

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

# Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 11 No. 2

May - August 2025

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒

พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๘



# Public Health Policy & Laws Journal

## วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.11 No.2

May – August 2025

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๘

### Content สารบัญ

#### Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Relationship between Transformational Leadership and Personnel Core Competencies in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Kanchanaburi Province 219-231  
*Apimuk Jongcharoen, Chardsumon Prutipinyo, Sukhontha Siri*  
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี  
อภิมุข จงเจริญ, ฉัตรสุมน พฤทธิวิทยไญ, สุคนธา ศิริ
- Promoting Health Behavior of University Students: A Systematic Review 233-244  
*Hui Ge, Wallapa Choeibuakaew*  
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย: การทบทวนอย่างเป็นระบบ  
Hui Ge, วัลลภา เขยบัวแก้ว
- Factors Related to the Health Behaviors of Individuals at Risk of Diabetes in a Province in Northeast Thailand 245-256  
*Chutiwan Phattranurakkul, Vallerut Pobkeeree*  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย  
ชุติวรรณ ภัทรานุรักษ์กุล, วัลลรัตน์ พบศิริ

- Effects of Dental Health Education Video on Knowledge, Attitudes and Behaviors  
Dental Caries among School Children Grade 6 in Wangthong Subdistrict, Wangthong district, Pitsanuklok province

ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อต้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

สุนิตา ธาราเสวี, ชลทาน แร่เพชร, ณัฐหทัย วงวรรณ, พัชรารัตน์ ดีกิ่ง, เมธินี อินทรเทศ

257-272
- Factors Related to Happiness at Work of Health Volunteers in Bangkok

*Sonthaya Sarapat, Umawadee Laothong, Angsana Boonthum, Piyathida Khajomchaiku, Nitchaphat Khansakom*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

สนธยา สารพัทธ์, อุมาวดี เหลาทอง, อังสนา บุญธรรม, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, นิชชาภัทร ชันสาคร

273-286
- Factors Predicting Mental Health Status of High School Students: A Survey Study in a School in Bangkok

*Phichamon Lesing, Nisreeyah Thanga, KanKupt Preteeppleepon, Tanapat Eaktasang*

ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย : การศึกษาเชิงสำรวจโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

พิชามณูชู่ เล่ห์สิงห์, นิสรียะห์ ทางา, กัญศุภัฏ ประทีปพลีผล, ธนภัทร เอกตาแสง

287-302
- Factors Affecting the Participative Management According to Good Governance of the Personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health.

*Wilawan Srisuka, Natnaree Amyong, Orawan Quansri, Chardsumon Prutipinyo*

ปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิลาวลัย ศรีสุชา, ณัฐนารี เอมยงค์, อรวรรณ ขวัญศรี, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ

303-315
- Exercise Behavior and Its Related Factors Among Senior High School Students in Bangkok

*Nutnicha Makphon, Benjaporn Watcharakompaisarn, Feeda-e Lateh, Suchit Yonsapsiri*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ณัฐนิชา มรรคผล, เบญจภรณ์ วัชรารัตน์ไพศาล, พีดาอี ลาเต๊ะ, สุชิต ยลทรัพย์ศิริ

317-329

- Leadership in Managing Construction Contracts and the Effectiveness of Budget Disbursement for Capital Expenditure Items Related to Construction in Service Units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health  
*Machima Somlai, Orawan Quansri, Chardsumon Prutipinyo*  
 ภาวะผู้นำการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง กับประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
*มัชฌิมา สอนลาย, อรวรรณ ขวัญศรี, ฉัตรสุมน พฤตมิภิญโญ*

331-344
- Factors Influencing Personal Competency in The Department of Health Service Support, Ministry of Public Health  
*Thanakom Varumporn, Jutatip Sillabutra, Chardsumon Prutipinyo*  
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
*ธนากร วรัมย์พร, จุฑาทิพย์ ศीलบุตร์, ฉัตรสุมน พฤตมิภิญโญ*

345-358
- Spatial Distribution and Factors Contributing to the Spatial Clustering of Hypertension in Thai Older Population  
*Panchita Kaewkunset, Tassanee Silawan, Mathuros Tipayamongkhogul, Sayambhu Saita*  
 การกระจายเชิงพื้นที่และปัจจัยสนับสนุนการเกาะกลุ่ม ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย  
*พัฒนัชชิตา แก้วกุลเศรษฐ์, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, มธุรส ทิพยมงคลกุล, สยามภู ไลทา*

359-372

### Academic Paper บทความวิชาการ

- The Policy Recommendations on Health Safety Measures for Earthquake Situations in Thailand  
*Narong Chaitiang*  
 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เกี่ยวกับมาตรการป้องกันความปลอดภัยทางด้านสุขภาพจากสถานการณ์แผ่นดินไหว ในประเทศไทย  
*ณรงค์ ใจเที่ยง*

373-383
- Consumer Protection for Online Shopping: Cases of Consumers Being Damaged by Unsafe Products in Thailand  
*Thanadchapon Kungsung*  
 การคุ้มครองผู้บริโภคในการซื้อออนไลน์: กรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทย  
*ธนัชพร กังสังข์*

385-396

### 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. ปวีร์ศรี กิจสุขจิต คณะสังคมศาสตร์ ภาควิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศกร งามอาจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุขเมธชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม  
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ธัชพร กังสังข์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวฤทธิ์ Department of Health Professions,  
Hofstra University  
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญญ์ ถนัดศิลป์กุล สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
รองศาสตราจารย์ ดร. นIRMัย พิศแซ มั่นจิตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



## Relationship between transformational leadership and personnel core competencies in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Kanchanaburi Province

Apimuk Jongcharoen<sup>1</sup>, Chardsumon Prutipinyo<sup>2</sup>, Sukhontha Siri<sup>3</sup>

1 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: email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

### Original article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Jongcharoen, A., Prutipinyo, C., & Siri, S. . Relationship between transformational leadership and personnel core competencies in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Kanchanaburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 219–231. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/277895](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/277895)

Received: 3 January 2025

Revised: 15 February 2025

Accepted: 17 March 2025

#### Abstract

The objectives of this research were to study the levels of core competencies and transformational leadership, to compare the core competencies according to the personal characteristics, associated factors and influential factors. The sample comprised of 258 government officials at sub-district health promoting hospitals. A research instrument was a questionnaire whose content validity and reliability were verified, with reliability values for part 2 and 3 of the questionnaire were 0.88 and 0.89 respectively. Data were analyzed for descriptive statistics: percentage, mean, and standard deviation. One-Way ANOVA, Pearson's Product-Moment correlation and Multiple Regression Analysis statistic were analyzed.

The results indicated that overall core competencies score and transformational leadership score were at a high level. Age, income, job positions, and length of employment differed with statistically significant at the 0.05 level. The correlation coefficient of core competencies and transformational leadership had a positive relation, with statistical significance at 0.01 level. Individualism, intellectual stimulation, and idealism influence had influences on core competencies with a statistical significance, at p-value < 0.05, and having a predictive power of 34.5%.

Organizations should develop strategies for human resource management. The emphasis should be on transformational leadership and competencies. Training on the issue, or knowledge management activities, should be conducted in order to stimulate leadership competencies, at both the management and operational levels. Employees should be invited to participate in identifying levels of competencies that have not been achieved, as well as participating in formulating policies to facilitate planning for further development.

**Keywords:** Transformational leadership; Core competencies; Transferred of personnel according to administrative changed

## ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

อภิมุข จงเจริญ<sup>1</sup>, ฉัตรสุนทร พงศ์ปิฎก<sup>2</sup>, สุนธรา ศิริ<sup>3</sup>

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 อาจารย์ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 3 ม.ค. 2568

วันแก้ไข 15 ก.พ. 2568

วันตอบรับ 17 ก.พ. 2568

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เปรียบเทียบสมรรถนะหลักจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก กลุ่มตัวอย่างคือข้าราชการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 258 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นในส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.88, 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะหลักและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมาก อายุ รายได้ประจำจากการทำงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาดำรงตำแหน่งงาน มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีอิทธิพลกับสมรรถนะหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 34.5

องค์กรควรวางแผนกำหนดกลยุทธ์พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและสมรรถนะ จัดประชุมหรือกิจกรรมกระตุ้นภาวะผู้นำในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกำหนดสมรรถนะและทักษะที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายรวมถึงนโยบาย เพื่อนำไปฝึกอบรมและจัดทำแผนการพัฒนาต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง; สมรรถนะหลัก; การถ่ายโอนภารกิจ

## บทนำ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนการปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีความพร้อม หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการและพิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สิน ภายในช่วงเวลาที่กำหนด (Sarakhshetrin, Sriyasak & Chantra, 2024)

ช่วงปี 2550 เริ่มมีการนำร่องถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 28 แห่ง ซึ่งจังหวัดกาญจนบุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่เป็นต้นแบบการนำร่องถ่ายโอนดังกล่าว คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลวังศาลา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี โดยจากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคภายหลังการนำร่องถ่ายโอน พบปัญหาด้านงบประมาณที่สนับสนุนไม่เพียงพอ ด้านการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ต้องขอรับการสนับสนุนบางส่วนจากโรงพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือด้านวิชาการจากจังหวัดและส่วนกลางยังไม่ชัดเจน (Nakhom, 2008) และมีปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการถ่ายโอน คือ แรงจูงใจเรื่องความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ความคล่องตัวในการปฏิบัติงานจากโครงสร้างการบริหารงานของท้องถิ่นที่มีสายการบังคับบัญชาสั้น (Phophangphum, 2008) และในปัจจุบันยังคงพบปัญหาความล่าช้าในการถ่ายโอน เนื่องด้วยต้องดำเนินการภายใต้หลักการ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ การสื่อสารของ

หน่วยงานไม่ชัดเจน (Limsvat & Suksamran, 2022) รวมถึงความไม่พร้อมด้านการบริหารจัดการ ส่งผลให้บุคลากรเกิดความสับสน ขาดขวัญกำลังใจ กระทบต่อคุณภาพ และความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพ (Meekaew, Suwannawong, & Jitsanguansuk, 2024) ซึ่งคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 กำหนดให้ทุกส่วนราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ โดยในปี 2565 มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วจำนวน 3,263 แห่ง ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง และมีเป้าหมายของการกระจายอำนาจที่สำคัญคือต้องดำเนินการให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนได้รับบริการเพิ่มขึ้น ประชาชนมีบทบาทในการตัดสินใจ บุคลากรมีความก้าวหน้าตามสายงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนทรัพยากรเพื่อดูแลประชาชนได้อย่างเหมาะสม (Office of the Permanent Secretary, 2023)

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนี้อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อประชาชน ดังนั้นสมรรถนะ ซึ่งเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม หรือการกระทำ สามารถวัดและสังเกตได้ ซึ่งหลายองค์การทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้นำมาประยุกต์ใช้ สมรรถนะนั้นมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมและลักษณะเฉพาะของแต่ละองค์การ สมรรถนะขององค์การหนึ่งจึงอาจไม่เหมาะสมกับอีกองค์การหนึ่ง การนำแนวคิดเรื่องสมรรถนะมาใช้ในองค์การ เพราะเชื่อว่าหากบุคคลมีสมรรถนะในแบบที่องค์การกำหนด จะส่งผลให้มีผลการปฏิบัติงานที่ดีเป็นตาม

เกณฑ์มาตรฐาน ปฏิบัติงานในความรับผิดชอบตนเองได้ดี สร้างผลงานได้โดดเด่น การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตาม วิสัยทัศน์ องค์การบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ เห็นได้จากการที่หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ได้กำหนดสมรรถนะและนำไปปรับใช้ในหน่วยงานของตน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่กำหนดสมรรถนะหลักของข้าราชการทุกประเภท และทุกตำแหน่งจำเป็นต้องมี ประกอบด้วย สมรรถนะด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม ด้านความเข้าใจในองค์การและระบบงาน ด้านการบริการเป็นเลิศ และด้านการทำงานเป็นทีม (Announcement of the Personnel Management Standardization Committee for Local Administration, 2015)

ในยุคปัจจุบันกล่าวกันว่าเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทุกองค์การต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับสังคมและระดับโลก หากมองในระดับองค์การ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดังที่ได้กล่าวมานั้น ถือเป็นหนึ่งในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยสำคัญที่อาจจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากรที่ช่วยให้เป้าหมายขององค์การสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Prutipinyo, 2023) ตามแนวคิดของ แบลและอวริโอ ซึ่งเป็นความสามารถ หรือพฤติกรรมของบุคลากรในองค์การในการปฏิบัติงานสามารถสร้างแรงจูงใจ อุดมการณ์ ความเชื่อมั่นศรัทธา และความไว้วางใจ โนมน้าวผู้ร่วมงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตระหนักรู้ในภารกิจและวิสัยทัศน์ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำงานได้เต็มที่ สร้างผลการปฏิบัติงานได้เกินที่ ตั้งใจไว้ ส่งผลให้องค์การมีการพัฒนาตลอดเวลา พร้อมทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Bass & Avolio, 1994) ด้วยเหตุนี้ บุคลากรจึงจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำการ

เปลี่ยนแปลง ที่จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมสมรรถนะหลัก นำพาองค์การสู่ความสำเร็จ มีความสามารถในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล องค์การบรรลุเป้าหมาย ภารกิจ วิสัยทัศน์ที่กำหนดสามารถรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง และปัญหาที่เกิดขึ้นได้

จังหวัดกาญจนบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 143 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) จำนวน 1 แห่ง และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอ.น) จำนวน 1 แห่ง มีการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรีแล้ว จำนวน 97 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และมีแผนการเตรียมถ่ายโอนครบทุกแห่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (Kanchanaburi Provincial Administrative Organization, 2022)

จากสถานการณ์และความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ จะประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปัจจัยสำคัญคือสมรรถนะหลักและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่สามารถนำพาองค์การสู่ความสำเร็จภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะหลักของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติราชการที่สูงขึ้น เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะหลัก จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

4. เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด กาญจนบุรี

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Research) ประชากรคือข้าราชการที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 562 คน จากนั้นคำนวณตามสัดส่วนประชากรได้เท่ากับ 229 คน เพื่อป้องกันโอกาสที่เกิดความผิดพลาดในการตอบ แบบสอบถาม หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม อีกร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เป็น 23 คน เท่ากับ 252 คน และรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ หน่วยงานที่มีประชากรเพียง 1 คน ซึ่งมี 6 แห่ง จำนวน 6 คน จึงเท่ากับ 258 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่ง ออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลง จำนวน 32 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบวัดระดับ สมรรถนะหลัก จำนวน 25 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการถ่ายโอน เพื่อ ตรวจสอบแก้ไข ดูความถูกต้อง ความชัดเจนของข้อคำถาม และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม ภายหลังจากการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ต่อจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หา ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตาม วิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า ความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.955 และ 0.946 ตามลำดับ

### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-121 รหัสโครงการ 100/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับสมรรถนะหลัก ของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ One Way ANOVA (F-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถนะหลัก จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงและสมรรถนะหลัก แปลความหมายของ ความสัมพันธ์ด้วยแนวคิดของเอลิฟสัน (Elifson & Haber, 1990) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติ วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อพยากรณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อย ละ 51.02 อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 53.88 การศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.37 รายได้ประจำจากการ ทำงาน 20,001 ถึง 30,000 บาท ร้อยละ 42.45 เป็น นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 63.27 อยู่ในระดับ ปฏิบัติการ ร้อยละ 42.86 และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง งานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.53

## 2. ระดับสมรรถนะหลักและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

### 2.1 ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.38, S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายสมรรถนะ พบว่า สมรรถนะที่มี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ สมรรถนะที่ 4 การบริการเป็นเลิศ ( $\bar{X}$  = 4.52, S.D. = 0.51) สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สมรรถนะที่ 1 การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ( $\bar{X}$  = 4.42, S.D. = 0.56) สมรรถนะที่ 2 การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม ( $\bar{X}$  = 4.48, S.D. = 0.54) และสมรรถนะที่ 5 การทำงานเป็นทีม ( $\bar{X}$  = 4.45, S.D. = 0.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลสมรรถนะหลักโดยรวม (n=245)

| สมรรถนะหลัก                                     | $\bar{X}$ | S.D. | แปลผล     |
|---|-----------|------|-----------|
| สมรรถนะที่ 1 การมุ่งผลสัมฤทธิ์                  | 4.42      | 0.56 | มาก       |
| สมรรถนะที่ 2 การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม | 4.48      | 0.54 | มาก       |
| สมรรถนะที่ 3 ความเข้าใจในองค์การและระบบงาน      | 4.07      | 0.67 | มาก       |
| สมรรถนะที่ 4 การบริการเป็นเลิศ                  | 4.52      | 0.51 | มากที่สุด |
| สมรรถนะที่ 5 การทำงานเป็นทีม                    | 4.45      | 0.54 | มาก       |
| รวม   | 4.38      | 0.56 | มาก       |

### 2.2 ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.32, S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ( $\bar{X}$  = 4.38, S.D. = 0.60) การสร้างแรงบันดาลใจ ( $\bar{X}$  = 4.26, S.D. = 0.57) การกระตุ้นทางปัญญา ( $\bar{X}$  = 4.26, S.D. = 0.58) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ( $\bar{X}$  = 4.41, S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวม (n=245)

| ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง        | $\bar{X}$ | S.D. | แปลผล |
|--------------------------------|-----------|------|-------|
| การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล | 4.41      | 0.50 | มาก   |
| การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์   | 4.38      | 0.60 | มาก   |
| การสร้างแรงบันดาลใจ            | 4.26      | 0.57 | มาก   |
| การกระตุ้นทางปัญญา             | 4.26      | 0.58 | มาก   |
| รวม                            | 4.32      | 0.56 | มาก   |

**3. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะหลักจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี**

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา รายได้ประจำจากการทำงาน ตำแหน่งงาน ระดับตำแหน่ง และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งงาน กับสมรรถนะหลักในภาพรวม พบว่า อายุ รายได้ประจำจากการทำงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งงาน ของบุคลากร รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี ที่แตกต่างกัน มีสมรรถนะหลักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะหลัก (n=245)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล                     | n   | $\bar{x}$ | S.D. | df | F     | p-value |
|--|-----|-----------|------|----|-------|---------|
| <b>เพศ</b>                             |     |           |      |    |       |         |
| ชาย                                    | 105 | 4.40      | 0.36 | 2  | 0.243 | 0.785   |
| หญิง                                   | 125 | 4.38      | 0.38 |    |       |         |
| เพศทางเลือก                            | 15  | 4.33      | 0.31 |    |       |         |
| <b>ช่วงอายุ</b>                        |     |           |      |    |       |         |
| 21 – 30                                | 132 | 4.40      | 0.36 | 3  | 7.638 | <0.001  |
| 31 – 40                                | 72  | 4.25      | 0.32 |    |       |         |
| 41 – 50                                | 21  | 4.51      | 0.42 |    |       |         |
| ≥ 51                                   | 20  | 4.65      | 0.34 |    |       |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                   |     |           |      |    |       |         |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี                       | 4   | 4.32      | 0.46 | 2  | 2.645 | 0.073   |
| ปริญญาตรี                              | 192 | 4.36      | 0.36 |    |       |         |
| ปริญญาโทและสูงกว่า                     | 49  | 4.49      | 0.39 |    |       |         |
| <b>รายได้ประจำจากการทำงาน</b>          |     |           |      |    |       |         |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท         | 2   | 4.00      | 0.00 | 4  | 5.797 | <0.001  |
| 15,001 - 20,000 บาท                    | 103 | 4.36      | 0.35 |    |       |         |
| 20,001 - 30,000 บาท                    | 104 | 4.33      | 0.36 |    |       |         |
| 30,001 - 40,000 บาท                    | 15  | 4.48      | 0.44 |    |       |         |
| 40,000 บาท ขึ้นไป                      | 21  | 4.71      | 0.29 |    |       |         |
| <b>ตำแหน่งงาน</b>                      |     |           |      |    |       |         |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 13  | 4.78      | 0.27 | 5  | 4.961 | <0.001  |
| พยาบาลวิชาชีพ                          | 42  | 4.38      | 0.35 |    |       |         |
| นักวิชาการสาธารณสุข                    | 155 | 4.36      | 0.35 |    |       |         |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุข                   | 21  | 4.24      | 0.41 |    |       |         |
| เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข               | 5   | 4.64      | 0.28 |    |       |         |

| คุณลักษณะส่วนบุคคล               | n   | $\bar{x}$ | S.D. | df | F     | p-value |
|----------------------------------|-----|-----------|------|----|-------|---------|
| แพทย์แผนไทย                      | 8   | 4.54      | 0.36 |    |       |         |
| <b>ระดับตำแหน่ง</b>              |     |           |      |    |       |         |
| ระดับปฏิบัติงาน                  | 5   | 4.42      | 0.43 | 4  | 1.621 | 0.170   |
| ระดับชำนาญงาน                    | 25  | 4.36      | 0.44 |    |       |         |
| ระดับปฏิบัติการ                  | 105 | 4.36      | 0.34 |    |       |         |
| ระดับชำนาญการ                    | 98  | 4.39      | 0.37 |    |       |         |
| ระดับชำนาญการพิเศษ               | 12  | 4.64      | 0.33 |    |       |         |
| <b>ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งงาน</b> |     |           |      |    |       |         |
| ≤ 5                              | 114 | 4.37      | 0.34 | 6  | 3.219 | 0.005   |
| 6 – 10                           | 57  | 4.34      | 0.38 |    |       |         |
| 11 – 15                          | 33  | 4.27      | 0.32 |    |       |         |
| 16 – 20                          | 9   | 4.59      | 0.49 |    |       |         |
| 21 – 25                          | 11  | 4.57      | 0.34 |    |       |         |
| 26 – 30                          | 6   | 4.68      | 0.40 |    |       |         |
| ≥ 31                             | 15  | 4.59      | 0.36 |    |       |         |

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี**

ผลการศึกษาระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต. จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ในระดับปาน

กลาง ( $r = 0.549$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง รายด้าน ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะหลัก ( $r = 0.514, 0.482, 0.350$  และ  $0.310$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี ภาพรวมและรายด้าน (n = 245)

| ตัวแปร                         | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) | p-value          | แปลผล          |
|--------------------------------|----------------------------|------------------|----------------|
| การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล | 0.514                      | 0.000*           | ปานกลาง        |
| การกระตุ้นทางปัญญา             | 0.482                      | 0.000*           | ปานกลาง        |
| การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์   | 0.350                      | 0.000*           | ปานกลาง        |
| การสร้างแรงบันดาลใจ            | 0.310                      | 0.000*           | ปานกลาง        |
| <b>ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง</b> | <b>0.549</b>               | <b>&lt;0.001</b> | <b>ปานกลาง</b> |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## 5. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ประจำจากการทำงาน ตำแหน่งงาน ระดับตำแหน่ง ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งงาน การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล รวมทั้งสิ้น 11 ตัว

แปร เข้าสู่สมการพยากรณ์ โดยผลการทดสอบทางสถิติ ถอดอยพหุคูณ พบว่า มีตัวแปรที่เข้าสมการถดถอยคงเหลือ 3 ตัวแปร คือ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ตามลำดับ ที่สามารถพยากรณ์ความแปรปรวนสมรรถนะหลักได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.5 ( $R^2 = 0.345$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ที่มีอำนาจการพยากรณ์สมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี (n = 245)

| ตัวแปร                                   | B     | Std. Error | Beta  | t-value | p-value |
|--|-------|------------|-------|---------|---------|
| ค่าคงที่ (Constant)                      | 1.707 | 0.257      |       | 6.643   | <0.001  |
| การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ( $X_1$ )   | 0.132 | 0.058      | 0.141 | 2.282   | 0.023   |
| การกระตุ้นทางปัญญา ( $X_3$ )             | 0.182 | 0.058      | 0.220 | 3.163   | 0.002   |
| การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ( $X_4$ ) | 0.301 | 0.049      | 0.369 | 6.113   | <0.001  |

R = 0.588, Adjust R<sup>2</sup> = 0.337, R square = 0.345, SE<sub>est</sub> = 0.302, F = 42.391, p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณสูงสุด คือ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Beta = 0.369) การกระตุ้นทางปัญญา (Beta = 0.220) และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Beta = 0.141) ตามลำดับ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้

$$Y = 1.707 + 0.369 (X_4) + 0.220 (X_3) + 0.141 (X_1)$$

จากสมการพยากรณ์สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักและถูกเข้าสมการเรียงลำดับ ได้แก่ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ซึ่งสามารถพยากรณ์สมรรถนะหลักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน และสามารถ

พยากรณ์สมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรีได้ร้อยละ 34.5 ( $R^2 = 0.345$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรใน รพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.56) สามารถอธิบายได้ว่า แม้จะเกิดสภาวะการเปลี่ยนแปลงการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด การให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิยังคงมีนโยบายที่มุ่งเน้นความสำคัญของการให้บริการประชาชนเป็นหลัก มีการพัฒนาระบบให้บริการอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดระบบให้บริการผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทำให้เกิดการควบคุมคุณภาพการให้บริการ นำมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้บริการด้วยความสุภาพ เต็มใจ ให้บริการอย่างเท่าเทียม

มุ่งประโยชน์ และความพึงพอใจผู้รับบริการเป็นหลัก ทั้งนี้ สมรรถนะด้านความเข้าใจในองค์การและระบบงานในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 4.07$ , S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นว่าความเข้าใจในขั้นตอนกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 4.00$ , S.D. = 0.71) รองลงมาคือความเข้าใจในสายบังคับบัญชาและโครงสร้างองค์การภายหลังการถ่ายโอน ( $\bar{X} = 4.07$ , S.D. = 0.69) ดังนั้น จึงควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจในขั้นตอน กระบวนการทำงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงความเข้าใจในสายบังคับบัญชาและโครงสร้างองค์การภายหลังการถ่ายโอน เพื่อเพิ่มสมรรถนะบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของปลัดเทศบาลตำบลในจังหวัดนครราชสีมา (Inanchan, Bunjongparu & Cherdjirapong, 2022) การศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจังหวัดหนองบัวลำภู (Meunduang, 2021) โดยอธิบายว่า สมรรถนะในการบริหารงานของผู้บริหารท้องถิ่นมีความสำคัญในการนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน การพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้บริหารสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวต่อภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้เกิดความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงได้ (Promjom, 2018)

ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในรพ.สต.จังหวัดกาญจนบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.32$ , S.D. = 0.56) เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโครงสร้างสายบังคับบัญชาที่สั้นและไม่ซับซ้อน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการและปฏิบัติหน้าที่ที่มีความแตกต่างกันทางสาขาวิชาชีพจึงมีความใกล้ชิด มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถสื่อสารกันได้โดยตรงและ

ชัดเจน ทำให้เมื่อเกิดสถานการณ์เปลี่ยนแปลงการถ่ายโอนภารกิจ สามารถสื่อสารชี้แจงความชัดเจนในเรื่องของความต้องการ กระตุ้นการทำงานเป็นทีมได้ง่าย เกิดความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน และมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ สามารถคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง จัดการและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ ฮอยและมิสเกล (Hoy & Miskel, 2001) ที่ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญของผู้นำการเปลี่ยนแปลงไว้ว่า สามารถโน้มน้าวผู้ตามให้มุ่งค่านึงถึงประโยชน์องค์กรมากกว่าประโยชน์ของตน สามารถเปลี่ยนแปลงองค์กรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ใหม่ภายใต้บริบทเดิม สามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ตาม ผู้ตามมีความรับผิดชอบและพัฒนาตนเองได้มากขึ้น ซึ่งในบางสถานการณ์ผู้ตามจะกลายเป็นผู้นำและผู้นำจะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และในที่สุดจะสามารถเปลี่ยนแปลงองค์กรได้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างแรงบันดาลใจ จะเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 3.97$ , S.D. = 0.72) ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บุคลากรมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนด้วยการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการถ่ายโอนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี กรณีศึกษา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี (Phaisan, 2022) และการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในยุคนประเทศไทย 4.0 กรณีศึกษา: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดภูเก็ต (Sucharitkul, 2019)

การเปรียบเทียบสมรรถนะหลักจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ รายได้ประจำจากการทำงาน ตำแหน่งงาน และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งงานที่

แตกต่างกัน มีสมรรถนะหลักแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิด พฤติกรรม และทัศนคติ บุคลากรที่มีอายุน้อยจะมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็ว มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ไว รายได้ เป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้มีความพยายามในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น บุคลากรจะพยายามปฏิบัติงานให้ดี เพื่อให้มีผลการประเมินเป็นที่น่าพึงพอใจ ได้รับการเลื่อนระดับ หรือเพิ่มค่าตอบแทน เมื่อบุคลากรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความสามารถและความรับผิดชอบ จะมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อสมรรถนะการทำงาน ตำแหน่งงานที่แตกต่างกันทางสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีความรับผิดชอบ หน้าที่ และความคาดหวังที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลต่อวิธีการและทักษะการทำงาน เช่น ตำแหน่งพยาบาลกับทักษะด้านการสื่อสารและให้บริการ ตำแหน่งที่แตกต่างกันความกดดันที่ต้องเผชิญแตกต่างกัน ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง เป็นการส่งเสริมประสบการณ์ชีวิต ที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามาถ นำมาสู่ความเข้าใจในบริบทการทำงาน กระบวนการทำงาน เศรษฐกิจ สังคม นโยบายการเมืองการปกครอง ซึ่งช่วยให้สามารถเตรียมพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง (Phutti, 2019)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับสมรรถนะหลักมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = 0.549$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) สามารถอธิบายได้ว่า แม้เกิดสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด บุคลากรมีความตั้งใจทุ่มเทในการปฏิบัติงานตามภารกิจงานปฐมภูมิอย่างเต็มที่ สามารถปฏิบัติงานได้ตามตัวชี้วัด ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ให้กำลังใจในการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาบนหลักวิชาการและฐานข้อมูล โดยมีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกัน

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (Tongtasi, 2023) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข กรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 4 (Rungruang, 2016) ดังนั้น ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น และสามารถอธิบายได้ว่า ส่วนหนึ่งมีผลมาจากหน่วยงานมีการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ เพื่อให้งานบริการ งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาโรค งานควบคุมโรค มาอย่างต่อเนื่อง ผู้อำนวยการสร้างความตระหนักแก่บุคลากร เพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ สามารถคาดการณ์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามสมรรถนะที่กำหนดไว้

การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล การกระตุ้นทางปัญญา และการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีกระบวนการจัดการและมีอิทธิพลต่อบุคลากร สามารถโน้มน้าวให้บรรลุถึงเป้าหมาย หรือวิสัยทัศน์ที่กำหนด ส่งผลให้เป็นการกระตุ้นสมรรถนะในตัวของอีกบุคคลให้เกิดการพัฒนา และแสดงสมรรถนะของตนออกมาได้เต็มที่ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของนายกเทศมนตรีที่ส่งผลต่อสมรรถนะหลักของปลัดเทศบาลตำบลในจังหวัดนครราชสีมา การศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) องค์กรควรนำปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ด้านการกระตุ้นทางปัญญา และด้านที่มีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มาวางแผนกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดย

มุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนด  
วิสัยทัศน์ นโยบาย และเป้าหมายขององค์กร

2) องค์กรควรจัดประชุม หรือกิจกรรมแลกเปลี่ยน  
เรียนรู้ สร้างความรู้ความเข้าใจในขั้นตอน กระบวนการ  
ทำงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น รวมถึงความเข้าใจในสายบังคับบัญชา และ  
โครงสร้างองค์การภายหลังถ่ายโอนในระดับผู้บริหารและ  
ผู้ปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะ สามารถปฏิบัติงานได้อย่าง  
มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือเชิงปฏิบัติการ  
เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและสมรรถนะหลักใน  
เชิงลึกมากยิ่งขึ้น ทำให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ  
สูงขึ้น

2) ควรศึกษาปัญหาและปัจจัยด้านอื่นที่ส่งผลต่อ  
สมรรถนะ เพื่อพัฒนาและกระตุ้นให้บุคลากรสามารถ  
ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ปกติ  
สถานการณ์ก่อดัน และสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

3) ควรศึกษาสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งตามสาขา  
วิชาชีพ หรือสมรรถนะด้านอื่น เพื่อหาแนวทางการพัฒนา  
สมรรถนะ ปรับปรุงแก้ไขให้การดำเนินงานขององค์กรมี  
ประสิทธิภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Personnel Management Standardization Committee for Local Administration. (2015). Announcement of the  
Personnel Management Standardization Committee for Local Administration, No. 4. Royal Thai Government  
Gazette, 132(36 Ng), 15–18. Retrieved from  
<https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2558/E/036/15.PDF>
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). Manual for the multifactor leadership questionnaire. California: Consulting  
Psychologists.
- Elifson, K. W., Runyon, P. R., & Haber, P. (1990). Fundamentals of social statistics. 2<sup>nd</sup> ed. Singapore: McGraw-Hill.
- Hoy, W. K., & Miskel, C. G. (2001). Educational administrations theory research and practice. New York: McGraw-Hill.
- Inanchan, S., Bunjongparu, P., & Cherdjirapong, K. (2022). Transformational leadership of mayor affecting core  
competencies of the Sub District Municipality Clerk in Nakhon Ratchasima Province, 16, 339-352.
- Kanchanaburi Provincial Administrative Organization. (2022). Plan for the Transfer of Subdistrict Health Promotion  
Hospitals Kanchanaburi Province. Meeting on Preparation for the Transfer of Subdistrict Health Promotion  
Hospitals in Kanchanaburi Province, Kanchanaburi, Thailand.
- Limsuvat, S., & Suksamran, S. (2022). Problems of transferring district health promoting hospitals from the Ministry  
of Public Health to local government organizations in Nakhon Ratchasima Province, 5, 36-49.
- Meekaew, P., Suwannawong, Y., & Jitsanguansuk, S. (2024). Development of a change management model to  
enhance an excellence health service for Subdistrict Health Promoting Hospitals transferred to Saraburi  
Provincial Administrative Organization, 39, 253-273.
- Meunduang, P. (2021). The Capacity of Administrators Enhances the Change Leadership of Administrators in Local  
Administrative Organizations in Muang District in Nongbua Lamphu Province, 7, 416-432.

- Nakhnam, M. (2008). The final report of the study project on the summary of lessons learned and follow-up of the health station transfer system to local administrative organizations: A case study of the transfer of the Ban Pluk health station, Ban Prok Subdistrict, Mueang District, Samut Songkhram Province. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2438/hs1492.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Office of the Permanent Secretary. (2023). Extracting lessons learned from the management of the transfer of the 60th anniversary commemoration of Princess Mother Health Center and the Subdistrict Health Promotion Hospital to the Provincial Administrative Organization.
- Phophangphum, J. (2008). The report on the study project summarizing lessons learned and monitoring the outcome of the development of the transfer system of the Queen Sirikit Health Center to Wang Sala Subdistrict Municipality, Wang Sala Subdistrict, Tha Muang District, Kanchanaburi Province. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2446>
- Prutipinyo, C. (2023). Public Health Administration. Retrieved from <https://phad.ph.mahidol.ac.th/research/Book/2560/Public%20Health%20Administration%20.pdf>
- Phaisan, J. (2022). Factors correlated with transferring subdistrict health promotion hospital officers to provincial administrative organization: Case study Thamuang district Kanchanaburi Province, 10, 77-87.
- Phutti, W. (2019). The study of government officer's opinion of core competency in Banpong Hospital.
- Promjom, T. (2018). The Performance Effectiveness of Core Competencies of Government Officials at the Sakon Nakhon Provincial Administration Organization, 15, 97-106.
- Rungruang, S. (2016). Factors associated with the competency of public health technical officers: A case study of regional service provider 4, 2(1), 15-29.
- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., & Chantra, R. (2024). Policy proposal of health manpower management in a transitional period from sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations, 18(1), 121-132.
- Sucharitkul, J. (2019). Transformational leadership among administrators of the local government administration in Thailand 4.0 era: a case study of Phuket local government administration, 6, 4931-4943.
- Tongtasi, C. (2023). Factors Related to the Competency of Lop Buri Province Public Health Officers, 32(1), 28-40.



# Promoting Health Behavior of University Students: A Systematic Review

Hui Ge\* and Wallapa Choeibuakaew\*\*

\*PhD Student in Health Science \*\*lecturer in Health Science

Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University (Phatthalung Campus), Thailand

Corresponding author: email: gehui079@gmail.com

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Ge, H., & Choeibuakaew, W.. Promoting Health Behavior of University Students: A Systematic Review. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 233–244. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_la/article/view/278987](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_la/article/view/278987)

Received: 19 February 2025

Revised: 9 April 2025

Accepted: 11 April 2025

### Abstract:

This systematic review developed a comprehensive conceptual framework to promote the health behavior of university students. A PRISMA-based approach was used to select high-quality, relevant studies for the research. In line with PRISMA guidelines, 18,192 articles were screened from databases including PubMed, Web of Science, and Google Scholar, resulting in 23 core studies being included. Conceptual analysis was applied to develop the framework, and thematic analysis was employed to analyze the data. The key attributes identified in the framework include improving physical health, enhancing psychological well-being, fostering social adaptation, achieving a balance between lifestyle and studies, and increasing overall knowledge and personal growth. These attributes are influenced by individual, social, environmental, and developmental factors. The consequences of promoting health behavior in university students span individual, social, and environmental impacts, with extended effects on society. The framework highlights the interrelationships among antecedents, attributes, and consequences of health promotion. It offers both theoretical and practical guidance for educational institutions and policymakers in strengthening health promotion efforts. The research findings indicate that promoting health behaviors not only improves academic performance and personal well-being but also contributes positively to the overall health and sustainable development of society. Additionally, further research is encouraged to refine and apply this conceptual framework to establish a model for promoting health behavior among university students.

**Keywords:** University students; Health behavior; Promoting health

## การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Hui Ge\* , Wallapa Choeibuakaew\*\*

\*นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

\*\* อาจารย์ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ (วิทยาเขตพัทลุง) ประเทศไทย

ผู้ติดต่อหลัก: อีเมล [gehui079@gmail.com](mailto:gehui079@gmail.com)

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 19 กุมภาพันธ์ 2568

วันแก้ไข 9 เมษายน 2568

วันตอบรับ 11 เมษายน 2568

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ได้พัฒนากรอบแนวคิดที่ครอบคลุมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย โดยใช้แนวทาง PRISMA ในการคัดเลือกการศึกษาที่มีคุณภาพสูงและเกี่ยวข้องสำหรับการวิจัย ตามแนวทาง PRISMA บทความ 18,192 บทความได้รับการคัดกรองจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed, Web of Science และ Google Scholar ส่งผลให้มีการรวมการศึกษาหลัก 23 เรื่อง การวิเคราะห์เชิงแนวคิดถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนากรอบแนวคิด และใช้การวิเคราะห์เชิงหัวข้อในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะสำคัญที่ระบุไว้ในกรอบแนวคิด ได้แก่ การปรับปรุงสุขภาพกาย การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการศึกษา และเพิ่มความรู้หนังสือโดยรวมและการเติบโตส่วนบุคคล คุณลักษณะเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม และการพัฒนา ผลที่ตามมาของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยครอบคลุมถึงผลกระทบต่อบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง กรอบแนวคิดเน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุ คุณลักษณะ และผลที่ตามมาของการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำแนะนำทั้งทางทฤษฎีและทางปฏิบัติแก่สถาบันการศึกษาและผู้กำหนดนโยบายในการเสริมสร้างความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยระบุว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงแต่ช่วยปรับปรุงผลการเรียนและความเป็นอยู่ที่ดีส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมและการพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ ยังสนับสนุนให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงและนำกรอบแนวคิดนี้ไปใช้เพื่อสร้างแบบจำลองในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหมู่นักศึกษาในมหาวิทยาลัย

**คำสำคัญ:** นักศึกษาในมหาวิทยาลัย พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

## 1 Introduction

The health behavior of university students has become an increasingly significant concern in recent years. University life represents a critical stage in young adults' development, encompassing not only academic advancement and career preparation but also the formation of social responsibility and personal identity. During this transitional period, students often face numerous challenges, including academic stress, interpersonal difficulties, the pressure of future responsibilities, and financial burdens.

According to the World Health Organization (WHO), health is not merely the absence of disease or infirmity, but a state of complete physical, mental, and social well-being (World Health Organization, n.d.). This holistic view underscores the importance of supporting students' comprehensive health during their university years. Research has shown that healthy students tend to perform better academically and are more likely to contribute positively to society (Auerbach et al., 2018). However, empirical studies also reveal that many university students are increasingly affected by health-related issues such as psychological distress, poor dietary habits, physical inactivity, and risky behaviors (Bruffaerts et al., 2019).

Despite the growing volume of research on student health, there is still a lack of integrative frameworks that holistically capture the factors influencing health behaviors in university settings. Most existing studies focus on isolated aspects, without synthesizing a comprehensive understanding that can inform effective interventions. In light of this, the present study conducts a systematic review to construct a conceptual framework for promoting health behavior among university students. By applying a rigorous PRISMA-based review process and thematic analysis, this paper aims to identify key influencing factors, analyze

conceptual attributes, and provide a structured foundation for future research and practice in student health promotion.

This study seeks to contribute valuable theoretical and practical insights for educators, policymakers, and researchers striving to enhance student well-being. Furthermore, it offers a basis for the future development of an evidence-based model to guide the promotion of university students' health behaviors in a more effective and sustainable manner.

## 2 Purpose

To develop a conceptual framework of promoting health behavior of university students with prescription of all determinants.

## 3 Methods

This review was completed in accordance to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines for an effective selection of knowledge sources. Then, the concept analysis will be used to construct the conceptual framework of "promoting health behavior in university students"

## 4 Results

### 4.1 Search Method

The following databases were used for the search: 1) PubMed, 2) Web of Science, and 3) Google Scholar. The search was limited to studies published within the past ten years, from January 1, 2014, to December 31, 2024. The search terms used included "college/university students," "health behavior," and "concept," which were combined using the Boolean operator "AND." A comprehensive search was conducted in these three major scientific databases using the above keywords. Initially, studies that contained these keywords in the title and/or abstract were selected for further review. After identifying eligible studies, duplicate entries were removed, and full texts were

assessed against the eligibility criteria. Each author independently compiled a list of studies. The two authors then discussed their lists of included studies and collaboratively developed the final list.

#### 4.2 Literature Exclusion Criteria

The following types of literature were excluded from the review: 1) papers that did not define the health behavior of college/university students; 2) papers that mentioned college/university students' health behavior in the title, keywords, or abstract but did not address it in the full text; 3) book chapters, book reviews, conference reports, reading materials, and editorials; 4) studies where participants were not college/ university students; 5) papers published in languages other than English.

#### 4.3 Literature screening

In accordance with the search strategy and exclusion criteria, the researchers conducted a three-step screening process: 1) an initial review based on titles, 2) an abstract review, and 3) a full-text assessment. After identifying eligible studies, duplicates were removed, and the full texts were evaluated according to the eligibility criteria. Two researchers independently performed the literature screening; in cases of disagreement, an expert was consulted to resolve conflicts. The expert engaged in discussions with the researchers until a consensus was reached. Figure 1 illustrates the flow diagram of the systematic literature review search process.

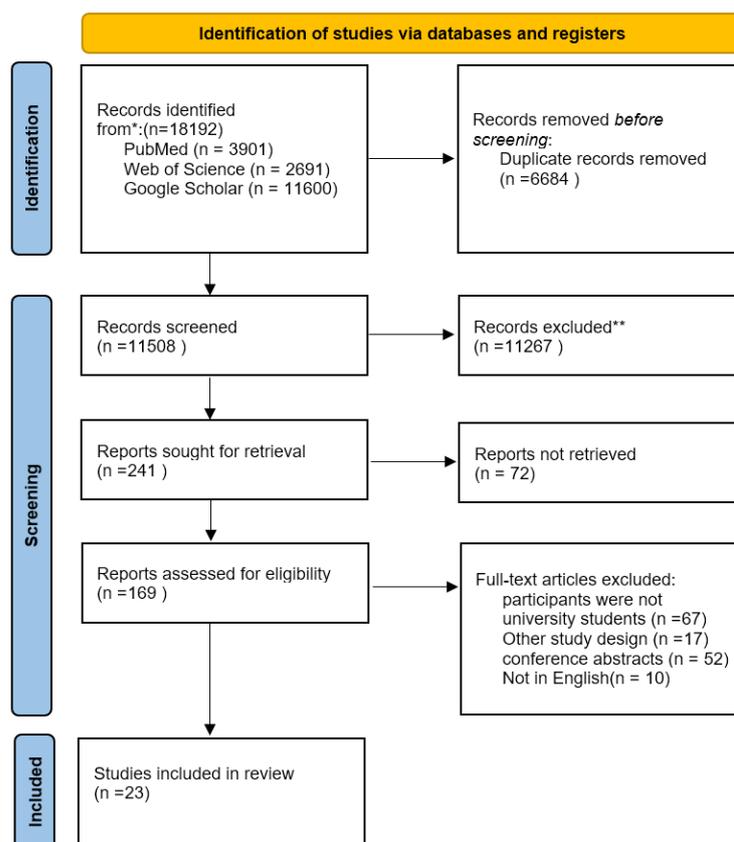


Figure 1 Flow diagram of the article selection process

#### **4.4 Concept analysis**

To develop a conceptual framework from the selected sources, concept analysis was applied including the 6-step approach proposed by Walker and Avant(2005). The first 3 steps will be used in the process of identifying the concept and the use of concepts as well as purpose of analysis (4.4.1- 4.4.3). The second step of analyzing and synthesizing the content will lead to result of this study: identify the attributes, antecedents, and consequences of university students' health behavior.

##### **4.4.1 Select a concept**

University student health behavior was selected for the purpose of this study. Health behavior refers to the various behaviors and habits that individuals adopt in order to maintain and promote their own health, prevent diseases and improve the quality of life. It covers behaviors at the physiological, psychological and social levels involved in the process of health management, specifically including preventive behaviors, health-promoting behaviors and treatment adherence behaviors. The significance of university students health behavior lies in the fact that the health behavior at this stage has a profound impact on the long-term health of individuals. The university stage is a critical period for the formation of healthy behavior patterns. Scientific intervention can help university students establish a good lifestyle, thereby preventing the occurrence of chronic diseases and improving the quality of life in the future (Mehri et al., 2016). Health is not only the foundation of individual development,

but also an important driving force for promoting sustainable social development. As the backbone of society, the health level of university students is directly related to the overall health and productivity of society. The concepts of health, university students and university students' health behavior were selected to complete the study.

##### **4.4.2 Determine purposes of analysis**

The purpose of concept analysis is to establish a conceptual framework for promoting health behavior in university students. Its main goal is to integrate multidisciplinary perspectives, systematically understand the key factors affecting university students' health behavior, attributes of university students' health behavior as well as the consequences of the university students' health behavior.

##### **4.4.3 Identify all uses of the concepts**

Conceptual analysis was based on a basic search of keywords from databases (PubMed, Google Scholar, and Web of Science), resulting in a total of 18192 articles. The 23 most relevant were selected for depth exploration to frame the “promoting health behavior in university students”.

##### **4.4.4 Determine the defining attributes of the university students' health behavior and promoting health behavior of university students**

###### **4.4.4.1 University students' health behavior**

The university students' health behavior was reviewed as shown in Table 1.

