถึงประเทศไทย การค้ายาสูบผิดกฎหมายทั้ง ในรูปของบุหรี่ยธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดปัญหาใน ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการบังคับใช้กฎหมาย โดยการ ดำเนินการตาม พิธีสาร *Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products* ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มีบทบาทในการควบคุมการค้าบุหรี่ไฟฟ้าด้วย เช่นกัน

การค้ายาสูบผิดกฎหมายในรูปแบบของบุหรี่ ไฟฟ้า เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยด้วยเช่นกัน แม้ว่า บุหรี่ไฟฟ้าจะมีความนิยมในกลุ่มคนรุ่นใหม่ แต่การ จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยยังคงผิดกฎหมายตาม กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกฎหมายห้ามนำเข้า หรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งส่งผลให้เกิดการค้ายาสูบผิด

กฎหมายในรูปแบบของบุหรี่ไฟฟ้าที่หลังไหลเข้ามาจากต่างประเทศ

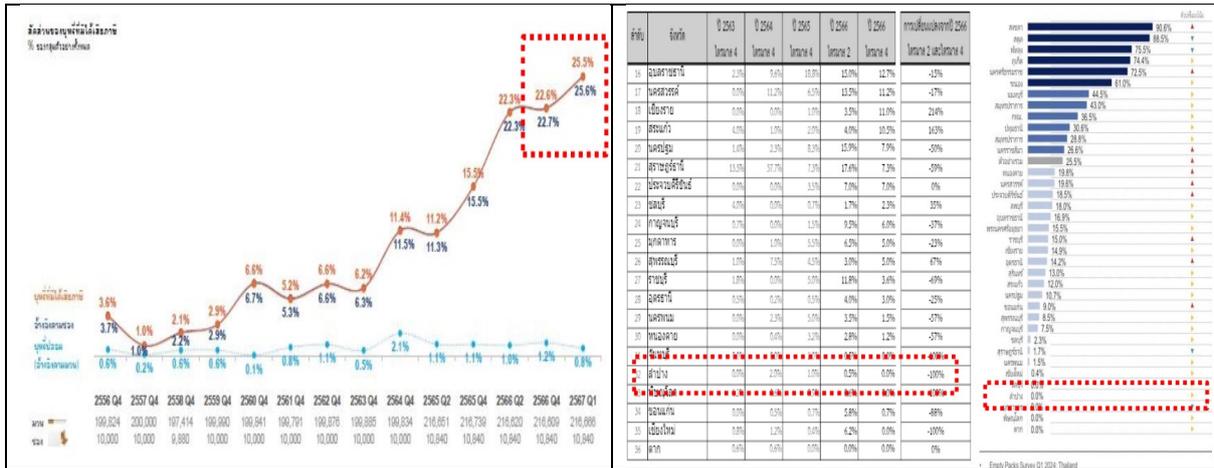
ประเทศไทยออกมาตรการหลายอย่างเพื่อลดการบริโภคยาสูบตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 ได้แก่ มาตรการห้ามโฆษณาส่งเสริมการขายในทุกรูปแบบ มาตรการห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และสถานที่อื่นๆตามที่กฎหมายกำหนด มาตรการทางภาษีและราคา มาตรการควบคุมฉลาก เป็นต้น จากงานวิจัยด้านนโยบายมาตรการที่ใช้ควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ มาตรการทางภาษีและราคา แต่มาตรการนี้จะสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพก็โดยมีการป้องกันและปราบปรามบุหรี่ผิดกฎหมาย ทั้งในรูปแบบ หนีภาษี บุหรี่ปลอม อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้มาตรการทางภาษีและราคาที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องเกือบทุกปีของกรมสรรพสามิต โดยเฉพาะ ครั้งหลังสุดในปี 2560 (16 กันยายน 2560) ซึ่งกำหนดอัตราบุหรี่ ออกเป็น 2 ชั้น คือบุหรี่ที่มีราคาปลีกตั้งแต่ 60 บาท ลงมาเก็บภาษีสรรพสามิตร้อยละ 20 ชลบุรี ที่มีราคา 60 บาทขึ้นไปเก็บภาษีสรรพสามิตร้อยละ 40 ส่วนอัตราภาษีตามปริมาณ ม้วนละ 1.20 บาทเท่ากัน โครงสร้างและอัตราภาษีดังกล่าวทำให้การจัดเก็บภาษียาสูบลดต่ำลง จาก 68,603.09 ล้านบาทในปี 2560 จัดเก็บได้ 68,548.17 ล้านบาทในปี 2561 จัดเก็บได้ 67,410.24 ล้านบาทในปี 2562 จัดเก็บได้ 62,904.57 ล้านบาทในปี 2563 และจัดเก็บได้ 43,000.85 ล้านบาทใน 8 เดือนแรกของปี 2564 (วิวัฒน์ เชาสกุล, n.d.)