**Table1.** Category and description of the health behavior of university students

| <b>Category</b>          | <b>Definition</b>   | <b>Description</b>   |
|--------------------------|---|--|
| Physical Health          | It involves behaviors such as diet, exercise, and rest to maintain proper functioning of the body.                              | Eat right, exercise regularly, get enough sleep, avoid smoking and alcohol, and have regular medical checkups.   |
| Mental Health            | Behaviors that involve regulating emotions and coping with psychological stress to maintain inner balance and a positive state. | Emotion management, meditation for stress reduction, counseling, building positive mental cognition and emotional coping mechanisms.                     |
| Social Health            | The act of building good social relationships through social interactions and team activities.                                  | Build healthy relationships, participate in volunteer activities, develop a spirit of cooperation, and avoid poor social behaviors.                      |
| Academic Health          | Healthy behaviors involving learning and career development.  | Scientific planning of study time, improving study efficiency, participating in academic discussions and research, and setting career development goals. |
| Moral and Ethical Health | Behavior that involves adherence to social norms and the practice of ethical principles.  | Take exams with integrity, respect the rights of others, participate in public service activities, and fulfill social responsibilities.                  |
| Environmental Health     | Behavior involving the protection of the natural environment and the maintenance of the health of living spaces.                | Conserve resources, categorize garbage, reduce pollution, and participate in environmental protection activities.  |
| Spiritual Health         | Behaviors that involve the enhancement of one's intrinsic values and the pursuit of meaning.                                    | Reading philosophical books, engaging in religious or spiritual reflection, participating in cultural  |

---

activities, and pursuing  
purpose and meaning in life.

---

#### 4.4.4.2. Attributes of promoting health behavior of university students

The attributes that promote university students' health were reviewed and classified. We found that promoting health of the university students can be divided into the following five attributes: 1) improving physical health, 2) enhancing psychological health, 3) encouraging social adaptation and interpersonal relationships, 4) making life and study balance, and 5) increasing comprehensive literacy and growth.

##### 1) Improving Physical Health

Physical health is the foundation of university students health and an important guarantee for their study and life. The attributes of physical health include:

- a) Health awareness and behavioral practices

Health awareness is the foundation for university students to adopt health behaviors. Studies have shown that individuals with higher health awareness are more inclined to adopt preventive health behaviors, such as rational diet, regular exercise, and regular medical checkups. In addition, health awareness is also closely related to avoiding high-risk behaviors such as smoking and alcohol abuse (Almoraie et al., 2024). Enhancing health awareness can help university students establish a correct concept of life and develop healthy habits.

- b) Risk avoidance and disease prevention skills

University students need to be able to recognize and avoid health risks, including the ability to prevent infectious diseases and respond to health emergencies. Behaviors such as regular vaccinations, personal hygiene, and appropriate use of health care resources are

effective in reducing health risks (Khow et al., 2021). These competencies not only safeguard individual health but also contribute to the improvement of the public health environment.

##### 2) Enhancing psychological Health

- a) Emotion management and psychological adjustment

Emotion management skills are an important indicator of mental health. By learning emotion regulation techniques such as meditation, relaxation training, and counseling, university students are better able to cope with life and academic stress (Xu, Jaffri, & Yang, 2024).

- b) mental toughness and coping skills

Mental toughness is an individual's ability to recover in the face of setbacks. Research has shown that students with high mental toughness are more effective in coping with academic stress and social conflict (Khow et al., 2021).

##### 3) Encouraging social adaptation and interpersonal relationships

- a) Social communication skills and teamwork

Social interaction skills are crucial for university students to integrate into campus life. Participation in teamwork, volunteerism, and club activities can enhance university students' interpersonal communication skills and teamwork abilities (Moore, 2017). By participating in team activities, university students can develop a sense of cooperation and broaden their social networks. The enhancement of social skills helps to build effective interpersonal relationships in future career development.

b) Intercultural adaptability

For university campuses under the trend of internationalization, it is especially important to cultivate students' intercultural understanding and adaptability. Intercultural communication activities can help university students understand and respect diversity and enhance social adaptability (Wang et al., 2018). This suggests that participation in diverse cultural activities can help university students better integrate into the globalized environment.

**4) Making life and study balance**

a) Time management and efficiency improvement

Time management skills are an important tool for university students to balance academics and life. Behaviors such as planning time wisely, setting learning goals, and avoiding procrastination can significantly enhance academic efficiency and quality of life (Baird et al., 2021). Research has shown that time management is an important strategy for improving academic efficiency and life satisfaction.

b) Stress management and psychological adjustment

University students need to face a variety of stresses in their study and life, such as academic load and social pressure. By learning stress management techniques such as exercise, interest cultivation, and social support, stress can be effectively relieved and life satisfaction can be improved (Chazan, Pelletier, & Daniels, 2021). These approaches emphasize the central role of psychological regulation in stress management.

**5) Increasing comprehensive literacy and growth**

a) Self-management and lifelong learning skills

Self-management skills are the foundation for university students to achieve their personal goals and improve their learning. By setting clear academic and career goals, university students are able to take the initiative to learn and improve their skills (Abdullah, 2019). This research suggests that self-management skills are a key factor in personal growth and career development.

b) Social responsibility and moral literacy

University students are the core force of the future society, and their moral literacy and sense of responsibility directly affect the harmonious development of society. Participation in volunteer activities and social welfare programs can enhance university students' sense of social responsibility and moral practice (Verkuyten & Yogeeswaran, 2020). The research results show that social welfare activities play an important role in developing students' sense of social responsibility.

**4.4.5 Determine the defining antecedents of promoting health of university students**

The antecedents of university students health basing on systematic review include individual level factors, Social and environmental-level factors, and Developmental and adaptive-level factors.

**4.4.5.1 Individual level factors**

Individual-level prerequisites encompass the core drivers of healthy behaviors among university students, including physical health, mental health, and intrinsic personal motivation. Physiological health is the foundation of healthy behaviors, with a good level of physical fitness and a healthy immune system providing for active participation in a variety of activities (Smith et al., 2020). Mental health provides important support for healthy

behaviors through mental resilience and emotional regulation, and research has shown that students who are mentally stable are more likely to maintain a healthy lifestyle (Brown & Green, 2019). In addition, intrinsic motivation and self-efficacy are important sources of motivation for behavioral persistence, and students with strong intrinsic motivation and clear health goals tend to be more persistent in their behavioral implementation (Brown & Green, 2019).

#### **4.4.5.2 Social and environmental-level factors**

The social and environmental dimensions involve the support and influence of the external environment in which university students live on their health behaviors, including social support, cultural climate, and resource conditions. Social support, such as help from family and friends as well as the school, not only provides emotional comfort but also facilitates access to practical resources and information (Gerich, 2014). A healthy campus culture, such as encouraging physical activity or hosting mental health seminars, can environmentally promote healthy behaviors (Gerich, 2014). Meanwhile, the availability of resources, such as healthy food, medical services, and fitness facilities, also plays an important role in guaranteeing the achievement of healthy behaviors (Johnson, Nandan, Culp, & Thomas, 2023).

#### **4.4.5.3 Developmental and adaptive-level factors**

The developmental and adaptive dimensions focus on university students' adjustment and behavioral shaping to the external environment during specific developmental stages. The university stage is a critical period of transition from adolescence to adulthood, in which students need to face multiple challenges of academic pressure, career planning, and social role changes, and these

developmental needs motivate them to adapt to the environment through healthy behaviors (Abdullah, 2019). The ability to adapt to new environments, such as the ability to live independently and cross-cultural adaptation, in turn, helps university students integrate more quickly into a diverse campus community, which enhances the performance of their health behaviors. In addition, clear academic and career goals not only provide behavioral direction, but also become important motivators for university students to balance stress and maintain healthy behaviors.

#### **4.4.6 Define the consequences of the promoting health of university students**

University students' health behaviors include the individual level, the social and environmental level, and extended influences. First, at the individual level, health behaviors can significantly improve university students' physical fitness, strengthen the immune system, and reduce the risk of chronic diseases (Lederer et al., 2024). Meanwhile, meditation and relaxation training can enhance mental health and well-being, as well as increase self-efficacy and develop good life management skills. Second, at the social and environmental level, health behaviors improve interpersonal relationships by engaging in social activities, promote the spread of a culture of health, and reduce the burden on society's healthcare resources by reducing the need for healthcare (Miller et al., 2017). Finally, at the extended level, healthy behaviors enhance university students' career competitiveness and stress resistance, promote the awareness of sustainable development, and help them form a lifelong health philosophy and achieve family and social transmission of healthy behaviors (Lederer et al., 2024). Taken together, health behaviors not only enhance the physical and mental health of university students, but also contribute significantly to social progress and sustainable

development by promoting social and environmental improvement and continuity.

### 5 Conclusion

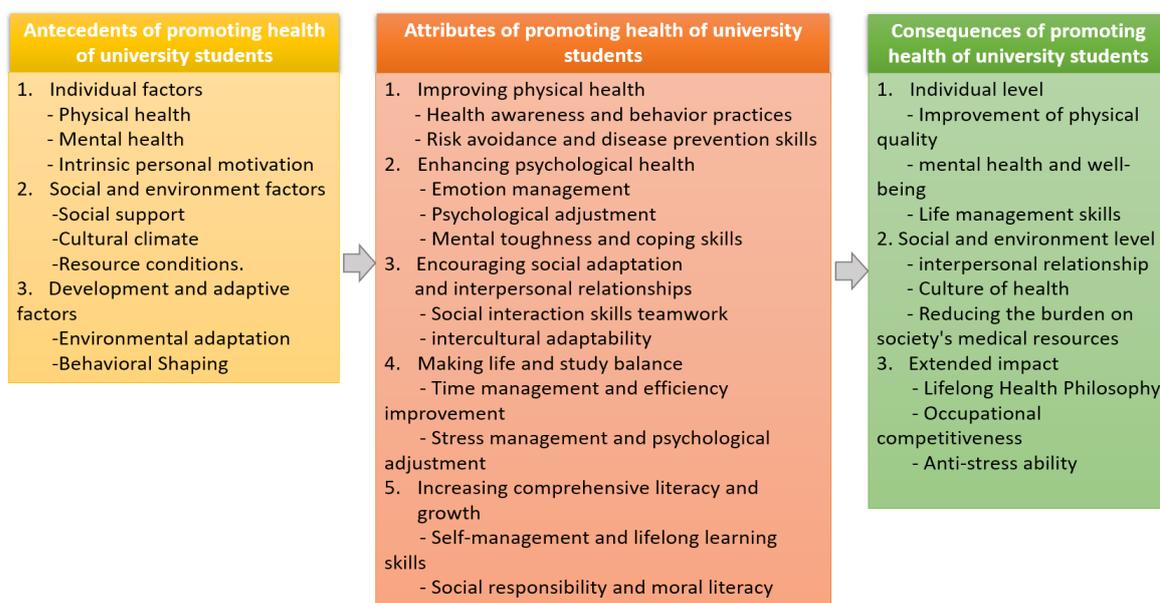
This study integrates the PRISMA framework with the conceptual analysis steps outlined by Walker and Avant, analyzing and synthesizing the concept of promoting health behavior among university students. The attributes of university students' health behavior include physical health, psychological health, social adaptation, interpersonal relationships, life-study balance, comprehensive literacy, and personal growth.

The antecedents of university students' health behavior encompass individual-level factors, social and environmental factors, as well as developmental and adaptive factors. The consequences of these behaviors span individual-level outcomes, social and

environmental impacts, and broader extended effects.

As illustrated in Figure 1, there is a clear relationship between the antecedents, attributes, and consequences of university students' health behavior, suggesting a dynamic and interconnected model.

However, this study has several limitations. Firstly, the analysis relies heavily on available literature, which may not capture emerging trends or newer research in this area. Future studies could explore longitudinal designs to better understand the long-term impact of health behaviors on university students. Additionally, more diverse student populations should be considered to expand the generalizability of the findings. Future research could also investigate specific interventions or strategies to promote health behavior more effectively.



**Figure 1** Conceptual framework of promoting health behaviors of university students

### 6 Discussion

The concept of "healthy behavior" in university students is underpinned by several prerequisites, including the individual's physical

well-being, mental health, intrinsic personal motivation, social support, cultural atmosphere, available resources, environmental adaptability,

and behavioral development. These factors collectively shape the multi-dimensional nature of health and behavior in university students, which spans across physical, psychological, social adaptation, and lifestyle dimensions.

The realization and maintenance of the "Healthy Behavior of University Students" concept not only contribute to the healthy growth of university students but also enhance their overall quality of life. This comprehensive

health approach encompasses not just academic performance, but also emotional, social, and future developmental benefits for students.

Furthermore, the promotion of healthy behavior among university students can have a broader impact on the campus environment, such as fostering a more supportive and resource-efficient setting. Additionally, it plays a crucial role in the conservation of social resources and the dissemination of a pervasive healthy culture, benefiting not just individual students but society at large.

## 7 References USE APA style

- Abdullah, S. (2019). Social Cognitive Theory: A Bandura Thought Review published in 1982-2012. *PSIKODIMENSIA*.
- Almoraie, N.M., Alothmani, N.M., Alomari, W.D., & Al-Amoudi, A.H. (2024). Addressing nutritional issues and eating behaviours among university students: A narrative review. *Nutrition Research Reviews*, 1-45.
- Auerbach, R.P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R.C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623.
- Baird, H. M., Webb, T. L., Sirois, F. M., & Gibson-Miller, J. (2021). Understanding the effects of time perspective: A meta-analysis testing a self-regulatory framework. *Psychological Bulletin*, 147(3), 233.
- Brown, L., & Green, T. (2019). Self-efficacy as a determinant of health behaviors in young adults. *Health Psychology Review*, 12(2), 87-102.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97-103.
- Chazan, D., Pelletier, G., & Daniels, L. (2021). Achievement Goal Theory Review: An Application to School Psychology. *Canadian Journal of School Psychology*, 37, 40-56.
- Gerich, J. (2014). Effects of Social Networks on Health from a Stress Theoretical Perspective. *Social Indicators Research*, 118, 349-364.
- Gerich, J. (2014). Effects of Social Networks on Health from a Stress Theoretical Perspective. *Social Indicators Research*, 118, 349-364.
- Johnson, R., Nandan, M., Culp, B., & Thomas, D. (2023). College Students' Mental Health Help-Seeking Behaviors. *College Student Affairs Journal*, 41, 73-89.

- Khow, Y.Z., Lim, T.L.Y., Ng, J.S.P., Wu, J., Tan, C.S., Chia, K.S., ... & Seow, W.J.(2021). Behavioral impact of national health campaigns on healthy lifestyle practices among young adults in Singapore: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1-11.
- Lederer, A., Oswalt, S., Hoban, M., & Rosenthal, M. (2024). Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among College Students. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 8901171241255768.
- Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H., & Sigaldehy, S.(2016). Health Promoting Lifestyle and its Determinants Among University Students in Sabzevar, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 7.
- Miller, B., Fridline, M., & Bernert, D. (2017). Assessing the impact of undergraduate college student health on academic performance across academic year. *Psychology*, 7(7), 408-417.
- Moore, J.(2017). Where is the critical empirical interpersonal communication research? A roadmap for future inquiry into discourse and power. *Communication Theory*, 27(1), 1-20.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D.(2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed)*, 372, n71.
- Smith, A., et al. (2020). Physical health determinants in university populations. *American Journal of Health*, 50(1), 45-62.
- Verkuyten, M., & Yogeewaran, K. (2020). Cultural diversity and its implications for intergroup relations. *Current Opinion in Psychology*, 32, 1-5.
- Walker, L.O., & Avant, K.C.(2005). *Strategies for theory construction in nursing* (Vol.4), Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Wang, Y., Li, T., Noltemeyer, A., Wang, A., Zhang, J., & Shaw, K.(2018). Cross-cultural adaptation of international college students in the United States. *Journal of international students*, 8(2), 821-842.
- World Health Organization. (n.d.). Frequently asked questions. WHO. Retrieved December 16, 2024, from <https://www.who.int/zh/about/frequently-asked-questions>.
- XU, M., JAFFRI, H., & YANG, X.(2024). A systematic review on the relationship between emotional regulation and psychological well-being in higher education. *Quantum Journal of Social Sciences and Humanities*, 5(S11), 93-109.
- YZ, K., & L. (2021). Behavioral impact of national health campaigns on healthy lifestyle practices among young adults in Singapore: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 1-11.

# Factors related to the health behaviors of individuals at risk of diabetes in a province in Northeast Thailand

Chutiwan Phattranurakkul<sup>1</sup>, Vallerut Pobkeeree<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> A Doctor/Lecturer at Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University

<sup>2</sup> Assistant Professor, an Independent Scholar

\*Corresponding author: e-mail: Vallerut@gmail.com

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Phattranurakkul, C. ., & Pobkeeree, V. Factors related to the health behaviors of individuals at risk of diabetes in a province in Northeast Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 245–256. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/278773](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/278773)

Received: 12 February 2025

Revised: 10 April 2025

Accepted: 18 April 2025

### Abstract

Diabetes incidence rate is increasing in many developing countries, including Thailand. The prevalence of the disease has been growing. Researchers aimed to examine factors that could influence the health behavior of those people who were at risk and living in the poorest part of the country. A cross-sectional survey study was conducted in small and remote communities in the northeastern province of the country. The sample size of 200 cases were collected. Variables of interest were demographic data such as education, income, BMI and underlying diseases. Other variables were knowledge, social support and health behavior. The study found 86% of respondents had either sufficient or high knowledge level. All respondents had social support, but less than 50% had a high degree of health behavior. More than half of respondents had underlying diseases and about 62% did not have a normal BMI range. Income, underlying diseases, BMI, and glucose levels were significantly and negatively associated with health behavior ( $p$ -value < 0.010). Knowledge was significantly and negatively associated with health behavior ( $p$ -value < 0.010), whereas social support was significantly and positively associated with healthy behavior/lifestyle ( $p$ -value < 0.050). The findings showed that knowledge and social support had an important role and were significantly related to healthy behavior within the population.

**Key words:** diabetes type 2; knowledge; social support; behavior; lifestyle

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ชุติวรรณ ภัทรานุรักษ์กุล<sup>1</sup>, วัลลีสรัตน์ พบศิริ<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> พยาบาลนักวิจัย/อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

ผู้รับผิดชอบบทความ: Vallerut@gmail.com

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 กุมภาพันธ์ 2568

วันแก้ไข 10 เมษายน 2568

วันตอบรับ 18 เมษายน 2568

### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานกำลังเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย อุบัติการณ์ของโรคนี้เพิ่มขึ้น นักวิจัยมุ่งหวังที่จะศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงและอาศัยอยู่ในพื้นที่ยากจนที่สุดของประเทศ การศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวางได้ดำเนินการในชุมชนเล็กๆแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีขนาดตัวอย่าง 200 ตัวอย่าง ตัวแปรอื่นๆได้แก่ ข้อมูลประชากร เช่น การศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว และตัวแปร ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมด้านสุขภาพ การศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 86 มีระดับความรู้เพียงพอหรือมีความรู้สูง ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่ถึงร้อยละ 50 มีพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูง ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว และประมาณร้อยละ 62 มีช่วงดัชนีมวลกายไม่อยู่ในช่วงปกติ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และระดับกลูโคสในเลือดมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (ค่า p-value < 0.010) ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (ค่า p-value < 0.010) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรม/วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (ค่า p < 0.050) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมที่มีสุขภาพดี

**คำสำคัญ :** โรคเบาหวานประเภท 2; ความรู้; การสนับสนุนทางสังคม; พฤติกรรม; วิถีชีวิต

## Introduction

Approximately 230 million Asian people are living with type 2 diabetes, which represents nearly 55% of the world's diabetic population. Over 425 million people have the disease worldwide. Almost 80% of diabetics live in developing countries (Mohan et al., 2020). The Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand reported that the diabetes situation within the country is of great concern. The diabetes rate in Thailand has showed an increasing trend, rising from 2,033 per 100,000 in 2010 to 2,228 in 2012 and 4,500 in 2018, respectively (Pokpermddee, 2020). Other developing Asian countries show a similar trend. China and India have the highest number of diabetics. Diabetes in Asia exhibits different features compared to Western countries. For example, Asian people with a low BMI can develop diabetes at an early age. In addition, Asians are more likely to have complications and suffer premature death. There are also differences in genetics, socioeconomic factors, and diabetes management (Rhee, 2015).

A limited number of studies have investigated the association of diabetes with demographic data, knowledge and social support factors in Asian populations, especially people in remote areas. The aim of this study is to examine demographic data, knowledge about diabetes and social support factors associated with health behavior or lifestyle of people at risk of diabetes or prediabetes in communities in a remote town in Mahasarakham Province, Northeast Thailand, which is poorest region (GDP per capita) in the country. The researchers of this study considered knowledge about diabetes as a contributing factor and also examined if the factors of demographic data, knowledge and social support are correlated with the health behavior of people at risk of diabetes in the communities. In this area, the diabetes rate from 2011 to 2016 was 2,012, 2,177, 2,594, 2,824, 2,916 and 2,621 per 100,000, respectively. In addition, the average blood pressure of the population also increased.

Diabetes does not only place a physical burden on the individual, but also a psychological one. Studies show social support has a strong role to play in disease management by helping to control the disease as well as promoting dietary changes (Abu-Alfa et al., 2023; Messenger et al., 2019). Social support can come from a variety of sources such as family, friends and the network of health care providers (Ramkisson, 2017). Some diabetes patients have a hard time accepting they have the disease and struggle to cope with their daily routine, which could lead to problems controlling their health behavior. A study in Iran mentioned that diabetes not only affected diabetics directly but also distressed family members and their future prospects (Saghaee et al., 2020).

Knowledge as a preventative and control approach is used as a variable for this study. Diabetics need to know what could cause more severe symptoms, and also how to prevent the disease progressing (Lingam et al., 2018; Hipolito-Pascual, 2019) found there is association between knowledge and diabetes patients. The researchers also want to examine if diabetes patients are aware of the importance of regularly checking their blood sugar levels. Diabetics can be successfully and clinically managed well if they can control their behavior, and practice what they should do once they know or are informed about the disease (Binh, 2015; Kanojia, 2017; Gedik & Kocoglu, 2018).

## Methods

This study is a cross sectional research and used a questionnaire to ask an at-risk population who resided in a designated district. The sample size of 356 was calculated using Daniel's sample size calculation (Daniel, 1999; Latif et al., 2011) since the researchers know the whole population number and got the sample size who voluntarily completed self-administered questionnaires to participate in this study. However, a total of 200 people (56%) responded to the questionnaire. The questionnaire was divided into four parts:

Part one is demographic information of the participants: gender, age, career, marital status, BMI etc.

Part two is about knowledge of diabetes

Part three is about social support

Part four is about lifestyle and health-related behavior

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 0.365 (0.635)}{(0.05)^2}$$

$$n = 356$$

n : Sample size

Z: Statistic for a level of confidence (for the level of confidence of 95%, which is conventional, Z value is 1.96)

p : Prevalence or proportion (%); in this province, the population at risk of diabetes is 365 per 100,000 which is 0.365

d Precision level = 0.05

The questionnaire consisted of 95 questions, which asked the participants about their perceptions, opinions and practices. The questionnaire employed a Likert-type scale to elicit responses. Participants responded to each question with one of the following five answers: regularly practice, practice often, practice sometimes, rarely practice and do not practice or strongly agree, agree, not sure, disagree and

strongly disagree. The researchers requested ethics approval to conduct the study in diabetes risk groups from the Human Ethics Committee, Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University. The university approved the request and also provided a letter for the researchers to ask for cooperation from the village head, police chief and village health volunteers. These people helped the researchers to obtain completed questionnaires.

### Ethics approval

The study was conducted after approval from the Human Ethics Committee of Bangkok Thonburi University (Ethics Ref No. COA. No. BTUPH 007)

### Results

The researchers analyzed the data using SPSS (version 18). Demographic data is shown in Table 1. Knowledge was measured as a cognitive factor and was categorized into three levels (high, medium and low) and is shown in Table 2. Most of the participants have sufficient knowledge about the disease, diet and prevention. Social support factors and health behavior or lifestyle in diabetes risk group were analyzed using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that all respondents received high social support in the area. However, nearly half of them have good healthy behavior (Table 3 & Table 4). The calculated correlation coefficient was used to determine relationships and is shown in Table 5.

**Table 1** Demographic Data

| Demographic data                   | Number total 200 (%) | *95% CI     |
|------------------------------------|----------------------|-------------|
| <b>Age</b>                         |                      |             |
| 35 -44                             | 52 (26)              | 20.4- 32.5  |
| 45 -54                             | 21 (10.5)            | 6.9 -15.5   |
| 55 -64                             | 69 (34.5)            | 28.3 -41.3  |
| > 65                               | 68 (29)              | 27.8 -40.8  |
| mean 39.9; <i>p</i> -value < 0.001 |                      |             |
| <b>Job</b>                         |                      |             |
| Unemployed                         | 20 (10)              | 6.4 - 15.2  |
| Agriculture                        | 140 (70)             | 63.1 - 76.2 |
| House keeper                       | 7 (3.5)              | 1.5 - 7.4   |
| Own business                       | 7 (3.5)              | 1.5 - 7.4   |

| <b>Demographic data</b>                            | <b>Number total 200 (%)</b> | <b>*95% CI</b> |
|--|-----------------------------|----------------|
| Vendor   | 26 (13)                     | 9.0 -18.4      |
| <i>p</i> -value < 0.001                            |                             |                |
| <b>Marital status</b>                              |                             |                |
| Single   | 4 (2)                       | 0.5 -5.0       |
| Married  | 188 (94)                    | 89.7 -96.8     |
| Divorced   | 3 (1.5)                     | 0.3 -4.3       |
| Separated  | 5 (2.5)                     | 0.8 -5.7       |
| <i>p</i> -value < 0.001                            |                             |                |
| <b>Education level</b>                             |                             |                |
| Primary  | 180 (90)                    | 85.1 -93.4     |
| Secondary  | 18 (9)                      | 5.6 -14.1      |
| Bachelors and higher                               | 2 (1)                       | 0.3 -3.6       |
| <i>p</i> -value < 0.001                            |                             |                |
| <b>Income (THB per month)</b>                      |                             |                |
| 5,000 -10,000 [USD 150 -300]                       | 120 (60)                    | 53.1 -66.5     |
| 10,001 - 15,000 [USD 301 -450]                     | 16 (8)                      | 4.9 -12.6      |
| 15,001 -20,000 [USD 451-600]                       | 32 (16)                     | 11.4 -22.0     |
| > 20,000 [ > USD 600]                              | 32 (16)                     | 11.4 -22.0     |
| mean: THB13,500 [USD 400]; <i>p</i> -value < 0.001 |                             |                |
| <b>Underlying Disease</b>                          |                             |                |
| With underlying disease                            | 107 (53.5)                  | 46.3 -60.6     |
| Without underlying disease                         | 93 (46.5)                   | 39.4 -53.7     |
| <i>p</i> -value > 0.01                             |                             |                |
| <b>Relative with diabetes</b>                      |                             |                |
| Direct relative with diabetes                      | 7 (3.5)                     | 1.4 -7.1       |
| No direct relative with diabetes                   | 193 (96.5)                  | 92.9 -98.6     |
| <i>p</i> -value < 0.001                            |                             |                |
| <b>BMI</b>   |                             |                |
| 20 -23   | 75 (37.5)                   | 30.7 -44.6     |
| > 23 - 25  | 93 (46.5)                   | 39.4 -53.7     |
| > 25   | 32 (16)                     | 11.2 -21.8     |
| mean 22.9; <i>p</i> -value < 0.001                 |                             |                |
| <b>Glucose level (mg/dL)</b>                       |                             |                |
| 100 -110   | 117 (58.5)                  | 51.7 -65.1     |
| 111 -125   | 83 (41.5)                   | 34.9 -48.4     |
| mean 105.9; <i>p</i> -value = 0.01                 |                             |                |

**Table 2** Knowledge level of study sample

| <b>Knowledge level</b>  | <b>Number total 200 (%)</b> | <b>*95% CI</b> |
|-------------------------|-----------------------------|----------------|
| <b>Low</b>              | 14 (7)                      | 4.2 -11.4      |
| <b>Medium</b>           | 106 (53)                    | 46.1 -59.8     |
| <b>High</b>             | 80 (40)                     | 33.6 -46.9     |
| <i>p</i> -value < 0.001 |                             |                |

**Table 3** Social support level of study sample

| <b>Social support level</b> | <b>Number total 200 (%)</b> | <b>*95% CI</b> |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| <b>Low</b>                  | -                           | -              |
| <b>Medium</b>               | -                           | -              |
| <b>High</b>                 | 200 (100)                   | 98.1 -100.0    |
| <i>p</i> -value < 0.001     |                             |                |

**Table 4** Behavior/lifestyle of study sample

| Behavior/lifestyle level | Number total 200 (%) | * 95% CI    |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| Low                      | 105 (52.5)           | 45.3 - 59.6 |
| Medium                   | -                    | -           |
| High                     | 95 (47.5)            | 41.4 - 54.7 |

*p*-value > 0.010

**Table 5** Correlation matrix of variables

| Variables             | Educati<br>on | Income  | Underlyi<br>ng<br>disease | BMI     | Glucose<br>level | Knowledge | Social<br>support | Health<br>behavior |
|-----------------------|---------------|---------|---------------------------|---------|------------------|-----------|-------------------|--------------------|
| Education             | 1.00          |         |                           |         |                  |           |                   |                    |
| Income/Salary         | 0.33**        | 1.00    |                           |         |                  |           |                   |                    |
| Underlying<br>disease | 0.33**        | 0.23**  | 1.00                      |         |                  |           |                   |                    |
| BMI                   | -0.10*        | 0.55**  | 0.27**                    | 1.00    |                  |           |                   |                    |
| Glucose level         | -0.24**       | 0.27*   | 0.05                      | 0.27**  | 1.00             |           |                   |                    |
| Knowledge             | 0.30**        | 0.33**  | -0.10                     | 0.38**  | -0.23*           | 1.00      |                   |                    |
| Social support        | 0.28*         | 0.10    | 0.54**                    | 0.16    | -0.33**          | 0.485**   | 1.00              |                    |
| Health<br>behavior    | 0.29**        | -0.53** | -0.10*                    | -0.63** | -0.43**          | -0.434**  | 0.25*             | 1.00               |

\* *p*-value < 0.05

\*\* *p*-value < 0.01

## Discussion

In our study, people classified as at risk of diabetes or prediabetes, according to American Diabetes Association criteria, were observed and investigated. They were analyzed by the following demographic data: age, gender, job, marital status, education level, income and BMI, similar to Yang's study that investigated diabetes in Asian low and middle income countries (Yang et al., 2019). Yang found people with type 2 diabetes had no relationship with BMI, which was similar to our study that found BMI had a low relationship not only with glucose level (Table 5) but also with waistline and gender (data not shown here). Our study found that age had a negative relationship (*p*-value < 0.010) with glucose level, which could be a good implication for people at risk and could be interpreted that at-risk people who are getting older are more likely to have lower glucose levels. This finding is not in line with other studies (Selvin & Parrinello, 2013; Kalyani et al., 2017). Moreover, regarding the other two important factors were investigated in this study, namely knowledge and social support, knowledge had negative association with

health behavior, but social support had positive association with health behavior or lifestyle (Table 5). This infers the more knowledge a person has, the person practises less healthy behavior. Even though people are sufficiently informed about diabetes, this does not necessarily lead to better health behavior or a sustainable healthy lifestyle (Hood et al., 2015). This could be due to misconceptions of how a certain behavior or lifestyle is related to an important health outcome. Knowing what to do and actually doing it are two different things. Some individuals with diabetes may lack the motivation or confidence to make necessary changes to their behavior or lifestyle. Futhermore, not everyone may fully understand the information provided, leading to difficulties in translating knowledge into action. Therefore, knowledge and information alone cannot change behavior because a human being's behavior is very complex and sometimes illogical. A study regarding the driving force of human behavior is that humans seek to maximize their pleasure or gains and to minimize their pains and losses. Having information and knowledge about a high carbohydrate diet or eating a sweet

dessert could lead to diabetes. Probably because of consuming such a diet gives pleasure to humans, especially when they are hungry or stressed out. Emotion of individuals can affect behavior as they may struggle with feeling of denial, frustration, or fear which could hinder their ability to implement behavioural changes. Behavior changes are often challenging because they require individual to modify deeply ingrained habits and routines. Even with knowledge and information, breaking old habits and adopting new ones can be difficult and may require additional support, such as from healthcare professionals or social support and structure programs. Therefore, behavior changes resulting from possession of information and knowledge can be very difficult to achieve (Kelly & Barker, 2016). Nevertheless, other studies from developing countries in Asia (i.e. Mongolia, India, China) confirmed that education is an indicator for diabetes prevention efforts in rural areas (Mehta et al., 2016; Ramkisson et al., 2017; Qiu et al., 2020) However, our study showed a better behavior or lifestyle resulted in lower sugar levels in at-risk people (Table 5).

Our study had individual sugar level data as a biomarker and output of the study. The researchers found social support is an important factor and is negatively associated to glycemic control level ( $p$ -value = 0.010, Table 5). This means if an individual has strong social support, his/her sugar level will be low and one could be in glycemic control. The study also showed educational level has a statistically significant relationship with social support ( $p$ -value = 0.010). This is because better educated people may be more likely to be able to control their sugar level by copying the healthy behavior of their friends or neighbors in their community (Ramkisson et al., 2017). It also makes sense that they would listen to their peers or conduct a lifestyle that is beneficial to their health. However, some people could listen and practice healthy behavior if they have knowledge that is relevant to their own health circumstances (Beaser & Brown, 2013; Wu et al., 2019). Studies have shown that

changing behavior in people at risk to diabetes is essential to delaying and preventing the onset of the disease (Trief, 2016; Venditti, 2016; Bourne et al., 2020).

Healthy behavior could be defined as engaging in physical activity, eating healthy food, reducing health risks as well as monitoring one's weight and health status. Furthermore, maintaining a change in behavior is not easy since it is an ongoing process for at-risk people to enjoy an optimal quality of life, health status, and a decreasing need for healthcare cost (Bircher, 2020). These are challenges for public health professionals in remote areas like a small community in Mahasarakham Province in Northeast Thailand, which is the largest region of the country where the population have low incomes and social inequality. In addition, there are not enough village health volunteers to educate and persuade community members to conduct healthy behavior throughout their life (Hanvoravongchai & Wibulpolprasert, 2015). Many Northeast people cannot afford healthy food and do not practice healthy behavior. The region is in a great need of development, even though the number people living below the poverty line in the region has declined considerably, from nearly 5.7 million in 2007 to 2.1 million people in 2020 (Jullanan, 2020).

A recent empirical investigation conducted from 2017 to 2019 by Asia Foundation, employed a robust methodology using simple random sampling techniques across a representative sample of 1,400 households. The study revealed a noteworthy outcome, indicating that an overwhelming majority of respondents, approximately 88%, were burdened by debt. This finding supports the prevailing notion that individuals residing in the Northeast region of the study area endure considerable financial hardship, impeding their capacity to procure nutritious food and encourage a healthy lifestyle.

Aware of the multifaceted challenges faced by the population, it is important to underscore the critical stereotypes and prejudiced perceptions that have emerged. Specifically, an

article highlights the prevailing characterization of Northeast residents as being stupid, poor, and sick (Jullanan, 2020). The label of "stupid" is recognized to them due to their limited access to pertinent information and educational resources, which hinders their ability to acquire knowledge and make informed decisions. Furthermore, their financial circumstances are predominantly modest, primarily attributable to their engagement in agricultural occupations, and earning inadequate incomes. Consequently, this economic deprivation perpetuates a state of chronic impoverishment among the population. Lastly, the widespread prevalence of sickness within this community can be attributed to their insufficient means to afford nourishing food and engage in healthy behaviors, thus worsening their vulnerability to health issues. Overall, these findings contribute to the evidence indicating the risky socio-economic circumstances faced by individuals residing in the Northeast region. Moreover, they underscore the urgent need for targeted interventions that address the root causes of these issues and aim to better the living conditions and well-being of this population.

Many studies have consistently highlighted the significant impact of social support on individuals living with diabetes, and these findings align with the conclusions drawn from the present study pertaining to individuals at risk of developing diabetes (Rintala, 2013; Oftedal, 2014; Karimy et al., 2018; Sürücü et al., 2018). Social support encompasses a range of valuable forms, including the provision of assistance by friends and family members who aid in implementing necessary physical and dietary changes, as well as offering emotional care and support. This direct form of support plays a crucial role in enabling individuals to help one another effectively. When it comes to the management of behavior and lifestyle changes associated with diabetes, social support emerges as the primary and most influential source of assistance. The involvement of friends and family members in supporting individuals with diabetes is instrumental in promoting and sustaining

positive changes in their behavior and lifestyle choices. Whether it's encouraging regular exercise, promoting a healthy diet, or assisting with medication adherence, the support provided by social networks significantly contributes to the overall life management of people at risk of diabetes.

Furthermore, this study brings attention to the positive effects of strong social support on reducing the emotional stress that individuals with prediabetes experience in their daily lives. The presence of a robust support system, consisting of understanding and empathetic individuals, has been shown to alleviate the burden of emotional distress commonly associated with living with people at risk of diabetes. By providing an outlet for sharing concerns, fears, and frustrations, social support acts as a buffer against the emotional toll of managing the condition, thereby enhancing overall well-being. Importantly, the study also sheds light on the well-being levels of individuals at risk of diabetes, who receive high levels of social support. The findings indicate that individuals in this group, who have a strong network of support from friends and family, tend to experience better overall well-being. This suggests that the positive impact of social support extends beyond those already diagnosed with diabetes and can also significantly benefit individuals in the pre-diabetic stage, potentially mitigating the progression to full-blown diabetes and promoting a healthier lifestyle.

In general, emotional support is part of social support. In this study, people at risk of diabetes received such support from friends and family members, including their spouse, to cope with the stress of maintaining their health, especially with regards to their blood sugar levels. This is in agreement with Soltero, E. G., et al. Study (Soltero et al., 2019) which noted that social support is essential in managing people with diabetes and helps them to conduct healthy behavior and lifestyle. People at risk of diabetes or prediabetes usually needed assistance, mainly

about exercise and diet. Ramkisson study (2017) noted that prediabetics need help from people who have had similar experiences and therefore who are more likely to understand what could stimulate bad eating habits or other unhealthy behaviors or lifestyle. Social support may help to decrease a stressful situation. In DAWN 2 study (Burns et al., 2013) 37% of family and friends of diabetics did not know how they could care for them and therefore needed to seek professional advice from public health professionals on how to deal with precarious situations for diabetics. Other social support could come from public health professionals who can engage people to be motivated and make correct or appropriate decisions on their daily diet and to conduct consistent physical activity in order to control their daily glycemic level.

### Conclusion

The study showed knowledge had an important role but was negatively and significantly related to healthy behavior of the population i.e. regular exercise, being active,

healthy and balanced diet. Individuals usually share their common knowledge and practice, which could motivate them to change behavior and overcome various problems. Social support from friends, family members and neighbors was statistically and significantly related to healthy behavior of the sample at risk to diabetes. The population sample learned to help each other and discussed their concerns and fears. They were advised and encouraged by social support members to cope with aspects or situations that they do not think they can control in order to consistently conduct healthy behavior.

To enhance behavior change in people at risk of diabetes, a comprehensive approach is necessary. This may involve personalized counseling, support groups, setting realistic goals, addressing psychological barriers, providing accessible healthcare, and creating an environment that promotes healthier choices. Healthcare professionals play a crucial role in helping individuals prior to diabetes navigate these challenges and facilitating behavior change through ongoing education and support.

### References

- Abu-Alfa, A.K., Atallah, P.J., Azar, S.T., Dagher, E.C., Ehtay, A.S., El-Amm, M.A., Hazkial, H.G., Kassab, R.Y., Medlej, R.C., Mohamad, M.A. & The Lebanese Consortium for Early, Comprehensive Management of Type 2 Diabetes (LCECMD). (2023). Recommendations for Early and Comprehensive Management of Type 2 Diabetes and Its Related Cardio-Renal Complications. *Diabetes Therapy*, 14, 11–28. <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01340-x>
- Beaser, R.S., & Brown, J.A. (2013). Preventive intervention in diabetes: a new model for continuing medical education. *American Journal of Preventive Medicine*, 44 (4): S394-S399. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.01.003>
- Binh, T.Q., Phuong, P.T., & Nhung, B.T. (2015). Knowledge and associated factors towards type 2 diabetes among a rural population in the Red River Delta region, Vietnam. *Rural and Remote Health*, 15(3), 3275.
- Bircher, J. (2020). Meikirch model: new definition of health as hypothesis to fundamentally improve healthcare delivery. *Integrated Healthcare Journal*, 2: e000046. <https://doi.org/10.1136/ihj-2020-000046>
- Bourne, J. E., Ivanova, E., Gainforth, H. L., & Jung, M. E. (2020). Mapping behavior change techniques to characterize a social cognitive theory informed physical activity intervention for adults at risk of type 2 diabetes mellitus. *Translational Behavioral Medicine*, 10(3), 705–712. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz008>

- Burns, K.K., Nicolucci, A., Holt, R.I., Willaing, I., Hermanns, N., Kalra, S., Wens, J., Pouwer, F., Skovlund, S.E., Peyrot, M., & DAWN2 Study Group. (2013). DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7):778-88. [https://doi: 10.1111/dme.12239](https://doi.org/10.1111/dme.12239)
- Daniel, W.W. (1999). *Biostatistics - A Foundations for Analysis in the Health Sciences*. Wiley & Sons, New York—Chichester—Brisbane—Toronto—Singapore, 7th edition. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken. 1995, 780.
- Gedik, S., & Kocoglu, D. (2018). Self-efficacy level among patients with type 2 diabetes living in rural areas. *Rural and Remote Health*, 18(1): 4262. [https://doi: 10.22605/RRH4262](https://doi.org/10.22605/RRH4262)
- Hanvoravongchai, P., and Wibulpolprasert, S. (2015). *Oxford Textbook of Global Public Health*. 6th ed. New York: Oxford University Press; Chapter 11, Training of local health workers to meet public health needs.
- Hipolito-Pascual, M. F. (2019). Knowledge, Attitude and Practices of Chosen Tertiary Hospital Non-Medical Employees on the Prevalence of Diabetes Mellitus. *Philippine Scientific Journal*, 52(2), 16-21. [https://doi:10.3803/EnM.2015.30.3.263](https://doi.org/10.3803/EnM.2015.30.3.263)
- Hood, K.K., Hilliard, M., Piatt, G., and Ievers-Landis, C.E. (2015). Effective strategies for encouraging behavior change in people with diabetes. *Diabetes Management (London, England)*, 5(6):499-510.
- Jullanan, S. (2020). The people of Isan: Thailand's second class citizens. Thisrupt. <https://thisrupt.co/society/isan-thailands-second-class-citizens/>.
- Kalyani, R.R., Golden, S.H., & Cefalu, W.T. (2017). Diabetes and aging: unique considerations and goals of care. *Diabetes Care*, 40(4), 440-443. [https://doi: 10.2337/dci17-0005](https://doi.org/10.2337/dci17-0005)
- Kanojia, M. (2017). Knowledge, attitude and practice of diabetes amongst rural population - an institutional based study. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 4(8), 1761-1764.
- Karimy, M., Koohestani, H.R., & Araban, M. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 10 (86). <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0386-6>
- Kelly, M.P., and Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109-16. [https://doi: 10.1016/j.puhe.2016.03.030](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.030)
- Latif, A.L., Daud, A.J.E., Pimentel, D., Pimentel, T., & Fregni, F. (2011). Sample size calculation in physical medicine and rehabilitation: a systematic review of reporting, characteristics, and results in randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(2), 306-15. [https://doi: 10.1016/j.apmr.2010.10.003](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.10.003)
- Lingam, S., Rani, P.K., Sheeladevi, S., Kotapati, V., & Das, T. (2018). Knowledge, attitude and practices on diabetes, hypertension and diabetic retinopathy and the factors that motivate screening for diabetes and diabetic retinopathy in a pyramidal model of eye health care. *Rural and Remote Health*, 18(1), 4304. [https://doi: 10.22605/RRH4304](https://doi.org/10.22605/RRH4304)
- Mehta, N.V., Trivedi, M., Maldonado, L.E., Saxena, D., & Humphries, D.L. (2016). Diabetes knowledge and self-efficacy among rural women in Gujarat, India. *Rural and Remote Health*, 16, 3629. James Cook University. [https://doi:10.22605/RRH3629](https://doi.org/10.22605/RRH3629)
- Messenger, G., Taha, N., Sabau, S., AlHubail, A., & Aldibbiat, A.M. (2019). Is There a Role for Informal Caregivers in the Management of Diabetic Foot Ulcers? A Narrative Review. *Diabetes Therapy*, 10, 2025-2033. <https://doi.org/10.1007/s13300-019-00694-z>

- Mohan, V., Khunt, K., Chan, S.P., Filho, F.F., Tran, N.Q., Ramaiya, K., Joshi, S., Mithal, A., Mbaya, M.N., Nicodemus Jr. N.A., Latt, T.S., Ji, L., Elebrashy, I.N., & Mbanya, J.C. (2020). Management of type 2 diabetes in developing countries: balancing optimal glycaemic control and outcomes with affordability and accessibility to treatment. *Diabetes Therapy*, 11(1), 15-35. <https://doi.org/10.1007/s13300-019-00733-9>
- Oftedal, B. (2014). Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 11(2): 43-48. <https://doi.org/10.1002/edn.247>
- Pokpermddee, P. (2020). Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (B.E. 2561-2580). *Journal of Health Science*, 29(1), 173-186. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8541>.
- Qiu, T., Huang, J., & Wang, W. (2020). Association between diabetes knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes mellitus in China: a cross-sectional study. *International Journal of Endocrinology*. <https://doi.org/10.1155/2020/2393150>
- Ramkisson, S., Pillay, B.J., & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), 1-8. [https://doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1405](https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405)
- Rhee, E.J. (2015). Diabetes in Asians. *Endocrinology and Metabolism*, 30(3), 263-269.
- Rintala, T.M., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2013). Everyday living with diabetes described by family members of adult people with type 1 diabetes. *International Journal of Family Medicine*, 967872. [https://doi: 10.1155/2013/967872](https://doi.org/10.1155/2013/967872)
- Saghaee, A., Ghahari, S., Nasli-Esfahani, E., Sharifi, F., Alizadeh-Khoei, M., & Rezaee, M. (2020). Evaluation of the effectiveness of Persian diabetes self-management education in older adults with type 2 diabetes at a diabetes outpatient clinic in Tehran: a pilot randomized control trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorder*, 19(2), 1491-1504. doi: 10.1007/s40200-020-00684-0
- Selvin, E., & Parrinello, C.M. (2013). Age-related differences in glycaemic control in diabetes. *Diabetologia*, 56(12), 2549-51. [https://doi: 10.1007/s00125-013-3078-7](https://doi.org/10.1007/s00125-013-3078-7)
- Soltero, E.G., Ramos, C., Williams, A.N., Hooker, E., Mendez, J., Wildy, H., Davis, K., Hernandez, V., Contreras, O.A., Silva, M., Lish, E., & Shaibi, G.Q. (2019). ¡Viva Maryvale!: a multilevel, multisector model to community-based diabetes prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(1): 58-65. [https://doi: 10.1016/j.amepre.2018.07.03](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.03)
- Sürücü, H.A., Besen, D.B., & Erbil, E.Y. (2018). Empowerment and social support as predictors of self-care behaviors and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *Clinical Nursing Research*, 27(4); 395-413. <https://doi.org/10.1177/1054773816688940>
- Trief, P.M., Fisher, L., Sandberg, J., Cibula, D.A., Dimmock, J., Hessler, D.M., Forken, P., & Weinstock, R. S. (2016). Health and psychosocial outcomes of a telephonic couples behavior change intervention in patients with poorly controlled type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Care*, 39(12):2165-2173. [https://doi: 10.2337/dc16-0035](https://doi.org/10.2337/dc16-0035)
- Venditti, E.M. (2016). Behavior change to prevent or delay type 2 diabetes: Psychology in action. *American Psychologist*, 71(7):602-613. [https://doi: 10.1037/a0040433](https://doi.org/10.1037/a0040433)
- Wu, F.L., Tai, H.C., & Sun, J.C. (2019). Self-management experience of middle-aged and older adults with type 2 diabetes: a qualitative study. *Asian Nursing Research*, 13(3): 209-215. [https://doi: 10.1016/j.anr.2019.06.002](https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.06.002)
- Yang, J.J., Yu, D., Wen, W., Saito, E., Rahman, S., Shu, X.O., et al. (2019). Association of diabetes with all-cause and cause-specific mortality in asia: a pooled analysis of more than 1 million participants. *JAMA*, 2(4):e192696-e192696. [https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.2696](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2696)



# Effects of dental health education video on knowledge, attitudes and behaviors dental caries among school children grade 6 in Wangthong subdistrict, Wangthong district, Pitsanuklok province

Sunita Tharaseree<sup>1</sup>, Chonlatan Raephet<sup>2</sup>, Nathathai Wongwan<sup>3</sup>, Patcharaporn Deekung<sup>4</sup>, Methinee Intarates<sup>5,\*</sup>

1,2,3,4,5 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

Tharaseree, S., Raephet, C., Wongwan, N., Deekung, P., & Intarates, M. Effects of dental health education video on knowledge, attitudes and behaviors dental caries among school children grade 6 in Wangthong subdistrict, Wangthong district, Pitsanuklok province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 257-272. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/278581](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/278581)

Received: 4 February 2025

Revised: 4 April 2025

Accepted: 18 April 2025

### Abstract

**Introduction and research objectives:** Dental caries is a common oral health problem among Thai children, especially at the primary school level, which potentially affecting their learning and development. Providing dental health education through video media is an effective approach to enhance understanding and modifying oral health behaviors. This study aims to compare knowledge, attitudes, and behaviors regarding dental caries prevention, before and after receiving dental health education and to analyze differences between the experimental and control groups.

**Research methods:** This quasi-experimental study divided the sample into experimental and control groups. The experimental group received dental health education through video media, while the control group received traditional education. Pre- and post-intervention assessments were conducted using questionnaires measuring knowledge, attitudes, and behaviors related to dental caries prevention.

**Results:** After the intervention, the experimental group had significantly higher scores in knowledge, attitudes, and behaviors regarding dental caries prevention compared to before the intervention. When compared to the control group, the experimental group demonstrated greater positive changes, although the differences were not statistically significant.

**Conclusion and Policy Implications:** Providing dental health education through video media can enhance knowledge, attitudes, and behaviors regarding dental caries prevention among primary school students. Schools and public health agencies should promote the use of video-based education as a sustainable approach to improving oral health behaviors in the long term.

**Keywords:** Dental health education; Video media; Dental caries; Preventive behavior

## ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อต้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

สุนิตา ธาราเสรี<sup>1</sup>, ชลทาน แร่เพชร<sup>2</sup>, ณัฐหทัย วงวรรณ<sup>3</sup>, พัชรภรณ์ ตีงัก<sup>4</sup>, เมธิณี อินทรเทศ<sup>5,\*</sup>

1,2,3,4,5 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 653 หมู่ 8 ต.วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก 65130

4 อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง การศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

5 อาจารย์ ดร. เภสัชกรหญิง การศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต, เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต (เภสัชศาสตร์) โทรศัพท์ 0815669874

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

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 4 กุมภาพันธ์ 2568  
วันแก้ไข 4 เมษายน 2568  
วันตอบรับ 18 เมษายน 2568

**บทนำและวัตถุประสงค์การวิจัย** โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยในเด็กไทย โดยเฉพาะในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก การให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุระหว่างก่อนและหลังการได้รับทันตสุขศึกษา รวมถึงเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**วิธีการศึกษา** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ ดำเนินการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ

**ผลการศึกษา** พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมากกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปผลการศึกษาและการนำไปใช้/ นัยเชิงนโยบาย** การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ควรส่งเสริมให้โรงเรียนและหน่วยงานด้านสาธารณสุขนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว

**คำสำคัญ:** ทันตสุขศึกษา; สื่อวีดิทัศน์; โรคฟันผุ; พฤติกรรมการป้องกัน

## บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยในเด็กไทย โดยเฉพาะในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิต และการเรียนรู้ของเด็ก จากการสำรวจสภาวะช่องปากและทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีค่าปราศจากฟันผุเพียงร้อยละ 48.0 และมีความชุกของโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 52.3 โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน (DMFT) อยู่ที่ 1.4 ซี่ต่อคน และในจำนวนนี้เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 31.5 (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2018) นอกจากนี้ ในระดับภูมิภาคพบว่าภาคเหนือมีความชุกของโรคฟันผุอยู่ที่ร้อยละ 51.1 ขณะที่จังหวัดพิษณุโลกมีอัตราการเกิดฟันผุ ร้อยละ 33.6 และอำเภอวังทองพบอัตราการเกิดฟันผุ ร้อยละ 32.4 โดยเฉพาะในตำบลวังทอง ซึ่งมีค่าปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 12 ปี ต่ำที่สุดในอำเภอวังทอง เพียงร้อยละ 40.74 เมื่อเปรียบเทียบกับตำบลอื่น ๆ (Bureau of Dental Health, Department of Health, 2018) จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 10-13 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่ (Johns Hopkins Medicine, 2023) หากไม่ได้รับการดูแลที่ดี อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากในระยะยาว และอาจกระทบต่อการเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็ก (American Academy of Pediatrics, 2023) ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริม (Centers for Disease Control and Prevention, 2023)

ปัจจุบันมีหลากหลายวิธีที่ใช้ในการให้ทันตสุขภาพแก่เด็กวัยเรียน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปาก วิธีที่นิยมใช้ได้แก่ การบรรยาย อธิบาย สาธิต จัดนิทรรศการ และ การใช้สื่อการสอน (American Academy of Pediatrics, 2023) อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน หนึ่งในสื่อที่มีประสิทธิภาพสูง คือ สื่อวีดิทัศน์

เนื่องจากเป็นสื่อที่มีภาพเคลื่อนไหวและเสียง ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี (Haleem, Siddiqui, & Khan, 2012) นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์ยังช่วยให้เด็กสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Simaremare, Ria, & Katharina, 2024)

โปรแกรมการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ในงานวิจัยนี้ นำเสนอในลักษณะของการเรียนรู้แบบรายกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ภายใต้การควบคุมของผู้สอน ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามแนวทางปกติคือการให้เอกสารและอธิบายโดยผู้สอน ทั้งนี้งานวิจัยนี้ใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มผู้วิจัยและจดลิขสิทธิ์ภายใต้ประเภท โสตทัศนวัสดุ ชื่อผลงาน "ทันตสุขภาพ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก 2568" สื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวได้รับการออกแบบโดยอ้างอิงจากหลักการทันตสุขภาพและแนวทางการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียน ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ 1) เรื่องโรคฟันผุ 2) เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุโรคฟันผุ 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ 4) การแปรงฟันที่ถูกต้อง และ 5) การตรวจฟันด้วยตัวเอง

ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาผลของการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุระหว่างก่อนและหลังการ

ทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนได้รับทันตสุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ

3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ หลังการได้รับทันตสุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ

4) เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อการให้ทันตสุขศึกษา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม

การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ การให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติ ต่อด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ในกลุ่มทดลอง การให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติในกลุ่มควบคุม 5 ครั้ง ระยะเวลา 7 สัปดาห์ มีกิจกรรม ดังนี้

**ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 1** ให้ทันตสุขศึกษา เรื่องโรคฟันผุ

1.1 ให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุ ได้แก่ ความสำคัญของฟัน โครงสร้างของฟัน สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ วิธีการป้องกันโรคฟันผุ การรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การรักษาโรคฟันผุ การไปพบทันตบุคลากร

**ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 2** ให้ทันตสุขศึกษา เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุโรคฟันผุ

2.1 รู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ มีอะไรบ้างและมีวิธีการป้องกันอย่างไร เรื่องราว ประสบการณ์ หรือที่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับโรคฟันผุที่รุนแรง

**ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 3** ให้ทันตสุขศึกษา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ทบทวนและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคฟันผุ

3.1 ในหัวข้อการแปรงฟัน การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ

**ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 4** ให้ทันตสุขศึกษา เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี

4.1 การแปรงฟันแบบยับยั้ง (Modified Bass Technique)

**ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 5** ให้ทันตสุขศึกษา เรื่องการตรวจฟันด้วยตัวเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุณครูประจำชั้นและนักศึกษาทันตสาธารณสุข



ความรู้เรื่องโรคฟันผุ



ทักษะเรื่องโรคฟันผุ



พฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้การออกแบบการทดลองแบบ Two Group Pretest-Posttest Design ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ทันตสุข

ศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ เปรียบเทียบกับการให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติ โดยพิจารณาผลกระทบต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์แก่กลุ่มทดลอง และ

การให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติแก่กลุ่มควบคุม รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง ในระยะเวลา 7 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากรเป็นนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและห้องเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ของตำบลวังทอง โดยโรงเรียนที่ใช้เป็นสถานที่ศึกษาเป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ตั้งอยู่ในตำบลวังทอง ซึ่งเป็นชุมชนขนาดกลางที่มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นักเรียนในโรงเรียนมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลาย การศึกษานี้มุ่งเน้นที่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการรับรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น และอยู่ในวัยที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ มีผลต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันฟันผุของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้ 1) **ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2567 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัด พิษณุโลก 2) **ขอบเขตด้านพื้นที่** การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในพื้นที่โรงเรียน ในตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 3) **ขอบเขตด้านเวลา** การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2567

### กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอิสระ (Bernard, 2000) และมีการปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ตามแนวทางของ Jirawatkul (2005) โดยกำหนดอัตราการตกสำรวจไว้ที่ร้อยละ 20 ส่งผลให้ขนาดตัวอย่างเริ่มต้นอยู่ที่ 35 คน และปรับเป็น 55 คน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้มีจำนวน

104 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 49 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โรงเรียนประถมศึกษา ในตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยอาศัยเกณฑ์ ดังนี้ 1) โรงเรียนที่มีสภาวะทันตสุขภาพใกล้เคียงกัน 2) โรงเรียนที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน 3) โรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย 4) โรงเรียนที่ไม่เคยได้รับบริการทางทันตกรรม กิจกรรม หรือโครงการเกี่ยวกับทันตศึกษากับนักศึกษาทันตสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

2. คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุณครูประจำชั้นและนักศึกษาทันตสาธารณสุข แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ

**การป้องกันอคติจากการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** ทั้งนี้เพื่อป้องกันอคติที่เกิดจากการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นักวิจัยได้ดำเนินการมาตรการต่าง ๆ ได้แก่ 1) แยกการเรียนการสอนของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยแต่ละโรงเรียนได้รับ

ความรู้ทันตสุขศึกษาต่างกัน 2) จำกัดการเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น คือ ให้ทันตสุขศึกษาที่เป็น วิดีทัศน์ในวันที่ไปทำการวิจัยเท่านั้น 3) ดำเนินการวิจัย ในช่วงวันเวลาใกล้กัน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

หมายถึง คุณสมบัติของเครื่องมือ วิจัยที่วัด เนื้อหาสาระได้อย่างครอบคลุม และเป็นตัวแทนของมวล เนื้อหาที่ต้องการวัดอย่างครบถ้วน รายละเอียดของสิ่งที่ ต้องการวัดอาจอยู่ในรูปของตารางกำหนดรายละเอียดของ เนื้อหาและจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด (Table of specification) ในกรณีที่เครื่องมือเป็นแบบทดสอบสำหรับ เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์นักวิจัย อาจกำหนดเป็นตารางโครงสร้างเนื้อหาของ ตัวแปรและ จำนวนข้อคำถามที่ต้องการวัด ตามรายละเอียดของคำ นิยามเชิงทฤษฎี และนิยามเชิงปฏิบัติการ

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาที่ วัดกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัดโดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ที่ต้องการจะวัด หรือไม่ วิธีนี้เป็นการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ คำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญไม่น้อยกว่า 3 คน เป็นผู้พิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับ จุดประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับ จุดประสงค์

-1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับ จุดประสงค์

จากนั้นนำคะแนนผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยใช้สูตร

$$\text{สูตร IOC} = \Sigma R / N$$

เมื่อ IOC แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ จุดประสงค์แทนผลรวมของคะแนนการพิจารณาของ ผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อ คำถาม ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.0 คัดเลือก ไว้ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณา ปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

โดยผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามฉบับร่างที่ได้ พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ ความเชี่ยวชาญด้านทันตกรรมชุมชน 2 ท่าน อาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ ความเชี่ยวชาญด้านทันตกรรมคลินิก 1 ท่าน จากนั้น นำมา คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ นิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์ ค่า IOC เท่ากับ 0.84

#### ตรวจสอบเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการ ปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน สะพานที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 35 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ (Cronbach's Alpha Coefficient) และสำหรับแบบทดสอบวัดด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคฟันผุ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าความ เที่ยงตรง Kruger - Richardson (KR-20) กำหนดเกณฑ์ค่า ความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบความ เชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.885 ซึ่งยอมรับได้ จึงจะถือ ว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือ

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การให้ทันตสุขศึกษา สำหรับกลุ่มทดลองเป็นการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ สำหรับกลุ่มควบคุมจะเป็นการให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติ โดยมีการให้ทันตสุขศึกษา 3 สัปดาห์ และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

**การดำเนินการวิจัย** การวิจัยในครั้งนี้ได้แบ่งงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย

1.2 ขอความร่วมมือ คุณครูประจำชั้น และเตรียมสถานที่ในการวิจัย

1.3 ประชุมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการทดลองและเก็บข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยแก่นักเรียนและผู้ปกครองพร้อมลงชื่อในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย และหนังสือแสดงความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและสื่อวีดิทัศน์ทันตสุขศึกษาและสื่อทันตสุขศึกษาแบบปกติในคาบเรียนที่เป็นคาบลดเวลาเรียนเพิ่มเวลาเรียนรู้ของนักเรียน จึงไม่เป็นการรบกวนเวลาเรียนหรือเวลาส่วนตัวของนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและอธิบายชุดแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษา 3 ครั้ง ดังนี้

- การให้ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ความรู้เรื่องโรคฟันผุ (สัปดาห์ที่ 2) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

- การให้ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 2 เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุ เรื่องการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ (สัปดาห์ที่ 3) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

- การให้ทันตสุขศึกษา ครั้งที่ 3 เรื่องการแปรงฟันที่ถูกต้อง, เรื่องการตรวจฟันด้วยตัวเอง (สัปดาห์ที่ 4) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ที่มีอายุ 11-13 ปี ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SCPHPL 5/2567.2.4 จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับและเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิด แหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบรับตามหนังสือรับรองเจตนายินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย และให้ผู้ปกครองของนักเรียนตอบรับตามหนังสือรับรองเจตนายินยอมในผู้ปกครองของนักเรียนที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ในบทนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหญิง (54.3%) อายุ 11 ปี (64.4%) และอาศัยอยู่กับพ่อ/แม่ (52.2%) โดยผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (37%) และรายได้ครอบครัวอยู่ที่ 25,001-35,000 บาท (41.3%) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นชาย (55%) อายุ 11 ปี (55%) และอาศัยอยู่กับพ่อ/แม่ (45%) ผู้ปกครองทำอาชีพรับจ้างทั่วไป (37.5%) และมีรายได้ของครอบครัวอยู่ที่ 15,001-25,000 บาท (55%) ทั้งสองกลุ่มมีประวัติการเข้ารับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา โดยกลุ่มทดลองเคยทำมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63 และกลุ่มควบคุมเคยทำมากกว่า 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุณครูประจำชั้นและนักศึกษาทันตสาธารณสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในในกลุ่มทดลอง

(ด้านความรู้ เต็ม 10 คะแนน ด้านทักษะคิด เต็ม 30 คะแนน ด้านพฤติกรรม เต็ม 30 คะแนน)

| ตัวแปร             | n  | mean | S.D. | z     | P-value |
|--------------------|----|------|------|-------|---------|
| <b>ด้านความรู้</b> |    |      |      |       |         |
| ก่อนการทดลอง       | 46 | 6.93 | 1.16 |       |         |
| หลังการทดลอง       | 46 | 9.46 | 0.62 | -5.83 | <0.001* |

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมจาก

ผู้ปกครอง คุณครู และนักศึกษาทันตสาธารณสุขในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าในกลุ่มทดลอง เมื่อมีปัญหาฟัน นักเรียนปรึกษาผู้ปกครองเป็นอันดับแรก (84.8%) ผู้ปกครองสอนแปรงฟันและตรวจช่องปากที่บ้านแต่ไม่ทุกวัน (60.9% และ 50%) ส่วนครูและนักศึกษาทันตสาธารณสุขไม่ค่อยสอนการแปรงฟันและการตรวจช่องปากที่โรงเรียน (41.3% และ 37%) ผู้ปกครองและครูไม่ค่อยให้กำลังใจเมื่อนักเรียนแปรงฟันได้สะอาด (43.5% และ 73.9%) ในกลุ่มควบคุม นักเรียนก็ปรึกษาผู้ปกครองเป็นอันดับแรกเมื่อมีปัญหาฟัน (90%) ผู้ปกครองสอนแปรงฟันและตรวจช่องปากที่บ้านเช่นกัน (45% และ 40%) ครูสอนแปรงฟันที่โรงเรียนทุกวัน (50%) แต่สอนการตรวจช่องปากไม่ทุกวัน (42.5%) นักศึกษาทันตสาธารณสุขมีการสอนแปรงฟันและตรวจช่องปากที่โรงเรียนแต่ไม่ทุกวัน (57.5% และ 52.5%) และทั้งผู้ปกครองและครูไม่ค่อยให้กำลังใจเมื่อนักเรียนแปรงฟันได้สะอาด (40% และ 42.5%)

**ส่วนที่ 3** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในในกลุ่มทดลอง

| ตัวแปร              | n  | mean  | S.D. | z     | P-value |
|---------------------|----|-------|------|-------|---------|
| <b>ด้านทัศนคติ</b>  |    |       |      |       |         |
| ก่อนการทดลอง        | 46 | 23.85 | 2.11 |       |         |
|                     |    |       |      | -4.36 | <0.001* |
| หลังการทดลอง        | 46 | 25.80 | 2.04 |       |         |
| <b>ด้านพฤติกรรม</b> |    |       |      |       |         |
| ก่อนการทดลอง        | 46 | 21.59 | 2.34 |       |         |
|                     |    |       |      | -2.95 | 0.003*  |
| หลังการทดลอง        | 46 | 22.67 | 2.18 |       |         |

\*p-value &lt; 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 4** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(ด้านความรู้ เต็ม 10 คะแนน ด้านทัศนคติ เต็ม 30 คะแนน ด้านพฤติกรรม เต็ม 30 คะแนน)

| ตัวแปร              | n  | mean  | S.D. | Z     | P-value |
|---------------------|----|-------|------|-------|---------|
| <b>ด้านความรู้</b>  |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 6.93  | 1.16 |       |         |
|                     |    |       |      | -1.52 | 0.128   |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 7.28  | 1.13 |       |         |
| <b>ด้านทัศนคติ</b>  |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 23.85 | 2.11 |       |         |
|                     |    |       |      | -0.01 | 0.993   |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 23.48 | 3.27 |       |         |
| <b>ด้านพฤติกรรม</b> |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 21.59 | 2.34 |       |         |
|                     |    |       |      | -0.66 | 0.512   |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 21.30 | 2.86 |       |         |

\*p-value &lt; 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 5** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(ด้านความรู้ เต็ม 10 คะแนน ด้านทักษะคิด เต็ม 30 คะแนน ด้านพฤติกรรม เต็ม 30 คะแนน)

| ตัวแปร              | n  | mean  | S.D. | Z     | P-value |
|---------------------|----|-------|------|-------|---------|
| <b>ด้านความรู้</b>  |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 9.46  | 0.62 |       |         |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 9.05  | 1.45 | -0.71 | 0.476   |
| <b>ด้านทักษะคิด</b> |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 25.80 | 2.04 |       |         |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 24.93 | 3.66 | -0.43 | 0.668   |
| <b>ด้านพฤติกรรม</b> |    |       |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง          | 46 | 22.67 | 2.18 |       |         |
| กลุ่มควบคุม         | 40 | 22.63 | 2.84 | -0.12 | 0.906   |

\*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 6** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

จากผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 44.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.065 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 41.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.992 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.014)

**ส่วนที่ 7** ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคใน

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ผลการศึกษาข้อมูลคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

#### กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุก่อนการทดลอง 10.61 (SD=1.36) และหลังการทดลอง 13.37 (SD=1.58) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุก่อนการทดลอง 9.98 (SD=1.73) และหลังการทดลอง 13.65 (SD=1.45) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุก่อนการทดลอง 10.46 (SD=1.50) และหลังการทดลอง 14.02 (SD=1.16) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุก่อนการทดลอง 9.83 (SD=1.22) และหลังการทดลอง 13.98 (SD=1.71)

#### กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุก่อนการทดลอง 12.15 (SD=1.79) และหลังการทดลอง 13.10 (SD=1.65) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุก่อนการทดลอง 12.25 (SD=1.66) และหลังการทดลอง 13.13 (SD=1.79) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุก่อนการทดลอง 12.83 (SD=1.82) และหลังการทดลอง 14.20 (SD=1.20) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุก่อนการทดลอง 11.15 (SD=2.29) และหลังการทดลอง 13.45 (SD=1.26)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ระหว่างก่อนและหลังการได้รับทันตสุขศึกษา รวมถึงเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยกลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ ผลการศึกษาส่วนที่ 7 เน้นการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติและเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผลการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value=1.0) เช่นเดียวกับผลการทดสอบ Mann-Whitney U test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=1.0) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และการให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติมีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุในระดับที่ใกล้เคียงกัน

#### สรุปผลการวิจัย

ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาลำดับหัวข้อดังนี้

การศึกษามูลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง จะได้รับการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด กลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์แต่ได้รับการให้ทันตสุขศึกษาแบบปกติ

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัตถุประสงค์ และหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 86 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคฟันผุ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 (p value < 0.05)

### การอภิปรายผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุหลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุณครูประจำชั้น และนักศึกษาทันตสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียน

การศึกษาของ Jaikaew, Tanjeang, และ Phalaphon (2022) พบว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (Jaikaew, Tanjeang, & Phalaphon, 2022) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Emyaem และ Jariya (2023) ที่พบว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านโปรแกรมการศึกษาทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Emyaem & Jariya, 2023) นอกจากนี้ การศึกษาของ Boonvas, Chuaykaew, Suwanvela, และ Lertwanawatana (2016) พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ทันตสุขศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญ (Boonvas, Chuaykaew, Suwanvela, & Lertwanawatana, 2016) การใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้เด็กสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Simaremare, Ria, & Katharina, 2024) ดังนั้น การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กวัยเรียน และควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้ในโรงเรียนและหน่วยงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระยะยาว

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ ก่อนได้รับทันตสุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน มีสภาวะทันตสุขภาพใกล้เคียงกัน และอยู่ในโรงเรียนที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือโครงการกับนักศึกษาทันตสาธารณสุข วสส.พิษณุโลก

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaikaew, Tanjeang, และ Phalaphon (2022) ที่พบว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ

และพฤติกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ) (Jaikaew, Tanjeang, & Phalaphon, 2022) การศึกษานี้ได้ทำการวิจัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ การศึกษาของ Emyaem และ Jariya (2023) ก็พบผลลัพธ์ที่คล้ายกัน โดยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ (Emyaem & Jariya, 2023) ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลอง

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ หลังการได้รับทันตสุขศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มได้รับทันตสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคฟันผุที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง คุณครู ประจำชั้น และนักศึกษาทันตสาธารณสุข โดยทั้งสองกลุ่มมีกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาทั้งหมด 5 เรื่อง คือ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคฟันผุ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุ 4) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคฟันผุ 5) การแปรงฟันที่ถูกรวิธี และการตรวจฟันด้วย

ตัวเอง ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaikaew, Tanjeang, และ Phalaphon (2022) ที่พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติผ่านเอกสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) (Jaikaew, Tanjeang, & Phalaphon, 2022) การศึกษานี้ได้ทำการวิจัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาแบบปกติผ่านเอกสาร การศึกษาของ Emyaem และ Jariya (2023) พบว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านโปรแกรมการศึกษาทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Emyaem & Jariya, 2023) ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุหลังการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## สรุปและข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์สามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนระดับประถมศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นเครื่องมือเสริมในการให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษาจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ในบริบทของโรงเรียนระดับประถมศึกษาได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. **เชิงนโยบาย** ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาระบบการให้ทันตสุขศึกษาในเด็กประถมศึกษา โดยหน่วยบริการสาธารณสุข

สามารถบูรณาการการใช้สื่อวีดิทัศน์เข้ากับแผนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียน รวมถึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการเรียนการสอนด้านทันตสุขศึกษาในระดับโรงเรียนและระดับเขตสุขภาพ

**2. เชิงปฏิบัติการ** ควรนำสื่อวีดิทัศน์การป้องกันโรคฟันผุไปเผยแพร่และใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในโรงเรียนประถมศึกษา โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงเรียนที่สนใจ เพื่อให้ครูสามารถนำสื่อไปใช้ในการเรียนการสอน หรือจัดกิจกรรมทันตสุขศึกษาในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**3. เชิงวิชาการ** ควรนำรูปแบบการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรอื่น เช่น เด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น หรือกลุ่มประชากรในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์

ในระยะยาว และศึกษาผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายขึ้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดช่วงเวลาการติดตามที่เหมาะสม เช่น ทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มของพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากได้อย่างชัดเจน

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน หรือผู้สูงอายุ โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการนำเสนอให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษา

3. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักเรียนเขตตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยในอนาคตควรขยายไปยังพื้นที่อื่น ๆ เช่น เขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่ที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน เพื่อนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Amyam, J. (2022). The effect of a dental health education program applying self-efficacy theory combined with social support on behaviors preventing dental caries and gingivitis among Grade 4–6 students in Mahapho Subdistrict, Kaoliao District, Nakhon Sawan Province (Master's thesis, Naresuan University).
- Boonwas, K., Chuaykaew, B., Suwanwela, S., & Lertwanawatana, C. (2016). The effect of using video media on caries prevention behaviors among upper primary school students in Trang Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 60–72.
- Dental Public Health Division, Department of Health. (2018). Report on the 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017. Bangkok: Samcharoenpanich (Bangkok) Co., Ltd.
- Jaikaew, W., Tanchiang, J., & Phalaphon, K. (2022). The effect of dental health education through video media on knowledge, attitudes, and oral health care behaviors among Grade 4–6 students in Chonnabot District, Khon Kaen Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(2), 187–199.
- Krai, N. (2018). Effectiveness of a dental health education program in changing behaviors to prevent dental caries among Grade 6 students in Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province (Master's thesis, Suratthani Rajabhat University).

- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2023). Survey results on oral health status of 12-year-old schoolchildren in Phitsanulok Province by area.
- Sattnako, P. (2019). The effect of a behavior modification program for oral health care based on collaborative learning to change behaviors preventing dental caries and gingivitis among Grade 4–6 students in Selaphum District, Roi Et Province (Master's thesis, Mahasarakham University).
- Somnuk, U., Prasomrak, P., & Saibua, S. (2021). The effect of a dental health education program using multimedia combined with social support on knowledge, tooth brushing behaviors, and plaque levels among Grade 6 students in Lue Amnat District, Amnat Charoen Province. *Journal of Dental Public Health*, 32(1), 115–130.
- Summary document of the evaluation of dental public health operations in Phitsanulok Province for the fiscal year 2018.
- Bunyaleepun, T., et al. (2016). Health promotion and environmental health information system.



## Factors related to happiness at work of health volunteers in Bangkok

Sonthaya Sarapat<sup>1</sup> Umawadee Laothong<sup>2\*</sup> Angsana Boonthum<sup>2</sup> Piyathida Khajornchaikul<sup>3</sup>  
Nitchaphat Khansakorn<sup>4</sup>

*1 Master of Science Program in Public Health (Major in Community Health System Development),  
Faculty of Public Health, Mahidol University*

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

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

*4 Assistant Professor, Department of Environmental Health Science, Faculty of Public Health, Mahidol  
University*

*Corresponding author: e-mail: umawadee.lao@mahidol.ac.th*

### Original article

#### Abstract

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Sarapat, S.,  
Laothong, U., Boonthum, A. .,  
Khajornchaiku, P. ., &  
Khansakorn, N. . Factors  
related to happiness at work  
of health volunteers in  
Bangkok. *Public Health Policy  
and Laws Journal*, 11(2), 273–  
285. retrieved from  
[https://so05.tci-  
thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279556](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279556)

Received: 17 March 2025

Revised: 12 April 2025

Accepted: 18 April 2025

This research was a cross-sectional descriptive study. The objectives were to evaluate happiness at work and to analyze the relationship between general characteristics, job characteristics, motivation, and happiness at work among health volunteers in Bangkok. All together 369 health volunteers in Bangkok were included. The data were collected using a questionnaire and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's chi-square test.

The results found that overall happiness at work level of health volunteers in Bangkok was rather high. Factors that are statistically significant related to happiness at work include general characteristics (gender, age, marital status, eating breakfast, exercise) job characteristics (specific characteristics of work, importance of work, perception of performance) and motivation (recognition, compensation, interpersonal relations, and environment in the community) with  $p$ -value < 0.05. Therefore, the factors regarding general characteristics, job characteristics, and motivation should be considered to promote happiness at work of health volunteers. This may result in working with their full potential, working with dedication, and remaining in the organization.

**Keywords:** Happiness; work performance; health volunteers; motivation

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

สนธยา สารพัทธ์<sup>1</sup> อูมาวดี เหลลาทอง<sup>2\*</sup> อังสนา บุญธรรม<sup>2</sup> ปิยะธิดา ขจรชัยกุล<sup>3</sup> นิชชาภัทร ชันสาคร<sup>4</sup>

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่ออีเมลล์ : umawadee.lao@mahidol.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 17 มีนาคม 2568

วันแก้ไข 12 เมษายน 2568

วันตอบรับ 18 เมษายน 2568

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับความสุขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) กลุ่มตัวอย่างคือ อสส. จำนวน 369 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. โดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย) คุณลักษณะงาน (ลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน การได้รับข้อมูลการปฏิบัติงาน) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (การได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในชุมชน) ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังนั้น การส่งเสริมให้ อสส. มีความสุขในการปฏิบัติงาน จึงควรให้ความสำคัญทั้งปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติงานอย่างทุ่มเท และคงอยู่กับองค์กรต่อไป

**คำสำคัญ:** ความสุข; การปฏิบัติงาน; อาสาสมัครสาธารณสุข; แรงจูงใจ

## บทนำ

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนับตั้งแต่แผนพัฒนากรุงเทพมหานครฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525 -2529) เป็นต้นมา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (ออสส.) เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนโดย ออสส. จัดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเภทหนึ่งตามที่ระบุไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 (Ministry of Public Health, 2011) ซึ่งสำนักอนามัยได้มีการพัฒนาศักยภาพ ออสส. ตามกระทรวงสาธารณสุข โดยพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ บทบาท ทั้งทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการทำงาน โดยเน้นการทำงานเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่น ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเชิงรุกเน้นการดูแลสุขภาพอนามัยในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จึงได้จัดสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ ออสส. และ อสม. ขึ้น โดยมีค่าตอบแทนเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานสำหรับผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในหน้าที่ ออสส. อีกด้วย (Ministry of Public Health, 2019) และในฐานะ ออสส. ซึ่งเป็นด่านหน้าที่ร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเชิงพื้นที่ ทำให้บทบาทภาระงานเปลี่ยนไปจากเดิม โดยในปัจจุบัน ออสส. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้มากเท่าที่ต้องการ จำเป็นจะต้องรักษา ออสส. ที่ยังอยู่ในระบบให้มีความสุขในการปฏิบัติงานเพื่อ

คงอยู่ในระบบได้ และถึงแม้จะมีการอบรม ออสส. เพิ่มขึ้นในแต่ละปี เพื่อทดแทน ออสส. ในส่วนที่พ้นสภาพไปจากการเสียชีวิต ลาออก หรือขาดการติดต่อ แต่จำนวน ออสส. ที่ปฏิบัติงานยังคงไม่เพียงพอที่จะดูแลประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างครอบคลุม

ความสุขในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่าง อสม. พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานทางบวกของ อสม. ส่วนความรู้สึกลดเครียดส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานทางลบ (Paiboonsithiwong, 2023) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ สภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระบบบริหารและการจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Wanarome, 2019) และมีการศึกษาพบว่าคุณลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน (Sriplad, 2020) โดยการรับรู้ต่อคุณลักษณะของงานที่ปฏิบัติอยู่ว่ามีความเหมาะสมต่อความสามารถและความเชี่ยวชาญในงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นคุณค่า และภาคภูมิใจในงานที่ทำ (Hackman, 1980) ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในองค์กรที่มีบรรยากาศแห่งความสุขย่อมทำให้เกิดพฤติกรรมด้านบวกต่อองค์กร และนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันมีการศึกษาพบว่าแรงจูงใจมีผลต่อความสุขในการทำงาน (Zhang, 2020) โดยเฉพาะงานในลักษณะของการเป็นจิตอาสาหรืองานอาสาสมัคร จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือสังคม เกิดเป็นความสุขทางด้านจิตใจ ทำให้มีความทุ่มเททั้งกายใจในการทำงาน และเป็นแรงสนับสนุนให้อาสาสมัครเหล่านั้นสามารถคงอยู่ได้อย่างภาคภูมิใจ

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการปฏิบัติงาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่เป็นจิตอาสา แต่ปฏิบัติงานภายใต้องค์กรที่มีลักษณะงานที่เป็นรูปแบบชัดเจน มีการได้รับผลตอบแทนและมีสวัสดิการคล้ายกับการทำงานที่เป็นวิชาชีพ โดยมีการกำหนดภาระหน้าที่และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รวมถึงมีการติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมให้ อสส. มีความสุขในการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ มีขวัญและกำลังใจที่จะปฏิบัติงานอย่างทุ่มเท และคงอยู่กับองค์กรต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความสุขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และแรงจูงใจ กับความสุขในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

#### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสส. ที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 11,598 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสส. จำนวน 369 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) สุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่ง อสส. ออกเป็น 6 กลุ่ม ตามกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัด

อยู่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กรุงเทพฯใต้ กรุงเทพมหานครเหนือ กรุงเทพมหานครตะวันออก กรุงเทพมหานครใต้ จากนั้นเลือกตัวแทนศูนย์บริการสาธารณสุขจากแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 2 แห่ง แล้วทำการสุ่มตัวอย่าง อสส. แบบเป็นระบบจากรายชื่อ อสส. ของแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขตามสัดส่วน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน เป็น อสส. ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ปฏิบัติงาน อสส. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และเป็นผู้ที่ยังคงมีสถานภาพปฏิบัติงานและอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ อสส. ผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเป็น อสส. และภาวะสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะงาน จำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบคุณลักษณะงานของ Hackman and Oldham (Hackman, 1980) โดยแบ่งคุณลักษณะงานเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความหลากหลายของทักษะ ลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในงาน และการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงาน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 7 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย 2 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อย หรือแทบจะไม่เคยเกิดขึ้น 3 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง 4 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นปานกลางไม่มากไม่น้อย 5 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย 6 หมายถึง

เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง 7 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ โดยใช้การแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์และแดเนียล (Best, 1977; Daniel, 1995) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.99 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 5.00 และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 5.01 - 7.00

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Herzberg (Herzberg, 1959) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การได้รับกรยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 4 หมายถึง เห็นด้วย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์และแดเนียล (Best, 1977; Daniel, 1995) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00

ส่วนที่ 4 ความสุขในการปฏิบัติงาน จำนวน 50 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากเครื่องมือวัดความสุขในการปฏิบัติงาน HAPPINOMETER (Institute for Population and Social Research, 2023) แบ่งเป็น 9 มิติ ได้แก่ สุขภาพดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี การเงินดี และการงานดี ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ไม่เลย/น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์น้อยกว่า 25 หมายถึง มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25.0 - 49.9 หมายถึง มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่

ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50.0 - 74.9 หมายถึง มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถาม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC อยู่ระหว่าง 0.7 - 1.0 และได้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ คุณลักษณะงาน เท่ากับ 0.83 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.71 และความสุขในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.93

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำบันทึกขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษาไปยังผู้อำนวยการสำนักอนามัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล อสส. ในสังกัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่ อสส. ในการประชุมประจำเดือนของแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข และดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามไปพร้อม ๆ กัน โดยผู้วิจัยอ่านคำถามให้กับ อสส. ฟังและเว้นระยะเวลาสำหรับให้ตอบอย่างเหมาะสมในแต่ละข้อคำถาม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับ

ความสุขในการปฏิบัติงาน ด้วยสถิติไคสแควร์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2023-074 วันที่รับรอง 13 มิถุนายน 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.9 อายุเฉลี่ย 63.2 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.3 สถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันร้อยละ 47.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 59.9 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสส. น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 36.8 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.6 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 69.1 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.5 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00 - 29.99 หมายถึง มีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 33.1 ส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ชาย  $\leq$  36 นิ้ว หญิง  $\leq$  32 นิ้ว) ร้อยละ 76.2 รับประทานอาหารเช้าทุกวันร้อยละ 66.1 ออกกำลังกายทุกวันร้อยละ 27.9 ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 88.4 และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 78.0

ผลการศึกษาคูณลักษณะงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อสส. มีการรับรู้คุณลักษณะงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.1 ส่วนด้านความหลากหลายของทักษะ ด้านลักษณะเฉพาะของงาน ด้าน

ความมีอิสระในงาน และด้านการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.6, 51.5, 60.4 และ 53.1 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.7, 64.8 และ 95.9 ตามลำดับ ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพแวดล้อมในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.6

ผลการประเมินความสุขในการปฏิบัติงานทั้ง 9 มิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 55.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีมติน้ำใจดี จิตวิญญูณดี สังคมดี การเงินดี และการทำงานดี อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 58.3, 61.1, 56.2, 54.2 และ 51.6 ตามลำดับ ส่วนมิติสุขภาพดี ผ่อนคลายดี ครอบครัวดี และใฝ่รู้ดี อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 38.9, 45.7, 46.1 และ 38.0 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขในการปฏิบัติงาน พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การรับประทานอาหารเช้า และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.040, 0.046, 0.028, < 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. (n = 369 คน)

| ปัจจัยส่วนบุคคล                       | ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน |                         | p-value |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------|
|                                       | มากและ<br>ค่อนข้างมาก       | น้อยและ<br>ค่อนข้างน้อย |         |
|                                       | จำนวน (ร้อยละ)              | จำนวน (ร้อยละ)          |         |
| <b>เพศ</b>                            |                             |                         |         |
| หญิง                                  | 142 (50.7)                  | 138 (49.3)              | 0.040*  |
| ชาย                                   | 34 (38.2)                   | 55 (61.8)               |         |
| <b>อายุ</b>                           |                             |                         |         |
| 60 ปีขึ้นไป                           | 130 (51.2)                  | 124 (48.8)              | 0.046*  |
| 18 - 59 ปี                            | 46 (40.0)                   | 69 (60.0)               |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                  |                             |                         |         |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า                  | 20 (62.5)                   | 12 (37.5)               | 0.171   |
| มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา        | 91 (47.9)                   | 99 (52.1)               |         |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า                 | 65 (44.2)                   | 82 (55.8)               |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                    |                             |                         |         |
| สมรส/อยู่ด้วยกัน                      | 95 (54.3)                   | 80 (45.7)               | 0.028*  |
| โสด                                   | 27 (36.5)                   | 47 (63.5)               |         |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่             | 54 (45.0)                   | 66 (55.0)               |         |
| <b>อาชีพหลักในปัจจุบัน</b>            |                             |                         |         |
| ไม่ได้ทำงาน                           | 99 (48.1)                   | 107 (51.9)              | 0.876   |
| ทำงาน                                 | 77 (47.2)                   | 86 (52.8)               |         |
| <b>รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน</b>   |                             |                         |         |
| น้อยกว่า 10,000 บาท                   | 105 (47.5)                  | 116 (52.5)              | 0.992   |
| 10,000 – 20,000 บาท                   | 42 (48.3)                   | 45 (51.7)               |         |
| มากกว่า 20,000 บาท                    | 29 (47.5)                   | 32 (52.5)               |         |
| <b>ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสส.</b> |                             |                         |         |
| น้อยกว่า 10 ปี                        | 81 (45.3)                   | 98 (54.7)               | 0.651   |
| 10 – 20 ปี                            | 68 (50.4)                   | 67 (49.6)               |         |
| 21 ปีขึ้นไป                           | 27 (49.1)                   | 28 (50.9)               |         |
| <b>โรคประจำตัว</b>                    |                             |                         |         |
| ไม่มีโรคประจำตัว                      | 53 (46.5)                   | 61 (53.5)               | 0.757   |
| มีโรคประจำตัว                         | 123 (48.2)                  | 132 (51.8)              |         |

| ปัจจัยส่วนบุคคล                           | ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน |                         | p-value   |
|---|-----------------------------|-------------------------|-----------|
|   | มากและ<br>ค่อนข้างมาก       | น้อยและ<br>ค่อนข้างน้อย |           |
|   | จำนวน (ร้อยละ)              | จำนวน (ร้อยละ)          |           |
| ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ) |                             |                         |           |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.50)                    | 13 (61.9)                   | 8 (38.1)                | 0.380     |
| ปกติ (18.50 ถึง 22.99)                    | 55 (48.2)                   | 59 (51.8)               |           |
| สูงกว่าเกณฑ์ ( $\geq$ 23.00)              | 108 (46.2)                  | 126 (53.8)              |           |
| เส้นรอบเอว (นิ้ว)                         |                             |                         |           |
| อยู่ในเกณฑ์ปกติ                           | 133 (47.3)                  | 148 (52.7)              | 0.802     |
| เกินเกณฑ์ปกติ                             | 43 (48.9)                   | 45 (51.1)               |           |
| การรับประทานอาหารเข้า                     |                             |                         |           |
| รับประทานทุกวัน                           | 135 (55.3)                  | 109 (44.7)              | < 0.001** |
| รับประทานบางวัน                           | 30 (34.5)                   | 57 (65.5)               |           |
| ไม่รับประทานเลย                           | 11 (28.9)                   | 27 (71.1)               |           |
| การออกกำลังกาย                            |                             |                         |           |
| ออกกำลังกาย 30 นาทีขึ้นไป                 | 60 (49.2)                   | 62 (50.8)               | 0.001**   |
| ออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาที               | 94 (54.7)                   | 78 (45.3)               |           |
| ไม่ได้ออกกำลังกายเลย                      | 22 (29.3)                   | 53 (70.7)               |           |
| การสูบบุหรี่                              |                             |                         |           |
| ไม่เคยสูบบุหรี่เลย                        | 156 (47.9)                  | 170 (52.1)              | 0.664     |
| เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว                   | 17 (50.0)                   | 17 (50.0)               |           |
| สูบบุหรี่                                 | 3 (33.3)                    | 6 (66.7)                |           |
| การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์          |                             |                         |           |
| ไม่เคยดื่มเลย                             | 144 (50.0)                  | 144 (50.0)              | 0.247     |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว                        | 16 (40.0)                   | 24 (60.0)               |           |
| ดื่ม                                      | 16 (39.0)                   | 25 (61.0)               |           |

\* p-value < 0.05; \*\* p-value < 0.01

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานกับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. พบว่า คุณลักษณะงานด้านลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน และการรับรู้ผลการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.021, < 0.001 และ < 0.001 ตามลำดับ) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานกับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. (n = 369 คน)

| คุณลักษณะงาน                 | ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน             |   | p-value   |
|------------------------------|---|---|-----------|
|                              | มากและ<br>ค่อนข้างมาก<br>จำนวน (ร้อยละ) | น้อยและ<br>ค่อนข้างน้อย<br>จำนวน (ร้อยละ) |           |
|                              | ความหลากหลายของทักษะ                    |   |           |
| ระดับสูง                     | 38 (50.0)                               | 38 (50.0)                                 | 0.652     |
| ระดับปานกลางและต่ำ           | 138 (47.1)                              | 155 (52.9)                                |           |
| ลักษณะเฉพาะของงาน            |   |   |           |
| ระดับสูง                     | 96 (53.9)                               | 82 (46.1)                                 | 0.021*    |
| ระดับปานกลางและต่ำ           | 80 (41.9)                               | 111 (58.1)                                |           |
| ความสำคัญของงาน              |   |   |           |
| ระดับสูง                     | 117 (56.5)                              | 90 (43.5)                                 | < 0.001** |
| ระดับปานกลางและต่ำ           | 59 (36.4)                               | 103 (63.6)                                |           |
| ความมีอิสระในงาน             |   |   |           |
| ระดับสูง                     | 71 (50.4)                               | 70 (49.6)                                 | 0.421     |
| ระดับปานกลางและต่ำ           | 105 (46.1)                              | 123 (53.9)                                |           |
| การได้รับข้อมูลการปฏิบัติงาน |   |   |           |
| ระดับสูง                     | 100 (59.5)                              | 68 (40.5)                                 | < 0.001** |
| ระดับปานกลางและต่ำ           | 76 (37.8)                               | 125 (62.2)                                |           |

\* p-value &lt; 0.05; \*\* p-value &lt; 0.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความสุขในการปฏิบัติงาน พบว่า การได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.029, < 0.001, 0.007 และ < 0.001 ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. (n = 369 คน)

| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน | ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน             |   | p-value |
|-------------------------|---|---|---------|
|                         | มากและ<br>ค่อนข้างมาก<br>จำนวน (ร้อยละ) | น้อยและ<br>ค่อนข้างน้อย<br>จำนวน (ร้อยละ) |         |
|                         | การได้รับการยอมรับนับถือ                |   |         |
| ระดับสูง                | 174 (48.7)                              | 183 (51.3)                                | 0.029*  |
| ระดับปานกลางและต่ำ      | 2 (16.7)                                | 10 (83.3)                                 |         |

| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน  | ระดับความสุขในการปฏิบัติงาน |                         | p-value   |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|
|                          | มากและ<br>ค่อนข้างมาก       | น้อยและ<br>ค่อนข้างน้อย |           |
|                          | จำนวน (ร้อยละ)              | จำนวน (ร้อยละ)          |           |
| ค่าตอบแทน                |                             |                         |           |
| ระดับสูง                 | 138 (57.7)                  | 101 (42.3)              | < 0.001** |
| ระดับปานกลางและต่ำ       | 38 (29.2)                   | 92 (70.8)               |           |
| ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล |                             |                         |           |
| ระดับสูง                 | 174 (49.2)                  | 180 (50.8)              | 0.007*    |
| ระดับปานกลางและต่ำ       | 2 (13.3)                    | 13 (86.7)               |           |
| สภาพแวดล้อมในชุมชน       |                             |                         |           |
| ระดับสูง                 | 76 (66.7)                   | 38 (33.3)               | < 0.001** |
| ระดับปานกลางและต่ำ       | 100 (39.2)                  | 155 (60.8)              |           |