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติ

แห่งชาติ การที่รัฐบาลมีนโยบายต่อสู้กับปัญหาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่เสียภาษีถือเป็นโอกาสช่วยเพิ่มการจัดเก็บภาษีบุหรี่ให้ได้ตามเป้าหมายที่ 78,000 ล้านบาท ด้วย บุหรี่ที่เสียภาษีถูกต้องตามกฎหมายส่วนใหญ่มีราคาขายปลีกของละ 60 บาท การจัดการกับบุหรี่ที่ไม่เสียภาษีได้ทั้งหมดอาจช่วยให้ภาครัฐจัดเก็บภาษีได้เพิ่มอีก 4 พันล้านบาท ในปี 2564 ผลการสำรวจของบุหรี่เปล่า (PMTT Empty Packs Survey) พบว่าจังหวัดสงขลาเป็น 1 ใน 5 จังหวัดในภาคใต้ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ผิดกฎหมายมากที่สุดในประเทศ โดยร้อยละ 84.5 ของของบุหรี่ที่เก็บได้เป็นบุหรี่ที่ไม่ได้เสียภาษี ตามด้วยจังหวัดอื่น ๆ ได้แก่ สตูล (84.1%) สุราษฎร์ธานี (57.7%) พัทลุง (56.9%) และ นครศรีธรรมราช (46.9%) ซึ่งบุหรี่ที่ไม่เสียภาษีส่วนใหญ่ในประเทศไทย (77%) มาจาก 5 จังหวัดภาคใต้นี้ รวมถึงภูเก็ตและระนอง ขณะที่ในระดับประเทศ อุบัติการณ์ของบุหรี่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้นเกือบ 70% จาก 6.2% ในเดือนตุลาคม 2563 เป็น 10.3% ในเดือนตุลาคม 2564 ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มจำนวนที่สูงที่สุดของบุหรี่ผิดกฎหมายในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

บุหรี่ผิดกฎหมายในประเทศมีผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานของอุตสาหกรรมยาสูบโดยรวม ซึ่งได้แก่ชาวไร่ยาสูบกว่า 30,000 ครอบครัว ตลอดจนร้านค้าปลีกที่ขายสินค้าอย่างถูกกฎหมายกว่า 500,000 ราย ผู้ผลิตและผู้นำเข้า ตลอดจนรายได้ของรัฐบาลโดยประมาณการว่ารายได้จากภาษีที่สูญเสียไปกับบุหรี่เถื่อนมีมูลค่าเกือบ 7 พันล้านบาท ในปี 2564 เพิ่มขึ้น 67% เมื่อเทียบกับปี 2563 (สำนักงานสรรพสามิต พื้นที่ลำปาง 2566)



ที่มา PMTT Empty Packs Survey 2022 อ้างอิงกรมสรรพสามิต

นอกจากนี้ การปรับโฉมอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อสร้างสังคมไร้ควันและนำผลิตภัณฑ์ไร้ควัน (Smoke-free Product) มาแทนที่บุหรี่ซิการ์เรต โดยอ้างอิงประโยชน์ของสังคม บริษัท ผู้ถือหุ้น และผู้สูบบุหรี่ที่เป็นผู้ใหญ่ที่ตัดสินใจจะบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อไปโดยเสนอผลิตภัณฑ์ไร้ควัน (ฟิลลิป มอริส 8 มีนาคม 2565) บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์เป็นภัยเงียบที่สำคัญในปัจจุบันของวัยรุ่น จากกลยุทธ์ทางการตลาด เช่น การโฆษณาที่สร้างให้เชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเพราะไม่มีใบยาสูบ (Chanika Jaroenjittkul, Chadapa Prasertsong, 2014)

ในการสัมมนางานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ. 2566 พบว่า กรุงเทพฯ มีวิกฤตบุหรี่ไฟฟ้าไทยระบาดเพิ่ม 10 เท่าใน 1 ปี ซึ่งการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบประชากรไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 0.14 % คิดเป็นจำนวน 78,742 คน ของ

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าอายุ 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน และการสำรวจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ปี 2565 พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 1.21 คิดเป็นจำนวน 709,677 คน โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อายุ 15-24 ปีจำนวน 269,553 คน (งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16, 2023) สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย นำวิตกกังวลอย่างยิ่งเพราะอยู่ในช่วงระบาดขาขึ้น ที่จำเป็นต้องประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบและเข้มข้นจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคีเครือข่าย ซึ่งสิ่งที่สำคัญต้อง ‘คงกฎหมายห้ามนำเข้าห้ามนายบุหรี่ไฟฟ้า’ ประเทศไทยอาจจะตกอยู่ในสถานการณ์ยากลำบากกว่านี้เหมือนแคนาดาและนิวซีแลนด์ที่เมื่อยกเลิกกฎหมายแล้วอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนพุ่งสูงขึ้น 2-5 เท่าใน 3 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2066)

**สถิติการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและการลักลอบนำเข้าในประเทศไทย**

ปี	จำนวนผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (โดยประมาณการ)	จำนวนการจับกุมบุหรี่ไฟฟ้า (ชิ้น)	มาตรการควบคุมที่สำคัญ
2563	2.1 ล้านคน <sup>1</sup> (ประมาณ)	5,000 - 10,000 <sup>1</sup> ชิ้น/เดือน	ห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า, การณรงค์ให้ความรู้
2564	2.4 ล้านคน <sup>2</sup> (ประมาณ)	8,000 - 12,000 <sup>2</sup> ชิ้น/เดือน	เพิ่มการตรวจสอบการนำเข้าผ่านช่องทางออนไลน์
2565	2.7 ล้านคน <sup>3</sup> (ประมาณ)	10,000 - 15,000 <sup>3</sup> ชิ้น/เดือน	รณรงค์และจำกัดการจำหน่ายผ่านเว็บไซต์

ปี	จำนวนผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (โดยประมาณการ)	จำนวนการจับกุมบุหรี่ไฟฟ้า (ชิ้น)	มาตรการควบคุมที่สำคัญ
2566	3 ล้านคน <sup>4</sup> (ประมาณ)	12,000 - 18,000 <sup>4</sup> ชิ้น/เดือน	รัฐบาลเพิ่มมาตรการตรวจสอบที่เข้มข้นจาก ศุลกากร
ที่มา	1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (NSO), ศุลกากรไทย 2 กระทรวงสาธารณสุข (Public Health Ministry) 3 กองงานคณะกรรมการยาสูบ, 4 ศุลกากรไทย, กระทรวงสาธารณสุข		

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า แม้ว่าจะมีกฎหมายห้ามใช้ในประเทศไทย แต่การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office) พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-30 ปี มีแนวโน้มที่จะหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทั่วไปมาก่อน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2563 มีประชากรไทยประมาณ 2.1 ล้านคนที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งคาดว่าแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังคงสูงขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเข้าถึงเทคโนโลยีและออนไลน์

ตามรายงานจากสำนักงานศุลกากร (Customs Department) และหน่วยงานด้านสาธารณสุข รวมถึงการตรวจสอบในสนามบินและท่าเรือ มีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นจำนวนมากในแต่ละปี โดยมีการจับกุมบุหรี่ไฟฟ้าจำนวนหลายพันชิ้นในแต่ละเดือน และพบว่าบุหรี่ไฟฟ้าที่ลักลอบนำเข้ามามักจะเป็นสินค้าที่ผ่านช่องทางขนส่งต่างประเทศ เช่น การซื้อขายออนไลน์ หรือการนำเข้าผ่านช่องทางไปรษณีย์ ในปี 2563-2564 สำนักงานศุลกากรไทยได้จับกุมการลักลอบนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง 5,000-10,000 ชิ้นในแต่ละเดือน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มตลาดออนไลน์ การนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าและส่วนที่เกี่ยวข้อง (เช่น น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า) ถือเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายตั้งแต่ปี 2557 โดยห้ามการนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศ รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย (NSO., 2560, 2563) รายงานจากกระทรวงสาธารณสุข (2564) จำนวนผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นการประมาณการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยพบว่าผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ไม่เคย