\* p-value < 0.05; \*\* p-value < 0.01

### การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง อสส. มีความสุขในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรารุช สุพรรณพิทักษ์ ที่พบว่า อสม. ในตำบลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีคะแนนความสุขเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความสุข (Soopunpitug, 2017) และสอดคล้องกับการศึกษาของสลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวิงศ์ ที่พบว่า อสม. พื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดน จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในเกณฑ์มีความสุขมากกว่าคนทั่วไปและเท่ากับคนทั่วไป (Paiboonsithiwong, 2023) ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการทำงานเป็น อสส. เป็นการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในหน้าที่ ซึ่งเป็นมิติจิตวิญญาณดีที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่สูงที่สุด

ปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการปฏิบัติงานของ อสส. ได้แก่ เพศ อายุ

สถานภาพสมรส การรับประทานอาหารเข้า และการออกกำลังกาย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีส่วนความสุขในการปฏิบัติงานระดับมากและค่อนข้างมากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าบุคลากรเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีระดับความสุขในการทำงานสูงกว่าเพศชาย (National Statistical Office Thailand, 2018) อาจเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นการบริการด้านสุขภาพ และการที่ลักษณะนิสัยของเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อน รอบคอบ และมีความอ่อนน้อมถ่อมตนกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของความสุขในการปฏิบัติงานระดับมากและค่อนข้างมากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ สถาวรวิวัฒน์ และคณะ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในที่ทำงานของบุคลากรสาธารณสุข (Sathawornwivat, Chanpeng,

Kitidamrongsuk, & Pobkeeree, 2023) ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้นและได้รับการยอมรับนับถือเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน มีสัดส่วนของความสุขในการปฏิบัติงานระดับมากและค่อนข้างมากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา พลาอาด ที่พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความสุขในการทำงานได้ (Palard & Lengvijit, 2018) อาจเป็นเพราะการใช้ชีวิตอยู่เป็นคู่และอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัว จะมีความใกล้ชิดอบอุ่น ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ และช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือสังคม ซึ่งอาจสร้างความภาคภูมิใจต่อครอบครัว เป็นแรงผลักดันให้รู้สึกว่าคุณค่า ทำให้เกิดความสุขในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับประทานอาหารเช้าทุกวันมีสัดส่วนของความสุขในการปฏิบัติงานระดับมากและค่อนข้างมากสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานอาหารเช้าเลยหรือรับประทานแค่บางวัน อาจเป็นเพราะการรับประทานอาหารเช้า จะทำให้ร่างกายได้รับพลังงานที่จะใช้ในการทำกิจกรรมระหว่างวัน ช่วยให้ร่างกายสดชื่น มีประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Watanabe และคณะ ที่พบว่าผู้ที่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำทุกวันจะมีทัศนคติที่ดีและมีสมาธิในการทำงานมากยิ่งขึ้น (Watanabe, 2014) กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาที มีสัดส่วนของความสุขในการปฏิบัติงานระดับมากและค่อนข้างมากสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลยหรือออกกำลังกาย 30 นาทีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของภทรณีย์ ฉลองบุญ ที่พบว่า การออกกำลังกายเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในมิติสุขภาพดี หากมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจกับ

สุขภาพกาย (Chalongbun, 2018) โดยการที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจไม่ได้ออกกำลังกายตามเกณฑ์มาตรฐาน คือมากกว่า 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ แต่การออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมตามความสามารถของร่างกาย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกายและความพึงพอใจต่อสุขภาพของตนเองได้

สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะงานด้านลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน และการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมีระดับความสุขในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน และการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิศุภา แก้วมีศรี และคณะ ที่พบว่าคุณลักษณะงานด้านลักษณะเฉพาะของงาน ความสำคัญของงาน และการได้รับข้อมูลการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน (Kaewmeesri, 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะงานที่รับผิดชอบสามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้ด้วยตัวเอง รู้ว่าการปฏิบัติงานอาสาสมัครเป็นงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและมีความสุขในงานที่ทำ นอกจากนี้ หากผู้ปฏิบัติงานได้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลงานของตนเอง จะทำให้ได้ทราบว่าผลงานที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร ประสบความสำเร็จหรือต้องมีการแก้ไขปรับปรุงอย่างไร เพื่อจะได้พัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชนอยู่ในระดับสูงมีระดับความสุขในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มที่มีการได้รับการยอมรับนับถือ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

และต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคัชเนีย ฮวาน อารมน์ และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ที่พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของ ออส. ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดย ออส. ที่มีคะแนนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนความเครียดลดลง (Wanarome, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิระดา เสือมาก และประภาเพ็ญ สุวรรณ ที่แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน นโยบายและการบริหารงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ ออส. ในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต (Suamark, 2023) การที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานเป็น ออส. ค่าตอบแทน สิทธิ และสวัสดิการที่ได้รับเหมาะสมกับปริมาณงาน สามารถเข้ากับเพื่อนร่วมงานและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้ดี และมีการกำหนดหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน สามารถส่งผลด้านบวกต่อความสุขในการทำงานได้

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมแนวทางการสร้างสุขในมิติใฝ่รู้ดีให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การสนับสนุนสื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย หรือเปิดช่องทาง

แพลตฟอร์มที่เป็นทางการสำหรับรวบรวมคลังความรู้ที่จำเป็นไว้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างโอกาสให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้หลากหลายและสะดวกมากยิ่งขึ้น เป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ

2. ควรส่งเสริมแนวทางการสร้างสุขในมิติสุขภาพดี เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย และสร้างแรงกระตุ้นในการเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพ

3. ควรส่งเสริมปัจจัยแรงจูงใจด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น การเพิ่มจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคนให้เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกันมากขึ้น และการเพิ่มพูนความรู้ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม หรือการร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพภายในชุมชน เพื่อให้เครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนได้มีการประสานการทำงานร่วมกัน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องของความสุขในการปฏิบัติงานของ ออส. เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสุขในการปฏิบัติงานของ ออส. เพื่อให้เกิดรูปแบบในการเสริมสร้างความสุขที่สามารถนำไปใช้ดำเนินการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

**เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)**

- Best, J. W. (1977). *Research in education. 3rd ed.* . Engle Clift. NJ Prentice-Hall.
- Chalongbun, P. (2018). The happiness of personnel in the performance of government. *Journal of MCU Peace Studies Special Issue, 6*, 590-599.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences. 6th ed.* . New York: John Wiley & Sons.
- Hackman, R. J., Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Herzberg, F. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
- Institute for Population and Social Research, M. U. (2023). Happinometer. Retrieved from <https://www.happinometer.com/web/index.php#linkA>
- Kaewmeesri, A., Tadadej, C., Khajornchaikul, P., Satitvipawee, P., Kaeodumkoeng, K. (2013). Job happiness of primary care personnel in Samutprakarn Province. *Journal of Public Health and Devopment, 11(3)*, 13-25.
- Ministry of Public Health. (2011). Ministry of Public Health regulations on village health volunteers 2011. Retrieved from [https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file\\_reference/20210505164400907.pdf](https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505164400907.pdf)
- Ministry of Public Health. (2019). Announcement of the Ministry of Public Health on the right to receive compensation for the performance of duties of village health volunteers 2017 (No. 2) 2019. Retrieved from [https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file\\_reference/20210505896401533.PDF](https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505896401533.PDF)
- National Statistical Office Thailand. (2018). Happy worker (in the organization). Retrieved from [https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey\\_detail/4m](https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/4m)
- Paiboonsithiwong, S. (2023). Factors affecting the performance of village health volunteer, District Border Area, Sa Kaeo. *Maharaj Nahhon Si Thammarat Medical Journal, 6(2)*, 71-89. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/260899>
- Pala-ard, W., & Lengvijit, N. (2018). Predictors pleasure in the work of health personnel in Satun. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduates Studies), 6(3)*, 20-28.
- Sathawornwivat, A., Chanpeng, A., Kitidamrongsuk, P., & Pobkeeree, V. (2023). Workplace happiness among personnel at community hostital, Nan Province. *Journal of Health Sciences and Wellness, 27(1)*, 28-41.
- Soopunpitug, S. (2017). Happiness levels and mental health of health volunteers in Hangdong District. *Bulletin of Suanprung, 33(3)*, 238-249.
- Sriplad, A., & Sunalai, S. (2022). Working conditions and job characteristics affectings happiness at work for generation y employees in bangkok. *Suthiparithat Journal, 36(2)*, 134-149.

- Suamark, W., Suwan, P. (2023). Factors related to performance according of roles and duties of village health volunteers in Vichit Subdistrict Municipality Area, Mueang Phuket District, Phuket Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 3(2), 14-31. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/263579>
- Wanarome, K., Mekrungrongwong, S. (2019). Factors affecting the stress in role performance among village health volunteers Plakrad Sub-district, Bangrakam District, Phitsanulok Province. *Journal of Public Health Naresuan University*, 1(1), 12-24. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/212678>
- Watanabe, Y., Saito, I., Henmi, I., Yoshimura, K., Maruyama, K., Yamauchi, K., Matsuo, T., Kato, T., Tanigawa, T., Kishida, T., Asada, Y. (2014). Skipping breakfast is correlated with obesity. *Journal of rural medicine*, 9(2), 51-58.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics : A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.)*: John Wiley & Sons, Inc.
- Zhang, R. H., & Saipetch V. (2020). A Study of The Relationship Between Motivations And Happiness of Volunteers: A Case Study of Tzuchi Foundation Thailand. *Buddhist Psychology Journal*, 5(1), 1–13.

# Factors Predicting Mental Health Status of High School Students: A Survey Study in a School in Bangkok

Phichamon Lesing<sup>1\*</sup>, Nisreeyah Thanga<sup>1</sup>, KanKupt Preteeppleepon<sup>1</sup>, Tanapat Eaktasang<sup>1</sup>

*1 Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University.*

*\*Corresponding author: Tel: 0917148343, Email: phichamon.les@student.mahidol.ac.th*

## Original article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Lesing, P., Thanga, N., Preteeppleepon, K., & Eaktasang, T. Factors Predicting Mental Health Status of High School Students: A Survey Study in a School in Bangkok. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 287–302. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/287-300](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287-300)

Received: 28 February 2025

Revised: 18 April 2025

Accepted: 28 April 2025

### Abstract

This research aimed to examine the level of mental health, comparing the mean differences based on demographic characteristics, social media usage behaviors, and psychological personal factors, as well as identify the predictors of mental health among high school students. A survey research design was employed. The study population consisted of upper secondary school students in the second semester of the academic year 2024. The required sample size was calculated using Daniel's formula, yielding a minimum of 245 participants. A multistage sampling technique was applied, resulting in a total of 379 respondents ( $n = 379$ ). Data was collected using a structured questionnaire and analyzed using Independent t-test, F-test (ANOVA), and multiple regression analysis.

The results indicated that: 1) majority of the sample had lower mental health scores than the general population (50.7%). 2) Comparing the mean scores, it was found that debt burden ( $p = .032$ ), attitudes toward social media use ( $p = .037$ ), and perceived behavioral control ( $p = .001$ ) were significantly differed, 3) Debt burden, attitudes toward social media use and perceived behavioral control factors can predict the mental health level of the sample by 7.4% (Adjusted  $R^2 = .074$ )

The results of the study can be used to develop guidelines for promoting students' mental health through schools and related agencies. It can also be used as basic information for further research on factors affecting mental health in youth, for effective solutions.

**Keywords:** Social media; mental health; debt burden; attitudes toward social media use; perceived behavioral control

# ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย : การศึกษาเชิงสำรวจโรงเรียน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

พิชามณูษ์ เล่ห์สิงห์<sup>1\*</sup>, นิสรียะห์ ทางา<sup>1</sup>, กัญช์คุปต์ ประทีปผลิผล<sup>1</sup>, ธนภัทร เอกตาแสง<sup>1</sup>

<sup>1</sup> สาขาสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย: โทร: 0917148343, อีเมล: pichamon.les@student.mahidol.ac.th

## นิพนธ์ต้นฉบับ

วันที่รับ 28 กุมภาพันธ์ 2568

วันที่แก้ไข 18 เมษายน 2568

วันที่ตอบรับ 28 เมษายน 2568

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิต และปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคเรียนที่ 2/2567 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของแดเนียลได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 245 คน จากนั้นจึงใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 379 คน ( $n = 379$ ) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent T-test, F-test และ Multiple Regression

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 50.7 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพบว่า ภาระหนี้สิน ( $p = .032$ ) ทักษะคิดต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ( $p = .037$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ( $p = .001$ ) ที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 7.4 (Adjusted R<sup>2</sup> = .074)

ผลการศึกษายังสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนผ่านโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** สื่อสังคมออนไลน์; สุขภาพจิต; ภาระหนี้สิน; ทักษะคิดต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์; การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม

## บทนำ (Introduction)

สุขภาพจิตถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสุขภาพโดยรวมตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะที่บุคคลสามารถตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคม (WHO, 2022) ในขณะที่วัยหนุ่มสาวมักมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี นอกจากส่งผลต่อความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลในปัจจุบันแล้ว ยังมีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางจิตและความเป็นอยู่ในอนาคตได้อีกด้วย เมื่อพิจารณาปัจจัยกำหนดสุขภาพจิต ของวัยรุ่น พบว่ามีหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การค้นหาตัวตนที่อาจนำไปสู่ความสับสนและความเครียด แรงกดดันจากครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และการถูกกลั่นแกล้งทั้งในโรงเรียนและออนไลน์ (WHO, 2024) ซึ่งผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าวควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญอย่างทันที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหาลุกลามจนส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้นการส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งย่อนไปกว่าการดูแลสุขภาพกาย และควรได้รับความใส่ใจอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

ในช่วงวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี โดยเฉพาะนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 – 6) สุขภาพจิตมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเติบโตและพัฒนาการ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กรมสุขภาพจิตได้เผยแพร่ข้อมูลจาก Mental Health Foundation ว่า เด็กและวัยรุ่นประมาณ 1 ใน 10 หรือร้อยละ 10 กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต และร้อยละ 70 ของกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาตั้งแต่อายุยังน้อย (Bangkok Biz News, 2021) จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง โดย (Department of Mental Health, 2024) พบว่า

กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 49.25 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความเสี่ยงสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 70.26

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นมีหลายปัจจัย หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในปัจจุบันคือการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (EDTA, 2024) พบว่า วัยรุ่นไทยใช้เวลาออนไลน์เฉลี่ยวันละ 7 ถึง 9 ชั่วโมง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไปที่อยู่ 5 ถึง 6 ชั่วโมงต่อวัน จากการศึกษาของ (Psychology Vocabulary, 2023) ซึ่งศึกษาการข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์ หรือ Cyberbullying พบว่า การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต โดยกิจกรรมที่ได้รับความนิยม ได้แก่ การเล่นเกมออนไลน์ซึ่งวัยรุ่นใช้เป็นช่องทางในการแสดงออกและติดต่อสื่อสารกับเพื่อน การเล่นเกมออนไลน์โดยเฉพาะเกมที่ต้องเล่นเป็นทีม ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมนอนและความสัมพันธ์กับครอบครัว การดูคอนเทนต์วิดีโอผ่านแพลตฟอร์มอย่าง YouTube และ TikTok ซึ่งบางครั้งอาจทำให้เกิดการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า จากการสำรวจยังพบว่า ร้อยละ 70 ของวัยรุ่นรู้สึกกังวลเมื่อไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ และร้อยละ 45 ยอมรับว่าการใช้สื่อออนไลน์ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการนอนหลับ จากการศึกษาดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มวัยรุ่น โดยประมาณร้อยละ 20 ถึง 40 เคยเป็นเหยื่อของการข่มเหงรังแกทางโลกไซเบอร์ นอกจากนี้การศึกษาของ (Rajanakarini Child and Adolescent Mental Health Institute, 2018) ยังได้ชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นในหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และการขาดความมั่นใจในตนเอง 2) ด้านพฤติกรรม เช่น

การแยกตัวจากสังคม การติดเกม 3) ด้านการเรียน เช่น ผลการเรียนตกต่ำ การขาดสมาธิในการเรียนและความรับผิดชอบในตนเองลดลง และ 4) ด้านความสัมพันธ์ เช่น ความขัดแย้งกับครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในชีวิตจริงลดลง นอกจากนี้ การศึกษาของ (IPSR Mahidol University et al., 2020) ได้ให้ข้อมูลถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและสุขภาพจิตของวัยรุ่นว่ามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายมิติ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ทักษะการจัดการอารมณ์และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ต และปัจจัยด้านสังคม เช่น ความกดดันจากกลุ่มเพื่อน ค่านิยมทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางการศึกษา

จากการสำรวจของ (National Economic and Social Development Council, 2020) พบว่าเมื่อพิจารณาวิถีชีวิตของวัยรุ่นหรือกลุ่มนักเรียนกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะในเขตเมืองนักเรียนส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครต้องเผชิญกับลักษณะการใช้ชีวิตแบบเมืองใหญ่ที่เต็มไปด้วยการแข่งขันสูง และความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจอย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และจากรายงานของ (Phuprasom, 2021) ระบุว่าเด็กและเยาวชนไทย 1 ใน 7 คนมีปัญหาสุขภาพจิต และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าร้อยละ 30 มีความเครียดจากการเรียนและปัญหาครอบครัว

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยแม้ว่าจะมีจำนวนหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาเชิงลึกในหลายมิติและมีข้อจำกัดในหลายด้าน งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสุขภาพจิตในไทย มักจะเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มนักศึกษา เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลมากกว่าการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาสุขภาพจิตเฉพาะในวัยรุ่นระดับ

มัธยมปลายยังมีอยู่อย่างจำกัด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ในแต่ละช่วงวัยอาจแตกต่างกัน ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ๆ ทั้งปัจจัยด้านพัฒนาการทางอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ในการออกแบบ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาระดับสุขภาพจิต การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิตและการศึกษาปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิต ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร จึงมีความสำคัญที่ผลของการศึกษานี้ อาจจะช่วยเป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในบริบทเฉพาะ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการวิจัย อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพของเยาวชนไทย รวมถึงการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศต่อไปได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต และปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา กับสุขภาพจิต และปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคเรียนที่ 2/2567 โดยมีลำดับขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,752 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณของแดเนียล (Daniel, 1995) และกำหนดการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในสัดส่วนร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 270 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากห้องเรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) และคัดเลือกห้องตามสายการเรียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 379 คน ( $n = 379$ )

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งสิ้น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา ประกอบไปด้วย 3 ด้านหลัก คือ ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ต การรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีลักษณะข้อคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรู้สึกที่มีต่อชีวิตประจำวัน ของ (Department of Mental Health, 2007) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความคิดเห็นหรือ

ความรู้สึกของผู้ตอบในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์กับผู้อื่น คำถามในส่วนนี้ครอบคลุมทั้งด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะข้อคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4) มาก (3) เล็กน้อย (2) ไม่เลย (1)

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัย ได้รับการตรวจสอบดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาที่ใช้ได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis, 1992) ซึ่งหลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ค่า S-CVI เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. จัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ติดต่อและประสานกับทางโรงเรียนในเรื่อง วัน เวลาในการเก็บข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 270 คนตามห้องเรียนที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้แบบสอบถามใน google forms

4. ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.05$  เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และมีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา และระดับความรู้สึกที่มีต่อชีวิตประจำวัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย

(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้วยสถิติ Independent Sample t-test และ F-test (One Way ANOVA) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์การถดถอย (Regression) โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

### ผลการวิจัย (Results)

การวิจัยครั้งนี้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 และ 31 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามผ่าน Google Forms จากกลุ่มตัวอย่าง 270 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 379 คน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าขนาดตัวอย่างจำนวน 109 คน แบ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 48 คน มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 36 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 23 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ในโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูปหรือ SPSS และนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 379 คน พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 52.5 และเพศหญิงร้อยละ 47.5 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 16.54 ปี โดยช่วงอายุที่ต่ำ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 379)

| คุณลักษณะประชากร         | จำนวน       | ร้อยละ |
|--------------------------|-------------|--------|
| <b>เพศ</b>               |             |        |
| ชาย                      | 199         | 52.5   |
| หญิง                     | 180         | 47.5   |
| <b>อายุ (ปี)</b>         |             |        |
| ต่ำกว่า 16               | 61          | 16.1   |
| 16                       | 127         | 33.5   |
| 17                       | 114         | 30.1   |
| มากกว่า 17               | 77          | 20.3   |
| $\bar{X}$ , SD           | 16.54, 1.03 |        |
| Min-Max                  | 13-19       |        |
| <b>ระดับชั้นการศึกษา</b> |             |        |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4        | 140         | 36.9   |

ที่สุดคือ 13 ปี และสูงสุดคือ 19 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 36.9 รองลงมาคือมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 33.3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 29.8 สายวิทย์-คณิตมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 29.3 รองลงมาคือ สายศิลป์คำนวณ ร้อยละ 26.4 ห้องเรียนโครงการพิเศษ ร้อยละ 24.5 และสายศิลป์ภาษา ร้อยละ 19.8 ผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.25 โดยมีผลการเรียนสูงสุดที่ 4.00 และต่ำสุดที่ 1.24 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.00 – 3.99 ร้อยละ 65.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.5 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 68.9 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 798.27 บาท โดยมีรายได้สูงสุดที่ 6,290 บาท และต่ำสุดที่ 100 บาท รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 500 – 999 บาท ร้อยละ 53.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อสัปดาห์ที่เพียงพอ ร้อยละ 79.2 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 30,001 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 59.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบรายได้ของครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 16.1 และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.7 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 28.8 ไม่มีหนี้สินและร้อยละ 28.5 ไม่ทราบสถานะหนี้สินของครอบครัว (ตารางที่ 1)

| คุณลักษณะประชากร  | จำนวน | ร้อยละ                 |
|---|-------|------------------------|
| มัธยมศึกษาปีที่ 5                                       | 126   | 33.3                   |
| มัธยมศึกษาปีที่ 6                                       | 113   | 29.8                   |
| <b>สายการเรียน</b>                                      |       |                        |
| ห้องเรียนโครงการพิเศษ                                   | 93    | 24.5                   |
| สายวิทย์ – คณิต   | 111   | 29.3                   |
| สายศิลป์ภาษา  | 75    | 19.8                   |
| สายศิลป์คำนวณ   | 100   | 26.4                   |
| <b>ผลการเรียนเฉลี่ย</b>                                 |       |                        |
| 1.00 – 1.99   | 10    | 2.6                    |
| 2.00 – 2.99   | 107   | 28.2                   |
| 3.00 – 3.99   | 247   | 65.2                   |
| 4.00  | 15    | 4.0                    |
| $\bar{X}$ , SD  |       | 3.25, 0.57             |
| Min-Max   |       | 1.24-4.00              |
| <b>โรคประจำตัว</b>                                      |       |                        |
| ไม่มี   |       |                        |
| มี (ระบุ)   | 305   | 80.5                   |
| ภูมิแพ้   | 74*   | 19.5                   |
| G6PD  | 51    | 68.9                   |
| หอบหืด  | 8     | 10.8                   |
| ธาลัสซีเมีย   | 4     | 5.4                    |
| ไทรอยด์   | 3     | 4.1                    |
| อื่น ๆ (ลมชัก โรคกระเพาะ หอบหืด เบาหวาน)                | 2     | 2.7                    |
| หมายเหตุ * มีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค | 9     | 12.2                   |
| <b>รายได้เฉลี่ยของนักเรียนต่อสัปดาห์</b>                |       |                        |
| ≤ 499 บาท (ต่ำ)   | 69    | 18.2                   |
| 500 - 999 บาท (ปานกลาง)                                 | 204   | 53.8                   |
| 1,000 - 1,499 บาท (สูง)                                 | 71    | 18.7                   |
| ≥ 1,500 บาทขึ้นไป (สูงมาก)                              | 35    | 9.3                    |
| $\bar{X}$ , Median, SD                                  |       | 798.27, 700.00, 656.03 |
| Min-Max   |       | 100-6,290              |
| <b>ความเพียงพอของรายได้ของนักเรียน</b>                  |       |                        |
| เพียงพอ   | 300   | 79.2                   |
| ไม่เพียงพอ  | 79    | 20.8                   |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว</b>                  |       |                        |
| ต่ำกว่า 15,001 บาท/เดือน                                | 8     | 2.1                    |

| คุณลักษณะประชากร              | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|-------|--------|
| 15,001 - 20,000 บาท/เดือน     | 26    | 6.9    |
| 20,001 - 25,000 บาท/เดือน     | 29    | 7.6    |
| 25,001 - 30,000 บาท/เดือน     | 30    | 7.9    |
| มากกว่า 30,001 บาท/เดือน      | 225   | 59.4   |
| ไม่ทราบ                       | 61    | 16.1   |
| <b>ภาระหนี้สินของครอบครัว</b> |       |        |
| มี                            | 162   | 42.7   |
| ไม่มี                         | 109   | 28.8   |
| ไม่ทราบ                       | 108   | 28.5   |

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวันเฉลี่ยอยู่ที่ 8.35 ชั่วโมง โดยมีจำนวนการใช้สูงสุดอยู่ที่ 24 ชั่วโมง และต่ำสุดที่ 1.30 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ชั่วโมงต่อวันคิดเป็นร้อยละ 66.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วง 18.01 – 21.00 น. มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันช่วง 03.01 – 06.00 น. เป็นช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างใช้สื่อสังคมออนไลน์น้อยที่สุด และวัตถุประสงค์หลักในการเล่นสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างคือเพื่อความบันเทิง คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาคือเพื่อการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 87.1 ลำดับที่ 3 คือเพื่อการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.3 ลำดับที่ 4 คือเพื่อการตลาดและการโฆษณา คิดเป็นร้อยละ 26.4 ลำดับที่ 5 คือ อื่น ๆ เช่น การเล่นเกม การเล่นเพื่อรับรู้อาหาร เช็ครางาน พัฒนาตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 9.0 และ ลำดับสุดท้ายคือเพื่อหารายได้เสริม คิดเป็นร้อยละ 2.6

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา

จากการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยาของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้างและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยาโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.85$ , S.D. = 0.34) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อการใช้สื่อสังคม

ออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.90$ , S.D. = 0.44) ในด้านของการรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้างโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.87$ , S.D. = 0.49) และในด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.78$ , S.D. = 0.49)

## ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรู้สึกที่มีต่อชีวิตประจำวัน

จากการประเมินระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินระดับความรู้สึก TMHI-15 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาคือสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.7 และลำดับสุดท้ายคือสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 11.6

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกต่อตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.86$ , S.D. = 0.59) ด้านการแก้ไขและรับมือกับปัญหามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.62$ , S.D. = 0.57) และเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ด้านความรู้สึกต่อบุคคลรอบข้างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.19$ , S.D. = 0.47) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำคือ รู้สึกภูมิใจในตนเอง 1.76

คะแนน และด้านความรู้สึกต่อครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.17, S.D. = 0.67$ )

**ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน**

จากการทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติ Independent Sample t-test และ F-test (One Way

ANOVA) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัย ด้านภาระหนี้สินของครอบครัว ทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีค่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย สุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณลักษณะประชากรและปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา กับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

| คุณลักษณะประชากรและปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยา          | $\bar{X}$ | S.D.  | F     | $\rho$ -value |
|---|-----------|-------|-------|---------------|
| <b>ภาระหนี้สินของครอบครัว (n = 379)</b>                 |           |       |       |               |
| ไม่มี   | 44.58     | 5.917 | 3.464 | 0.032*        |
| มี  | 42.92     | 5.979 |       |               |
| ไม่ทราบ   | 42.71     | 5.627 |       |               |
| <b>ทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (n = 376)</b>       |           |       |       |               |
| ระดับปานกลาง  | 41.86     | 4.020 | 3.329 | 0.037*        |
| ระดับดี   | 43.31     | 5.734 |       |               |
| ระดับดีมาก  | 44.67     | 7.427 |       |               |
| <b>การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (n = 374)</b> |           |       |       |               |
| ระดับปานกลาง  | 42.26     | 5.184 | 7.572 | <.001***      |
| ระดับดี   | 43.19     | 5.993 |       |               |
| ระดับดีมาก  | 46.10     | 6.269 |       |               |

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 \*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

**ส่วนที่ 6** ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

ภาระหนี้สินของครอบครัว ทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 7.4 (Adjusted R<sup>2</sup> = .074) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

| ตัวแปร   | B      | SE    | $\beta$ | t      | p - value |
|--|--------|-------|---------|--------|-----------|
| (ค่าคงที่)   | 28.523 | 3.073 |         | 9.282  | <.001***  |
| ภาระหนี้สินของครอบครัว (X <sub>1</sub> )                 | -.842  | .387  | -.108   | -2.177 | .030*     |
| ทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (X <sub>2</sub> )       | .358   | .121  | .148    | 2.953  | .003**    |
| การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (X <sub>3</sub> ) | .462   | .120  | .193    | 3.838  | <.001***  |

Constant = 28.523, Multiple R = .285, R<sup>2</sup> = .081, Adjusted R<sup>2</sup> = .074, SEE = 5.679, Overall F = 11.064, \*p < .05, \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

สมการความถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

$$Y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3$$

โดยที่ Y = สุขภาพจิต, X<sub>1</sub> = ภาระหนี้สินของครอบครัว, X<sub>2</sub> = ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ต, และ X<sub>3</sub> = การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ดังนั้น สุขภาพจิต = 28.52+ (-.842 (ภาระหนี้สินของครอบครัว)) + (.358 (ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ต)) + (.462(การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม))

### สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถสรุปผลตามลำดับของวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการประเมินระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกรวมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาคือสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 และลำดับสุดท้ายคือสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ความรู้สึกต่อตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.86 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้คือ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีแต่ความทุกข์ 3.13 คะแนน รองลงมาคือ ตนเองรู้สึกสบายใจ 2.94 คะแนน รู้สึกพอใจในชีวิต 2.91 คะแนน รู้สึกผิดหวังใน

ตนเอง 2.73 คะแนน และรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน 2.61 คะแนน

การแก้ไขและรับมือกับปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.62 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดในด้านนี้คือ ท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น 2.66 คะแนน รองลงมาคือ ตนเองสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) 2.61 คะแนน และตนเองมั่นใจว่าจะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ 2.59 คะแนน

ความรู้สึกต่อบุคคลรอบข้าง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.91 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้คือ รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีปัญหา 3.36 คะแนน รองลงมาคือ รู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ 3.34 คะแนน และให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส 3.18 คะแนน และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำคือ รู้สึกภูมิใจในตนเอง 1.76 คะแนน

ความรู้สึกต่อครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น ๆ อยู่ที่ 3.17 คะแนน โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้คือ หากตนเองป่วยหนัก เชื่อว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี 3.20 คะแนน รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน 3.19 คะแนน และรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่กับครอบครัว 3.13 คะแนน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากรกับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างเพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา สายการเรียน ผลการเรียนเฉลี่ย โรคประจำตัว รายได้ต่อสัปดาห์ของนักเรียน ความเพียงพอของ

รายได้และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวไม่มีความแตกต่างกัน

ในขณะเดียวกันพบว่า ผู้ที่ที่ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สินมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 44.58 คะแนน รองลงมาคือผู้ที่ครอบครัวมีภาระหนี้สินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.69 คะแนน และผู้ที่ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือนักเรียนที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.71 คะแนน ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = 0.032$ ) และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนรายคู่ของภาระหนี้สินของครอบครัว พบว่า ผู้ที่ครอบครัวมีภาระหนี้สินและไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัวมีสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้ที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัว ( $p = 0.023$ ) และผู้ที่ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สินแตกต่างกับผู้ที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัว ( $p = 0.020$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สินมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปในขณะเดียวกันผู้ที่ครอบครัวมีภาระหนี้สินและผู้ที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัวนั้นมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในด้านของจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ที่แตกต่างกัน มีความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยาในด้านของการรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง ( $p = .057$ ) ที่แตกต่างกันมีความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ในขณะเดียวกันปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยาในด้านของทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ ( $p = 0.037$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ( $p = 0.001$ ) ที่แตกต่างกัน มีความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนรายคู่ของระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางมีสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับดีมาก ( $p = 0.011$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ในทางสถิติผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางและระดับดีมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ในขณะเดียวกันผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางและระดับดีมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับปานกลางมีสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมระดับดีมาก ( $p = <0.001$ ) และ ผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในระดับดีมีสุขภาพจิตแตกต่างกับผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมระดับดีมาก ( $p = <0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปในขณะเดียวกันผู้ที่มีระดับทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ในระดับดีและดีมากนั้นมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ภาระหนี้สินของครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 ( $p = 0.030$   $0.003$  และ  $<0.001$  ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 7.4 (Adjusted  $R^2 = .074$ )

### อภิปรายผล (Discussion)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 50.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้หรือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - 6) กำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับที่ต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดจากปัจจัยการแข่งขันทางการศึกษาที่สูง การเผชิญกับแรงกดดันในการสอบแข่งขันเพื่อเข้ามหาวิทยาลัย และความคาดหวังจากครอบครัวในด้านการศึกษาและการประสบความสำเร็จในชีวิตสามารถเป็นแหล่งที่มาของความเครียดในนักเรียนเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Phuprasom, 2021) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า นักเรียนในกรุงเทพมหานคร เผชิญกับการแข่งขันทางการศึกษาสูงจากระบบการเรียนการสอนที่เข้มงวดและความคาดหวังจากครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น โดยรายงานของกรมสุขภาพจิตระบุว่าเด็กและเยาวชนไทย 1 ใน 7 คนมีปัญหาสุขภาพจิต และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าร้อยละ 30 มีความเครียดจากการเรียนและครอบครัว เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัย พบว่า นักเรียนรู้สึกชีวิตของตนเองมีแต่ความทุกข์ ร้อยละ 3.13 ซึ่งสะท้อนถึงภาวะเครียด อันมีที่มาจากแรงกดดันทางการเรียน การสอบเข้ามหาวิทยาลัย รวมถึงความคาดหวังจากครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (IPSR Mahidol University et al., 2020) ที่ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้ามักมีทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับการเปรียบเทียบทางสังคมในโลกออนไลน์ และการถูกคาดหวังจากครอบครัวมากเกินไป ด้านการแก้ไขและรับมือกับปัญหาเป็นด้านที่ได้

คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ร้อยละ 2.62 บ่งชี้ว่านักเรียนยังขาดทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Wangchiraniran, 2024) ที่ชี้ว่าวัยรุ่นมีภาวะอารมณ์แปรปรวนสูง และมีทัศนคติที่ลบต่อการเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งหากไม่ได้รับการฝึกฝนในการจัดการปัญหาและอารมณ์อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงในระยะยาว ด้านความรู้สึกล้อล่อรอบข้าง แม้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มที่ดีในเรื่องการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น แต่ข้อที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ รู้สึกภูมิใจในตนเอง ร้อยละ 1.76 แสดงให้เห็นถึงปัญหาเรื่องความมั่นใจและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chupradit & Wutti Chupradit, 2022) ที่ศึกษาผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า การเสพสื่อโดยไม่มีสมดุล อาจนำไปสู่การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นจนเกิดความรู้สึกด้อยค่า ส่งผลต่อความภาคภูมิใจและสุขภาพจิตโดยรวม

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคุณลักษณะประชากร พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยากับสุขภาพจิตของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะประชากรในด้านของปัจจัยด้านภาระหนี้สินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่ม พบว่า นักเรียนที่ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สินมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงสุด (44.58 คะแนน) รองลงมาคือนักเรียนที่ครอบครัวมีภาระหนี้สิน (42.69 คะแนน) และนักเรียนที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (42.71 คะแนน) ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนที่เติบโตมาในครอบครัวที่มีหนี้สินอาจเผชิญกับแรงกดดันทางเศรษฐกิจ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือน หรือความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งอาจทำให้พวกเขาารู้สึกเครียด

หรือกังวลมากกว่านักเรียนที่ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สิน นอกจากนี้ นักเรียนที่ไม่ทราบภาระหนี้สินของครอบครัว อาจรู้สึกไม่มั่นคง เนื่องจากขาดข้อมูลหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเครียดและความกังวล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Somchai, 2023) ที่ศึกษาความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่เรียนกวดวิชาเพื่อสอบเข้ามัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาและโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีภาระหนี้สินมีความเครียดสูงถึงรุนแรงร้อยละ 85.05

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในแง่ของจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กล่าวคือ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มนักเรียนที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในจำนวนชั่วโมงที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต แต่อาจขึ้นอยู่กับเนื้อหาหลักขงการใช้งาน ซึ่งผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์และความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอหาดใหญ่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 16 (Muanjan, 2020) พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในวันธรรมดา  $\geq 5$  ชั่วโมง/วัน มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ถึง 1.634 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  และการมีภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ถึง 2.224 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p < 0.001$  ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้เป็นตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร (บริบทในเขตเมืองใหญ่) ช่วงเวลาที่ทำวิจัยแตกต่างกัน และไม่ได้มีการควบคุมตัวแปรอื่น เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงจิตวิทยาในด้านการรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง ( $p = 0.057$ ) ที่แตกต่างกันไม่มี

ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงอิทธิพลจากคนรอบข้างอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนในกลุ่มตัวอย่างนี้ ในทางกลับกัน ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ( $p = 0.037$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ( $p = 0.001$ ) ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือ ทัศนคติของนักเรียนที่มีต่อสื่อสังคมออนไลน์และการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง อาจมีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับสุขภาพจิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ 1) การรับรู้ต่ออิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง อาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน เนื่องจากนักเรียนอาจพึ่งพาแหล่งข้อมูลอื่น ๆ มากกว่า ครอบครัวและการถูกชี้นำจากเพื่อน ซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ (Ajzen, 1991) ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างเป็นระบบผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดเจตนาและพฤติกรรมที่แท้จริงของบุคคล ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น บุคคลรอบข้างของกลุ่มเป้าหมาย อาจมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ดี แหล่งอิทธิพลที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การได้รับอิทธิพลจากอินฟลูเอนเซอร์บนแพลตฟอร์มออนไลน์ ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญมากกว่า การถูกชี้นำโดยเพื่อน 2) ทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ มีผลต่อสุขภาพจิต เนื่องจากหากนักเรียนมีทัศนคติในเชิงบวกต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ก็อาจช่วยลดความเครียดและเพิ่มพฤติกรรมการใช้งานที่เป็นประโยชน์ ในทางตรงกันข้าม หากมีทัศนคติเชิงลบ อาจนำไปสู่พฤติกรรมเสพติดหรือความเครียดจากการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (Jindarattanaporn, 2024) ซึ่งศึกษาการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่านักเรียนที่มีความรู้เท่าทันดิจิทัลและมีทัศนคติในเชิงบวกต่อเทคโนโลยี มักจะใช้เวลาในการค้นคว้าข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างมี

นัยสำคัญโดยนักเรียนที่รู้สึกว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดี มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ในขณะที่นักเรียนที่รู้สึกว่าจะตนเองควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ อาจเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Prasertsin & Nantasen, 2021) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตสามารถกำหนดเวลาใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ภาระหนี้สินของครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ต และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.030, 0.003$  และ  $<0.001$  ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายระดับสุขภาพจิตของนักเรียนได้ร้อยละ 7.4 กล่าวคือ ภาระหนี้สินของครอบครัวหรือปัญหาทางการเงินของครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของนักเรียน เนื่องจากนักเรียนที่มาจากรอบครัวที่มีภาระหนี้สินสูง อาจต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันหรืออนาคตทางการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Somchai, 2023) ที่ศึกษาความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่เรียนกวดวิชาเพื่อสอบเข้ามัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาและโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีภาระหนี้สินมีความเครียดสูงถึงรุนแรงร้อยละ 85.05 ในส่วนของทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตออนไลน์การใช้อินเทอร์เน็ตสามารถส่งผลทั้งในทางบวกและทางลบต่อสุขภาพจิตของนักเรียน ในทางตรงกันข้ามหากนักเรียนใช้อินเทอร์เน็ตอย่างไม่เหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Jindaratannaporn, 2024) ซึ่งศึกษาการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน

นักเรียนที่มีความรู้เท่าทันดิจิทัลและมีทัศนคติในเชิงบวกต่อเทคโนโลยี มักจะใช้เวลาในการค้นคว้าข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือนักเรียนที่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ดี มักจะสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดี ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Prasertsin & Nantasen, 2021) ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตสามารถกำหนดเวลาใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพียง 1 โรงเรียน ดังนั้นไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษานี้เพื่อสรุปในภาพรวมถึงโรงเรียนอื่น ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวิจัยในอนาคต

ค่า Adjusted  $R^2 = 0.074$  ที่ต่ำ อาจสะท้อนว่าปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ยังไม่เพียงพอในการอธิบายสุขภาพจิตของนักเรียน ดังนั้นอาจจะต้องพิจารณาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมและปรับปรุงแบบจำลองเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แม่นยำขึ้นมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ภาระหนี้สินของครอบครัวมีผลต่อระดับสุขภาพจิตของนักเรียน การช่วยแก้ไขปัญหานี้จะมีความซับซ้อน อย่างไรก็ตามในสถานศึกษาอาจจะจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและฝึกทักษะรับมือกับปัญหา การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับนักเรียนที่ครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หรืออาจจะร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมอาชีพและเพิ่มรายได้ให้แก่นักเรียนและผู้ปกครอง

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของ



- Phuprasom, N. (2021). *The Health Status of Students in Thailand, 2021*. [https://hp.anamai.moph.go.th/th/research-person/download?did=24069&id=104012&lang=th&mid=35022&mkey=m\\_document](https://hp.anamai.moph.go.th/th/research-person/download?did=24069&id=104012&lang=th&mid=35022&mkey=m_document)
- Prasertsin, U., & Nantasen, P. (2021). INTERNET ADDICTION, DEPRESSION AND GUIDELINE DEVELOPMENT FOR PROMOTING DIGITAL LITERACY TO REDUCE INTERNET ADDICTION AND PREVENT DEPRESSIVE SYMPTOMS OF SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS. *THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*, 36(1), Article 1. <https://he02.tci-thajjo.org/index.php/JPNMH/article/view/254495>
- Psychology Vocabulary. (2023). *Cyberbullying*. Faculty of Psychology Chulalongkorn University. <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/cyberbullying/>
- Rajanakaran Child and Adolescent Mental Health Institute. (2018). *Clinical Practice in Adolescents with Depression*. Guidelines for the Care of Adolescents with Depression (CPG). <https://www.camri.go.th/th/knowledge-ebook-101.html>
- Somchai, W. (2023). *Stress of grade 9 students taking an extra course for the admission examination of Triam Udom Suksa School and Mahidol Wittayanusorn School [Chukakongkorn]*. <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2022.976>
- Wangchiraniran, S. (2024). *6 key factors that influence the growth and development of adolescents*. <https://hellokhunmor.com/พ่อแม่เลี้ยงลูก/วัยรุ่น/ช่วงเวลาสำคัญและพัฒนาการวัยรุ่น/6-ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่น/>
- WHO. (2022). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2024). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

## Factors Affecting the Participative Management According to Good Governance of the Personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health.

Wilawan Srisuka<sup>1</sup>, Natnaree Amyong<sup>2</sup>, Orawan Quansri<sup>3</sup>, Chardsumon Prutipinyo<sup>4\*</sup>

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

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

*3 Dr., Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*4 Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*\*Corresponding author: e-mail: Chardsumon.pru@mahidol.edu*

### Original article

#### OPEN ACCESS

Citation: Srisuka, W., Amyong, N., Quansri, O., & Prutipinyo, C. Factors Affecting the Participative Management According to Good Governance of the Personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 303–314. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279943](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279943)

Received: 3 April 2025

Revised: 22 April 2025

Accepted: 26 April 2025

#### Abstract

This study was an analytic cross-sectional study aiming to study the factors affecting the participative management according to good governance of the personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. The sample was employees with more than 1 year working experience. The research instrument was a self-administered questionnaires developed by the researcher. Data collected from 424 questionnaire responses, were analyzed using descriptive statistics, for frequency, percentage, mean, standard deviation, with Chi-Square and stepwise multiple linear regression analysis.

The study revealed that overall good governance participative administration was at a low to moderate level (52.4%), with opinions about the organizational atmosphere were at a moderate level (34.2 %) mostly. The analysis reveals a significant association between gender and organization atmosphere factor, at the 0.01 level. The predictive factors affecting the participative management according to good governance of the personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health are the following factors: organizational climate, education level (bachelor, master, and higher than master degree), monthly income (20,001-30,000; 30,001-40,000; and more than 40,000 baht) and gender (female)

The study results provide recommendations as information to promote personnel participation in planning, policy making, position on allocation, using of government property, creating a good organizational atmosphere for organizational engagement, and sustainable personnel development.