สูบบุหรี่ทั่วไปมาก่อน รายงานการจับกุมการลักลอบนำเข้าสินค้าและบุหรี่ไฟฟ้าศุลกากรไทยแสดงให้เห็นถึงจำนวนบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกจับกุมโดยศุลกากรไทยในแต่ละปี ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการควบคุมการนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมาย และมาตรการควบคุม สะท้อนถึงการดำเนินงานของรัฐบาลในการควบคุมการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า เช่น การห้ามนำเข้าผ่านท่าเรือและสนามบิน การเพิ่มการตรวจสอบจากช่องทางออนไลน์ และการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า จากการศึกษาจากสถาบันต่างๆ รายงานและข้อมูลการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยข้อมูลในตารางด้านล่างเป็นการรวบรวมสถิติที่สำคัญในปีล่าสุดพร้อมแหล่งอ้างอิง

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าร่วมในพิธีสารเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการค้ายาสูบผิดกฎหมาย ซึ่งมีการลงนามในปี 2556 (ค.ศ.2013) โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดการค้ายาสูบผิดกฎหมายและการผลิตบุหรี่เถื่อน โดยมีการดำเนินการในหลายระดับ อาทิ ประเทศไทยได้เริ่มใช้ระบบการติดตามและตรวจสอบแหล่งที่มาของบุหรี่ (Track and Trace) ซึ่งช่วยในการติดตามการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ เพื่อป้องกันการปลอมแปลงและการค้าบุหรี่เถื่อน เพิ่มมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การจำหน่าย และการควบคุมการนำเข้าบุหรี่ เพื่อให้มีการบังคับใช้ที่เข้มงวดขึ้นในด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้ร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อป้องกันและปราบปรามการค้าบุหรี่เถื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ (Prutipinyo, C 2020, 2021)

WHO (2021) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการควบคุมการค้าผิดกฎหมายทั้งในรูปของบุหรี่ธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีรายงานต่างๆ ที่เน้นถึงผลกระทบจากการค้าบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งการควบคุมในกรอบ FCTC และพิธีสารนี้จะช่วยลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีการควบคุมและปลอดภัย กรมศุลกากรไทย (Thai Customs Department) มีบทบาทสำคัญในการปราบปรามการค้ายาสูบผิดกฎหมายรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีการจับกุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกนำเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับข้อกฎหมายและการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่ผิดกฎหมาย โดยเน้นย้ำถึงการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่ได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2021) ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน การศึกษาเน้นถึงการกระตุ้นให้มีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

**มาตรการควบคุมการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้า**

ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นการขับเคลื่อนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมควรเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ควรใช้นโยบายบังคับและเพิ่มภาษี เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และควรเพิ่มการศึกษาในด้านผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมจากบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง และมีสามให้มากขึ้น (Kasemsap Charuvan, 2018)

การเข้าร่วมพิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายจะช่วยให้ประเทศไทยมีวิธีการจัดการกับการค้ายาสูบที่ผิดกฎหมายมากขึ้น (Prutipinyo, 2022) เพราะเป็นเรื่องความร่วมมือระหว่างประเทศ ประกอบในเรื่องความช่วยเหลือและร่วมมือทั้งทางด้านการฝึกอบรม ความช่วยเหลือทางเทคนิค และความร่วมมือและการสืบสวนสอบสวนและการดำเนินคดี การปกป้องอำนาจอธิปไตย เขตอำนาจตามกฎหมาย ความร่วมมือในการบังคับใช้กฎหมาย ความช่วยเหลือในการบริหารงานทาง

กฎหมายระหว่างกัน และการส่งผู้ร้ายข้ามแดน อย่างไรก็ตาม หน่วยงานสรรพสามิตได้ชี้แจงถึงปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการทำระบบตรวจติดตามในระหว่างประเทศ เพราะต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหลายหน่วยงานยิ่งกว่านั้น ในอาเซียน ยังไม่มีประเทศใดเข้าร่วมพิธีสาร จึงควรให้ประเทศไทยพิจารณาในเวทีอาเซียนก่อน นอกจากนี้ประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียนยังมีโอกาสประชุมกันน้อยและเป็นประเด็นอ่อนไหวทางการเมืองระหว่างประเทศ เนื่องจากองค์การอนามัยโลกจัดกลุ่มประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในอาเซียนอยู่กันคนละกลุ่ม (Prutipinyo, 2020) ผลการศึกษาชี้ หน่วยงานของรัฐยังต้องมีการดำเนินการอีกหลายอย่าง เพื่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมพิธีสารฯ

ข้อมูลเกี่ยวกับการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องในช่วงปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ que เริ่มหันมาสนใจบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการควบคุมที่เกี่ยวข้องกับการนำเข้าบุหรี่เถื่อนและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เข้มงวดจากรัฐบาลไทย

การดำเนินการควบคุมการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีอยู่ในกฎหมาย ได้แก่ (Prutipinyo, 2022)

1. พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตรา 244 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดนำเข้าของที่ผ่านหรือกำลังผ่านพิธีการทางศุลกากรเข้าในราชอาณาจักร หรือส่งของดังกล่าวออกไปนอกราชอาณาจักร หรือนำของเข้าเพื่อการผ่านแดน หรือการถ่ายลำเสี่ยงโดยหลีกเลี่ยงข้อจำกัด หรือข้อห้ามอันเกี่ยวกับของนั้น ซึ่งความผิดที่ผู้มีไว้ในครอบครองซึ่งของที่ได้ผ่านพิธีการศุลกากรจะได้รับคือความผิดฐานสนับสนุนการกระทำความผิด

2. พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตรา 246 ใช้สำหรับกรณีของผู้ที่ ช่วยซ่อนเร้น ซื่อ รับไว้ หรือมีบุหรี่ไฟฟ้าไว้ใน ครอบครอง ทั้งที่รู้หรือรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้า เป็นของที่ห้ามนำเข้ามาประเทศไทย ต้องถือว่ามีความผิด

ยังมีได้ผ่านพิธีการศุลกากรโดยถูกต้อง ตามมาตรา 246 วรรคหนึ่ง ของ พ.ร.บ.ศุลกากร พ.ศ. 2560 มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับเป็นเงิน 4 เท่าของราคาสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ

3. กรณีผู้ขายหรือผู้ให้บริการบุหรี่ไฟฟ้า คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้มีคำสั่งที่ 9/ 2558 เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า "บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู" น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า" ดังนั้น ผู้ใดขายหรือให้บริการบุหรี่ไฟฟ้า น้ำยาเติม มีความผิดตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 600,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

4. กรณีผู้นำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า มีความผิดตาม ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นสินค้าที่ต้องห้ามนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือปรับเป็นเงิน 5 เท่า ของราคาสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ กับ ให้ริบหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งสิ่งที่ใช้บรรจุ และพาหนะใดๆ ที่ใช้ในการบรรจุทุกสินค้าบุหรี่ไฟฟ้านั้นด้วย นอกจากนั้นยังมีความผิดตาม พ.ร.บ.ศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตรา 244 ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลอาจสั่งริบของนั้นก็ได้ ไม่ว่าจะมิผู้ถูกลงโทษตามคำพิพากษาหรือไม่

5. กรณีผู้ครอบครองหรือรับไว้ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้า อันเป็นสินค้าห้ามนำเข้ามาในราชอาณาจักรจะมีความผิดฐาน ช่วยซ่อนเร้น ช่วยจำหน่าย ช่วยพาเอาไปเสีย ซื้อ หรือรับไว้โดยประการใด ซึ่งของอันตนรู้ว่า เป็นของที่เข้ามาในราชอาณาจักร โดยยังมีได้ผ่านพิธีการศุลกากรโดยถูกต้อง ตามมาตรา 246 วรรคหนึ่งของพระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับเป็นเงิน 4 เท่าของราคาสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ

6. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ระบุห้ามสูบในสถานที่สาธารณะ โดยมีบารากูตั้งเดิม บารากูไฟฟ้า และบุหรี่ไฟฟ้า(หากมีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ) โดยมีบทลงโทษ ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