**Keywords:** Organization Atmosphere; Participation; Management According to Good Governance

## ปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิลาวัลย์ ศรีสุชา<sup>1</sup>, ณัฐนารี เอมยงค์<sup>2</sup>, อรรพรรณ ขวัญศรี<sup>3</sup>, ฉัตรสุนน พงษ์ภิญโญ<sup>4\*</sup>

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 อาจารย์ ดร., ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*อีเมลติดต่อ: Chardsumon.pru@mahidol.edu

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันที่รับ 3 เม.ย.2568

วันที่แก้ไข 22 เม.ย. 2568

วันที่ตอบรับ 26 เม.ย.2568

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาหนึ่ง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประสพการณ์ทำงานปีขึ้นไป รวบรวมจากแบบสอบถาม ตอบกลับ 424 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสถิติ ไคสแควร์ และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมบุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล ระดับน้อย-ปานกลาง (52.4 %) และความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กรระดับปานกลาง (34.2 %) มีเป็นส่วนใหญ่ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ และปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารฯ นัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี, ปริญญาโท และสูงกว่าปริญญาโท) รายได้ต่อเดือน (20,001-30,000), (30,001-40,000) และ (มากกว่า 40,000 บาท) และเพศ (หญิง)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะเป็นข้อมูลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผน กำหนดนโยบายจัดสรรตำแหน่ง การใช้ทรัพยากรสินราชการ สร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดความผูกพันองค์กร และพัฒนาบุคลากรอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** บรรยากาศองค์กร; การมีส่วนร่วม; การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล

## บทนำ

ประเทศไทยนำหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) มาใช้ในการบริหาร ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ.2542 กำหนดให้ทุกส่วนราชการถือปฏิบัติ ต่อมาปี พ.ศ.2545 ระเบียบราชการใช้คำว่า “การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี” หลักการ 6 ประการ ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักสำนึกรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า (Chusri, 2023) หน่วยงานภาครัฐนำหลักการบริหาร (Administration) กระบวนการสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ บ่งชี้ความมีประสิทธิภาพของหน่วยงาน (Takaew, et al., 2023) หลักการบริหารองค์กรทฤษฎีสมัยใหม่ POLC เป็นการจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพทั้งกระบวนการตั้งแต่ 1) การวางแผน (Planning) กำหนดกิจกรรม ขั้นตอนเพื่อให้ผลการปฏิบัติงานสำเร็จ 2) การจัดการองค์กร (Organizing) กำหนดตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ไม่ทับซ้อนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด 3) การนำ (Leading) ของผู้บริหารองค์กรใช้หลักในการจูงใจที่ดี ส่งเสริมที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้บรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติงาน และ 4) การควบคุม (Controlling) ควบคุมดูแลบุคลากรตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Uankaew & Nakkaew, 2021) การบริหารจัดการภาครัฐให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) การมีส่วนร่วมปฏิบัติ การ (Implementation) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ตามทฤษฎีบรรยากาศองค์กร เป็นการรับรู้คุณลักษณะขององค์กร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรต่อสภาพแวดล้อมขององค์กรในลักษณะที่มองเห็น 6 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง องค์กร การมาตรฐานการทำงาน ความรับผิดชอบ การยอมรับ

การสนับสนุน และความผูกพันองค์กร (Stringer RA., 2002) การขับเคลื่อนการบริหารองค์กรให้ประสบผลสำเร็จ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญการสร้างบรรยากาศองค์กร (Organization Climate) ซึ่งปัจจัยต่างๆภายในองค์กรส่งผลต่อความรู้สึกที่คนคิดและพฤติกรรมของบุคลากร ส่งผลต่อความเป็นเอกลักษณ์ขององค์กรแห่งนั้น (Sucaromana, et al., 2023) หน่วยงานภาครัฐบริหารองค์กรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารและบุคลากร (Nuibunkaew, 2024) สร้างบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อความไว้วางใจเปิดกว้างทางความคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจในการทำงาน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของหลักธรรมาภิบาล (Longswasd, 2020) หากบรรยากาศองค์กรดีจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศองค์กรผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร สร้างแรงจูงใจเพื่อนำมาสู่การมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ เพื่อความร่วมมือและการเป็นส่วนหนึ่งในองค์กรที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีของรัฐ อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์การดำเนินการตามมาตรการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมการปฏิบัติงานส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และการป้องกันการทุจริต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการดำเนินการยังขาดการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล ผู้วิจัยเห็นว่าการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานเป็นกระบวนการที่องค์กรควรให้ความสำคัญ เพื่อให้บุคลากรได้ร่วมในการระดมความคิดและพัฒนาศักยภาพต่างๆ เช่น การวางแผน การจัดการองค์การ การนำการปฏิบัติงาน และการควบคุม รวมถึงการสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนางานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพสูงสุด จึงเกิดเป็นแนวคิดในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับกลยุทธ์การบริหารต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อทำนายปัจจัยการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาหนึ่ง (Analytic Cross-sectional study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 2,110 คน (ที่มา ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ สำนักเลขานุการกรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เมษายน 2567) จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ 325 คน (Krejcie & Morgan, 1970) และเพื่อป้องกันแบบสอบถามใช้ไม่ได้ ตอบกลับมาไม่ครบหรือเสียหาย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Glenn D. Israel, 1992) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 454 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิกลุ่มย่อยตามหน่วยงาน และสุ่มแบบ

บังเอิญ และสัดส่วนของหน่วยงานใดที่ค่าน้อยกว่า 5 คน จะนำกลุ่มตัวอย่างมาทั้งหมด

### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) เป็นบุคลากร ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และสามารถตอบแบบสอบถามผ่านออนไลน์ได้
2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria) บุคลากรที่ติดภารกิจหรืออยู่ระหว่างลา กิจ ลาป่วย ลาคลอดบุตร ลาอุปสมบท ลาศึกษาต่อหรือลาไปต่างประเทศ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และผู้ที่ส่งแบบสอบถามเกินตามเวลาที่กำหนด
3. เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal Criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และต่อมาขอถอนความยินยอมระหว่างดำเนินการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประเภทตำแหน่งการปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 เป็น

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มีส่วนร่วมระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีส่วนร่วมระดับมาก 3 หมายถึง มีส่วนร่วมระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีส่วนร่วมระดับน้อย 1 หมายถึง มีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด และ 0 หมายถึง ไม่ทราบ/ไม่มีส่วนร่วม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.78 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.76 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.70 คือ มีค่าความเชื่อมั่นสูง

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เรียนถึงอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการภายใต้สังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 34 หน่วยงาน ผ่านระบบ E-sarabun และ E-mail กลางของหน่วยงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์จากบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยผู้อำนวยการหน่วยงานมอบหมายบุคลากร

ผ่านหนังสือราชการเพื่อให้ตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ โดยการยินยอมตอบกลับผ่าน Google form

### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2025-012 รหัสโครงการ 159/2567 วันที่ 13 มกราคม 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร และการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

### ผลการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 454 ฉบับ ได้รับการตอบกลับ จำนวน 424 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 51.2) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 70.5) รายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 54.2) ประเภทตำแหน่งการปฏิบัติงานสายงานวิชาชีพ (ร้อยละ 80.0) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 45.5)

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาพรวมบุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลในระดับน้อย-ปานกลาง จำนวน 222 คน (ร้อยละ 52.4) เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารฯ รายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางทุกข้อ ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมในการบริหารฯระดับน้อย-ปานกลาง และระดับมาก เพื่อให้เป็นกลุ่มข้อมูลที่กระจายแบบปกติ (Normal Distribution) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ การมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภาพรวม

| ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (n = 424) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| การมีส่วนร่วมระดับน้อย-ปานกลาง (1-160 คะแนน)   | 222        | 52.4   |
| การมีส่วนร่วมระดับมาก (161-200 คะแนน)  | 202        | 47.6   |

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาพรวมบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กรระดับปานกลาง จำนวน 145 คน (ร้อยละ 34.2) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภาพรวม

| ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (n = 424) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| คะแนนระดับน้อย (48-91 คะแนน)  | 135        | 31.8   |
| คะแนนระดับปานกลาง (92-100 คะแนน)  | 145        | 34.2   |
| คะแนนระดับมาก (101-119 คะแนน)   | 144        | 34.0   |

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร แยกตามรายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก มีบางข้อพบว่าอยู่ในระดับระดับปานกลาง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความคิดเห็นที่

แตกต่างจากผู้บังคับบัญชา ( $\bar{X}$  = 3.08, S.D. = 1.147) การไม่ได้รับโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถเพื่อได้รับการปรับตำแหน่งงานที่สูงขึ้น ( $\bar{X}$  = 3.05, S.D. = 1.197) และ

การพิจารณาเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่งงาน ( $\bar{X}$  = 2.92, S.D. = 1.34) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประเภทตำแหน่งการปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร

โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า เพศ และ ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (n = 424)

| ตัวแปร                            | การมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล |                       | Chi-square (df) | p-value |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------|---------|
|                                   | น้อย-ปานกลาง<br>จำนวน (ร้อยละ)            | มาก<br>จำนวน (ร้อยละ) |                 |         |
| <b>เพศ</b>                        |   |                       |                 |         |
| ชาย                               | 74 (33.3)                                 | 44 (21.8)             | 7.026           | 0.008*  |
| หญิง                              | 148 (66.7)                                | 158 (78.2)            | (1)             |         |
| <b>อายุ</b>                       |   |                       |                 |         |
| 21 - 30 ปี                        | 54 (24.3)                                 | 38 (18.8)             | 2.073           | 0.557   |
| 31 - 40 ปี                        | 108 (48.6)                                | 109 (54.0)            | (3)             |         |
| 41 - 50 ปี                        | 41 (18.5)                                 | 38 (18.8)             |                 |         |
| 51 ปี ขึ้นไป                      | 19 (8.6)                                  | 17 (8.4)              |                 |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>              |   |                       |                 |         |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี                  | 15 (6.8)                                  | 5 (2.5)               | 5.682           | 0.128   |
| ปริญญาตรี                         | 157 (70.7)                                | 142 (70.3)            | (3)             |         |
| ปริญญาโท                          | 46 (20.7)                                 | 48 (23.8)             |                 |         |
| สูงกว่าปริญญาโท                   | 4 (1.8)                                   | 7 (3.5)               |                 |         |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>             |   |                       |                 |         |
| 10,001-20,000 บาท                 | 61 (27.5)                                 | 43 (21.3)             | 6.238           | 0.101   |
| 20,001- 30,000 บาท                | 123 (55.4)                                | 107 (53.0)            | (3)             |         |
| 30,001- 40,000 บาท                | 24 (10.8)                                 | 13.9 (24)             |                 |         |
| มากกว่า 40,000 บาท                | 14 (6.3)                                  | 24 (11.9)             |                 |         |
| <b>ประเภทตำแหน่งการปฏิบัติงาน</b> |   |                       |                 |         |
| สายงานวิชาชีพ                     | 180 (81.1)                                | 159 (78.7)            | 0.370           | 0.547   |
| สายงานสนับสนุน                    | 42 (18.9)                                 | 43 (21.3)             | (1)             |         |
| <b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>    |   |                       |                 |         |
| 1 - 5 ปี                          | 111 (50.0)                                | 82 (40.6)             | 7.766           | 0.101   |
| 6 - 10 ปี                         | 76 (34.2)                                 | 72 (35.6)             | (4)             |         |
| 11 - 15 ปี                        | 6 (2.7)                                   | 15 (7.4)              |                 |         |

| ตัวแปร                   | การมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลฯ |                       | Chi-square<br>(df) | p-value |
|--------------------------|--|-----------------------|--------------------|---------|
|                          | น้อย-ปานกลาง<br>จำนวน (ร้อยละ)             | มาก<br>จำนวน (ร้อยละ) |                    |         |
| 16 - 20 ปี               | 6 (2.7)                                    | 8 (4.0)               |                    |         |
| 20 ปีขึ้นไป              | 23 (10.4)                                  | 25 (12.4)             |                    |         |
| ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร | 222 (52.4)                                 | 202 (47.6)            | 61.469             | <0.001  |
| คะแนนระดับน้อย           | 108 (48.6)                                 | 27 (13.4)             | (2)                |         |
| คะแนนระดับปานกลาง        | 61 (27.5)                                  | 84 (41.6)             |                    |         |
| คะแนนระดับมาก            | 53 (23.9)                                  | 91 (45.0)             |                    |         |

\*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณสูงสุด คือ ระดับการศึกษา (สูงกว่าปริญญาโท) ( $\beta = 0.250$ ) รองลงมาคือระดับการศึกษา (ปริญญาตรี) ( $\beta = 0.235$ ) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ( $\beta = 0.215$ ) รายได้ต่อเดือน(30,001-40,000 บาท) ( $\beta = 0.208$ ) รายได้ต่อเดือน (มากกว่า 40,000 บาท) ( $\beta = 0.197$ ) ระดับการศึกษา (ปริญญาโท) ( $\beta = 0.140$ ) เพศ (หญิง) ( $\beta = -0.135$ ) และรายได้ต่อเดือน (20,001-30,000 บาท) ( $\beta = 0.081$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (n = 424)

| ตัวแปร                              | $\beta$ | Std. Error | p-value |
|-------------------------------------|---------|------------|---------|
| ค่าคงที่ (Constant)                 | 0.789   | 0.130      | <0.001  |
| ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร            | 0.215   | 0.28       | <0.001  |
| ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)           | 0.235   | 0.111      | 0.035   |
| ระดับการศึกษา (ปริญญาโท)*           | 0.140   | 0.119      | 0.241   |
| ระดับการศึกษา (สูงกว่าปริญญาโท)     | 0.250   | 1.177      | 0.160   |
| รายได้ต่อเดือน (20,001-30,000 บาท)  | 0.081   | 0.056      | 0.146   |
| รายได้ต่อเดือน (30,001-40,000 บาท)  | 0.208   | 0.094      | 0.027   |
| รายได้ต่อเดือน (มากกว่า 40,000 บาท) | 0.197   | 0.097      | 0.042   |
| เพศ (หญิง)                          | -0.135  | 0.051      | 0.009   |

Constant = 0.789, R = 0.400, R<sup>2</sup> = 0.160, Adjust R<sup>2</sup> = 0.143, F = 9.856, p-value = <0.001

\*ตัวแปรอ้างอิง คือ ระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี)\*, p-value = <0.001

ดังนั้นจึงสามารถเขียนสมการถดถอยเพื่อใช้ทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

$$y = \beta_0 + \beta_1 (x_1) + \beta_2 (x_2) + \beta_3 (x_3) + \beta_4 (x_4) + \beta_5 (x_5) + \beta_6 (x_6) + \beta_7 (x_7) - \beta_8 (x_8)$$

การมีส่วนร่วมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล  
 $\alpha = 0.789 + 0.215$  (ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร)  $+ 0.235$   
 (ระดับการศึกษา ปริญญาตรี)  $+ 0.140$  (ระดับการศึกษา  
 ปริญญาโท)  $+ 0.250$  (ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาโท)  $+ 0.81$   
 (รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท)  $+ 0.208$   
 (รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท)  $+ 0.197$  (รายได้ต่อ  
 เดือนมากกว่า 40,000 บาท)  $- 0.135$  (เพศหญิง)

จากสมการอธิบายได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วม  
 ร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร  
 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ  
 14.3 (Adjust R<sup>2</sup> = 0.143) ดังนั้นเมื่อเทียบปัจจัยด้าน  
 บรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลัก  
 ธรรมาภิบาลฯ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้การมีส่วนร่วม  
 เพิ่มขึ้น 0.215 คะแนน ระดับการศึกษา (สูงกว่าปริญญา  
 โท) มีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลฯ  
 เพิ่มขึ้น 0.250 คะแนน เมื่อเทียบกับการศึกษาระดับ  
 การศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี) รายได้ต่อเดือน (30,001-  
 40,000 บาท) มีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิ  
 บาลฯ เพิ่มขึ้น 0.208 คะแนน เมื่อเทียบกับรายได้ต่อเดือน  
 (10,001-20,000 บาท) และเพศหญิงมีส่วนร่วมในการ  
 บริหารตามหลักธรรมาภิบาลฯ น้อยกว่าเมื่อเทียบกับเพศ  
 ชาย -0.135 คะแนน

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการ  
 บริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์  
 การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาพรวมมีความ  
 คิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรร  
 มาภิบาลในระดับน้อย-ปานกลาง อาจเนื่องมาจาก  
 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นหน่วยงานขนาดใหญ่  
 กระจายอยู่ทั่วประเทศ โครงสร้างองค์กรรูปแบบแนวตั้งที่มี  
 สายบังคับบัญชาการกำกับดูแลหลายชั้น อาจส่งผลให้การ  
 มีส่วนร่วมไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ สอดคล้องตาม  
 การศึกษาของ (Seedam, 2023) กล่าวว่า ระบบราชการที่  
 มีขนาดใหญ่ส่งผลให้มีสายการบังคับบัญชาหลายชั้นอาจ  
 เกิดความล่าช้าและไม่ครอบคลุม ควรแจกแจงโครงสร้าง

ตามแนวนอน กระจายอำนาจสร้างการมีส่วนร่วมในทุกฝ่าย  
 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการบริหารงานตามหลักธรร  
 มาภิบาลฯ รายชื่อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางทุก  
 ข้อ อาจเนื่องมาจากผู้บริหารเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วน  
 ร่วมตามบริบทของเฉพาะตำแหน่งในระดับหัวหน้างาน  
 หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ไปจนถึงระดับผู้บริหาร ส่งผลให้บุคลากร  
 โดยส่วนใหญ่ที่ไม่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงไม่มีโอกาส  
 เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารฯ สอดคล้องตามการศึกษา  
 ของ (Jinamoon, et al., 2023) กล่าวว่า การบริหารงาน  
 ตามหลักธรรมาภิบาล ต้องปฏิบัติบนพื้นฐานของคุณธรรม  
 จริยธรรม และควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม  
 จากการศึกษาเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมพบว่าข้อที่มี  
 ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการจัดสรรตำแหน่ง  
 ของบุคลากรให้มีความเหมาะสมหรือความชำนาญในด้าน  
 การปฏิบัติหน้าที่ ( $\bar{X} = 3.67$ , S.D. = 1.157) ซึ่งกระบวนการ  
 จัดสรรตำแหน่งบุคลากรอาจจะไม่รับทราบเกณฑ์การ  
 พิจารณา ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญเนื่องจากการจัดสรร  
 บุคลากรที่เหมาะสมกับตำแหน่งจะส่งผลให้ภารกิจสำเร็จ  
 ตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ  
 (Choocherd, 2020) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการจัดสรร  
 ตำแหน่งของบุคลากรเป็นการจัดการทรัพยากรมนุษย์ เพื่อ  
 การพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย  
 ขององค์กร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน  
 บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน  
 ประเภทตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการ  
 ปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร วิเคราะห์ด้วย  
 สถิติ Chi-square พบว่า เพศ และปัจจัยด้านบรรยากาศ  
 องค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมฯ นัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ (p-value < 0.001) ซึ่งเพศมีความสัมพันธ์กับการมี  
 ส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของ  
 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
 สอดคล้องกับการศึกษาของ (Sootthasil, et al., 2022)  
 กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ  
 บริหารงานด้านสาธารณสุข เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับ

การมีส่วนร่วมฯ อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานใน  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และ  
ให้ความสำคัญกับกิจกรรมขององค์กร สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ (Sudjanya, 2023) กล่าวว่า เพศหญิงมี  
ความพร้อมและตั้งใจทำงาน ควรได้รับการพัฒนาทักษะ  
ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำงาน สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ (Mali-ngam, et al., 2023) กล่าวว่า เพศ  
หญิงมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหาร  
เนื่องจากเพศหญิงให้ความสำคัญกับเรื่องงาน และการทำ  
กิจกรรมต่างๆ

ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับ  
การมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของ  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาจ  
เนื่องมาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการกำกับดูแล  
ตนเองที่ดีครอบคลุม 5 ด้าน (Department of Medical  
Sciences., 2024) ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อ  
ปฏิบัติหน้าที่โดยการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ มี  
กำกับติดตามผ่านประชุมกรมทุกเดือน และผู้บริหารลง  
พื้นที่ตรวจราชการ 2) ด้านการป้องกันปราบปรามการ  
ทุจริตและประพฤติมิชอบโดยประกาศเจตนารมณ์  
ขับเคลื่อนชมรม “STRONG องค์กรพอเพียงด้านทุจริต”  
สนับสนุนผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับดำเนินกิจกรรม  
ร่วมกัน 3) ด้านการปกป้องผลประโยชน์ของประเทศโดย  
การเปิดเผยข้อมูลจัดซื้อจัดจ้างและเปิดโอกาสให้ประชาชน  
เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ 4) ผู้บริหารมีความ  
รับผิดชอบต่อการนำองค์กรโดยการประพฤติปฏิบัติที่มี  
จริยธรรมเป็นแบบอย่าง 5) การจัดระบบกำกับติดตามผล  
ดำเนินงานตามแผนฯ รวมไปถึงสนับสนุนความก้าวหน้าใน  
สายอาชีพ สวัสดิการเพิ่มจากสิทธิพึงได้ การประเมินผล  
ปฏิบัติราชการอย่างเป็นธรรม รวมทั้งการบริหารจัดการ  
อัตรากำลังภายใต้กรอบที่มีโดยวิธีการเกลี้ยอัตรากำลังให้  
เพียงพอกับภาระงาน ซึ่งการพัฒนาบุคลากรมีระเบียบ  
หลักเกณฑ์การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล เช่น การ  
มอบหมายงาน การคัดเลือก สรรหา บรรจุบุคลากร การ  
พัฒนาบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติราชการ

สอดคล้องกับการศึกษาของ (Lunviratn, 2020) กล่าวว่า  
การบริหารงานบุคคลที่มีประสิทธิภาพจะสามารถทำให้  
บรรยากาศองค์กรดีขึ้น สำหรับการแต่งตั้ง-โอน-ย้าย-เลื่อน  
ตำแหน่ง การดำรงรักษาบุคลากรและประสิทธิผลการ  
บริหารบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบรรยากาศองค์กร  
การสร้างขวัญกำลังใจ เช่น คัดเลือกบุคลากรดีเด่น  
ข้าราชการดีเด่น การจัดสวัสดิการต่างๆ สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ (Chunhawongvarit, 2024) กล่าวว่า การ  
บริหารองค์กรและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผู้บริหาร  
องค์กรควรมีนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล การสร้าง  
แรงจูงใจและความสุขในการทำงานของบุคลากร และการ  
เปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน  
สอดคล้องกับการศึกษาของ (Samart, 2023) ที่ว่า  
บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการสร้าง  
แรงบันดาลใจ จะช่วยเพิ่มระดับของบรรยากาศองค์กร  
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การสร้างความไว้วางใจ  
ซึ่งกันและกัน การให้ความอบอุ่น และการสนับสนุน ส่งผล  
ให้บรรยากาศองค์กรดีขึ้น

การทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม  
ในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากร  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ  
ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรสามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วม  
การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลฯ เนื่องจาก  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการกำหนดโครงสร้างในการ  
บริหารงาน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มี  
นโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมายขององค์กรที่สื่อสาร  
ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรรับรู้ทุกระดับ และมีส่วนร่วม  
กำกับติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ  
(Sucaromana, et al., 2023) ที่พบว่า การสร้างบรรยากาศ  
องค์กรที่ให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด  
วิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กรส่งผลให้บุคลากรมี  
ทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ภาคภูมิใจในองค์กรและต่อยอดการ  
พัฒนาสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

ระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาโทมีส่วนร่วมใน  
การบริหารตามหลักธรรมาภิบาลฯ เพิ่มขึ้น 0.250 คะแนน

เมื่อเทียบการศึกษาระดับการศึกษา (ต่ำกว่าปริญญาตรี) ซึ่งบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 54.04 ของบุคลากรทั้งหมด (Department of Medical Sciences., 2024) ดังนั้นเมื่อบุคลากรมีวุฒิการศึกษาสูงขึ้นการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลฯ อาจมากขึ้นด้วย รวมทั้งเมื่อการศึกษาระดับสูงขึ้น 0.208 คะแนน รายได้ต่อเดือนสูงขึ้นอาจเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ทำงานที่เหมาะสมกับค่าตอบแทน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรสนับสนุนด้านการศึกษาระดับที่สูงขึ้น เพื่อเพิ่มคุณวุฒิทางการศึกษาและรายได้ของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ (Soonthasil, et al., 2022) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสุโขทัย

เพศหญิงมีส่วนร่วมการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข น้อยกว่าเมื่อเทียบกับเพศชาย - 0.135 คะแนน อาจเกิดจากเพศหญิงมีบทบาททางสังคมน้อยกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของ (Papakdee, et al., 2022) กล่าวว่าประชาชนที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาองค์การแตกต่างกัน อาจเกิดจากเพศชายได้รับการยอมรับทางสังคมมากกว่าเพศหญิง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรด้านการวางแผนในการจัดสรรตำแหน่งของบุคลากรให้มีความเหมาะสมหรือความชำนาญในด้านการปฏิบัติหน้าที่ ( $\bar{X}$  = 3.67) เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนระดับ/ตำแหน่ง เติบโตในสายงานได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดแนวปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับการใช้ทรัพย์สินของราชการที่ถูกต้อง ( $\bar{X}$  = 3.91) โดยกำหนดเป็นนโยบายการปฏิบัติ การเปิดเผยข้อมูล และสื่อสารนโยบายแนวทางการปฏิบัติให้รับทราบอย่างทั่วถึงทุกระดับ

3. ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศองค์กรที่ดีในด้านความผูกพันองค์กร การพิจารณาเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งงาน ( $\bar{X}$  = 2.92) โดยการเปิดเผยหลักเกณฑ์การพิจารณาให้บุคลากรทราบทุกระดับ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดการมีส่วนร่วมในการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข หรืออื่นๆ

2. ควรศึกษาในประเด็นการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณธรรมความโปร่งใสและป้องกันการทุจริตของหน่วยงาน

3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรม โดยนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับธรรมาภิบาลองค์กรภาครัฐในรูปแบบแอปพลิเคชันการมีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรสามารถเข้าไปแสดงความคิดเห็น เสนอแนะนโยบายที่ต้องการให้ผู้บริหารซึ่งหน่วยงานจะสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาปรับปรุงนโยบายต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่การเก็บข้อมูล และบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Chusri, A. (2023). Applying Good Governance Principles within the Organization. *Journal of Chaimongkol Review*, (2), 1-12.
- Takaew, N., Rimai, S., Phonphai, N., & Dokchan, P. (2023). The Principles, Methods and guidelines on Effective management. *Journal of Modern Learning Development*, 8(1), 412-426.
- Uankaew, J., & Nakkaew, K. (2021). Management Principles Influencing the Performance of Employees of R V Connex Co., Ltd. *Journal of Management Science Pibulsongkram Rajabhat University*, 3(1), 109-119.
- Stringer RA. *Leadership and organizational climate: the cloud chamber effect*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2002.
- Sucaromana, U., Panitchaikul, P., & Piyamanotham, P. (2023). Personnel's Expectations towards the Organizational Climate. *Journal of Educational Measurement*, 40 (107), 399-408.
- Nuibunkaeo, P. (2024). Participating in the preparation of Strategic Plans of Personnel. *Savant Journal of Social Sciences*, 1 (3), 31-40.
- Krejcie RV, Morgan D. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*.
- Glenn D. Israel. (1992) *Determining Sample Size*. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS.
- Likert R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 (140), 5-55.
- Seedam, I. (2023). Organizational Structure Reforms in the Thai Bureaucracy System. *Journal of Administrative and Management Innovation*, 11 (2), 159-170.
- Jinamoon, S., Pontin, P., & Sidakham, A. (2023). Management According to the Principles of Good Governance of the Pa Daet Subdistrict Municipality Mueng Chiang Mai District Chiang Mai Province. *Journal of Peace Periscope*, 4 (2), 106-119.
- Choocherd, S. (2020). The Development of Personnel Competency in Working More Efficiency. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science)*, 12 (1), 223-238.
- Soothasil, M., Sarelert, A., & Khamsaenrat, P. (2022). The Participation of Public Health Personals in Administrative Processes of District Public Health Offices in Sukhothai Province and Related Factors. *Science and Technology Northern Journal*, 3 (1), 17-33.
- Sudjanya, C. (2023). Leadership of Women by Culture in the 21st Century. *Wipitpatanasilpa Journal of Arts, Graduate School*, 3 (1), 21-39.
- Mali-ngam, P., & Keawanuchit, C. (2023). The participation for management of hospital accreditation system of Personnel at Thatphanom Crown Prince Hospital Nakhon Phanom Province, 8 (4), 225-232.
- Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. (2024). <https://bpsd.dmhc.moph.go.th/psdg/OP%20DMSc/2567/OP-DMSC-67-14-06-67.pdf>
- Lunviratn, P. (2020). Relation between Human Resource Management Efficiency and Organizational Climate of Personnels in Nongbua Lamphu Provincial Public Health Office. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28 (1), 91-100.

- Chunhawongvarit, P. (2024). Organization Administration Influencing the Participation of Personnel in the Pathum Thani Provincial Administrative Organization. *Journal of Modern Learning Development*, 9 (7), 166-178.
- Sarmart, T. (2023). Relationship between Leadership of Administrators and Organization Climate of City Municipalities Officers in Chonburi Province. *Journal of Politics, Administration and Law*, 15 (1), 188-201.
- Papakdee, S., Suttaworathumkit, P., Phanthachai, S., & Sumangkhalo, P. (2022). People's participation in the Preparation of the development plan of Robmuang Subdistrict administrative organization Roi ET Province. *Journal of Social Science Panyapat*, 2022, 4 (4), 57-70.



## Exercise Behavior and Its Related Factors Among Senior High School Students Study in a School in Bangkok

Nutnicha Makphon<sup>1,2</sup> Benjaporn Watcharakornpaisarn<sup>1,2\*</sup> Feeda-e Lateh<sup>1,2</sup> Suchit Yonsapsiri<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Bachelor of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>2</sup> Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University **Corresponding author:** Benjaporn Watcharakornpaisarn\* **email:** benjaporn.12988@gmail.com, **Tel:** 0946757530

### Original article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Makphon, N., Watcharakornpaisarn, B., Lateh, F.-e., & Yonsapsiri, S. Exercise Behavior and Its Related Factors Among Senior High School Students in Bangkok. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 317-329. retrieved from [https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279089](https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279089)

Received: 24 February 2025

Revised: 21 March 2025

Accepted: 28 April 2025

#### Abstract

Exercise is very important for physical and mental health development in children and adolescents. This survey research aims to study the factors related to exercise behavior among high school students in Bangkok, Thailand. The sample consisted of 342 students from a high school in Bangkok. Data was collected using a questionnaire and analyzed using both descriptive and inferential statistics, including t-tests and ANOVA.

After analyzing the factors related to exercise behavior among the sample group, it was found that gender and study plan were significantly associated with exercise behavior ( $p < .001$  and  $p = 0.004$ ). Additionally, attitude, self-efficacy, and supporting factors also showed significant differences ( $p < .001$ ). Bonferroni post-hoc tests were conducted to compare mean differences among groups based on study plan, attitude, self-efficacy, and supporting factors. This study suggested developing policies and improving school facilities, as well as enhancing motivation through activities and family engagement to promote exercise.

Finally, the study results reflected that promoting exercise among students should be implemented along with appropriate policies, motivating activities, and support from both families and schools, in order to sustainably enhance physical and mental health.

**Keywords:** Exercise behavior; Self-efficacy; Senior high school students

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ณัฐนิชา มรรคผล<sup>1,2</sup> เบญจภรณ์ วัชรารกรณ์ไพศาล<sup>1,2</sup>\* พิทยาธิ ลาเต๊ะ<sup>1,2</sup> สุชิต ยลทรัพย์ศิริ<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>หลักสูตร วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup>ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* ผู้ประสานงานโครงการวิจัย Benjaporn Watcharakompaisam\* email: benjapom.12988@gmail.com, Tel: 0946757530

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันที่รับ 24 กุมภาพันธ์ 2568

วันที่แก้ไข 21 มีนาคม 2568

วันที่ตอบรับ 28 เมษายน 2568

#### บทคัดย่อ

การออกกำลังกายมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสุขภาพกายและจิตใจของเด็กและเยาวชน การวิจัยเชิงสำรวจนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 342 คน ข้อมูลถูกเก็บด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน เช่น t-test, ANOVA

ภายหลังการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพศและสายการเรียนมีความแตกต่างกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (" $p < .001$ " และ " $p = 0.004$ ) นอกจากนี้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยเสริมก็มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (" $p < .001$ ") หลังจากนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยวิธีการ Bonferroni สำหรับสายการเรียน เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยเสริม การศึกษานี้แนะนำให้มีการพัฒนานโยบายและสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงเรียน รวมถึงเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย

สุดท้ายนี้ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการออกกำลังกายของนักเรียนควรดำเนินควบคู่ไปกับนโยบายที่เหมาะสม กิจกรรมที่กระตุ้นแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตใจอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการออกกำลังกาย; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

## บทนำ

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของมนุษย์ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และสังคม (Kanyakarn & Kosanlavit, 2019) นอกจากนี้ ยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และโรคหัวใจ (voathai, 2019) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีพฤติกรรมเนือยนิ่งและขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ ส่งผลให้ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้น (Health, 2024) โดยมีปัจจัยสำคัญมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและข้อจำกัดด้านเวลา การส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นออกกำลังกายอย่างเพียงพอจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Health, 2023) ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายจะสามารถใช้เป็นข้อมูลที่จะช่วยพัฒนารูปแบบหรือแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่านักเรียนและนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับดีถึงสูง แต่ทักษะและพฤติกรรมการออกกำลังกายยังอยู่ในระดับปานกลาง (Akkhassetthag & Champakwai, 2021) นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่ได้เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายเสมอไป แม้จะมีทั้งความรู้และทักษะที่ดี แต่พฤติกรรมการออกกำลังกายจริงอาจไม่สอดคล้องกัน (Pengpan, 2018) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความหลากหลาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น เพศ อายุ ระดับชั้นปี หลักสูตร ค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค

ความเครียด) (Deerod & Sukswan, 2023) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์และสถานที่สภาพแวดล้อม) (Palitnonkert et al., 2018) และปัจจัยด้านสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ครู การได้รับข้อมูลข่าวสาร) (Uthaithum et al., 2020) อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย อุปสรรคสำคัญที่พบในการออกกำลังกาย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการเรียน ความขี้เกียจ และข้อจำกัดด้านเวลา (Pakdeevanich et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีงานวิจัยในระดับมัธยมศึกษาค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและบริบทของโรงเรียน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นเพื่อที่จะศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอพุทธมณฑล ซึ่งตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครชั้นนอก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะทั้งในด้านสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและบริบททางสังคม และวัฒนธรรมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน ผลการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น เพศ อายุ ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (เช่น การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย ความปลอดภัย) และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ครู) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปพัฒนาแนวทางและกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนและชุมชน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักเรียนในระยะยาว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและพื้นที่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยดำเนินการที่โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยา พุทธมณฑล เขตทวีวัฒนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่ อำเภอพุทธมณฑล จำนวน 330 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5% ซึ่งการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Daniel (1995) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน และเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันความผิดพลาดของแบบสอบถาม รวมเป็น 330 คนคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามระดับชั้นปี และตามสายการเรียน เพื่อให้สอดคล้องกับสัดส่วนประชากร ดังนี้ ระดับชั้นปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, มัธยมศึกษาปีที่ 5 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 119, 108 และ 106 คน ตามลำดับ สายการเรียน Gifted Science (วิทย์-คณิต), คณิต-อังกฤษ (English Program), ศิลปภาษา (ภาษาต่างประเทศ) และการงานอาชีพ จำนวน 159, 51, 99 และ 29 คน ตามลำดับ จากนั้นทำการสุ่มเลือกห้องเรียนในแต่ละระดับชั้นและสายการเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวงล้อสุ่ม

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้คือแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ สายการเรียน ระดับชั้นเรียน น้ำหนัก ส่วนสูง สถานะทางสุขภาพ (โรคประจำตัว) อาชีพของผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รวม 8 ข้อ คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการเตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นคำถามที่ใช้ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการเตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความถี่ ความหนัก และระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย รวมถึงการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ คำถามในส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การประเมินเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นคำถามที่ใช้ประเมินมุมมองหรือความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เจตคตินี้มีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ คำถามในส่วนนี้ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกันสำหรับคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย เป็นคำถามที่ใช้ประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติและประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย โดยเน้นไปที่การสร้าง ความมั่นใจเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ จำนวน 5 ข้อ คำถามในส่วนนี้ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่

ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และ มั่นใจมากที่สุด

ส่วนที่ 5 การประเมินปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการ ออกกำลังกาย เป็นคำถามที่ให้ประเมินปัจจัยที่จำเป็นต้องมี หรือเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์จะเกิดขึ้นได้สำหรับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่และ สิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย นโยบายของ โรงเรียน และชมรมภายในโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ คำถามใน ส่วนนี้ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ

ส่วนที่ 6 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นคำถามที่ให้ประเมินปัจจัย ภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม การออกกำลังกาย ประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมใน การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ คำถามในส่วนนี้ใช้มาตรวัด ประมาณค่าของลิเคิร์ต 5 ระดับ

ส่วนที่ 7 การประเมินพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เป็นคำถามที่ให้ประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้ กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็กในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีการวางแผนในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นลำดับขั้น ซึ่ง มีผลต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย ประกอบด้วย ความถี่ในการออกกำลังกาย ความหนักในการออกกำลังกาย และความนานในการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ คำถามใน ส่วนนี้ใช้ค่าดัชนีกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งคำนวณจากสูตร "ความถี่ x ความนาน x ความหนัก" โดยมีเกณฑ์การให้ คะแนนและแปลความหมายคะแนนตามหลักการออกกำลังกายที่กำหนดไว้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมา วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของ ข้อมูล ประกอบด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด นอกจากนี้

ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytic Statistics) เพื่อตรวจสอบความ แตกต่างของพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม และ ANOVA สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างมากกว่า 2 กลุ่ม

2. การประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการ เตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การ ประเมินเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การประเมินการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การ ประเมินปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย และการ ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การ ออกกำลังกาย โดยใช้สถิติ ANOVA เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกลุ่ม

3. การประเมินพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเป็น คำถามที่ให้ประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้สถิติเชิง พรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของ ข้อมูล ประกอบด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

#### ผลการศึกษา

**คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย 342 คน นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง จำนวน 240 คน ร้อยละ 70.20 ส่วนระดับชั้น นักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 119 คน ร้อยละ 34.00 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 117 คน ร้อยละ 34.20 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 106 คน ร้อยละ 31.00 นักเรียนในสายการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ (Gifted Science) มีจำนวนมาก ที่สุด จำนวน 160 คน ร้อยละ 46.79 รองลงมาคือสายศิลป์- ภาษา ร้อยละ 27.78 สายคณิต-อังกฤษ หรือ English Program ร้อยละ 16.37 และสายการงานอาชีพ ร้อยละ 9.06 ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน (BMI < 18.5 กก/เมตร<sup>2</sup>) จำนวน 161 คน

ร้อยละ 47.10 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 22.93 กก/เมตร<sup>2</sup> (SD = 4.35) โดยมีค่าต่ำสุด 13.50 และค่าสูงสุด 40.60 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 299 คน ร้อยละ 87.43 ส่วนอาชีพของผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.44 ส่วนระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 55.00 (ตารางที่ 1)

**ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการเตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการเตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง (4-5 คะแนน) จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 69.60 ( $\bar{x}$  = 3.86, S.D. = 1.02, Min = 1.00, Max = 5.00) (ตารางที่ 1)

**เจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.51 - 4.50) จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 59.94 ( $\bar{x}$  = 4.05, S.D. = 0.52, Min = 2.60, Max = 5.00)

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายในระดับสูง (คะแนน 3.51 - 4.50) จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 38.30 ( $\bar{x}$  = 3.67, S.D. = 0.86, Min = 1.00, Max = 5.00)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 342)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล       | จำนวน n (%) | $\bar{x}$ | S.D   | t/F               | p-value  |
|--------------------------|-------------|-----------|-------|-------------------|----------|
| <b>เพศ</b>               |             |           |       | 5.27 <sup>a</sup> | <.001*** |
| ชาย                      | 102 (29.82) | 25.96     | 25.81 |                   |          |
| หญิง                     | 240 (70.18) | 11.56     | 15.00 |                   |          |
| <b>ระดับชั้นการเรียน</b> |             |           |       | 0.40 <sup>b</sup> | 0.67     |
| มัธยมศึกษาปีที่ 4        | 117 (34.21) | 15.76     | 1.72  |                   |          |
| มัธยมศึกษาปีที่ 5        | 119 (34.80) | 17.03     | 1.92  |                   |          |
| มัธยมศึกษาปีที่ 6        | 106 (31.99) | 14.65     | 1.99  |                   |          |

**ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกนโยบายและชมรมภายในโรงเรียน)** ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายในระดับสูง (คะแนน 3.51 - 4.50) จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 48.20 ( $\bar{x}$  = 3.97, S.D. = 0.79, Min = 1.20, Max = 5.00)

**ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม** ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (คะแนน 3.51 - 4.50) จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 ( $\bar{x}$  = 3.73, S.D. = 0.87, Min = 1.20, Max = 5.00)

**พฤติกรรมการออกกำลังกาย** ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ โดยกลุ่มที่มีการออกกำลังกายน้อยมาก (< 15 คะแนน) มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.30 ( $\bar{x}$  = 15.86, S.D. = 19.96, Min = 0.00, Max = 125.00)

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ ( $p < .001$ ), สายการเรียน ( $p = 0.004$ ), เจตคติ ( $p < .001$ ), การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $p < .001$ ) และปัจจัยเสริม ( $p < .001$ ) ส่วนปัจจัยอื่น เช่น ระดับชั้น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความรู้ และปัจจัยเอื้อมีความแตกต่างอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ดังตารางที่ 1)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล                                | จำนวน n (%) | $\bar{x}$ | S.D   | t/F                | $\rho$ -value |
|---|-------------|-----------|-------|--------------------|---------------|
| <b>สายการเรียน</b>                                |             |           |       | 4.59 <sup>b</sup>  | 0.004*        |
| Gifted Science หรือ วิทยาศาสตร์-คณิต              | 160 (46.78) | 13.68     | 1.36  |                    |               |
| คณิต-อังกฤษ หรือ English Program (EP)             | 56 (16.37)  | 13.16     | 2.19  |                    |               |
| ศิลป์ภาษา (ภาษาต่างประเทศ)                        | 95 (27.78)  | 17.44     | 1.98  |                    |               |
| การงานอาชีพ                                       | 31 (9.06)   | 27.10     | 6.06  |                    |               |
| <b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กก/เมตร<sup>2</sup>)</b> |             |           |       | 0.79 <sup>b</sup>  | 0.50          |
| น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (< 18.5)               | 112 (32.75) | 13.78     | 19.46 |                    |               |
| น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (18.5-22.9)             | 161 (47.08) | 16.34     | 19.07 |                    |               |
| น้ำหนักเกิน (23 - 24.9)                           | 28 (8.19)   | 16.89     | 24.00 |                    |               |
| โรคอ้วน ( $\geq 25$ )                             | 41 (11.99)  | 18.95     | 21.90 |                    |               |
| <b>สถานะสุขภาพ</b>                                |             |           |       |                    |               |
| มี  | 43 (12.57)  | 16.12     | 20.24 | -0.09 <sup>a</sup> | 0.93          |
| ไม่มี   | 299 (87.43) | 15.82     | 18.17 |                    |               |
| <b>อาชีพของผู้ปกครอง</b>                          |             |           |       | 1.05 <sup>b</sup>  | 0.37          |
| รับจ้างทั่วไป                                     | 109 (31.96) | 18.40     | 23.27 |                    |               |
| รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ                      | 55 (16.13)  | 14.38     | 17.33 |                    |               |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายอื่นๆ                         | 152 (44.57) | 15.32     | 19.34 |                    |               |
| พนักงานบริษัทเอกชน                                | 25 (7.33)   | 11.92     | 11.66 |                    |               |
| <b>ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง</b>                  |             |           |       | 1.34 <sup>b</sup>  | 0.26          |
| ต่ำกว่า หรือ ประถมศึกษา                           | 13 (3.80)   | 11.46     | 15.13 |                    |               |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                                  | 12 (3.51)   | 11.17     | 16.16 |                    |               |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.                       | 82 (23.98)  | 18.45     | 19.64 |                    |               |
| อนุปริญญา หรือ ปวส.                               | 47 (13.74)  | 11.28     | 17.49 |                    |               |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                                   | 188 (54.97) | 16.47     | 21.05 |                    |               |

หมายเหตุ <sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test <sup>b</sup> ทดสอบด้วยสถิติ F-test (One Way ANOVA)

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 \*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

**ตารางที่ 2** ความแตกต่างของระดับการประเมินเจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

| การประเมิน/ระดับการประเมิน  |              | จำนวน n (%) | $\bar{x}$ | S.D   | F (p-value) |
|---|--------------|-------------|-----------|-------|-------------|
| เจตคติ (n = 342)  | ระดับสูงมาก  | 74 (21.64)  | 26.73     | 26.21 | 15.23***    |
|   | ระดับสูง     | 205 (59.94) | 12.64     | 15.48 |             |
|   | ระดับปานกลาง | 63 (18.42)  | 13.54     | 20.38 |             |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง (n = 342)   | ระดับสูงมาก  | 67 (19.59)  | 24.66     | 26.11 | 11.61***    |
|   | ระดับสูง     | 131 (38.30) | 18.15     | 20.71 |             |
|   | ระดับปานกลาง | 113 (33.04) | 11.27     | 13.81 |             |
| ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย เช่น (การเข้าถึงสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก นโยบายและชมรมภายในโรงเรียน) (n = 342) | ระดับสูงมาก  | 93 (27.19)  | 18.39     | 22.54 | 1.11 (0.35) |
|   | ระดับสูง     | 165 (48.25) | 14.33     | 18.2  |             |
|   | ระดับปานกลาง | 67 (19.59)  | 17.07     | 20.39 |             |
| ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย (ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม) (n = 342)  | ระดับสูงมาก  | 74 (21.64)  | 23.73     | 26.00 | 6.55***     |
|   | ระดับสูง     | 136 (39.77) | 15.68     | 18.13 |             |
|   | ระดับปานกลาง | 105 (30.70) | 12.62     | 16.24 |             |
|   | ระดับต่ำ     | 27 (7.89)   | 7.74      | 16.74 |             |

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการประเมินเจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย และปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

#### ผลการประเมินเจตคติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.94 มีเจตคติอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ กลุ่มที่มีเจตคติในระดับสูงมาก ร้อยละ 21.64 และ กลุ่มที่มีเจตคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.42 จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับของเจตคติ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 15.23, p < 0.001$ ) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการประเมินเจตคติที่แตกต่างกัน

ได้แก่ ระดับสูงมาก ระดับสูง และ ระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

#### ผลการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 38.30 มีระดับการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายระดับสูง รองลงมา คือ กลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายระดับปานกลาง ร้อยละ 33.04 ส่วนกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายระดับสูงมาก ร้อยละ 19.59 และ ส่วนกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายระดับต่ำ ร้อยละ 09.06 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับของการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกาย พบว่า มี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 11.61, p < 0.001$ ) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับสูงมาก, ระดับสูง, ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

#### ผลการประเมินปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือกว่าร้อยละ 48 ประเมินว่าปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ เรื่องของการเข้าถึงสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก นโยบายสนับสนุน และชมรมภายในโรงเรียน มีความสำคัญระดับสูง และ 1 ใน 3 มองว่าปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลในระดับสูงมาก ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับของปัจจัยเอื้อ ซึ่งถูกประเมินว่ามีความจำเป็นในระดับต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 1.11, p = 0.345$ ) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการประเมินปัจจัยเอื้อแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับสูงมาก, ระดับสูง, ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ตารางที่ 3)

#### ผลการประเมินปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.77 ได้รับปัจจัยเสริม ในด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญระดับสูง รองลงมา คือ กลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.70 กลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับสูงมาก ร้อยละ 21.64 และ กลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสริมในระดับต่ำ ร้อยละ 7.89 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายตามระดับของปัจจัยเสริม ในด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 6.55, p < 0.001$ ) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับของปัจจัยเสริม ในด้านของแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับสูงมาก, ระดับสูง, ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

#### สรุปและอภิปรายผล

##### พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนในพื้นที่ตัวอย่างที่ศึกษา

จากการศึกษาพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ

โดยมีสัดส่วนของผู้ที่ออกกำลังกายน้อยมากและน้อยรวมกันถึงร้อยละ 80.50 ขณะที่กลุ่มที่ออกกำลังกายในระดับปานกลางและสูงกว่ามีสัดส่วนน้อยมาก สะท้อนให้เห็นว่ามีเพียงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ระยะเวลาต่อครั้งยังไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเพียง 15-44 นาที ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้ ความหนักของการออกกำลังกายส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 1.20 ที่ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก ซึ่งส่งผลให้ระดับการออกกำลังกายโดยรวมของนักเรียนยังไม่ถึงเกณฑ์ที่เพียงพอจากผลการวิเคราะห์ ผลการศึกษามีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (Akkhassetthag & Champakwai, 2021) พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับพอใช้ร้อยละ 66.05 นอกจากนี้ยังพบในงานที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ระบุว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.77 (Mattayakorn & Rotsuwan, 2024) ซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุของความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน บริบทของสถาบันและวัฒนธรรมการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมและปัจจัยทางกายภาพ โดยสรุปผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา อันอาจเกิดจากปัจจัยด้านวัย สภาพแวดล้อม นโยบายสนับสนุน และภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวันของแต่ละกลุ่ม

##### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนในพื้นที่ตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า เจตคติและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ

ออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มเลือกและดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย ผลการศึกษาจึงแสดงให้เห็นว่า นักเรียนที่มีเจตคติทางบวกต่อการออกกำลังกายและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงมีแนวโน้มออกกำลังกายบ่อยกว่ากลุ่มที่มีเจตคติทางลบ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดศรีวิเทศสังฆาราม อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา พบว่า เจตคติโดยรวมอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและการปฏิบัติในการออกกำลังกายมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Buakeaw et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบในงานศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมของวัยรุ่น ระบุว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Sanasuttipun & Nookong, 2015) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมีเจตคติทางบวกและความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่าบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้าน เพศและสายการเรียน พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยภาพรวมต่างกัน (Yanulak, 2020) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการออกกำลังกายของแต่ละเพศ โดยทั่วไป เพศชายมักได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางกายมากกว่าเพศหญิง ทั้งจากการปลูกฝังทางสังคม การ