จากการถอดบทเรียน การปราบปรามบุหรี่ที่มีข้อด้วยกฎหมายของหน่วยงานในจังหวัดลำปาง (Wivat Khaosakun, n.d.) พบข้อเสนอที่น่าสนใจคือ 1) การบูรณาการทำงานร่วมกับสายข่าวในพื้นที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ภาคท้องถิ่นต่าง ๆ เพื่อการเข้าถึงในทุกพื้นที่หน่วยงานอื่นในท้องถิ่น 2) บูรณาการทำงานกับหน่วยงานขนส่งต่าง ๆ เช่น บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ขนส่งเอกชนต่าง ๆ ในการติดตามความเคลื่อนไหวการขนส่ง 3) การออกสุ่มเก็บของบุหรี่เปล่า จากแหล่งชยะสาธารณะและท้องถนน เพื่อหาความเสี่ยงของจุดขาย 4) ในการดำเนินงานของหน่วยงานสนับสนุนเครื่องมือในการหาพยานหลักฐานเพื่อใช้ปราบปรามการกระทำผิดทาง ONLINE เช่น อุปกรณ์ตรวจจับเอ็กซเรย์เพื่อตรวจดูสิ่งของภายในหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ส่วนการลักลอบนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าและการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่หันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าในฐานะทางเลือกจากการสูบบุหรี่ทั่วไป ซึ่งรัฐบาลไทยได้ดำเนินการมาตรการควบคุมที่เข้มงวด รวมถึงการออกกฎหมายห้ามการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าและการรณรงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันผลกระทบทางสุขภาพในอนาคต

### สรุปและข้อเสนอแนะ

มาตรการหลัก 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ 1) การควบคุมการนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าถือว่าเป็นการกระทำผิดกฎหมายในประเทศไทย ดังนั้นการนำเข้าหรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ซึ่งมักเกิดขึ้นผ่านช่องทางออนไลน์ หรือการขนส่งสินค้าผ่านทางศุลกากร 2) การจับกุม ทางกรมการไทยมีการจับกุมบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกนำเข้ามาในประเทศอย่างต่อเนื่อง การจับกุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่ได้รับการควบคุมตามกฎหมายมีความสำคัญในการลดการค้าผิดกฎหมายและป้องกันผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน 3) ความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคและระดับโลกในการต่อสู้กับการค้ายาสูบผิดกฎหมายและบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้เทคโนโลยีติดตามและมาตรการที่มีความ

เข้มงวดในการควบคุม 4) การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองงานคณะกรรมการควบคุมยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข กรมสรรพสามิต และกรมศุลกากร ได้มีความร่วมมือในการตรวจสอบการลักลอบนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในช่องทางต่างๆ เช่น การใช้เทคโนโลยีติดตามสินค้า (tracking systems) และการตรวจค้นในพื้นที่ท่าเรือและสนามบิน และ 5) การควบคุมผ่านช่องทางออนไลน์โดยกรมศุลกากรและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น การควบคุมการส่งออกและนำเข้าผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และการตรวจสอบสินค้าที่ส่งทางไปรษณีย์

บุหรี่ผิดกฎหมายและบุหรี่ไฟฟ้าสร้างผลกระทบต่อสุขภาพอย่างใหญ่หลวง การใช้บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นการเสี่ยงต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารเคมีที่เป็นอันตรายหลายชนิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาปอด หัวใจ และมะเร็ง ดังนั้น รัฐจำเป็นต้องคงกฎหมายห้ามนำเข้าห้ามนำขายบุหรี่ไฟฟ้า และเนื่องจากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่ใช้ในปัจจุบันไม่สัมฤทธิ์ผลในการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน อีกทั้งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นการขับเคลื่อนให้ควรมีการจัดทำกฎหมายตามพิธีสารว่าด้วยการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย และขับเคลื่อนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมควรเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Jaroenjikul Chanika, Prasertsong Chadapa , (2014). E-cigarette: Silent Dangers to Youth, Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15 (3) (Sep - Dec);149.
- Customs Department. (2020). Report on Seizure of Electronic Cigarettes and Illegal Goods. Bangkok: Customs Department.
- Customs Department. (2021). Report on the seizure of illegal goods Bangkok: Customs Department.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Tobacco Product Control Committee, (2021). Smoking Statistics and Control Measures. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Illicit tobacco trade and organized crime*. Vienna: UNODC. Retrieved from <https://www.unodc.org>.