เล่นกีฬาในวัยเด็ก หรือการมีแบบแผนพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ใช้แรงมากกว่า ขณะที่เพศหญิงอาจเผชิญข้อจำกัดบางประการ เช่น บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่มองว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังในแง่ของภาพลักษณ์ หรือความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ขณะออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยอื่นอาจจะไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี ปีการศึกษา 2558 ระบุว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Peunem, 2016) ดังนั้นพฤติกรรมการออกกำลังกายอาจไม่มีอิทธิพลมาจากเพศโดยตรงมากนัก ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างในบริบทที่แตกต่างกัน ในเรื่องของเพศและสายการเรียนอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายมากหรือน้อยกว่ากัน อาจอธิบายได้จากปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมที่มักส่งเสริมให้เพศชายมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายมากกว่าเพศหญิง (Eagly, 1987) นอกจากนี้ จากผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในสายการงานอาชีพและสายศิลป์ ภาษา (ภาษาต่างประเทศ) มีแนวโน้มออกกำลังกายมากกว่านักเรียนในสาย Gifted Science หรือ วิทย์-คณิต และสายคณิต-อังกฤษ หรือ English Program (EP) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของความเข้มข้นของเนื้อหาเรียน ในทางกลับกัน สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี ปีการศึกษา 2558 พบว่าสาขาวิชาที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความแตกต่างของพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละสายการเรียนอาจเกี่ยวข้องกับภาระทางวิชาการและเวลาว่างที่มีอยู่ นักเรียนในสายวิทยาศาสตร์หรือ Gifted Science มักต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียนที่เข้มข้น ทำให้มีเวลาว่างสำหรับกิจกรรมทางกายน้อยกว่านักเรียนในสายศิลป์ หรือ

สายอาชีพที่อาจมีการจัดสรรเวลายืดหยุ่นมากกว่า นอกจากนี้ในบางกรณี หลักสูตรและกิจกรรมของสาขาวิชาต่าง ๆ อาจเอื้อต่อการเคลื่อนไหวทางกายมากหรือน้อยแตกต่างกัน เช่น นักเรียนสายอาชีพที่อาจต้องปฏิบัติงานจริง หรือทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่านักเรียนที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียนภาคทฤษฎี

ปัจจัยเอื้อ เช่น นโยบายโรงเรียนและการมีชมรมออกกำลังกาย ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าโรงเรียนจะมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สนามกีฬา หรือชมรมกีฬา แต่ไม่ได้หมายความว่านักเรียนทุกคนจะเข้าร่วมและใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านี้ เนื่องจากในมุมมองทางทฤษฎี การที่ปัจจัยเอื้อ เช่น นโยบายและชมรมไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงแค่การสนับสนุนจากภายนอกเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลในการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายด้วย ทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ (Bandura, 1997) และ ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) ของ (Pink, 2009) อาจช่วยอธิบายได้ว่าความสามารถในการมองเห็นตัวเองในการทำกิจกรรมออกกำลังกายและความรู้สึกของการบรรลุเป้าหมายส่วนตัวอาจมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยที่มาจากภายนอก เช่น การสนับสนุนของโรงเรียนหรือการเข้าร่วมชมรม

ปัจจัยส่วนตัว เช่น แรงจูงใจจากภายใน (intrinsic motivation) และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า ผลการศึกษายังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสำคัญอย่างมาก โดยนักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่หรือเพื่อนมักจะออกกำลังกายมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ การมีบุคคลต้นแบบในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย

กายที่ดีจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายของนักเรียน (Cohen & S. Leonard Syme, 1985) สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของนิสิตพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Inkoom et al., 2018) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและเพื่อน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียน เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดสามารถกระตุ้นแรงจูงใจในการออกกำลังกายผ่านหลายช่องทาง เช่น การชักชวน การเป็นแบบอย่าง หรือการให้กำลังใจ นักเรียนที่เติบโตในครอบครัวที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ หรือมีเพื่อนที่ชอบออกกำลังกาย มักจะได้รับแรงกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมทางกายมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบในงานที่ศึกษาในลักษณะเดียวกันที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย (Uthaithum et al., 2020)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้สามารถอนุมานได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร คือ เพศ, สายการเรียน, เจตคติ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพียง 1 โรงเรียน ดังนั้นไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษานี้เพื่อสรุปในภาพรวมถึงโรงเรียนอื่น ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้สามารถใช้เป็น

ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวิจัยในอนาคต หรือเพื่อพัฒนา  
แนวทางการศึกษาในบริบทที่คล้ายคลึงกันต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริม  
สุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน

1.1 โรงเรียนควรบูรณาการการออกกำลังกายเข้า  
กับการเรียนการสอน กำหนดแนวทางชัดเจน เช่น ชั่วโมง  
ออกกำลังกายขั้นต่ำต่อสัปดาห์

1.2 การส่งเสริมเจตคติและแรงจูงใจในการออก  
กำลังกาย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เจตคติและการรับรู้  
ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมนอกจากนี้ควร  
ส่งเสริมเจตคติและแรงจูงใจผ่านกิจกรรมที่สร้างความมั่นใจ

เช่น workshop, การบรรยาย และสื่อสร้างแรงบันดาลใจ  
รวมถึงการใช้ต้นแบบที่ดีเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการออก  
กำลังกายของนักเรียน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

2.1 ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมที่มี  
ผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น แรงจูงใจ ความ  
กดดันทางสังคม อิทธิพลของสื่อ รวมถึงความเชื่อและเจตคติ  
ของนักเรียน เพื่อความเข้าใจที่ครอบคลุม

2.2 ควรศึกษาแนวทางกระตุ้นนักเรียนที่มี  
กิจกรรมทางกายน้อย เช่น ใช้เกม เทคโนโลยี และออกแบบ  
กิจกรรมที่สนุกสนาน เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างมี  
ประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Akkhassetthag, A., & Champakwai, S. (2021). Factors Related to Exercise Behavior of Students Studying at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 4(1), Article 1. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/244359>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control (1997)* (Vol. 1997). W. H. Freeman.
- Buakeaw, J., Petchara, T., & Rongpol, P. (2021). EXERCISE BEHAVIOR OF LOWER SECONDARY SCHOOL STUDENTS OF WATSRVITED SANGKARAM SCHOOL IN SADAO DISTRICT, SONGKHLA PROVINCE. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 13(2), Article 2. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TNSUJournal/article/view/250723>
- Cohen, S. & S. Leonard Syme. (1985). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships* (Vol. 1985). Academic Press.
- Deerod, P., & Suksuwan, C. (2023). Factors Relating Exercise Behaviors Among Rangsit University Personnel. *WESTERN UNIVERSITY RESEARCH JOURNAL of HUMANITIES and SOCIAL SCIENCE*. [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/11.%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A1+%E0%B8%94%E0%B8%B5%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%94+131-142%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/11.%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A1+%E0%B8%94%E0%B8%B5%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%94+131-142%20(1).pdf)
- Eagly, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A Social-role Interpretation* (Vol. 1987). Lawrence Erlbaum Associates.
- Health, D. of H., Ministry of Public. (2023, March 4). *Department of Health Reveals Rising Childhood Obesity in Thailand, Promotes Healthy Eating and Exercise for Prevention*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news0633-2/>

- Health, D. of H., Ministry of Public. (2024, October 30). *Department of Health Concerned About Childhood Obesity, Moves Forward with Prevention and Control Efforts*. <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43831>
- Inkoom, J., Jeebunmee, S., Vapeeta, A., Ravingthong, S., Krachapngern, M., & Chitchaam, P. (2018). Exercise behaviors of nursing in Faculty of Nursing Srinakharinwirot University. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 25(1), Article 1. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/121083>
- Kanyakam, K., & Kosanavit, T. (2019). *Balanced Exercise: Safe and Disease-Free*. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/download/213158/148148/>
- Mattayakorn, K., & Rotsuwan, W. (2024). Knowledge, Attitude, and Exercise Behavior of Students Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. *Journal of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus*, 35(3), Article 3. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/edupsu/article/view/264270>
- Pakdeevanich, K., TengkuSulaiman, R., & Choeychom, K. (2020). BEHAVIORS IN AND BARRIERS TO EXERCISE IN ANMMARTPANICHANUKUL SCHOOL STUDENTS IN KRABI PROVINCE. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 12(2), Article 2. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TNSUJournal/article/view/244472>
- Palitnonkert, A., Suebwiset, P., Kannang, O., Srisroy, K., Madta, R., & Saesue, M. (2018). Factors Related to Exercise Behavior of Physical Therapy Students in Huachiew Chalermprakiet University. *Public and Environmental Health - Artical Journals*. <https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/2981>
- Pengpan, K. (2018). The Knowledge, Attitude about Exercise and Exercise Behavior of Nursing students in Muang District, Ubonratchathani. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 2(2), Article 2. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/view/213199>
- Peunem, W. (2016). *THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND EXERCISE BEHAVIOR OF THE FIRST YEAR STUDENTS INSTITUTE OF PHYSICAL EDUCATION CHONBURI CAMPUS IN ACADEMIC YEAR 2015* [Faculty of Education, Institute of Physical Education, Chonburi Campus]. <http://www.tnsu.ac.th/web/web5/wittayanipon/2559/7.%20%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%94%E0%B8%B5%20%20%E0%B9%80%E0%B8%9C%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%A1%202559.pdf>
- Pink, D. H. (2009). *Drive: The Surprising Truth About What Motivates Us* (Vol. 2009). Riverhead Books.
- Sanasuttipun, W., & Nookong, A. (2015). Predictive Factors for Teenagers' Exercise and Activity Behaviour. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 46–59. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/39657>
- Uthaithum, N., Pithoonsap, C., Chimpalee, B., & Jaree, S. (2020). Factor Related to Exercise Behavior of Nurse Students, Prachomklao Collage of Nursing, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(1), Article 1. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/240340>
- voathai. (2019, December 8). *The World Health Organization states that youth worldwide do not exercise enough—Less than 1 hour per day*. Voice of America. <https://www.voathai.com/a/who-youth-exercise/5184467.html>
- Yanulak, C. (2020). *EXERCISE BEHAVIORS OF STUDENTS AT SRIPATUM UNIVERSITY BANGKHEN CAMPUS*. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/mlw12/6114961049.pdf>



# Leadership in Managing Construction Contracts and the Effectiveness of Budget Disbursement for Capital Expenditure Items Related to Construction in Service Units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health\*

Machima Sornlai<sup>1</sup>, Orawan Quansri<sup>2</sup> Chardsumon Prutipinyo<sup>3\*</sup>

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

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

3 Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: e-mail: chardsumon.pru@mahidol.edu

## Original article

### OPEN ACCESS

Citation: Sornlai, M., Quansri, O., & Prutipinyo, C. Leadership in Managing Construction Contracts and the Effectiveness of Budget Disbursement for Capital Expenditure Items Related to Construction in Service Units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 331-344. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279942](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279942)

Received: 3 April 2025

Revised: 26 April 2025

Accepted: 28 April 2025

### Abstract

This qualitative study aimed to explore factors related to leadership, POLC management principles ( Planning, Organizing, Leading, and Controlling), and construction contract management, that influence the effectiveness of capital expenditure disbursement for construction items in service units, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Data were collected through in-depth interviews with 16 purposively selected executives and practitioners responsible for central and regional investment budgeting, and analyzed data using content analysis based on relevant theoretical frameworks.

Findings revealed that directive leadership enhanced disbursement effectiveness through clear direction and goal alignment. Key factors within the POLC framework included precise planning, defined roles, team collaboration, staff development, effective communication, supervision, and the use of digital tools. Furthermore, efficient contract management, especially in planning, monitoring, and ensuring contractor liquidity was crucial to project success.

The study recommends that related agencies utilize these findings to improve policy measures that accelerate capital expenditure disbursement, through integrated monitoring systems and transparent contractor selection processes, ensuring technical capability and financial readiness for efficient project delivery.

Keywords: Leadership; POLC Management Principles; Construction Contract Management; Capital Expenditure; Budget Disbursement

\* This article is part of the thesis entitled “Construction Investment Budget Disbursement’s Effectiveness, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health”

## ภาวะผู้นำ การบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง กับประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณ

### รายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข\*

มัชฌิมา สอนลาย<sup>1</sup> อรวรรณ ขวัญศรี<sup>2</sup> ฉัตรสุนัน พงศ์ปิฎก<sup>3</sup>\*

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 อาจารย์ ดร., ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลติดต่อ: chardsumon.pru@mahidol.edu

## นิพนธ์ต้นฉบับ

### บทคัดย่อ

วันที่รับ 3 เมษายน 2568

วันที่แก้ไข 26 เมษายน 2568

วันที่ตอบรับ 28 เมษายน 2568

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยภาวะผู้นำ การบริหารตามหลัก POLC และการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คน ซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านงบประมาณส่วนกลางและภูมิภาค และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีภาวะผู้นำ หลักการบริหาร POLC (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) และแนวทางการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำแบบชี้แนะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย นอกจากนี้หลักการบริหาร POLC การวางแผนโดยกำหนดกรอบระยะเวลาที่ชัดเจน วิเคราะห์ปัญหาล่วงหน้า การจัดองค์การที่กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน วัฒนธรรมองค์กรที่ทำงานเป็นทีม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความชำนาญ การสั่งการที่ชัดเจน การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร การกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามแผน นอกจากนี้การบริหารสัญญาจ้างก่อสร้างของผู้รับจ้าง ทั้งในด้านการวางแผน ควบคุมงาน และสภาพคล่องทางการเงิน ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนในรายการสิ่งก่อสร้าง พร้อมทั้งบูรณาการระบบติดตามและประเมินผลการเบิกจ่ายอย่างเป็นระบบ รวมถึงกำหนดแนวทางการคัดเลือกผู้รับจ้างที่มีศักยภาพและความพร้อมทั้งด้านเทคนิคและการเงิน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

**คำสำคัญ:** ภาวะผู้นำ; การบริหารตามหลัก POLC; การบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง; รายจ่ายลงทุน; การเบิกจ่ายงบประมาณ

\* บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข”

## บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยยังคงเผชิญกับปัญหาสำคัญหลายประการได้แก่ ปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุข ความเหลื่อมล้ำทางด้านบริการสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงภาวะวิกฤตของสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาหรือโควิด-19 ที่ประเทศไทยได้เผชิญมา ซึ่งรัฐบาลได้มีการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเหล่านี้ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีความพร้อม เพียงพอต่อความต้องการ (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) และการก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ของหน่วยบริการสาธารณสุข (Health Administration Division, 2021) ให้มีศักยภาพเพียงพอเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายลงทุน ถือเป็นทรัพยากรสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ที่มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยซึ่งรวมถึงการมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย (National Economic and Social Development Council, 2018) โดยการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย อาคารสิ่งก่อสร้างที่มีมาตรฐาน มาใช้ในการสร้างความเป็นเลิศทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพแบบครบวงจรและทันสมัย รวมถึงการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพทางไกลให้มีความหลากหลาย เข้าถึงง่าย เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงการบริการ ลดความแออัดของการเข้ารับบริการ และลดปัญหาความเหลื่อมล้ำของด้านบริการสาธารณสุขระหว่างชุมชนเมืองและชนบท

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองบริหารการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการบริหารทรัพยากรด้านงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน ค่าครุภัณฑ์ที่ดิน และสิ่งก่อสร้างให้เป็นไปอย่างมุ่งผลสัมฤทธิ์

และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงที่มีคุณภาพ เพิ่มศักยภาพการให้บริการ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (Health Administration Division, n.d.) ข้อมูลที่ได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายลงทุนย้อนหลังของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2567 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณรายจ่ายลงทุนเฉลี่ย 10,000 ล้านบาทต่อปี (Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister, 2021; Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister, 2022; Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister, 2024) อย่างไรก็ตามผลการดำเนินการเบิกจ่ายรายจ่ายงบลงทุนค่าครุภัณฑ์ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง ประจำปีงบประมาณ 2565 - 2566 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่คณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณและการใช้จ่ายภาครัฐกำหนด (ร้อยละ 75) (The Comptroller General's Department, 2022 ; Committee for Monitoring and Accelerating Budget Disbursement and Government Spending, Ministry of Finance, 2022) ซึ่งผลจากการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนล่าช้าดังกล่าวส่งผลให้เกิดงบประมาณที่ถูกพับไปโดยผลของกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติวิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2561 (Budgeting Procedures Act, 2018) งบประมาณที่ถูกพับไปโดยผลของกฎหมายเป็นผลมาจากการเบิกจ่ายไม่ทันตามกำหนดส่งผลให้หน่วยรับงบประมาณต้องนำเงินงบประมาณรายจ่ายปีปัจจุบันหรือเงินนอกงบประมาณไปใช้จ่ายชดเชยงบประมาณที่ถูกพับไป ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2562 พบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวงเงินงบประมาณที่ถูกพับไปโดยผลของกฎหมายประมาณ 2,000 ล้านบาท (Office of

the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2021) ส่งผลกระทบต่อรายการสิ่งก่อสร้างที่ยังดำเนินการก่อสร้างไม่แล้วเสร็จและต้องจัดหาแหล่งงบประมาณอื่นหรือเงินนอกงบประมาณมาใช้ชดเชยงบประมาณที่ถูกพับไป ทำให้ระยะเวลาการก่อสร้างล่าช้ากว่ากำหนด ซึ่งรายการสิ่งก่อสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรจะเป็น พัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Service Plan) (Health Administration Division, 2021a) นอกจากนี้การก่อสร้างอาคารที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขใช้ระยะเวลาในการก่อสร้างประมาณเฉลี่ย 1-3 ปี (Health Administration Division, 2020b) ดังนั้น การบริหารงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การก่อสร้างอาคารสามารถดำเนินการตามแผนการก่อสร้าง สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนได้ทันเวลาและรองรับการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ไม่เกิดงบประมาณถูกพับไป ตามกฎหมายซึ่งจะส่งผลให้การก่อสร้างอาคารล่าช้าเนื่องจากกระบวนการบริหารงบประมาณเพื่อชดเชยงบประมาณที่ถูกพับไป

การเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ยังขาดการศึกษาถึงปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ ได้แก่ หลักการบริหารแบบ POLC ภาวะผู้นำ และปัจจัยเสริม เช่น ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมที่ให้ความร่วมมือ (Pranee, 2020) สมรรถนะในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อปฏิบัติที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความชำนาญงาน สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (รูปแบบการบริหารจัดการที่ดีและโครงสร้างองค์กรที่

เหมาะสม) การวางแผนงบประมาณ กระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้างที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง (Sililalahi, Maksum, & Kholis, 2021) ความมุ่งมั่นต่อองค์กร (Lannai & Amin, 2020) รวมทั้งผู้บริหารมีการเร่ง รััด และ ตีต ตาม อย่ าง ต่อ เนื่ อ ง (Atawiang & Sookwattanasinit, 2023)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่าปัจจัยใดที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนสำหรับรายการสิ่งก่อสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยกรอบแนวคิดจากทฤษฎีภาวะผู้นำ หลักการบริหารจัดการตามแนวทาง POLC (การวางแผน การจัดการ การนำ และการควบคุม) รวมถึงแนวทางการบริหารสัญญาจ้าง มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบาย แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่ก่อให้เกิดความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน และพัฒนากระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การบริหารตามหลัก POLC และการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้างของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรการเร่งรัดการใช้จ่ายภาครัฐ

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารกองบริหารการสาธารณสุข และผู้บริหารกลุ่มงานบริหารลงทุนของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงผู้รับผิดชอบงานงบประมาณ ประจำเขตสุขภาพที่ 1–12 ของกองบริหารการสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงบประมาณของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1–12 รวมทั้งสิ้นจำนวน 32 คน

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. เป็นบุคลากรในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณรายจ่ายลงทุนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

3. มีบทบาทในการวางแผน กำกับ ติดตาม หรือ รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณในระดับนโยบายหรือปฏิบัติการ

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ผู้วิจัยได้นำหลักการสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) มาใช้ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายจากผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทแตกต่างกัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารกองบริหารการสาธารณสุข และผู้บริหารกลุ่มงานบริหารงบประมาณของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้มีส่วนในการวางแผนการดำเนินงาน กำกับติดตาม เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน จากทั้งหมด 8 คน โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ในการวางแผนและกำกับการใช้งบประมาณรายจ่ายลงทุน ตลอดจนความพร้อมในการให้ข้อมูลเชิงลึกภายในระยะเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับส่วนกลาง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานงบประมาณประจำเขตสุขภาพที่ 1–12 ของกองบริหารการสาธารณสุข เป็นผู้กำกับติดตามการดำเนินโครงการก่อสร้างและการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนในระดับเขตสุขภาพ และวิเคราะห์จัดทำข้อมูลรายงานต่อ

ผู้บริหาร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน จาก 12 คนโดยครอบคลุมพื้นที่ความรับผิดชอบในทุกภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้

3. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับภูมิภาค ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงบประมาณของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1–12 เป็นผู้กำกับติดตามการดำเนินงานก่อสร้างและการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายในพื้นที่เขตสุขภาพและรายงานต่อส่วนกลาง ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน จาก 12 คนโดยครอบคลุมพื้นที่ความรับผิดชอบในทุกภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และภาคใต้

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 17 คน ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่าข้อมูลที่ได้เริ่มมีลักษณะซ้ำกัน และไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม ซึ่งเป็นลักษณะของการเกิดภาวะอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) จึงถือว่าข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง 17 คนได้มีความครอบคลุมเพียงพอสำหรับตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่สังกัด 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการวางแผนต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการจัดการองค์การต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการนำต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง มีข้อความ 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง 4 ข้อ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการบริหารสัญญาก่อสร้าง ต่อ ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการ สิ่งก่อสร้าง 3 ข้อ

ส่วนที่ 7 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการ สิ่งก่อสร้าง 3 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1.00 นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ใช้แนวทาง การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยอ้างอิงข้อมูลจากกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทแตกต่างกัน โดยได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ส่วนกลาง และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาค

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการกองบริหารการ สาธารณสุข และผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ผู้วิจัย ได้คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูลข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมโดยในกรณีของผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานส่วนกลาง ได้ดำเนินการนัดหมายและสัมภาษณ์ เชิงลึกเป็นรายบุคคล (In-depth interview) โดยใช้แบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview)

ในกรณีผู้รับผิดชอบงานงบประมาณระดับเขตสุขภาพ เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ดำเนินการติดต่อกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อนัดวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน รูปแบบออนไลน์ โดยเลือกช่องทางที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก ที่สุด ทั้งนี้ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ ดำเนินการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียง และ จดบันทึกในสมุดโน้ตทุกครั้ง หลังจากนั้นดำเนินการถอด เทปบันทึกเสียง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ วิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2024-132 รหัสโครงการ 147/2567 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2567

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการด้วยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถสังเคราะห์ข้อมูล ได้อย่างเป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือ ได้แก่

1. การจำแนกและจัดระบบข้อมูล ผู้วิจัยได้จำแนก คำตอบของผู้ให้ข้อมูลออกเป็น หมวดหมู่หลัก เพื่อให้เห็น แนวโน้มของข้อมูลที่ชัดเจนและง่ายต่อการวิเคราะห์
2. การวิเคราะห์สรุปอุปนิสัย ข้อมูลสัมภาษณ์ถูก นำมาสรุปสาระสำคัญ โดยจัดทำเป็นประเด็นหลัก และ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ที่สะท้อนแนวโน้มความ คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสนับสนุนข้อค้นพบใน การศึกษา
3. การวิเคราะห์สาเหตุและผล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพ ของการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการ สิ่งก่อสร้าง
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร ผู้วิจัยจะนำผล การศึกษามาเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระเบียบ กฎหมายแนวทางที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง หรือความแตกต่างของเหตุและผลที่ได้จากการศึกษานี้

#### ผลการวิจัย

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษา จำนวน 17 คน พบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยจริง 16 คน เนื่องจาก ผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนติดภารกิจและไม่สามารถให้สัมภาษณ์ ได้ อย่างไรก็ตาม การขาดหายไปของผู้เข้าร่วมวิจัยเพียง 1 คนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่ส่งผลกระทบต่อ การวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เหลือยังคง

เพียงพอสำหรับการสรุปผล นอกจากนี้ ความคิดเห็นที่ได้รับ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คนยังมีแนวโน้มสอดคล้องกัน ในหลายประเด็น ทำให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและ

ข้อสรุปของการศึกษาได้อย่างน่าเชื่อถือ โดยมีข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (n=16)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล       | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------|------------|--------|
| <b>เพศ</b>               |            |        |
| ชาย                      | 2          | 12.50  |
| หญิง                     | 14         | 87.50  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>     |            |        |
| ปริญญาตรี                | 9          | 56.25  |
| สูงกว่าปริญญาตรี         | 7          | 43.75  |
| <b>หน่วยงานที่สังกัด</b> |            |        |
| กองบริหารการสาธารณสุข    | 11         | 68.75  |
| สำนักงานเขตสุขภาพ        | 5          | 31.25  |

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย งบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

**1. ภาวะผู้นำและประสิทธิผลการเบิกจ่าย งบประมาณรายจ่ายงบลงทุน**

พบว่าปัจจัยภาวะผู้นำมีผลต่อประสิทธิผลการ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมาก จำนวน 13 คนมองว่าภาวะผู้นำแบบชี้แนะ (Directive Leadership) ซึ่งเน้นการสั่งการที่ ชัดเจน และ เด็ดขาด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางที่ชัดเจนและสามารถ ดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ความเห็นจาก หนึ่งในผู้กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "ผู้บริหารควรกำหนดแนว ทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน พร้อมระบุกรอบเวลาในการ ปฏิบัติ หากไม่มีแนวทางที่แน่นอน หน่วยงานระดับปฏิบัติ อาจเกิดความล่าช้าและสับสน" อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนเสนอว่าผู้บริหารควรมีลักษณะของ ภาวะผู้นำตาม สถานการณ์ (Situational Leadership) โดยควรมีทั้งความ เข้มงวดในเรื่องที่จำเป็น และยืดหยุ่นในบางสถานการณ์ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาที่ เกิดขึ้นเฉพาะหน้า

**2. หลักการบริหาร POLC และประสิทธิผลการ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน**

**2.1 การวางแผน** กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น ตรงกันว่าการวางแผนมีผลโดยตรงต่อประสิทธิผลการ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง โดย สามารถจำแนกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล 16 คนเห็นตรงกันว่าการทำงาน ที่มีแผนงานที่ชัดเจนสามารถช่วยลดความล่าช้าและทำให้ การเบิกจ่ายดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในผู้ให้ สัมภาษณ์กล่าวว่า "การวางแผนมีผลอย่างมาก เนื่องจากการ วางแผนการเบิกจ่ายดี จะช่วยให้การเบิกจ่ายเป็นไปตาม เป้าหมาย ลดปัญหาการเบิกจ่ายล่าช้า งบประมาณถูกพับ น้อยลง ป้องกันการเร่งเบิกจ่ายปลายปีงบประมาณ"
2. ปัจจัยที่ช่วยให้การวางแผนประสบความสำเร็จ มากที่สุดคือ นโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร และ การกำกับ ติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด โดย ผู้ตอบบางรายระบุว่า "หากผู้บริหารให้ความสำคัญและ ติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้หน่วยงานดำเนินการได้ตาม แผน"

3. ปัญหาหลักที่ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่ เป็นไปตามแผน คือ กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างและการแก้ไข แบบแปลนล่าช้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างบางคนให้ความเห็นว่า “การแก้ไขแบบ แปลนและปรับปรุงรายละเอียดสเปคของโครงการหลังได้รับ อนุมัติ ทำให้เกิดความล่าช้า”

**2.2 การจัดการ** มีผลต่อประสิทธิผลการ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. การกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงาน ตามความถนัดและความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 14 ราย มีความเห็นตรงกันว่า การกำหนดบทบาท หน้าที่และมอบหมายงานตามความถนัดและความเหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณ หนึ่งในผู้ให้ข้อมูลระบุว่า

*“การบริหารทรัพยากรบุคคลโดยการมอบหมาย งานตามความถนัดของแต่ละบุคคล ส่งผลอย่างมากต่อการ เบิกจ่ายงบประมาณ เพราะหากบุคลากรได้รับมอบหมาย งานที่สอดคล้องกับความสามารถของตัวเอง จะสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาด และทำให้ กระบวนการเบิกจ่ายเป็นไปอย่างราบรื่น หลักการ ‘put the right man on the right job’ ยังคงใช้ได้ดีในทุกสถานการณ์ เพราะเมื่อคนทำงานตรงกับสิ่งที่ตนเองถนัด จะเกิดความ กระตือรือร้นและความสุขในการทำงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ คุณภาพของงาน”*

2. วัฒนธรรมองค์กร หรือบรรยากาศองค์กร กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 16 คน เห็นพ้องกันว่า วัฒนธรรมองค์กรที่ ดีช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ทำให้การสื่อสารและการ ประสานงานมีประสิทธิภาพ ลดความขัดแย้ง ส่งผลให้การ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง เป็นไปตามแผน โดยมีการกล่าวถึงว่า “ถ้าวัฒนธรรมองค์กร มีการทำงานเป็นทีมและมีการสื่อสารที่ดี ช่วยให้แต่ละฝ่าย ทำงานประสานกันอย่างราบรื่น ไม่เน้นโทษกัน หากเกิด ข้อผิดพลาด ช่วยกันแก้ปัญหา หาทางออกร่วมกัน”

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การพัฒนา ศักยภาพบุคลากรมีผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของการ เบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง เนื่องจากช่วยให้บุคลากรเข้าใจระเบียบ กฎหมาย และ ขั้นตอนการดำเนินงานได้ดีขึ้น ลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น หนึ่งในกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “การพัฒนาศักยภาพ บุคลากรมีผลต่อการเบิกจ่าย เพราะกฎหมายและระเบียบที่ เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณมีรายละเอียดและ ข้อบังคับที่ซับซ้อน ถ้าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจใน กฎหมายและระเบียบเหล่านี้ จะสามารถดำเนินงานได้ ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น ลดข้อผิดพลาดในการดำเนินการ นอกจากนี้ ยังช่วยให้สามารถตอบคำถามและประสานงาน กับหน่วยงานอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

**2.3 การนำ** มีผลต่อประสิทธิผลการเบิกจ่าย งบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. การสั่งการของผู้บริหาร กลุ่มตัวอย่างทุกคน มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน ว่า ลักษณะการสั่งการของ ผู้บริหารมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิผลของการเบิกจ่าย งบประมาณ โดยการสั่งการที่ชัดเจน ติดตามผลอย่าง ต่อเนื่อง และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่แน่นอน จะช่วยให้ หน่วยงานดำเนินงานได้ตามแผนที่วางไว้ และสามารถ เบิกจ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หนึ่งในกลุ่มตัวอย่างกล่าว ว่า “การสั่งการจากผู้บริหารมีผลอย่างมากทำให้ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกบทบาทเกิดความกระตือรือร้น มากขึ้น ยิ่งหากมีการติดตามจากผู้บริหารอย่างใกล้ชิดโดยมี การนำรายงานผลการเบิกจ่ายในทุกการประชุม พบว่าผล การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

2. การชักนำและสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดให้ความสำคัญกับการติดตามผลการเบิกจ่าย งบประมาณ โดยมีการลงพื้นที่เพื่อกำกับติดตาม ประชุม ติดตามผลการเบิกจ่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการประชุมมีการ จัดอันดับผลการเบิกจ่าย และการรายงานความก้าวหน้าการ เบิกจ่าย ทำให้หน่วยงานสามารถเร่งรัดการดำเนินงานได้

ตามแผน อย่างไรก็ตาม ในแง่ของการใช้แรงจูงใจที่เป็นรูปธรรม เช่น การให้รางวัล หรือสิทธิพิเศษแก่หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานดี พบว่ามีการนำมาใช้ในบางพื้นที่เท่านั้น และยังไม่มีความชัดเจนในภาพรวม นอกจากนี้ มีการกล่าวถึงระบบการจัดอันดับ (Ranking) หน่วยงานที่มีผลการเบิกจ่ายดีและหน่วยงานที่มีการเบิกจ่ายล่าช้า โดยบางหน่วยงานมองว่าการจัดอันดับนี้ช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดการแข่งขันอย่างสร้างสรรค์ หนึ่งในกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ผู้บริหารมีการใช้แนวทางสร้างแรงจูงใจโดยการแสดงให้เห็นถึงการเบิกจ่ายในภาพรวมของประเทศ และทำการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้หน่วยงานทราบว่าผลการดำเนินงานของตนเองอยู่ในระดับใด หากยังไม่เป็นที่น่าพอใจ จะมีการขอความร่วมมือให้ทุกหน่วยงานเร่งรัดการเบิกจ่ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงานไหนที่ดำเนินการได้ดี ผู้บริหารจะมีการกล่าวชื่นชมในที่ประชุม”

**2.4 การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการเบิกจ่าย** พบว่าทุกหน่วยงานมีแนวทางควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยมีแนวทางหลักๆ คือ การประชุมติดตามผลการเบิกจ่ายรายเดือนหรือรายไตรมาส เช่น การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ, การประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึงใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผลผู้ให้สัมภาษณ์รายหนึ่งกล่าวว่า

“หน่วยงานใช้โปรแกรมบริหารงบประมาณเป็นเครื่องมือหลักในการกำกับติดตาม เนื่องจากข้อมูลมีขนาดใหญ่และต้องมีการรายงานให้ผู้บริหารทราบตลอด ระบบนี้ช่วยให้สามารถดึงข้อมูลได้แบบเรียลไทม์ โดยมีการกำกับติดตามทุกสัปดาห์ และจัดทำรายงานนำเสนอผู้บริหารเป็นรายเดือน เพื่อใช้ประกอบการประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข”

นอกจากนี้พบว่าผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบและเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณ ควบคู่ไปกับการติดตามผลผ่านโปรแกรมบริหารงบประมาณและการประชุมติดตามผล ซึ่งช่วย

ให้สามารถรับทราบสถานการณ์จริงในพื้นที่ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ผู้ให้สัมภาษณ์รายหนึ่งกล่าวว่า

“สำนักงานเขตสุขภาพมีการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบโครงการก่อสร้างเป็นระยะ โดยเฉพาะกรณีที่พบปัญหาหรืออุปสรรคที่ต้องการการแก้ไขเฉพาะหน้า”

นอกจากนี้พบว่ามีประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการเบิกจ่าย ดังนี้

1. การรายงานข้อมูลในระบบติดตาม เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด โดยมีผู้ตอบถึง 11 คน ระบุว่า ข้อมูลที่บันทึกลงในระบบติดตามไม่สอดคล้องกับสถานะจริงของโครงการ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวิเคราะห์และประเมินผล เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งกล่าวว่า “หนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบคือ บางพื้นที่ไม่ได้คีย์ข้อมูลลงในระบบตามที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถติดตามสถานะของโครงการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว”

2. การรายงานข้อมูลซ้ำซ้อนในหลายช่องทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนระบุว่า การต้องรายงานข้อมูลในหลายระบบ เช่น GF-MIS, Google Sheet, EGP และโปรแกรมบริหารงบประมาณของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เสียเวลาและเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งบางครั้งข้อมูลในแต่ละระบบอาจไม่สอดคล้องกัน

**3. การบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง และประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน**

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พบว่า ปัจจัยการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้าง ได้แก่ การวางแผนของผู้รับจ้าง การควบคุมงานของผู้รับจ้าง การมีสภาพคล่องที่ดี จะส่งผลต่อประสิทธิผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกการวิเคราะห์ผลได้ดังนี้

1. การวางแผนของผู้รับจ้าง กลุ่มตัวอย่าง 15 คน ระบุว่า การวางแผนที่ดีช่วยให้โครงการดำเนินไปอย่างราบรื่น ไม่เกิดปัญหาด้านงบประมาณ แรงงาน และวัสดุ ตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

“การวางแผนของผู้รับจ้างมีผลโดยตรงต่อการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน หากผู้รับจ้างมีแผนบริหารจัดการที่ดี มีความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และกำลังคน การดำเนินงานก็จะจะเป็นไปตามกำหนด และการเบิกจ่ายในแต่ละงวดจะสามารถดำเนินไปได้ตามแผนที่วางไว้ แต่หากผู้รับจ้างไม่มีแผนที่ชัดเจน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน อาจทำให้เกิดปัญหาล่าช้าส่งผลกระทบต่อการทำงานของโครงการ”

2. การควบคุมงานก่อสร้างของผู้รับจ้าง กลุ่มตัวอย่าง 15 คนเห็นตรงกันว่า การควบคุมและกำกับดูแลงานก่อสร้างของผู้รับจ้างมีผลต่อการเบิกจ่าย โดยช่วยให้สามารถคาดการณ์ความคืบหน้า และทำให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามแผนที่กำหนด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการที่เป็นระบบของผู้รับจ้างมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ หนึ่งในกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “หากผู้รับจ้างมีการควบคุมงานก่อสร้างอย่างใกล้ชิด และดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด จะช่วยให้การเบิกจ่ายงวดงานเป็นไปตามระยะเวลาที่ตกลงไว้ ลดความล่าช้าและปัญหาการเบิกงบล่าช้า”

3. ปัจจัยความสำเร็จของผู้รับจ้าง/ปัญหาอุปสรรคของผู้รับจ้าง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นตรงกันว่าปัจจัยความสำเร็จของผู้รับจ้างมาจาก การวางแผนที่ดี มีความพร้อมด้านเงินทุน สภาพคล่องดี มีความพร้อมด้านแรงงาน วัสดุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผน ลดความล่าช้า และทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ระบุว่าประสบการณ์ของผู้รับจ้าง เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการ โดยผู้รับจ้างที่มีประสบการณ์สูงจะสามารถบริหารจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนงานได้แม่นยำ และแก้ไขปัญหาหน้างานได้อย่างรวดเร็ว

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเห็นว่าปัญหาหลักคือผู้รับจ้างทิ้งงาน และ การวางแผนที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดกำลังคน ขาดสภาพคล่อง รั้งงานหลายแห่งพร้อมกัน ซึ่งทำ

ให้เกิดความล่าช้าในโครงการและส่งผลกระทบต่อการทำงานของงบประมาณอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า การเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนในรายการสิ่งก่อสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งในระดับนโยบาย การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน และปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากผู้รับจ้าง เช่น การทิ้งงาน หรือการขาดสภาพคล่อง อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเบิกจ่าย ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารที่มีความชัดเจนและยืดหยุ่น การวางแผนที่เป็นระบบ การบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ วัฒนธรรมการทำงานร่วมกันภายในองค์กร และการควบคุมติดตามอย่างต่อเนื่องโดยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสนับสนุน ล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยผลักดันให้การเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้มุมมองของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายจะเกิดขึ้นได้เมื่อเกิดการบูรณาการระหว่างภาวะผู้นำ ระบบบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นแต่มีกรอบชัดเจน และความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และภาคเอกชน เพื่อให้การดำเนินโครงการสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยภาวะผู้นำ พบว่า ภาวะผู้นำมีผลต่อประสิทธิผลของการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าการมีภาวะผู้นำแบบชี้แนะ (Directive Leadership) เป็นแนวทางที่จะทำให้เกิดมีประสิทธิผลของการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนสูงสุด เนื่องจากช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนด ลดความล่าช้า และป้องกันความสับสนในระดับปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Bempah BSO, 2012) ที่พบว่า การมีภาวะผู้นำที่สามารถกำหนดแนวทางชัดเจนและ

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร ส่งผลให้การบริหารงบประมาณและการเงินขององค์กรมีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

**2. ปัจจัยหลักการบริหาร POLC** พบว่า มีผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนรายการสิ่งก่อสร้างในทุกมิติ ได้แก่ การวางแผน การจัดการองค์การ การนำ และการควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี เรืองอรุณกิจ (Pranee, 2020) ศึกษาปัจจัยส่งผลให้การเบิกจ่ายงบประมาณจังหวัดสระบุรีเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โดยยึดหลักการบริหาร POLC

2.1 ด้านการวางแผน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยการกำหนดแผนงานที่ชัดเจนและเป็นระบบช่วยลดความล่าช้าในการเบิกจ่าย ทำให้กระบวนการใช้งบประมาณเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lannai และ Amin (Lannai & Amin, 2020) ที่พบว่า การวางแผนงบประมาณที่มีความเป็นระบบและชัดเจน ช่วยให้หน่วยงานสามารถบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่าย ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ Silalahi และคณะ (Silalahi, Maksum, & Kholis, 2021) พบว่าการวางแผนงบประมาณที่มีประสิทธิภาพช่วยลดความซับซ้อนของกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ทำให้การดำเนินงานสามารถเป็นไปตามแผน

2.2 การจัดการองค์การ พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานตามความสามารถช่วยให้บุคลากรสามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิผลของการเบิกจ่ายงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lannai และ Amin (Lannai & Amin, 2020) พบว่า ศักยภาพของบุคลากรและความมุ่งมั่นขององค์กรมีผลเชิงบวกต่อการเบิกจ่ายงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ พบว่าการมีวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น และเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและประสานงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gusmartina และคณะ (Gusmartina, Azlina, & Julita, 2021) ระบุว่าความสามารถของทรัพยากร

มนุษย์มีผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จะสามารถดำเนินงานด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรมีผลต่อประสิทธิภาพของการเบิกจ่ายงบประมาณช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ลดข้อผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lannai และ Amin (Lannai & Amin, 2020) ที่พบว่า ศักยภาพของบุคลากรและการพัฒนาความรู้ความสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านงบประมาณ

2.3 การนำ พบว่าลักษณะการสั่งการของผู้บริหาร การสั่งการที่ชัดเจน ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และกำหนดแนวทางที่แน่นอน มีผลโดยตรงต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lannai และ Amin (Lannai & Amin, 2020) ที่พบว่า ความมุ่งมั่นขององค์กรและการกำกับดูแลของผู้นำมีผลเชิงบวกต่อการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยเฉพาะในองค์กรที่มีผู้บริหารที่สามารถกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการเบิกจ่ายล่าช้า นอกจากนี้การชักนำและสร้างแรงจูงใจผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารมีบทบาทในการติดตามผลการเบิกจ่ายงบประมาณผ่านระบบการประชุมเป็นระยะ และการลงพื้นที่ตรวจสอบการดำเนินงาน ซึ่งทำให้หน่วยงานสามารถปรับปรุงกระบวนการและเร่งรัดการเบิกจ่ายได้ตามแผน และมีการใช้ระบบจัดอันดับการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันเชิงสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Silalahi และคณะ (Silalahi, Maksum, & Kholis, 2021) ที่พบว่าแรงจูงใจสามารถควบคุมผลกระทบของการวางแผนงบประมาณ ความสามารถของบุคลากร และกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างต่อการเบิกจ่ายงบประมาณได้ กล่าวคือ หากผู้นำสามารถสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มความรับผิดชอบของบุคลากร ทำให้กระบวนการดำเนินงานราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่ามาตรการสร้างแรงจูงใจในเชิงรางวัลและสิทธิพิเศษยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจช่วยเสริมให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4 การควบคุม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปตามแผนและเกิดประสิทธิผล โดยแนวทางการกำกับติดตาม และประเมินผลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ ได้แก่ การกำกับติดตามผ่านการประชุมรายเดือนหรือรายไตรมาส การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผล และการลงพื้นที่ตรวจสอบช่วยให้ผู้บริหารสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่องและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Asukile และ Mbogo (Asukile & Mbogo, 2022) ที่พบว่า การติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐ โดยการมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความผิดพลาดในการดำเนินโครงการ และเพิ่มความโปร่งใสในการใช้จ่ายงบประมาณ

3. ปัจจัยการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้างของผู้รับจ้าง พบว่า การวางแผนของผู้รับจ้างและการเบิกจ่ายงบประมาณพบว่าผู้รับจ้างที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบสามารถจัดการทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผนและไม่มีปัญหาความล่าช้า นอกจากนี้พบว่า การควบคุมงานก่อสร้างเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผนและสามารถคาดการณ์ความคืบหน้าได้อย่างแม่นยำ ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จของผู้รับจ้างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้รับจ้างสามารถดำเนินโครงการได้สำเร็จ ได้แก่ การวางแผนที่ดี มีความพร้อมด้านแรงงาน วัสดุ และเงินทุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Adebayo et al. (2021) ที่พบว่า ความล่าช้าในการชำระเงินและการขาดสภาพคล่องของผู้รับจ้าง เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โครงการก่อสร้างล่าช้า

## สรุป

การศึกษานี้พบข้อค้นพบที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนในรายการสิ่งก่อสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารในลักษณะการชี้แนะ (Directive Leadership) การบริหารจัดการตามหลัก POLC ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการควบคุม รวมถึงการบริหารสัญญาจ้างก่อสร้างของผู้รับจ้าง ทั้งในด้านการวางแผน การควบคุมงาน และความพร้อมด้านสภาพคล่องทางการเงิน

ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนมีความเชื่อมโยงกับกลไกการบริหารจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงระดับปฏิบัติการ ซึ่งสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางในการส่งเสริมการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาแนวทางภาวะผู้นำที่ยืดหยุ่น การวางระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และการคัดเลือกผู้รับจ้างที่มีศักยภาพโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนการพัฒนาแบบภาวะผู้นำในระบบราชการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยออกแบบหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรภาครัฐเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้นำแบบชัดเจนแต่ยืดหยุ่นของผู้บริหารที่รับผิดชอบงานงบประมาณของภาครัฐ รวมถึงเสริมสร้างความรู้ด้านระเบียบที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณรายจ่ายลงทุน การบริหารโครงการก่อสร้าง เทคโนโลยีการติดตามงาน และวิธีรับมือกับสถานการณ์ที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กำหนดนโยบายหรือมาตรการที่สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น กำหนดระบบรางวัลและการยกย่องเชิงประจักษ์แก่หน่วยงานหรือบุคลากรที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ตรงตามเป้าหมายหรือมีแนวปฏิบัติที่ดี

3. บูรณาการระบบข้อมูลติดตามผลการเบิกจ่ายระหว่างหน่วยงานหลัก และพัฒนาระบบติดตามสถานะการเบิกจ่ายแบบเรียลไทม์โดยออกแบบระบบสารสนเทศภาครัฐ

ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารได้อย่างแม่นยำและทันทั่วทั้งที่ โดยประยุกต์ใช้ Big Data และ AI ในการวิเคราะห์แนวโน้มและคาดการณ์ความล่าช้าในการเบิกจ่าย

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทางและมาตรการในการคัดเลือกผู้รับจ้างที่มีศักยภาพและความพร้อม (Price Performance Selection) โดยคำนึงถึงคุณภาพของงาน ประสิทธิภาพของผู้รับจ้าง และกำหนดเงื่อนไขให้ผู้รับจ้างต้องมีแผนงานที่ชัดเจน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุน รายการสิ่งก่อสร้าง เช่น กฎระเบียบทางราชการ ความล่าช้าในการอนุมัติงบประมาณ หรือสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานโครงการก่อสร้าง

2. ควรศึกษาในมุมมองของผู้รับจ้างเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการก่อสร้างอาคารของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการวางแผน และความคล่องตัวทางการเงิน

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Notification on the allocation of loan funds to address economic and social problems from the COVID-19 outbreak under the Capacity Building Project for Service Units to expand critical COVID-19 patient care*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Health Administration Division. (2021). *Performance report of the Bureau of Health Administration: 6-month report for FY 2021*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Health Administration Division.
- National Economic and Social Development Council. (2018). *20-year national strategy (2018–2037)*. Bangkok: National Strategy Secretariat, Office of the National Economic and Social Development Council.
- Health Administration Division. (n.d.). *Role of the investment budget administration group [Internet]*. Nonthaburi: Bureau of Health Administration; ©2019. [Accessed March 2, 2024]. Available from <https://phdb.moph.go.th/main/index/dep/6>
- Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister. (2022). *Budget document No. 3: Adjusted expenditure budget pursuant to the Expenditure Budget Act for FY 2023, Book 11*. Bangkok: Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister.
- Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister. (2024). *Summary budget revised pursuant to the Expenditure Budget Act for FY 2024*. Bangkok: Bureau of the Budget, Office of the Prime Minister.
- The Comptroller General's Department. (2022). *Acceleration of budget disbursement for FY 2022*. Bangkok: Central Accounting Office.
- Committee for Monitoring and Accelerating Budget Disbursement and Government Spending, Ministry of Finance. (2022). *Proceedings of the 3rd meeting on monitoring and accelerating budget disbursement and government spending*. Bangkok: Ministry of Finance.
- Budgeting Procedures Act, B.E. 2561. (2018, November 11). Royal Gazette, 135(92G), 1–18.
- Bureau of the Budget. (2021). *Practice for understanding the use of expenditure or off-budget funds to compensate for canceled expenditure budgets*. Bangkok: Bureau of the Budget.

- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for the use of off-budget or external funds to compensate for canceled budgets*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Health Administration Division. (2021a). *Notification on the preparation of investment budget proposals for equipment, land, and construction for FY 2022* [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Health Administration; ©2019. [Accessed March 2, 2024]. Available from <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30896>
- Health Administration Division. (2020b). *Guidelines for the preparation of investment budget proposals for equipment, land, and construction for FY 2021* [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Health Administration; ©2019. [Accessed March 2, 2024]. Available from <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30584>
- Pranee, R. (2020). Factors affecting the efficiency of budget disbursement in Saraburi Province [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Bangkok, Thailand.
- Sililalahi, M. H. F., Maksum, A., & Kholis, A. (2021). Factors affecting the absorption of organizational expenditures of local government apparatus of North Tapanuli Regency with organizational commitment and motivation as moderation variables. *IJRR*, 8(3), 490–501.
- Atawiang, J., & Sookwattanasinit, K. (2023). Competency in work performance and internal organizational environment affecting the budget disbursement efficiency of the Office of the Attorney General. *Journal of Local Management and Innovation*, 8(1), 130–140.
- Lannai, D., & Amin, A. (2020). Factors affecting budget absorption in government institutions of South Sulawesi. *JIA*, 3(2), 113–119.
- Bempah, B. S. O. (2012). Policy implementation: Budgeting and financial management practices of district health directorates in Ghana [Doctoral dissertation, National Institute of Development Administration]. Bangkok, Thailand. (pp. 145–190).
- Gusmartina, S., Azlina, N., & Julita. (2021). The influence of budget-related factors on budget absorption in Pelalawan Regency OPD. *AAR*, 6(1).
- Asukile, F., & Mbogo, C. J. (2022). Influence of budgetary practices on budget performance of local government authorities in Tanzania. *Journal of Finance and Accounting*, 10(2), 112–120.
- Adebayo, A. F., et al. (2021). Exploring the significant factors that influence delays in construction projects in Hargeisa. *Heliyon*, 7, e06826. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06826>

## Factors Influencing Personal Competency in The Department of Health Service Support, Ministry of Public Health

Thanakorn Varumporn<sup>1</sup>, Jutatip Sillabutra<sup>2</sup>, Chardsumon Prutipinyo<sup>3\*</sup>

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

2 Associate professor, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

\*Corresponding author: e-mail: chardsumon.pru@mahidol.edu

### Original article

#### OPEN ACCESS

Citation: Varumporn, T., Sillabutra, J. ., & Prutipinyo, C. . Factors Influencing Personal Competency in The Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 345–358. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279941](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279941)

Received: 3 April 2025

Revised: 27 April 2025

Accepted: 28 April 2025

#### Abstract

This study is a cross-sectional survey research. The objective was to study the factors that influence personal competency in the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. The sample was 310 civil servants and the Department personal. Data was collected by a questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics, including Pearson's product moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of the study indicated that personal of the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, demonstrated a high level of overall competency, accounting for 95.7%. The department's management efficiency was also rated at a high level (75.5%), while the perception of a high-performance organization (MoPH-4T) was at 81.6%. The factors positively correlated with personnel competency, included departmental management ( $r = 0.57$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) and perception of a high-performance organization ( $r = 0.64$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ). Moreover, the perception of a high-performance organization accounted for 41.4% of the variance in personnel competency ( $R^2 = 0.414$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ).

Therefore, the executives of the Department of Health Service Support should focus on developing personnel in management skills and fostering shared values to improve the Department's transformation into a high-performance organization (MoPH-4T). This approach will contribute to improve personal competency and overall organizational effectiveness.

**Keywords:** Personal Competency; Organizational Administration; Perception of High-Performance Organization

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ธนากร วรรณพร<sup>1</sup>, จุฑาธิป ศีลบุตร<sup>2</sup>, ฉัตรสุนน พงศ์นิญโญ<sup>3\*</sup>

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 รองศาสตราจารย์, ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*อีเมลติดต่อ: chardsumon.pru@mahidol.edu

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันที่รับ 3 เมษายน 2568

วันที่แก้ไข 27 เมษายน 2568

วันที่ตอบรับ 28 เมษายน 2568

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการและพนักงานราชการที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 310 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.7 การบริหารจัดการของกรมฯ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.5 และการรับรู้องค์กรสมรรถนะสูง (MoPH-4T) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของบุคลากร ได้แก่ การบริหารจัดการของกรมฯ ( $r = 0.57$ ,  $p$ -value $<0.001$ ) การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง ( $r = 0.64$ ,  $p$ -value $<0.001$ ) โดยการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง สามารถอธิบายความแปรปรวนสมรรถนะบุคลากรได้ร้อยละ 41.4 ( $R^2 = 0.41$ ,  $p$ -value $<0.001$ )

ดังนั้นผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรมีพัฒนาบุคลากรด้านการบริหารจัดการ และสร้างค่านิยมร่วมในการพัฒนากรมให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งจะทำให้บุคลากรมีสมรรถนะที่ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** สมรรถนะของบุคลากร; การบริหารจัดการองค์กร; การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 ของนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เน้นการขับเคลื่อนนโยบาย “สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย” โดยมุ่งเน้น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ 2) ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ 3) ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล 4) ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ 5) ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ และ 6) พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น (Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2023)

สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง โดยมีมาตรการหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเสริมสร้างระบบบริหารจัดการที่เข้มแข็ง 2) การพัฒนาสมรรถนะและคุณภาพชีวิตบุคลากร และ 3) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กรภายใต้กรอบ MoPH-4T ซึ่งประกอบด้วย Trust (สร้างความไว้วางใจ), Teamwork & Talent (เสริมสร้างทีมและพัฒนาบุคลากรที่มีศักยภาพ), Technology (ใช้เทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพ) และ Targets (มุ่งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์) เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและเติบโตอย่างยั่งยืน โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรเป็นสำคัญ เพื่อให้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ไปพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูงในมิติต่างๆ ต่อไป ซึ่งสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

จะศึกษาเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อให้บุคลากรภายในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สามารถดำเนินงานตามหลัก MoPH-4T เนื่องจากนโยบายการพัฒนาองค์กรเป็นองค์กรสมรรถนะสูง เป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้บุคลากรขาดการรับรู้และความเข้าใจในประเด็นของ MoPH-4T และส่งผลกระทบต่อการทำงานตามแนวทางได้ (Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2024)

ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรภาครัฐ จำเป็นต้องอาศัยหลักการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การนำองค์กร และการควบคุม (POLC) เป็นทฤษฎีการบริหารที่เน้นการสร้างประสิทธิภาพให้กับองค์กร ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการจัดการ ตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการควบคุม โดยให้ความสำคัญกับการจัดการทั้งในองค์กรและบุคลากร ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Suphaphot Erika, & Charoenputh, Vorsit, 2024) และ (Choochue Charin, Sikkhabandit Sowwanee, & Theerawitthayalert Panya, 2024) ซึ่งต้องดำเนินการควบคู่กับแนวทางองค์กรสมรรถนะสูงของกระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการพัฒนากำลังคนให้มีศักยภาพนั้น จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรภาครัฐ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร (POLC) การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะหลักของบุคลากร ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะสมรรถนะหลัก (Core Competency) (Techachirasinth Saranratana, 2021)

การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง โดย

จำเป็นต้องมีความรู้ด้านการปฏิบัติงาน กฎหมาย และกฎระเบียบราชการ รวมถึงทักษะที่เกี่ยวข้อง โดยสมรรถนะหลักของบุคลากรประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การส่งสมความเชี่ยวชาญ 4) การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม (Human Resources Management Group, Department of Health Service Support, 2016) ซึ่งปัจจุบันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีนโยบายพัฒนาองค์กรตามแนวทาง MoPH-4T ซึ่งการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพองค์กรและคุณภาพชีวิตของบุคลากร จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะของบุคลากรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งหากไม่มีการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 5 ด้านแล้ว อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งคุณภาพชีวิตของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Chindaphan Burin, 2023) และ (Palasarn Nisakorn, 2023)

จากแนวโน้มของปัญหาการประเมินสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยผลการประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้าน (Human Resources Management Group, Department of Health Service Support, 2022) พบว่าจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน บุคลากรมีผลการประเมินสมรรถนะด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 4.24 คะแนน สมรรถนะด้านการมีจิตสำนึกในการให้บริการ 4.19 คะแนน สมรรถนะด้านการส่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4.09 คะแนน สมรรถนะด้านการยึดมั่นในความถูกต้อง ซื่อสัตย์ และจริยธรรม 4.22 คะแนน สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม 4.18 คะแนน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Kotsombat Suwat, 2023) พบว่าถึงแม้ผลว่าผลการประเมินสมรรถนะบุคลากรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีช่องว่าง (GAP) เมื่อเทียบกับสมรรถนะที่คาดหวัง เนื่องจากขาดแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) ทำให้ปัญหานี้ยังคงมีอยู่ในการประเมินครั้งถัดไป เพื่อยกระดับสมรรถนะบุคลากรให้

สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร ควรดำเนินการประเมินตามตำแหน่ง และจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะหลักอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร

ดังนั้นจากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้นำแนวคิด การบริหารจัดการองค์กร (POLC) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงานขององค์กร รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) เพื่อให้บุคลากรของกรมฯ เกิดการรับรู้และเข้าใจถึงการดำเนินงานในการยกระดับองค์กรสู่องค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งปัจจัยต่างๆ ในช่วงต้นมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้ดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว มาเป็นตัวแปรอิสระสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ให้มีประสิทธิภาพเต็มความสามารถเหมาะสมกับบริบทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และบรรลุพันธกิจและเป้าหมายขององค์กรต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของบุคลากร ปัจจัยการบริหารจัดการ การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

### วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) ครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่เป็นข้าราชการและพนักงานราชการที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ส่วนกลาง) อย่างน้อย 1 ปีขึ้น

ไป จำนวน 17 กอง/สำนัก รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 564 คน โดยแบ่งออกเป็นข้าราชการจำนวน 462 คน และ พนักงานราชการจำนวน 102 คน (ที่มา : กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ Sample size for estimating a finite population proportion from n4 Studies ได้ 280 คน (Ngamjarus Chetta, Pattanittum Porjai, 2024) และเพื่อป้องกันแบบสอบถามใช้ไม่ได้ ตอบกลับมาไม่ครบ หรือเสียหาย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Israel GD, 1992) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งหมดประมาณ 310 คน ซึ่งได้รับการตอบกลับและสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) เป็นข้าราชการและพนักงานราชการในส่วนกลาง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป สามารถยินยอมที่จะตอบแบบสอบถามงานวิจัยครั้งนี้

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria) บุคลากรที่ติดภารกิจหรืออยู่ระหว่างลา กิจ ลาป่วย ลาอุปสมบท ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อ หรือลาไปต่างประเทศ ในช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล, บุคลากรที่ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ อำนวยการ ระดับต้น/สูง และบริหารต้น/สูง หรือกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน รวมทั้งสิ้น 80 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่งงาน ระดับตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการบริหารจัดการองค์กร (POLC) 4 ด้านซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ Likert (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง มีการจัดการฯ ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีการจัดการฯ ในระดับมาก 3 หมายถึง มีการจัดการฯ ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีการจัดการฯ ในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีการจัดการฯ ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้องค์ประกอบสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้องค์ประกอบสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย คือ Trust, Teamwork & Talent, Technology, Target และ Result ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มีการรับรู้ฯ ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีการรับรู้ฯ ในระดับมาก 3 หมายถึง มีการรับรู้ฯ ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีการรับรู้ฯ ในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีการรับรู้ฯ ในระดับน้อยที่สุด

และส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ประเมินสมรรถนะของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อกำหนดสมรรถนะหลัก 5 ด้านของข้าราชการ และพนักงานราชการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) ด้านการบริการที่ดี 3) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และ 5) ด้านการทำงานเป็นทีม (กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) มีข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ Likert (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวในการปฏิบัติระดับมากที่สุด

4 หมายถึง แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวในการปฏิบัติระดับมาก 3 หมายถึง มีแสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวในการปฏิบัติระดับปานกลาง 2 หมายถึง แสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวในการปฏิบัติระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีแสดงออกถึงสมรรถนะดังกล่าวในการปฏิบัติระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.80 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.96 ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.96 และส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.70 คือ มีความเชื่อมั่นสูง

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงอธิบดี

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ผ่านหน่วยงาน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเรียน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

4. แจกจ่ายลิงค์หรือคิวอาร์โค้ดและเก็บแบบสอบถามจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

5. รับแบบสอบถามออนไลน์กลับคืน ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2024-127 รหัสโครงการ 151/2567 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับองค์การสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยระดับการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระดับการรับรู้เกี่ยวกับองค์การสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) และระดับสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนำคะแนนรวม มาจัดระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ คะแนนตั้งแต่ (1.00 - 2.33)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Squared Test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับสมรรถนะของบุคลากร ได้จัดระดับตัวแปรใหม่เพื่อป้องกันการละเมิด Assumptions ของวิธีการทางสถิติให้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับปานกลาง-ต่ำ และระดับสูง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) กับสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยแปลความหมายของความสัมพันธ์ตามแนวคิดของอิลิปสันและคณะ (Elifson KW, et al., 1990) ดังนี้

$r = 0$  หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

$r = \pm 0.01 - \pm 0.30$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.31 - \pm 0.70$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.71 - \pm 0.99$  หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 1$  หมายถึง มีความสัมพันธ์สมบูรณ์

4. การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### ผลการวิจัย

1. ระดับสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวม พบว่าระดับสมรรถนะของบุคลากร อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.7 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 3.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะของบุคลากรในทุกด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 94.7

ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ร้อยละ 92.6 ด้านการบริการที่ดี ร้อยละ 90.4 ด้านการยึดมั่นในความถูกต้อง ขอบธรรมและจริยธรรม ร้อยละ 94.0 และด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ร้อยละ 89.4 ตามลำดับ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 282 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่จะมีรุ่นอายุอยู่ในช่วง Generation Y (พ.ศ. 2524 - 2539) อายุเฉลี่ย 38.19 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 79.8 ซึ่งหน่วยงานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ที่กองแบบแผน ร้อยละ 25.5 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นสายงานหลัก ร้อยละ 51.1 โดยระดับตำแหน่ง บุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติการ/ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ในส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ บุคลากรส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติราชการในช่วง 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.9 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติราชการเฉลี่ย 9.86 ปี

3. ระดับการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.5 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านการวางแผนมีระดับการบริหารจัดการองค์กรสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 79.8 ด้านการควบคุมองค์กร ร้อยละ 72.7 ด้านการจัดการองค์กร ร้อยละ 63.1 และด้านการนำองค์กร ร้อยละ 61.1 ตามลำดับ

4. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ด้านผลลัพธ์การพัฒนา (Result) มีระดับการรับรู้องค์กรสมรรถนะสูงๆ สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.9 ด้านการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (T2: Teamwork & Talent) ร้อยละ 74.8 ด้านการมุ่งเป้าหมาย (T4: Target) ร้อยละ 74.8 ด้านการใช้เทคโนโลยี (T3: Technology) ร้อยละ 71.6

และด้านการสร้างความไว้วางใจ (T1:Trust) ร้อยละ 63.8 ตามลำดับ

5.ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยใช้ สถิติไคสแควร์ พบว่า (Chi-Squared Test) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากร กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 12.593, p\text{-value} < 0.002$ ) ( $\chi^2 = 11.600, p\text{-value} < 0.003$ ) สำหรับรุ่นอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (n = 282)

| ปัจจัยส่วนบุคคล                                 | ระดับสมรรถนะ                  |                       | $\chi^2$ | df | p-value |
|---|-------------------------------|-----------------------|----------|----|---------|
|   | ปานกลาง-ต่ำ<br>จำนวน (ร้อยละ) | สูง<br>จำนวน (ร้อยละ) |          |    |         |
| <b>เพศ</b>                                      |                               |                       | 12.593   | 2  | 0.002** |
| ชาย   | 5 (4.3)                       | 111 (95.7)            |          |    |         |
| หญิง  | 4 (2.5)                       | 155 (97.5)            |          |    |         |
| LGBTQ+  | 3 (42.9)                      | 4 (57.1)              |          |    |         |
| <b>รุ่นอายุ</b>                                 |                               |                       | 2.084    | 1  | 0.096   |
| Baby Boomer/Generation X<br>(พ.ศ. 2489 - 2507)  | 36 (46.2)                     | 42 (53.8)             |          |    |         |
| Generation Y/Generation Z<br>(พ.ศ. 2524 - 2555) | 75 (36.8)                     | 129 (63.2)            |          |    |         |
| <b>ระดับตำแหน่ง</b>                             |                               |                       | 11.600   | 2  | 0.003** |
| ปฏิบัติการ/ปฏิบัติงาน/<br>พนักงานราชการ         | 56 (34.6)                     | 106 (65.4)            |          |    |         |
| ชำนาญการ/ชำนาญงาน                               | 47 (53.4)                     | 41 (46.6)             |          |    |         |
| ชำนาญการพิเศษ/อาวุโส                            | 8 (25.0)                      | 24 (75.0)             |          |    |         |
| <b>ระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ</b>               |                               |                       | 0.960    | 1  | 0.370   |
| 1 - 10 ปี                                       | 69 (37.3)                     | 116 (62.7)            |          |    |         |
| 11 ขึ้นไป                                       | 42 (43.3)                     | 55 (56.7)             |          |    |         |

6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation coefficient) ซึ่งพบว่า ในภาพรวมการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับปานกลางกับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.57, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.481-0.640)$ ) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ด้านการวางแผน ( $r = 0.52, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.434-0.604)$ ) รองลงมา

คือ ด้านการนำองค์กร ( $r = 0.51, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.401-0.578)$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ (0.414-0.588)) และด้านการควบคุมองค์กร ( $r = 0.50, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.401-0.578)$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ( $n = 282$ )

| การบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | r (95% CI)                | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
|---|---------------------------|---------|-------------------|
| ด้านการวางแผน                             | 0.52 (0.434-0.604)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการจัดการองค์กร                       | 0.46 (0.367-0.551)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการนำองค์กร                           | 0.51 (0.414-0.588)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการควบคุมองค์กร                       | 0.50 (0.401-0.578)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| <b>ภาพรวม</b>                             | <b>0.57 (0.481-0.640)</b> | <0.001  | ปานกลาง           |

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation coefficient) ซึ่งพบว่า ในภาพรวมการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.569-0.707)$ )

เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ได้แก่ ด้านผลลัพธ์การพัฒนา (Result) ( $r = 0.62, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.540-0.685)$ ) รองลงมา คือ ด้านการมุ่งเป้าหมาย (T4:Target) ( $r = 0.60, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.517-0.668)$ ) และด้านการทำงานเป็นทีมและสนับสนุนคนเก่ง (T2:Teamwork & Talent) ( $r = 0.56, p\text{-value} < 0.001, 95\% \text{ CI } (0.474-0.635)$ ) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ( $n = 282$ )

| การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) | r (95% CI)                | p-value | ระดับความสัมพันธ์ |
|---|---------------------------|---------|-------------------|
| ด้านสร้างความไว้วางใจ (T1:Trust)                              | 0.52 (0.427-0.599)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (T2:Teamwork & Talent)  | 0.56 (0.474-0.635)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการใช้เทคโนโลยี (T3:Technology)                           | 0.53 (0.435-0.605)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านการมุ่งเป้าหมาย (T4:Target)                               | 0.60 (0.517-0.668)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| ด้านผลลัพธ์การพัฒนา (Result)                                  | 0.62 (0.540-0.685)        | <0.001  | ปานกลาง           |
| <b>ภาพรวม</b>   | <b>0.64 (0.569-0.707)</b> | <0.001  | ปานกลาง           |

8.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ P-value < 0.001 มีตัวแปร

อิสระเพียง 1 ตัว ที่มีความสามารถในการทำนายสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) (B = 0.43) อธิบายความแปรปรวนสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 41.4 (R<sup>2</sup> = 0.414) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร

| กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (n = 282 คน)         |      |       |        |         |
|---|------|-------|--------|---------|
| ตัวแปร  | B    | β     | t      | p-value |
| ค่าคงที่ (Constant)   | 2.73 |       | 21.855 | <0.001  |
| การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) | 0.43 | 0.643 | 14.052 | <0.001  |
| R <sup>2</sup> = 0.414, Adjust R <sup>2</sup> = 0.411         |      |       |        |         |

ผลการศึกษา สามารถเขียนสมการพยากรณ์สมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้  $y = 2.73 + (0.43)(X_1)$  โดย  $y =$  สมรรถนะของบุคลากร  $X_1 =$  การรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ได้ดังนี้

เมื่อคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้สมรรถนะเพิ่มขึ้น 0.43 คะแนน

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

1.ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมของสมรรถนะบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.7 ซึ่งโดยรวมสอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย (Aroonpakmongkol Petcharat,

Prutipinyo Chardsumon, & Aimyong Natnaree, 2023) โรงพยาบาลบ้านโป่ง (Phutti Wilawan, 2019) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี (Muangngam Nuchita, Thadadej Jaruwan, & Sillabutra Jutathip, 2024) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าสมรรถนะบุคลากรทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) ด้านการบริการที่ดี 3) ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม 5) ด้านการทำงานเป็นทีม ระดับสมรรถนะอยู่ระดับสูงในทุกด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีม มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงสุดจากทุกด้าน ร้อยละ 94.7 สอดคล้องกับผลการศึกษาสมรรถนะในกรมสรรพสามิต (Suphaphot Erika, & Charoenputh, Vorsit, 2024) ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง (Phutti Wilawan, 2019) และในสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่มีระดับสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Phummara Sansiree, 2024) และแตกต่างกับการศึกษาในบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ระดับสมรรถนะหลักในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Aroonpakmongkol

Petcharat, Prutipinyo Chardsumon, & Aimyong Natnaree, 2023)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 12.593$ , p-value < 0.002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า เพศกับระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโป่ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.0001) (Phutti Wilawan, 2019) และระดับตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 11.600$ , p-value < 0.003) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของข้าราชการสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อมุ่งสู่การเป็นระบบราชการ 4.0 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งกับระดับตำแหน่งของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Phummara Sansiree, 2024)

3. ระดับการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎี POLC มาใช้กับกระบวนการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการวางแผน ด้านการจัดการองค์กร ด้านการนำองค์กร และด้านการควบคุมองค์กร ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมของการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.5 สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการอาชีวศึกษาในพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคนิคระยอง การบริหารจัดการ (POLC) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสำหรับการศึกษานี้อาจไม่ตรงกับบริบทของงานบริหารด้านสาธารณสุข แต่ผู้วิจัยพิจารณาในมุมมองของหน่วยงานภาครัฐที่มีการใช้หลักการบริหารที่เหมือนกัน จึงนำมาอภิปรายในครั้งนี้ (Choochue Charin,

Sikkhabandit Sowwanee, & Theerawitthayalert Panya, 2024) และสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติราชการของข้าราชการกรมสรรพสามิต โดยปัจจัยด้านการบริหาร (POLC) มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้าน (Suphaphot Erika, & Charoenputh, Vorsit, 2024) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ในทุกด้านของการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีระดับการบริหารจัดการองค์กรในระดับสูง โดยด้านการวางแผน มีระดับการบริหารจัดการองค์กรสูงสุด ร้อยละ 79.8 ด้านการควบคุมองค์กร ร้อยละ 72.7 ด้านการจัดการองค์กร ร้อยละ 63.1 และด้านการนำองค์กร ร้อยละ 61.0 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติราชการของข้าราชการกรมสรรพสามิต โดยปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการพัฒนาสมรรถนะ (POLC) อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้านของการบริหารจัดการพัฒนาสมรรถนะ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกันเนื่องจากการศึกษาการบริหารจัดการในระดับกรม ซึ่งมีผลต่อสมรรถนะบุคลากร (Suphaphot Erika, & Charoenputh, Vorsit, 2024)

4. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของกระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนากระทรวงสาธารณสุข ของนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการยกระดับ หน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง ประกอบด้วย การสร้างความไว้วางใจ (T1: Trust) การทำงานเป็นทีมและสนับสนุนคนเก่ง (T2: Teamwork & Talent) การใช้เทคโนโลยี (T3: Technology) การมุ่งเป้าหมาย (T4: Target) และผลลัพธ์การพัฒนา (Result) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมของการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.6

สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมสู่การ เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยความต้องการของบุคลากรในการให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครปฐมเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.4 (Liangamnuay Supapom, 2024) เมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่า ในทุกด้านของการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะ สูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) มีระดับการรับรู้ เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงฯ ระดับสูง ในทุกๆ ด้าน โดย ด้านที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงฯ สูงที่สุด จากมากไปน้อย คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนา (Result) ร้อย ละ 81.9 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ เป็นองค์กรสมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ด้านผลลัพธ์การพัฒนาองค์กร สมรรถนะสูง (Result) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด อยู่ในระดับการนำไปสู่องค์กรสมรรถนะสูง ร้อยละ 85.42 (Palasam Nisakorn, 2023) สำหรับด้านการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่ง (T2:Teamwork & Talent) ร้อยละ 74.8 ด้านการมุ่งเป้าหมาย (T4:Target) ร้อยละ 74.8 ด้าน การใช้เทคโนโลยี (T3:Technology) ร้อยละ 71.6 และด้าน การสร้างความไว้วางใจ (T1:Trust) ร้อยละ 63.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการขับเคลื่อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สู่ การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH- 4T พบว่าในระยะที่ 3 ภายหลังจากพัฒนารูปแบบฯ บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน สสจ.นครปฐม เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ในระดับมาก ซึ่งทั้ง 4 ด้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการสร้างความไว้วางใจ แก่ประชาชน บุคลากร ขององค์กรและเครือข่ายทำงาน (T1) (mean = 4.83, SD = 0.56) ผู้มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการ เปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี (T2) (mean = 4.80, SD = 0.58) ด้านการใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ (T3) (mean = 4.69, SD = 0.63) และด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย (T4)

(mean = 4.74, SD = 0.61) ตามลำดับ (Liangamnuay Supapom, 2024)

5.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมการทำนาย ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T) สามารถร่วมกันทำนาย สมรรถนะของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 สามารถทำนายสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ร้อยละ 41.4 โดยถ้า เพิ่มการรับรู้องค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข (MoPH- 4T) 1 หน่วย สมรรถนะของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะเพิ่มขึ้น 3.16 หน่วย สอดคล้องกับการศึกษาคุณลักษณะขององค์กรที่มี สมรรถนะสูง (HPO) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับ HPO ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1990 โดยวิเคราะห์ ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบองค์กร 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ 3) เทคโนโลยี 4) ภาวะผู้นำ 5) บุคลากร และ วัฒนธรรม และ 6) สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีอิทธิพลต่อ ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลการองค์กร สมรรถนะสูง (De Waal AA, 2007) และสอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ส่งผลต่อ การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กรณีศึกษา:การยางแห่งประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สามารถพยากรณ์การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของการยาง แห่งประเทศไทย ได้ร้อยละ 26.3 (Mangklanakesuan Natthasaron, 2019)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควร กำหนดนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเน้นการให้ความสำคัญการ พัฒนาบุคลากรในแต่ละระดับตำแหน่ง ให้มีสมรรถนะสูง เฉพาะด้านของบุคลากร เพื่อที่จะได้บุคลากรใช้สมรรถนะมา เพื่อพัฒนาให้องค์กรเป็นองค์กรมีสมรรถนะสูง

2. ส่งเสริมการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (MoPH-4T) โดยกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนาองค์กรให้บุคลากรมีสมรรถนะเป็นเลิศทั้ง 5 ด้าน โดยใช้แนวทางการพัฒนาตามหลัก MoPH-4T เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ให้มีความสำคัญกับการสร้างความไว้วางใจ (T1:Trust) และด้านการใช้เทคโนโลยี (T3:Technology)

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาในกรณีอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะได้ทราบถึงสมรรถนะของแต่ละ

หน่วยงานและสามารถนำมาศึกษาในเชิงเปรียบเทียบได้ รวมถึงเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพสำหรับการประเมินศักยภาพขององค์กร ในการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขตามแนวทาง MoPH-4T และนำผลให้หน่วยงานไปใช้ประโยชน์

2. ควรพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดสมรรถนะบุคลากรให้เป็นการประเมินโดยใช้คะแนนการประเมินจากผลการประเมินปีที่ผ่านมาหรือสอบถามจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับสมรรถนะที่เป็นอยู่จริง

#### เอกสารอ้างอิง (References)

- Aroonpakmongkol Petcharat, Prutipinyo Chardsumon, & Aimyong Natnaree. (2023). A regional health promotion center's personnel core competencies under the Department of Health, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 9(1), 35–47.
- Chindaphan Burin. (2023). The Factors Influencing High Performance Organization of Kalasin Provincial Public Health Office. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 4(3), 102–111.
- Choochue Charin, Sikkhabandit Sowwanee, & Theerawitthayalert Panya. (2024). Vocational Education Management in Educational Innovation Areas: A Case Study of Rayong Technical College. *Journal of Education Review Faculty of Education Mahachulalongkornrajavidyalaya University*, 11(1), 503–518
- De Waal A. A. (2007). The characteristics of a high-performance organization. *Business Strategy Series*, 8(3), 179-185
- Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Guidelines for developing high-performance organizations, Ministry of Public Health MOPH-4T*. Ministry of Public Health.
- Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024). *Best Practice high-performance organization (MoPH-4T)*. Ministry of Public Health.
- Elifson K. W., et al. (1990). *Fundamentals of social statistics* (2<sup>nd</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Human Resource Management Division, Department of Health Service Support. (2022). *Personal data document of the Department of Health Service Support*. Nonthaburi, Thailand.
- Human Resources Management Group, Department of Health Service Support. (2016). *Personal competency assessment criteria for the Department of Health Service Support*. Nonthaburi, Thailand.
- Israel G.D. (1992). *Determining Sample Size*: University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS.
- Kewara Kanyanan. (2020). *Guidelines for developing core competencies to become high-performance government personnel: A case study of officials at the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Labour* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Digital Repository.

- Kotsombat Suwat. (2023). The relationship between work motivation and performance competency of personnel for quality organizational development. *Journal of the Department of Health Service Support*, 19, 29-36.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140(1), 1–55.
- Liangamnuay Supaporn. (2024). Developing a model for personnel participation in driving the Nakhon Pathom Provincial Public Health Office towards becoming a high-performance organization Ministry of Public Health MoPH-4T. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 9(4), 693–703.
- Mangkalanakesuan Natthasaron. (2019). *Factors and Human Resource Development Affecting High Performance Organization: A Case Study of Rubber Authority of Thailand*. [Thesis]. National Institute of Development Administration.
- Muangngam Nuchita, Thadadej Jaruwan, & Sillabutra Jutathip. (2024). Factors Influencing Core Competencies of Public Health Personnel Working in Tambon Health Promoting Hospitals in Suphan Buri Province. *Journal of Community Public Health Council*, 6(3), 163–177.
- Ngamjarus Chetta, Pattanittum Porjai. (2024). *n4Studies: Application for sample size calculation in health science research*. [Mobile application]. App Store.
- Palasam Nisakorn. (2023). The Factors Influencing High Performance Organization of District Public Health Officers in Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal*, 16(3), 239–252.
- Phummara Sansiree. (2024). *The development of competencies of civil servants in the Secretariat of the Cabinet towards Bureaucracy 4.0*. Office of Academic Resources, Chulalongkorn University.
- Phutti Wilawan (2019). The study of government officer's opinion of core competency in Banpong Hospital. *Hua Hin Medical Journal*, 4(3), 1-17..
- Suphaphot Erika., & Charoenpuh, Vorsit. (2024). Management and Development of Government Officials Performance Competency, the Excise Department. *Legal State Journal*, 2(4), 12–20.
- Techachirasinth Saranratana. (2021). *Organizational management of Khon Kaen University during the COVID-19 era*. Krirk University. Bangkok, Thailand.

# Spatial Distribution and Factors Contributing to the Spatial Clustering of Hypertension in Thai Older Population

Panchita Kaewkunset<sup>1</sup>, Tassanee Silawan<sup>2\*</sup>, Mathuros Tipayamongkhogul<sup>3</sup>,  
Sayambhu Saita<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Master of Science Program (Public Health), Major in Community Health System Development, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>2</sup> Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>3</sup> ASEAN Institute of Health Development, Mahidol University

<sup>4</sup> Faculty of Public Health, Thammasat University

\*Corresponding author, email: [tassanee.sil@mahidol.ac.th](mailto:tassanee.sil@mahidol.ac.th)

## Original article

### OPEN ACCESS

Citation: Kaewkunset, P., Silawan, T., Tipayamongkhogul, M., & Saita, S. Spatial Distribution and Factors Contributing to the Spatial Clustering of Hypertension in Thai Older Population. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 359–372. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279750](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279750)

Received: 27 March 2025

Revised: 28 April 2025

Accepted: 29 April 2025

### Abstract

This correlational study aimed to describe hypertension's spatial distribution and clustering, comparing demographic, social and health, and Active Ageing Index (AAI) factors between high-risk and low-risk areas. The study areas covered 76 provinces of Thailand (excluding Bangkok), utilizing secondary data in 2022. Spatial data analysis was performed with GeoDa 1.20, and map presentations were created using QGIS 3.30.3. The differences in mean values of variables between high-risk and low-risk areas were analyzed using SPSS 29.0. Statistics used included prevalence, proportion, Spatial Empirical Bayesian smoothed rates, Moran's, LISA, and t-tests.

The results showed that the median of hypertension prevalence rates by province in 2022 was 40.07% (Minimum=26.83, Maximum=54.30). A total of 11 provinces (14.5%) recorded prevalence rates exceeding the target threshold (not exceeding 31.5%). Spatial clustering analysis identified 12 provinces (15.8%) as high-risk areas and 16 provinces (23.7%) as low-risk areas. The factors that showed statistically significant differences between high-risk and low-risk areas were the proportion of older persons ( $P = 0.008$ ), density of alcohol distribution points ( $P = 0.010$ ), and the AAI in Independent, Health, and Secure Living ( $P = 0.018$ ). These findings underscore the critical need to prioritize and allocate resources for mitigating risk and enhancing care for elderly individuals with hypertension, particularly in high-risk areas in which special attention should be given to provinces characterized by a high proportion of older population, high density of alcohol distribution points, and elevated scores on AAI in Independent, Health, and Secure Living.

**Keywords:** Spatial Distribution; Cluster; Hypertension; Spatial Variation; Older Persons

## การกระจายเชิงพื้นที่และปัจจัยสนับสนุนการเกาะกลุ่ม ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย

พัฒนัชिता แก้วกุลเศรษฐ์<sup>1</sup>, ทศนีย์ ศิลาวรรณ<sup>2\*</sup>, มธุรส ทิพยมงคลกุล<sup>3</sup>, สยามภู ใสหา<sup>4</sup>

<sup>1</sup> หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>4</sup> คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: [tasanee.sil@mahidol.ac.th](mailto:tasanee.sil@mahidol.ac.th)

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 27 มีนาคม 2568  
วันแก้ไข 28 เมษายน 2568  
วันตอบรับ 29 เมษายน 2568

การวิจัยสหสัมพันธ์เพื่อศึกษาการกระจาย การเกาะกลุ่มเชิงพื้นที่ และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านประชากร สังคมและภาวะสุขภาพ และดัชนีพหุคูณพลัง ระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ พื้นที่วิจัยคือ 76 จังหวัดในประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมีย้อนหลังในปี พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่ด้วยโปรแกรม GeoDa 1.20 นำเสนอแผนที่ด้วยโปรแกรม QGIS 3.30.3 และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำด้วยโปรแกรม SPSS 29.0 สถิติที่ใช้ ได้แก่ อัตรา สัดส่วน Spatial Empirical Bayesian smoothed rates, Moran's I, LISA และ t-test

ผลการวิจัยพบว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุรายจังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 มีค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ 40.07 (ต่ำสุด 26.83 สูงสุด 54.30) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 31.50) 11 จังหวัด (ร้อยละ 14.5) พบพื้นที่เสี่ยงสูง 12 จังหวัด (ร้อยละ 15.8) และพื้นที่เสี่ยงต่ำ 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.1) ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ ได้แก่ สัดส่วนของผู้สูงอายุ ( $P = 0.008$ ) ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ( $P = 0.010$ ) และดัชนีพหุคูณพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคง ( $P = 0.018$ ) จากผลการวิจัยควรจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรในการลดความเสี่ยงและดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีประชากรสูงวัย ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ และดัชนีพหุคูณพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงระดับสูง

**คำสำคัญ** : การกระจายเชิงพื้นที่; การเกาะกลุ่ม; โรคความดันโลหิตสูง; ความผันแปรเชิงพื้นที่; ผู้สูงอายุ

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากของโลก ทั้งในการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม พบการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2022) ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการตายสูง โดยในภาคเหนือมีอัตราการตายสูงสุด รองลงมาคือภาคกลาง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และกรุงเทพมหานคร มีอัตราการตายใกล้เคียงกัน จำนวนและอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2563 พบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 7,930, 8,525, 8,590, 9,313 และ 9,303 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการตาย 12.2, 13.1, 13.1, 14.2 และ 14.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, 2022) สอดคล้องกับรายงานการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อเป็นบริการในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 1,080.70 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,154.78 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2565 (National Health Security Office, 2022) ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรก (8,414,036 ครั้ง) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 12,482,754 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 67.4 (Bureau of Policy and Strategy, 2022)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 - 25670 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2566 - 25670 และแผนยุทธศาสตร์

ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579 (Office of International Policy Development, 2017) รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดบริการคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (DMS, 2020) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้มีการนำดัชนีพหุพลัง (Active Ageing Index : AAI) ซึ่งเป็นดัชนีที่พัฒนามาจากองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การทำงาน (Employment) (2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation in society) (3) การมีสุขภาพดีและความมั่นคง (Independent, health and secure living) และ (4) ศักยภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพหุพลัง (Capacity and environment for active ageing) (NSO, 2024) เป็นรูปแบบดัชนีร่วมจากตัวชี้วัดในหลายมิติของการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีพหุพลังทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ และลดระยะภาวะพึ่งพิงที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial analysis) ได้ถูกประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการอธิบายรูปแบบการเกิดโรคตามพื้นที่ ทั้งในด้านการกระจายตัวและการระบุพื้นที่เสี่ยง โดยเฉพาะกับโรคติดต่อ เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก และไข้หวัดใหญ่ โดยมีการศึกษาความแตกต่างเชิงพื้นที่ การเกาะกลุ่ม การวิเคราะห์อนุกรมเวลา และการพยากรณ์จำนวนหรืออัตราป่วย (Saita, S., Silawan, T., et al., 2019; Saita, S., Maeakhian, S., et al., 2022; Maairkien, S., Areechokchai, D., et al., 2020) ส่วนโรคไม่ติดต้อมีการวิเคราะห์เชิงพื้นที่เช่นกัน อาทิ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจังหวัดคือรายได้เฉลี่ยต่อหัว และสัดส่วนนักเรียนนักศึกษา (DMS,

2022) การศึกษาที่จังหวัดศรีสะเกษพบว่าปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ขนาดรอบเอวเกิน ประวัติเบาหวาน หรือความดันในครอบครัว การดื่มแอลกอฮอล์ และค่าชี้วัดสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และคอเลสเตอรอล (NSO, 2017) และการศึกษาที่ตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก พบการกระจายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มก้อน (Clustered distribution) สะท้อนถึงความสำคัญของข้อมูลเชิงพื้นที่ในการกำหนดแนวทางป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (Sammatat, S., Boonsith, N., et al., 2015)

การวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคและการวิเคราะห์การกระจายเชิงพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้นอกจากอธิบายการกระจายเชิงพื้นที่ของโรคความดันโลหิตสูงเชิงพื้นที่ระดับจังหวัดแล้ว ยังได้วิเคราะห์การเกาะกลุ่มเชิงพื้นที่เพื่อค้นหาพื้นที่เสี่ยง รวมถึงเปรียบเทียบปัจจัยที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำที่ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านดัชนีพหุผลพลังโดยประยุกต์แนวคิดการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (Spatial analysis) ร่วมกับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยจะช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ การจัดสรรทรัพยากร และเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบ เพื่อ

การป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์การกระจายเชิงพื้นที่ของอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์การเกาะกลุ่มเชิงพื้นที่ของอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านประชากร สังคมและภาวะสุขภาพ และดัชนีพหุผลพลัง ระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำของอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

### สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านดัชนีพหุผลพลัง มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย พื้นที่การศึกษา และหน่วยศึกษา

การวิจัยสหสัมพันธ์ (Correlational study) ระดับจังหวัด

พื้นที่ศึกษาคือจังหวัดในพื้นที่ 76 จังหวัดของประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมีย้อนหลังจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในปี พ.ศ. 2565 (Table 1)

Table 1 ข้อมูลและที่มาของข้อมูล

| ลำดับ | ข้อมูล   | ที่มาของข้อมูล  |
|-------|--|---|
| 1     | จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป | ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2023) |
| 2     | จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลางปี                           | ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (Official statistics registration systems, 2023)                 |

| ลำดับ | ข้อมูล  | ที่มาของข้อมูล  |
|-------|---|---|
| 3     | อัตราส่วนผู้สูงอายุต่อบุคลากรสาธารณสุข                | ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2023)               |
| 4     | อัตราส่วนผู้สูงอายุต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2023)               |
| 5     | ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์                     | กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง (The Excise Department, 2023)   |
| 6     | สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์        | การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Official statistics registration systems, 2023) |
| 7     | สัดส่วน (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ BMI เกินเกณฑ์ปกติ      | ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2023)               |
| 8     | ดัชนีพหุคูณพลังผู้สูงอายุไทย                          | กองพยากรณ์สถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (NSO, 2024)   |

โครงการวิจัยนี้เข้าข่ายยกเว้นการพิจารณา (Exemption review) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ 173/2566 ที่ อว 78.141.6/EC 843 วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566)

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือในการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างขึ้นด้วยโปรแกรม Microsoft Excel รายจังหวัด จำนวน 9 ไฟล์ ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประชากรรวม ประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่มี BMI เกินเกณฑ์ปกติ ดัชนีพหุคูณพลังผู้สูงอายุไทย และขนาดพื้นที่รายจังหวัด

เครื่องมือในการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย แผนที่ประเทศไทยแสดงขอบเขตพื้นที่รายจังหวัด โปรแกรม QGIS Version 3.30.3 (QGIS, 2023) โปรแกรม GeoDa TM Version 1.20 (Luc Anselin, 2023) และโปรแกรม SPSS Version 29.0 (IBM, 2023)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เตรียมฐานข้อมูลและวิเคราะห์การกระจายเชิงพื้นที่ ดังนี้ (1) เตรียมฐานข้อมูลโดยนำข้อมูลรายจังหวัดตามแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิข้างต้น เรียบเรียงด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และคำนวณสถิติเบื้องต้น ได้แก่ อัตราส่วนสัดส่วน ความหนาแน่น และดัชนีพหุคูณพลัง (2) นำเข้าแผนที่ประเทศไทยแสดงขอบเขตพื้นที่รายจังหวัด และเชื่อมกับ

ฐานข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ ด้วยโปรแกรม QGIS version 3.30.3 (3) คำนวณอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายจังหวัดปี พ.ศ. 2565 และ (4) นำเสนอด้วยแผนที่อัตราป่วยด้วยโปรแกรม QGIS version 3.30.3

วิเคราะห์การเกาะกลุ่มเชิงพื้นที่ ดังนี้ (1) คำนวณอัตราป่วยปรับเรียบโดยวิธี Spatial Empirical Bayesian (SEB smoothed rates) เพื่อขจัดอิทธิพลความแตกต่างของขนาดพื้นที่และประชากร ด้วยโปรแกรม GeoDa Version 1.20 โดยกำหนดค่าถ่วงน้ำหนักเชิงพื้นที่แบบอิงระยะทาง (Distance) ด้วยพื้นที่ใกล้ที่สุด 4 จังหวัด (K-nearest neighbors =4) (2) วิเคราะห์การเกาะกลุ่มภาพรวม (Global clusters) ของอัตราป่วยปรับเรียบโรคความดันโลหิตสูง ด้วยโปรแกรม GeoDa Version 1.20 สถิติที่ใช้คือ Global Moran's I และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ Random permutation เท่ากับ 999 พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ Pseudo p-value < 0.05 (3) วิเคราะห์การเกาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Local clusters) ระดับจังหวัดของอัตราป่วยปรับเรียบโรคความดันโลหิตสูง ด้วยโปรแกรม GeoDa Version 1.20 สถิติที่ใช้คือ Local Indicator of Spatial Association (LISA) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ Random permutation เท่ากับ 999 พิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ Pseudo p-value < 0.05 จำแนกการเกาะกลุ่มเป็น 5 ประเภท ได้แก่ Not Significant (ไม่มีการเกาะกลุ่มของอัตราป่วยในจังหวัดนั้นและจังหวัดใกล้เคียง) High – High (จังหวัดนั้นมีอัตราป่วยสูงและจังหวัดใกล้เคียงมีอัตราป่วยสูง) Low – Low (จังหวัดนั้นมีอัตราป่วยต่ำและจังหวัดใกล้เคียงมีอัตราป่วยต่ำ) Low – High (จังหวัดนั้นมีอัตราป่วยต่ำแต่จังหวัดใกล้เคียงมีอัตราป่วยสูง) และ High – Low (จังหวัดนั้นมีอัตราป่วยสูงแต่จังหวัดใกล้เคียงมีอัตราป่วยต่ำ) และ (4) นำเสนอแผนที่การเกาะกลุ่มด้วยโปรแกรม QGIS Version 3.30.3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูง (High-High, High-Low) และพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Low-Low, Low-High) ด้วยโปรแกรม SPSS Version 29.0 ทดสอบการกระจายของชุดข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาในพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำโดยใช้ Shapiro-Wilk test กรณีพบว่าชุดข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบความแตกต่างของชุดข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำด้วยสถิติ Independent t-test ส่วนกรณีชุดข้อมูลมีการกระจายรูปแบบอื่น ทดสอบความแตกต่างของชุดข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำด้วยสถิติไร้พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) ด้วยสถิติ Independent sample Mann-Whitney U test และพิจารณาระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## ผลการวิจัย