บุหรี่ไฟฟ้า การบังคับใช้นโยบายบังคับและเพิ่มภาษี การคงให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมายต่อไป และควรเพิ่มการศึกษาในด้านผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง และมือสามให้มากขึ้น

ผู้เขียนจึงขอเสนอรัฐบาลไทยให้คงดำเนินมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด รวมถึงการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดขึ้น และการให้ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ธรรมดามาก่อน รัฐบาลไทยได้ดำเนินมาตรการที่เข้มงวดในการควบคุมการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าและการขายผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อปกป้องสุขภาพประชาชน และการลักลอบนำเข้ายังคงเป็นปัญหาที่ทำลายในการบังคับใช้กฎหมาย การเข้าร่วมพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายจะช่วยให้ประเทศไทยมีวิธีการจัดการกับการค้ายาสูบที่ผิดกฎหมายมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้การควบคุมยาสูบ (TRC) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เขียนขอขอบคุณต่อหน่วยงานที่สนับสนุนทุนนี้

- Excise Office, Lampang Area (n.d.) Suppression of illegal cigarettes: Knowledge management between agencies  
<https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/ntu2/~edisp/uatucm556766.pdf>
- European Commission. (2019). *Report on the implementation of the Tobacco Products Directive*. Brussels: European Commission. Retrieved from <https://ec.europa.eu>.
- Food and Drug Administration (FDA) (n.d.) Report and Information on Tobacco Product Control.
- Food and Drug Administration (FDA). (2020). Electronic Cigarette Control in Thailand.
- Kasemsap C.. (2018). E-cigarettes as Environmental Safety Laws and Economic Dimensions in Thailand KASEM BUNDIT JOURNAL; Volume 19, Issue 2, 2018, pp.92-107
- National Statistical Office (2017, 2023) - Report on Smoking Behavior Survey in Thailand
- National Health Assembly. (2023) Seminar on 'E-cigarettes, a Silent Threat to Youth' of the 16<sup>th</sup> National Health Assembly on December 22, 2023 <https://shorturl.asia/plfB1>
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2021). Impact of Electronic Cigarette Use in Thailand. Bangkok: Public Health Research Center.
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2023) “revealed that the prevalence of e-cigarettes in Thailand has increased 10 times in 1 year. Statistics indicate that in 2021...”. December 31, 2023 <https://shorturl.asia/plfB1>
- Thai Ministry of Finance. (2020). The impact of the loss of revenue from illegal cigarette taxes in Thailand. Bangkok: Ministry of Finance. (Thai version)
- Thai Customs Department - Report on the Seizure of Smuggled Goods and Electronic Cigarettes
- Phillip Morris, March 8 (2022), Applauds the suppression of illegal cigarettes in the South to protect the country's income and legitimate businesses <https://www.pmi.com/docs/default-source/thailand-market-files/mar-8-22-thailand-empty-pack-survey-2022.pdf>
- Prutipinyo Chardsumon (2020) Tracking and tracing system in illegal tobacco. Research report, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. <https://doi.thaihealth.or.th>
- Prutipinyo Chardsumon (2020) Adoption of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. Quality of life and law journal, 16 (2) July – December; 12
- Prutipinyo Chardsumon (2021) Legal measures in Thailand and international laws related to Illegal trade in tobacco products. Public Health Policy & Laws Journal, 7 (2) May-August 2021; 373
- Wivat Khaosakun (n.d.). Policy to solve the problem of illegal cigarettes. Excise  
<https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/ndmy/~edisp/uatucm432626.pdf>
- World Bank. (2019). *Tackling the illicit tobacco trade: A comprehensive approach to combating the global tobacco epidemic*. Washington, D.C.: World Bank Group. Retrieved from <https://www.worldbank.org>.
- World Health Organization (WHO). (2020). The illicit trade in tobacco products and how to counter it. Retrieved from <https://www.who.int>.
- World Health Organization (WHO). (2021). Tobacco product regulation and illicit trade. Retrieved from <https://www.who.int>.