### การกระจายเชิงพื้นที่ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ด้านการกระจายเชิงพื้นที่ของอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายुरายจังหวัด พบว่าค่ามัธยฐานของอัตราป่วยเท่ากับ ร้อยละ 40.07 (ต่ำสุด 26.83 สูงสุด 54.30) เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดว่าไม่เกินร้อยละ 31.50 นั้น พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ 11 จังหวัด (ร้อยละ 14.47) ได้แก่ พิจิตร สมุทรสงคราม อ่างทอง แพร่ อุตรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก ลำพูน พังงา สิงห์บุรี และชุมพร โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ ชุมพร สิงห์บุรี พังงา ลำพูน และพิษณุโลก (ร้อยละ 54.32, 50.70, 47.32, 47.07 และ 46.96 ตามลำดับ) (Figure 1-2)

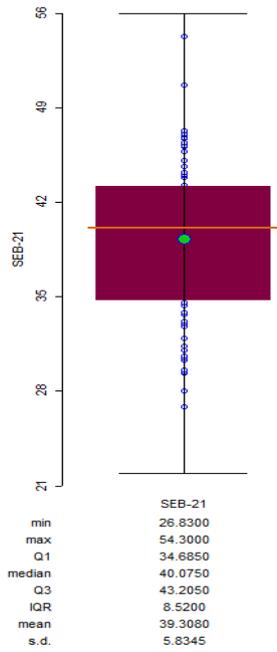


Figure 1 Boxplot of prevalence rates of Hypertension per 100 population in older persons at a province level, Thailand (except

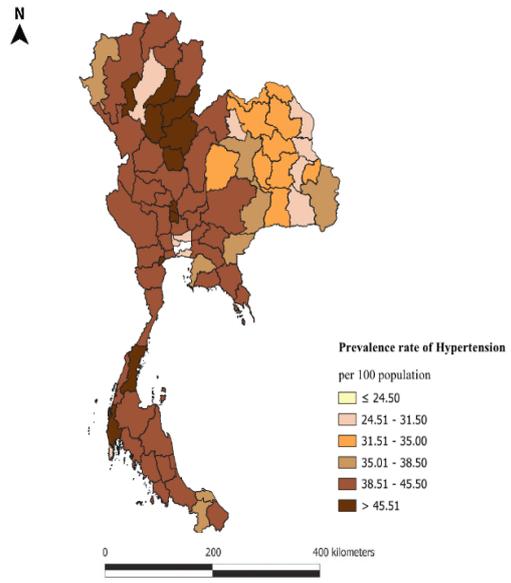


Figure 2 Prevalence rates of Hypertension per 100 population in older persons at a province level, Thailand (except Bangkok), B.E. 2565

### การเกาะกลุ่มของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การเกาะกลุ่มในภาพรวมของอัตราป่วยปรับเรียบโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2565 มีการเกาะกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $I = 0.48, P = 0.002$ ) ในส่วนของการเกาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงล้อมรอบด้วยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง (High - High) หรือพื้นที่เสี่ยงสูง 12 จังหวัด (ร้อยละ 15.8) ได้แก่ น่าน หนอง สุโขทัย ชัยนาท กำแพงเพชร

อ่างทอง อุตรดิตถ์ ตาก พิษณุโลก สุพรรณบุรี นครสวรรค์ และลพบุรี พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่ำล้อมรอบด้วยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง (Low - High) 2 จังหวัด (ร้อยละ 2.6) ได้แก่ ลำปาง และประจวบคีรีขันธ์ และพบจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่ำล้อมรอบด้วยจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่ำ (Low - Low) หรือพื้นที่เสี่ยงต่ำ 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.0) ได้แก่ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ บึงกาฬ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนม มุกดาหาร และสมุทรปราการ (Figure 3)

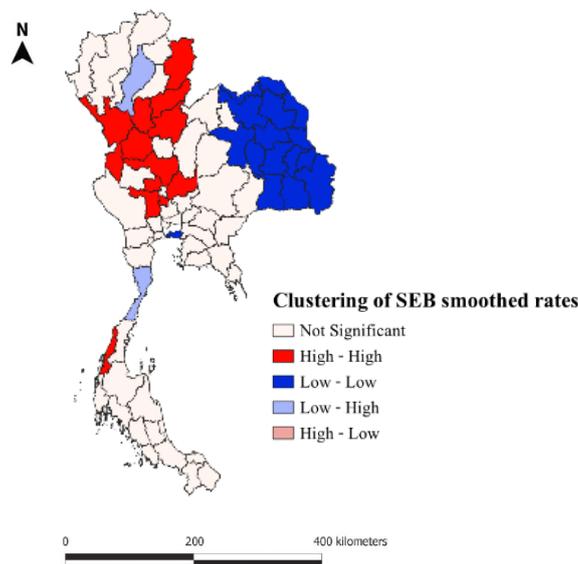


Figure 3 LISA map of SEB smoothed rates of Hypertension per 100 populations in older persons at a province level, Thailand (except Bangkok), B.E. 2565

### ความแตกต่างของปัจจัยที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูง (High-High และ High-Low) และพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Low-Low และ Low-High) ต่อโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (สัดส่วนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุเพศชาย) ปัจจัยด้านสังคมและภาวะสุขภาพ (อัตราส่วนผู้สูงอายุต่อบุคลากรสาธารณสุข อัตราส่วนผู้สูงอายุต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่

ดื่มแอลกอฮอล์ และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ BMI เกินเกณฑ์ปกติ) และปัจจัยด้านดัชนีพดพหลัง (ภาพรวม ด้านการทำงาน ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคง และด้านศักยภาพและสภาพที่เอื้อต่อพดพหลัง) พบปัจจัยที่ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สัดส่วนของผู้สูงอายุ ( $P = 0.008$ ) ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ( $P = 0.010$ ) และดัชนีพดพหลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคง ( $P = 0.018$ ) โดยค่าเฉลี่ยสัดส่วน

ของผู้สูงอายุในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Mean = 20.87 และ 18.12 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับดัชนีพหุคูณทางด้านที่มีสุขภาพดีและความมั่นคง ที่พบว่าในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Mean = 75.99 และ 72.55 ตามลำดับ) และในทางตรงกันข้ามพบความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่าน้อยกว่าในพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Mean = 0.84 และ 1.90 ตามลำดับ) (Table 2)

**Table 2** Mean difference of study variables between high-risk areas and low-risk areas at a province level, Thailand (except Bangkok), B.E. 2565

| Factors   | Mean (SD)                |                          | <i>p</i> <sup>a</sup> |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
|   | High-risk area<br>(n=12) | Low-risk areas<br>(n=18) |                       |
| Proportion (%) of older persons   | 20.87 (3.30)             | 18.12 (2.26)             | 0.008                 |
| Proportion (%) of male older persons                                    | 44.53 (1.84)             | 45.22 (0.93)             | 0.150                 |
| Ratio of older persons to public health personnel                       | 36.51 (13.51)            | 35.64 (9.20)             | 0.735                 |
| Ratio of older persons to village health volunteers                     | 14.47 (6.99)             | 12.66 (7.35)             | 0.262                 |
| Density of alcohol distribution points                                  | 0.84 (0.58)              | 1.90 (3.10)              | 0.010                 |
| Proportion (%) of older persons who drink alcohol                       | 14.06 (4.86)             | 15.34 (4.98)             | 0.767                 |
| Proportion (%) of older persons with body mass index (BMI) above normal | 19.27 (5.12)             | 17.28 (6.24)             | 0.498                 |
| Overall Active Ageing Index (AAI)                                       | 66.63 (3.04)             | 67.97 (3.81)             | 0.315 <sup>b</sup>    |
| AAI in Employment   | 64.60 (5.40)             | 69.15 (6.96)             | 0.067 <sup>b</sup>    |
| AAI in Participation in Society   | 44.68 (9.56)             | 51.24 (12.75)            | 0.141 <sup>b</sup>    |
| AAI in Independent, Health, and secure living                           | 75.99 (3.01)             | 72.55 (3.67)             | 0.018                 |
| AAI in Capacity and Enabling Environment for Active Ageing              | 70.99 (3.59)             | 71.10 (3.66)             | 0.936 <sup>b</sup>    |

SD, standard deviation; <sup>a</sup>, Independent sample Mann-Whitney U test; <sup>b</sup>, Independent t-test

## อภิปรายผล

อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุรายจังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าหนึ่งในเจ็ดของจังหวัดทั้งหมดมีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ สอดคล้องกับสรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ. 2565 ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, 2022) และสถิติสุขภาพคนไทย ระดับพื้นที่ กองโรคไม่ติดต่อ กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

(Kanchanapibulwong, A., Khamwangsanga, P., 2020) เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 (Ekpalakorn, W., Phakcharoen, H., 2020) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้และเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงส่วนใหญ่เป็นจังหวัดในภาคเหนือและภาคกลาง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน อาทิ ในภาคเหนืออาจมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงที่มีอยู่ในอาหารที่นิยมบริโภค เช่น น้ำพริก แหนม ใส่อั่ว และอาหารหมักดอง

(Krainara, K., 2022) หรืออยู่ในภูมิภาคที่เป็นพื้นที่ภูเขาสูงและสภาพอากาศที่หนาวเย็นอาจมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต เนื่องจากระดับออกซิเจนในอากาศลดลง ส่งผลให้ร่างกายต้องปรับตัว เพื่อรักษาการส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ (Siripanitch, S., Mueanphung P., et al, 2011) ส่วนในภาคกลางนิยมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มรสหวานรวมถึงอาหารสำเร็จรูปพร้อมรับประทานซึ่งทำให้มีโอกาสรับโซเดียมสูงและมีภาวะอ้วน โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ การรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล น้ำมัน แป้งสูง (Sanont, R, 2019) นอกจากนี้ อาจมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียดอันเนื่องมาจากรายได้ไม่พอเพียง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การแข่งขัน การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ และวิถีชีวิตที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น รวมถึงมีความเสื่อมของสภาพร่างกายและมีโรคร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายน้อยลง เหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ส่วนพื้นที่เสี่ยงต่ำเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งน่าจะมีสาเหตุจาก ผู้สูงอายุในภาคอีสานมักมีวิถีชีวิตเรียบง่าย เน้นการทำเกษตรหรือกิจกรรมกลางแจ้งที่ช่วยเผาผลาญพลังงานและส่งเสริมสุขภาพหัวใจ อาหารพื้นถิ่น เช่น ผักพื้นบ้านและปลาน้ำจืด ซึ่งมีโซเดียมต่ำ ช่วยลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การพึ่งพาอาหารสดและการบริโภคที่ไม่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมลดปัจจัยเสี่ยงได้อีกส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ ชุมชนอีสานมีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพทั้งในส่วนของกลุ่มเกษตรกรและองค์กรชุมชนได้รวมกลุ่มกันยื่นข้อเสนอให้แบนสารเคมีอันตราย เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม (National Health

Commission Office, 2019) การจัดตั้งพื้นที่ “ระเปียงเศรษฐกิจเขตเนสประเทศไทย” ในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อส่งเสริมการแพทย์และสุขภาพแบบองค์รวม (Suranaree University of Technology, 2022) อีกทั้งยังมีกลุ่มออกกำลังกายหรือการส่งเสริมอาหารสุขภาพระบบสุขภาพชุมชน เช่น อสม. มีบทบาทในการคัดกรองและติดตามโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถป้องกันและจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Samranbua, A., Thamchareontakul, B. et al., 2017)

ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำต่อโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ สัดส่วนผู้สูงอายุ ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์และดัชนีพหุผลด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคง โดยค่าเฉลี่ยของทั้งสามตัวแปรในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ ยกเว้นความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ที่พื้นที่เสี่ยงสูงมีค่าน้อยกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ สัดส่วนของผู้สูงอายุในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำนั้นสอดคล้องกับอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Policy and Strategy, 2023) ส่วนความหนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่าน้อยกว่าในพื้นที่เสี่ยงต่ำ ไม่ได้หมายความว่าประชาชนในพื้นที่นั้นดื่มแอลกอฮอล์มากเสมอไป บางพื้นที่มีร้านจำนวนมาก เพื่อตอบสนองนักท่องเที่ยวหรือผู้คนจากภายนอกพื้นที่ (McNeil, M., Inthawong, Y. et al., 2015) และที่ดัชนีพหุผลด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำนั้นอาจเกิดจากพื้นที่เสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับความสนใจจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ทำให้มีโครงการคัดกรองและดูแลสุขภาพประชากรสูงวัยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Verapol, K., Nithirat, B., 2020) นอกจากนี้ ประชากรในพื้นที่

ดังกล่าวมักมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค ช่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำที่อาจมีการตระหนักรู้ต่ำกว่า เหล่านี้อาจทำให้ดัชนีพัฒนาพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงในพื้นที่เสี่ยงสูงมีค่ามากกว่าพื้นที่เสี่ยงต่ำ (Luxsana, P., 2022) นอกจากนี้ ตัวแปรในดัชนีพัฒนาพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงมุ่งเน้นการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ การไม่ขัดสนทางวัตถุระดับรุนแรง และการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (NSO, 2024) ประชากรที่มีดัชนีพัฒนาพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงจึงอาจได้รับการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยจากสถานบริการสาธารณสุขได้มากกว่า ส่งผลให้พื้นที่ดังกล่าวมีอัตราป่วยสูง (Whitehead, M., 1992)

## สรุป

อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุรายจังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 มีค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ 40.07 (ต่ำสุด 26.83 สูงสุด 54.30) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 31.50) 11 จังหวัด (ร้อยละ 14.5) พบพื้นที่เสี่ยงสูง 12 จังหวัด (ร้อยละ 15.8) และพื้นที่เสี่ยงต่ำ 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.1) ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ ได้แก่ สัดส่วนของผู้สูงอายุ ( $P = 0.008$ ) ความ

หนาแน่นของจุดจำหน่ายแอลกอฮอล์ ( $P = 0.010$ ) และดัชนีพัฒนาพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคง ( $P = 0.018$ )

## ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) ควรจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรในการลดความเสี่ยงและดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เสี่ยงสูงและจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเป้าหมาย โดยเฉพาะจังหวัดที่มีประชากรสูงวัยและดัชนีพัฒนาพลังด้านการมีสุขภาพดีและความมั่นคงระดับสูง รวมถึงเร่งรัดและควบคุมกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2) ควรวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบันเพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและปัจจัยเสี่ยงให้ครบถ้วนและทันเวลา เพื่อเอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปใช้ในการวิจัยเชิงรุกอย่างทันท่วงที

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1) การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพื้นที่ของความสัมพันธ์ระหว่างอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ

2) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยให้ครอบคลุมตัวแปรด้านความเป็นเมือง การเคลื่อนย้ายประชากร ภาวะทางสังคม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

## เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health. (2022). Public Health Statistics 2022. Retrieved 5 August 2023 from <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127>

Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health. (2020). A guide to providing new-style diabetes and hypertension clinic services, focusing on people (for practitioners) 2563. Retrieved 22 August 2023 from <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8448>

- Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health. (2020). Handbook of Integrated, People-Centered Health Service in New Normal Diabetic&Hypertensive Clinic (For Healthcare Workers. Retrieved 22 April 2023  
[https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25631228144415PM\\_8.คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน%20ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25631228144415PM_8.คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน%20ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่.pdf)
- Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health. (2022). Final research report: Development of a new service model for patients with non-communicable diseases (diabetes and hypertension). Retrieved 22 April 2023 from [https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2023/01/research\\_01.pdf](https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2023/01/research_01.pdf)
- Ekpalakorn, W., Phakcharoen, H., Sathiannoppakao, W. (2021).The 6<sup>th</sup> National Health Examination Survey 2019-2020. Retrieved 22 August 2023 <https://www.hsri.or.th/printed-matter/399>
- IBM Corporation. (2023). SPSS Statistics (Version 29.0) [Computer software]. IBM Corporation.  
<https://muit.mahidol.ac.th/docs/users-guide/manual-install-programs/manual-spss/manual-install-spss29-windows/>
- Kanchanapibulwong, A., Khamwangsanga, P., Kaewta, S. eds. (2020). Situation report on NCDs, diabetes, hypertension and related risk factors 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing.
- Krainara, K. (2022). The Effect of Taste Stimulation Program fer Sodium Intake among High Risk of Hypertension. Thammasat University Hospital Journal. 7(3), 83-94. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/260570>
- Luc Anselin. (2023). Geoda TM (Version 1.20) [Computer software].  
[https://geodacenter.github.io/download\\_windows.html](https://geodacenter.github.io/download_windows.html)
- Luxsana, P. (2022). Perceived Health and Behavioral Health of Patients with Diabeted Mellitus in the Inter Medicine Ward ai Chumphon Khet Udomsak Hospital, Thailand. Thai Journal of Plublic Health and Health Sciences; TJPHS. 15-32. file:///C:/Users/to3ii/Downloads/002-%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%93%E0%B8%B2\_1.pdf
- Maaikien, S., Areechokchai, D., Saita, S., & Silawan, T. (2020). Time Series Analysis and Forecast of Influenza Cases for Different Age Groups in Phitsanulok Province, Northern Thailand. Current Applied Science and Technology, 20(2), 310-320. <https://doi.org/10.14456/cast.2020.18>
- McNeil, E., Inthawong, Y., Assanangkornchai, S. (2015) Access to alcohol and binge drinking among vocational college students: A multilevel study in a tourist destination province of Thailand. The International Journal of Alcohol and Drug Research, 5(2), 47-55.  
[https://www.researchgate.net/publication/307776379\\_Access\\_to\\_alcohol\\_and\\_binge\\_drinking\\_among\\_vocational\\_college\\_students\\_A\\_multilevel\\_study\\_in\\_a\\_tourist\\_destination\\_province\\_of\\_Thailand](https://www.researchgate.net/publication/307776379_Access_to_alcohol_and_binge_drinking_among_vocational_college_students_A_multilevel_study_in_a_tourist_destination_province_of_Thailand)
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2017). Active Ageing Index of Thai Elderly. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd.
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society . (2024). Active Ageing Index of in Thailand 2024. Text and Journal Publication Co., Ltd.
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society . (2021). The 2021 health behavior of population survey. Retrieved 22 August 2023 from  
[https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2023/20230505110449\\_84709.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505110449_84709.pdf)

- National Health Security Office. (2022). National Health Security System Development Report, Fiscal Year 2022. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership.
- National Health Security Office. (2019). A network of 38 civil society organizations and Isan farmers submitted a proposal to the Hazardous Substances Committee to ban 3 harmful chemicals. Retrieved 22 April 2025 from [https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?deptcode=odpc7&news=9879&news\\_views=155](https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?deptcode=odpc7&news=9879&news_views=155)
- Office of International Policy Development. (2017). Report on the burden of disease and injury in the Thai population 2014. Nonthaburi: The Graphic Systems Co., Ltd.
- Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health, (2023). Health Data Center (HDC). Retrieved 22 August 2023 from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3>
- Official statistics registration systems, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2023). Elderly population. Retrieved 22 August 2023 from <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
- QGIS Development Team. (2022). QGIS Geographic Information System (Version 30.30.3) [Computer software]. <https://www.qgis.org/en/site/index.html>
- Saita, S., Silawan, T., Parker, D. M., Sriwichai, P., Phuanukoonnon, S., Sudathip, P., Maude, R. J., White, L. J., & Pan-ngum, W. (2019). Spatial Heterogeneity and Temporal Trends in Malaria on the Thai–Myanmar Border (2012–2017): A Retrospective Observational Study. *Tropical medicine and infectious disease*, 4(2), 62. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020062>
- Saita, S., Maeakhian, S., & Silawan, T. (2022). Temporal Variations and Spatial Clusters of Dengue in Thailand: Longitudinal Study before and during the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Tropical medicine and infectious disease*, 7(8), 171. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7080171>
- Sanont, R. (2019). Marketing Communication of High Calories Food Related to Obesity Consumer Behavior in Adolescents. *PSAKU Intenational journal of interdisciplinary Research*, 8(2), 434-444. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3553086](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3553086)
- Samranbua, A., Thamchareontakul, B. Optianal Healthy Lifestyle for High Blood Pressure Reduction. *The Journal of Baromarajanani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(2), 121-132. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/105947/83994>
- Sammata, S., Boonsith, N., & Lekdee, K. (2015). Mathematical spatial analysis for multiple disease mapping application to hypertension and ischemic heart disease. Retrieved 22 August 2023 from [https://sci.rmutp.ac.th/web2558/wp-content/uploads/2017/09/research\\_2557/Exp/2557Exp\\_sunee.pdf](https://sci.rmutp.ac.th/web2558/wp-content/uploads/2017/09/research_2557/Exp/2557Exp_sunee.pdf)
- Siripanitch, S., Mueanphung P., Saengchanthip, A., Direkphok, B. (2011). Cold Weather Death Surveillance in Thailand, October 2010 – February 2011. *Weekly Epidemiological Surveillance Thailand*, 42(44). <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/view/2747/2550>
- Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health. (2022). Annual Report 2022. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing.
- Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health. (2023). Five-year government action plan (2023 - 2027). Retrieved 5 August 2023 from [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/MOPH\\_plan-66-70-for-web.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/MOPH_plan-66-70-for-web.pdf)

Suranaree University of Technology. (2022) SUT and the “Wellness Wconomic Corridor of Thailand” in Southern Isaan. Retrieved 22 April 2025 from <https://www.sut.ac.th/pridemag/article/detail/28>

The Excise Department. (2023). Number of registered alcohol-selling stores in 2022 [Personal communication]. 5 september 2023.

Verapol, K., Nithirat, B., (2020). The Delvelopment of Elderly Health Screening and Elderly Health Promoting Program for Preventive Long-Term Care, based on the Concept: “*Do not fall, do not forget, do not depress and good eats*” Regionak Helth Promotion Center 9 Journal, 14(34), 158-171. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242483/165587>

Whitehead, M. (1992). THE CONCEPTS AND PRINCIPLES OF EQUITY AND HEALTH. International Journal of Health Services, 22(3), 429–445. Retrieved 22 April 2025 from <http://www.jstor.org/stable/45131055>

World Health Organization (WHO). (2022). Global status report on noncommunicable disease 2022. Geneva: World Health Organization.

# The Policy recommendations on health safety measures for earthquake situations in Thailand

**Narong Chaitiang**

*Assistant Professor, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute*

\* Corresponding author: [narong@pi.ac.th](mailto:narong@pi.ac.th), [kongkangku69@gmail.com](mailto:kongkangku69@gmail.com)

## Academic article

### OPEN ACCESS

**Citation:** Chaitiang, N. The Policy recommendations on health safety measures for earthquake situations in Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 373-383. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/279843](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/279843)

Received: 30 March 2025

Revised: 20 April 2025

Accepted: 26 April 2025

### Abstract

This article is a study of health safety measures and earthquake warning systems in Thailand. The researcher studied various health safety measures published related to the earthquake on March 28, 2025.

The effects of the earthquake resulted in injuries and deaths from the collapse of buildings, damages to infra-structures for public utilities, fires, or electrical short circuits, causing injuries or deaths to people. Houses and buildings were damaged, unable to live in or worked in. There were mental health problems, such as stressed.

**Key points:** The disaster management level in the case of earthquakes has been announced to be raised to disaster management (Level 3) in accordance with the National Disaster Prevention and Mitigation Plan 2021-2027. The government policy will be implemented, as well as coordinated implementation, assessment, situation monitoring, surveillance, and analysis, to provide opinions to the Prime Minister for unified command.

**Policy implications:** In the future, an early warning system must be developed. and used in combination with Cell broadcast (emergency warning system), which can be sent by relying on the Cell. The important thing is, everyone must know how to survive.

**Keywords:** earthquake; safety measures; National Disaster Prevention and Mitigation

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เกี่ยวกับมาตรการป้องกันความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ จากสถานการณ์แผ่นดินไหว ในประเทศไทย

ณรงค์ ใจเที่ยง<sup>1\*</sup>

1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: narong@pi.ac.th, kongkangku69@gmail.com

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 30 มีนาคม 2568

วันแก้ไข 20 เมษายน 2568

วันตอบรับ 26 เมษายน 2568

บทความนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันความปลอดภัยด้านสุขภาพ และระบบเตือนภัยเมื่อเกิดสถานการณ์แผ่นดินไหว ในประเทศไทย โดยผู้ศึกษาทำการศึกษาจากมาตรการด้านความปลอดภัยสุขภาพที่ได้เผยแพร่อย่างหลากหลายจากสถานการณ์แผ่นดินไหว เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 ทำการศึกษากฎระเบียบ ข้อปฏิบัติการ และแนวทางในการเตรียมการรับกับสถานการณ์แผ่นดินไหว สำหรับประชาชนที่ได้รับความรู้สึกและอยู่ในเหตุการณ์

ผลของสถานการณ์แผ่นดินไหวส่งผลให้เกิดบาดเจ็บและเสียชีวิต จากการพังทลายของอาคาร สิ่งปลูกสร้าง เกิดอัคคีภัยหรือไฟฟ้าลัดวงจร ทำให้ประชาชนบาดเจ็บหรือเสียชีวิต บ้านเรือน อาคารพังเสียหาย ไม่สามารถเข้าไปอยู่อาศัยหรือเข้าไปทำงานได้ เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ประสบความเครียด เกิดความเสียหายต่อระบบสาธารณสุขภาค

ประเด็นสำคัญ: มีการประกาศยกระดับการจัดการสาธารณสุขภัยกรณีแผ่นดินไหว เป็นการจัดการสาธารณสุขภัยขนาด (ระดับ 3) เป็นไปตามแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570 โดยจะมีการดำเนินการและปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาล ตลอดจนอำนาจการประสานการปฏิบัติ ประเมิน ติดตามสถานการณ์ ฝ้าระวังและวิเคราะห์ เพื่อเสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อสั่งการ ให้เป็นไปอย่างมีเอกภาพ

นัยเชิงนโยบาย: ในอนาคตต้องพัฒนาระบบเตือนภัยล่วงหน้าให้ได้ และนำมาใช้ผสมผสานกับ Cell broadcast ( ระบบเตือนภัยฉุกเฉิน ) ส่งได้หมดด้วยการอาศัย Cell สิ่งที่ต้องทำคือ ทุกคนต้องรู้วิธีเอาตัวรอดให้ได้

คำสำคัญ: แผ่นดินไหว; มาตรการป้องกันความปลอดภัย; การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ

## บทนำ

กระทรวงมหาดไทยออก “กฎกระทรวง กำหนดการรับน้ำหนัก ความต้านทาน ความคงทนของ อาคาร และพื้นดินที่รองรับอาคารในการต้านทาน แรงสั่นสะเทือนของแผ่นดินไหว พ.ศ. 2564” ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2564 เพื่อใช้บังคับแทนกฎกระทรวงกำหนดการรับน้ำหนัก ฉบับเดิม พ.ศ. 2550 โดยให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 180 วันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป กฎกระทรวงฉบับใหม่นี้ได้ปรับปรุงบริเวณที่อาจได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหวให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันที่พบว่ามีพื้นที่เสี่ยงภัยแผ่นดินไหวในประเทศมากขึ้น จากเดิมมี บริเวณเฝ้าระวัง บริเวณที่ 1 และบริเวณที่ 2 โดยแบ่งใหม่เป็น 3 บริเวณ ได้แก่ (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

บริเวณที่ 1 (เดิมคือ บริเวณเฝ้าระวัง) มี 14 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร สงขลา สุราษฎร์ธานี โดยมีหลายจังหวัดที่เพิ่มเติมขึ้นมา ได้แก่ ตรัง นครพนม นครศรีธรรมราช บึงกาฬ ประจวบคีรีขันธ์ พิษณุโลก เพชรบุรี เลย สตูล และหนองคาย และมีบางจังหวัดที่ปรับย้ายไปเป็นบริเวณที่ 2 (พังงา ภูเก็ต ระนอง)

บริเวณที่ 2 (เทียบได้กับ บริเวณที่ 1 เดิม) เป็นบริเวณที่อาจได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง มี 17 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร โดยมีจังหวัดที่ปรับย้ายมาจากบริเวณเฝ้าระวังเดิม คือ พังงา ภูเก็ต ระนอง และมีจังหวัดที่เพิ่มเติมขึ้นมา ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท นครปฐม นครสวรรค์ พระนครศรีอยุธยา ราชบุรี สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี และอุทัยธานี

บริเวณที่ 3 (เทียบได้กับ บริเวณที่ 2 เดิม) เป็นบริเวณที่อาจได้รับผลกระทบในระดับสูง มี 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเดิม 10 จังหวัด คือ กาญจนบุรี เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน พะเยาแพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และลำพูน และเพิ่มขึ้น 2 จังหวัด คือ สุโขทัย และอุดรธานี

สำหรับประเภทอาคารที่ใช้บังคับตามกฎหมายฉบับนี้ ได้ปรับปรุงและเพิ่มเติมมากขึ้นในทั้ง

สามบริเวณรายละเอียดในข้อ 4 ของกฎกระทรวง ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับการออกแบบและคำนวณโครงสร้างอาคารเพื่อต้านทานแรงสั่นสะเทือนของแผ่นดินไหว ไม่ได้บรรจุไว้ในกฎกระทรวงฉบับนี้ แต่จะเป็นไปตามที่รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมอาคารประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา หรือหลักเกณฑ์บางส่วนอาจเป็นไปตามที่มีการจัดทำขึ้นโดยส่วนราชการที่มีหน้าที่และอำนาจในเรื่องนั้น ซึ่งจะทำให้การปรับปรุงหลักเกณฑ์ต่างๆ ให้มีความทันสมัยเป็นไปได้ง่ายขึ้น โดยคาดว่าจะมีการออกประกาศกำหนดรายละเอียดเพื่อใช้ในการออกแบบและคำนวณภายในระยะเวลาก่อนการใช้บังคับกฎกระทรวงฉบับนี้

## ความเป็นมาของแผ่นดินไหวในประเทศไทย

แนวโน้มการเกิด **แผ่นดินไหว** ในประเทศไทยส่วนใหญ่มักเกิดตาม แนวรอยเลื่อนที่มีพลัง ซึ่งความจริงแล้วประเทศไทยมี แนวรอยเลื่อนส่วนใหญ่อยู่ที่ ภาคเหนือ และฝั่งตะวันตก ขณะที่แผ่นดินไหวขนาดใหญ่ก็ไม่ได้เกิดบ่อยเท่ากับพื้นที่ประเทศที่อยู่บริเวณ Ring Of Fire แต่รอยเลื่อนในไทยก็ประมาณไม่ได้ เพราะถือว่าเป็นรอยเลื่อนที่ยังมีพลังอยู่ แม้ในช่วงก่อนหน้านี้ไม่เคยเห็นแผ่นดินไหวขนาดใหญ่บ่อยครั้ง (Wanichchai P. 2024) แต่มันก็เคยเกิดขึ้นมาแล้ว เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2557 ที่ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย เมื่อ 10 ปีก่อน เหตุแผ่นดินไหวครั้งนั้น มีขนาด 6.3 อยู่บริเวณ อ.แม่ลาว, พาน และ อ. แม่สวาย แต่ตอนนั้นพื้นที่ดังกล่าวมีประชากรไม่ค่อยหนาแน่น จึงมีอาคารเสียหายมากกว่า 10,000 หลัง มีอาคารที่อันตรายได้รับความเสียหายประมาณ 400-500 หลัง อาคารที่พังถล่มมาประมาณ 20-30 หลัง นี่อาจเป็นเหตุการณ์ครั้งแรกสำหรับหลาย ๆ คนในยุคนี้ และเป็นครั้งล่าสุดที่เกิดแผ่นดินไหวในไทย ซึ่งประชาชนได้สัมผัสและเห็นภาพความรุนแรง ย้อนกลับไปดูเรื่องราวการเกิดแผ่นดินไหวในประเทศไทย พบว่าเหตุการณ์แผ่นดินไหวระดับ 6 ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นยากเย็นขนาดนั้น จริง ๆ แล้วพื้นที่ภาคเหนือ หรือบริเวณนั้นเกิดแผ่นดินไหวขนาด 6 กว่า ๆ อยู่บ่อยพอสมควรในประเทศเมียนมา และในลาว ที่เรียกว่าใกล้ ๆ พรมแดนไทย

“แม้รอยเลื่อนพวกนั้นมีศักยภาพ แต่ก็ต้องใช้เวลาสะสมพลังงานเป็นเวลานานหลายร้อย หลายพันปี ถึงจะผลิตขึ้นมาสักครั้งหนึ่ง แต่เนื่องจากมีหลายรอย อาจจะได้เจอมันทุก ๆ 200 ปี 300 ปี สักลูกหนึ่ง เพียงแต่เราไม่รู้ว่าจะมันจะไปเกิดที่ไหน มันอาจจะเกิดที่เชียงราย ที่เชียงใหม่ ลำปาง หรืออาจจะเกิดที่ จ. น่าน มันเกิดตรงไหน เราแก่งไม่ถูก เพราะเราไม่สามารถพยากรณ์ได้ ดังนั้นในภาพรวม ๆ พื้นที่ภาคเหนือ และฝั่งตะวันตกของเรามีความเสี่ยงชัดเจน ซึ่งที่ผ่านมาการเตรียมพร้อมรับมือของเรายังดีไม่พอ” (ธีรพันธ์ อรรถธรรมรัตน์, 2568)

แผ่นดินไหวเป็นภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นตรงบริเวณแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวซึ่งเป็นบริเวณพื้นที่เฉพาะ และ

สามารถเกิดซ้ำในบริเวณเดิมได้เมื่อเว้นช่วงเวลานานๆ บางครั้งนานหลายร้อยปี หรือหลายพันปี ความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องของแผ่นดินไหว ทำให้เราทราบถึงธรรมชาติของ สาเหตุการเกิดแผ่นดินไหว ตลอดจนลักษณะ ความรุนแรงของภัยแผ่นดินไหว ความถี่มากน้อยของการเกิดแผ่นดินไหวตรง ตำแหน่งต่างๆ บนโลกบริเวณใด ซึ่งผู้ที่อยู่อาศัยใกล้บริเวณนั้นๆ มีความเสี่ยงต่อภัยแผ่นดินไหวมากกว่าบริเวณอื่น ตัวอย่างเช่น อาศัยใกล้ รอยเลื่อนมีพลัง หรือใกล้แนวแผ่นดินไหวของโลก ใกล้ภูเขาไฟ (Burin Wechabattan, 2011)

### สาเหตุการเกิดแผ่นดินไหว

ประกอบด้วยสาเหตุการเกิดจากปัจจัยดังนี้ (Burin Wechabattan, 2011)

| เกิดภายในโลก   | เกิดภายนอกโลก  | ทั้งภายในและภายนอกโลก              |
|--|--|------------------------------------|
| แผ่นดินไหวเกิดจากรอยเลื่อน<br>ระเบิดใต้ดิน<br>การไหลหมุนเวียนของน้ำใต้ดิน<br>การเคลื่อนตัวของหินหลอมละลาย<br>การเปลี่ยนแปลงสถานะใต้ดิน<br>การทำเหมือง<br>การยุบตัวใต้ดิน | ลม ความดันบรรยากาศ<br>คลื่นในทะเล น้ำขึ้นหรือลง<br>ความสั่นสะเทือนจากกิจกรรมของมนุษย์<br>เช่น จรวด ระเบิดเป็นต้น<br>การชนของอุกกาบาต | การระเบิดของภูเขาไฟ<br>แผ่นดินถล่ม |

**ตัวอย่าง** การเกิดแผ่นดินไหวโดยธรรมชาติ (กรมอุตุฯ วิทยาลัย, 2565)

- แผ่นดินไหวเกิดจากแรงภายในเปลือกโลก (Tectonic Earthquake)
- แผ่นดินไหวเกิดจากภูเขาไฟระเบิด (Volcano Eruption)
- แผ่นดินไหวเกิดจากการยุบตัวหรือพังทลายของโพรงใต้ดิน (Implosion)
- ความสั่นสะเทือนจากคลื่นมหาสมุทร (Oceanic Microseism)

**ตัวอย่าง** การเกิดแผ่นดินไหวโดยการกระทำของมนุษย์

- เหตุการณ์ที่ควบคุมได้ เช่น การระเบิด หรือจากกิจกรรมต่างๆของมนุษย์ เช่น การจรวด เครื่องจักรเครื่องยนต์ การระเบิดบนพื้นผิวหรือใต้ดิน
- แผ่นดินไหวจากการกระตุ้น (Induced or Triggered Events) เช่น การสร้างอ่างเก็บน้ำในบริเวณใกล้รอยเลื่อนมีพลัง การทำเหมือง การฉีดของเหลวลงใต้ดิน เป็นต้น
- ความสั่นสะเทือนหรือแผ่นดินไหวที่เกิดจากมนุษย์ส่วนมากไม่ก่อความเสียหายรุนแรงซึ่ง

ต่างจากแผ่นดินไหวที่เกิดโดยธรรมชาติและ  
ทำความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของ  
มนุษย์เป็นจำนวนมากได้แก่ แผ่นดินไหวซึ่ง  
เกิดจากแรงเทคโทนิคในเปลือกโลก

**ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผ่นดินไหวเนื่องจากแรงเทคโทนิคนี้  
ได้แก่ (บุรินทร์ เวชบรรเทิง, 2549).**

ก. ลักษณะโครงสร้างของโลก ซึ่งสามารถแบ่งได้  
คร่าวๆ เป็น 3 ส่วน คือ

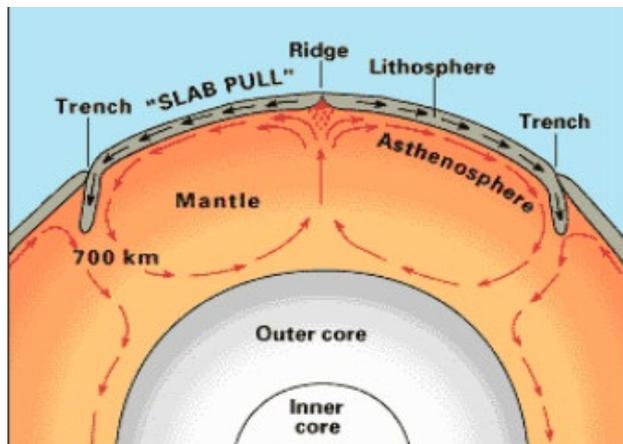
- ส่วนที่เป็นแกนโลกอยู่ลึกที่สุดและมีอุณหภูมิสูง  
มากซึ่งเป็นต้นกำเนิดทำให้ชั้นหินหลอมละลายมีการเคลื่อน  
ตัวอย่างช้าๆ

- ส่วนที่เป็นชั้นหินหลอมละลาย เป็นของแข็งแต่มี  
คุณสมบัติของการเคลื่อนตัวคล้ายของเหลวแต่มีความเร็วช้า  
มากอยู่ในระดับหลายเซนติเมตรต่อปี

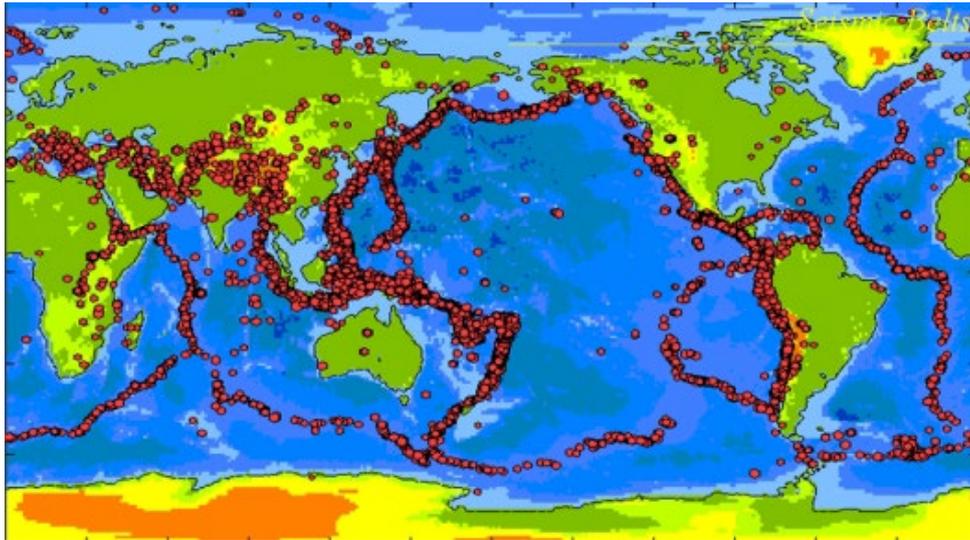
- ส่วนที่เป็นเปลือกโลก เปลือกโลกที่ห่อหุ้มโลกอยู่  
มีความหนาน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของโลก และ  
ไม่ได้เป็นชั้นเดียวกัน แบ่งออกเป็นชั้นใหญ่ๆได้ประมาณ 10  
ชั้น

ข. การเคลื่อนตัวของเปลือกโลกชั้นต่างๆ เนื่องจาก  
ชั้นหินหลอมละลายได้รับพลังงานความร้อนจากแกนโลก  
และลอยตัวขึ้นผลักดันเปลือกโลกอยู่ตลอดเวลา ดังรูปที่ 1  
เป็นภาคตัดขวางของโลก โดยเปลือกโลกอยู่ตอนบน นับลิบ  
ชั้นประกบกันเป็นทรงกลม แผ่นเปลือกโลกแต่ละชั้นจะมีทิศ  
ทางการเคลื่อนตัวต่างๆ กัน พร้อมกับสะสมพลังงานไว้

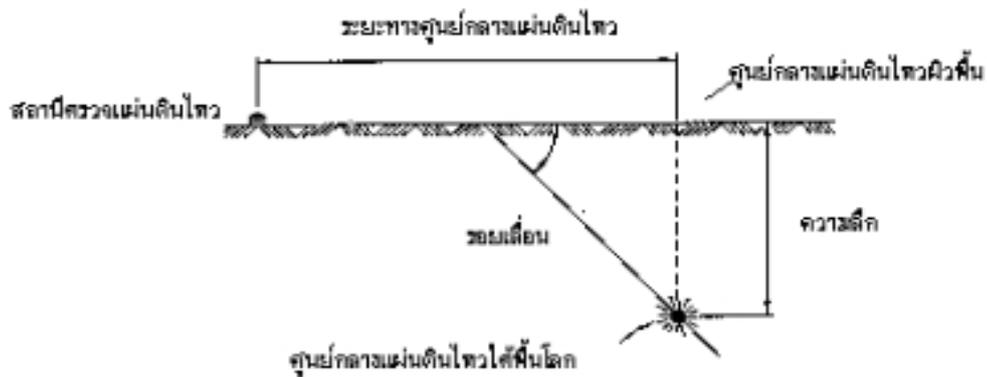
ภายในทรงบริเวณขอบของเปลือกโลกซึ่งเป็นส่วนที่มีการชน  
กันหรือเสียดสีกันหรือแยกจากกัน หากบริเวณขอบของชั้น  
เปลือกโลกใดๆ ที่บดอัดกันไม่สามารถทนแรงอัดได้ก็จะ  
แตกหักและมีการเคลื่อนตัวโดยฉับพลันปลดปล่อยพลังงาน  
ในรูปของการสั่นสะเทือน หรือบางครั้งผลักดันให้เปลือกโลก  
อีกชั้น คดโค้งต้อจากนั้นเมื่อสะสมพลังงานมากก็จะดีดตัว  
กลับเพื่อรักษาสมดุลกระตุ้นให้เกิดความสั่นสะเทือนแผ่  
กระจายไปทุกทิศทาง บริเวณนี้จะเป็นบริเวณที่มี  
แผ่นดินไหวขนาดใหญ่ โดยบริเวณขอบของแผ่นเปลือกโลก  
ที่ต้อกันจะเป็นแนวแผ่นดินไหวของโลกแสดงดังรูปที่ 2 หาก  
พาดผ่านหรืออยู่ใกล้กับประเทศใด ประเทศนั้นจะมีความ  
เสี่ยงต่อภัยแผ่นดินไหวค่อนข้างสูง เช่น ประเทศญี่ปุ่น  
ฟิลิปปินส์ ชิลี สหรัฐอเมริกา เป็นต้น นอกจากนั้นแรงที่  
สะสมในเปลือกโลกยังถูกส่งผ่านเข้าไปในพื้นที่ตรง  
บริเวณรอยร้าวของหินใต้พื้นโลกหรือที่เรียกว่า รอยเลื่อน  
(Fault) เมื่อรอยเลื่อน ไม่สามารถทนแรงที่บดอัดได้ก็จะมี  
การเคลื่อนตัวอย่างฉับพลันเช่นกัน เพื่อปรับความสมดุลของ  
แรงกระตุ้นให้เกิดแผ่นดินไหว กระจายคลื่นความ  
สั่นสะเทือนไปทุกทิศทาง เรียกบริเวณที่เกิดแผ่นดินไหว  
ภายในเปลือกโลกใต้พื้นดินว่า ศูนย์กลางแผ่นดินไหวที่  
แท้จริง (Hypocenter) และเรียกบริเวณที่เกิดแผ่นดินไหว  
ตรงผิวพื้นข้างบนซึ่งสามารถกำหนดพิกัดเป็นตำบลที่  
ละติจูดและลองจิจูด ว่าศูนย์กลางแผ่นดินไหวบนผิวพื้น  
(Epicenter) แสดงดังรูปที่ 3



รูปที่ 1 การเคลื่อนตัวของหินหลอมละลาย ภายในโลก  
(ที่มาของภาพ: The United States Geological Survey (USGS))



รูปที่ 2 แนวแผ่นดินไหวของโลก (ที่มาของภาพ: The United States Geological Survey (USGS))



รูปที่ 3 Hypocenter และ Epicenter

(ที่มาของภาพ: The United States Geological Survey (USGS))

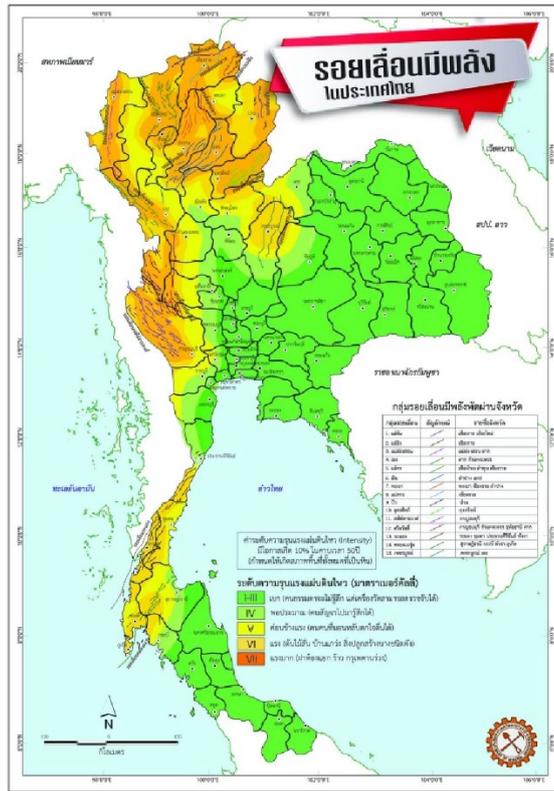
### แหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวในประเทศไทยและพื้นที่เสี่ยงแผ่นดินไหว

กรมทรัพยากรธรณีแบ่งกลุ่มรอยเลื่อนมีพลังออกเป็น 15 กลุ่ม ส่วนมากมีตำแหน่งบริเวณ ภาคเหนือและด้านตะวันตกของประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบสิ่งก่อสร้างด้านแผ่นดินไหว ในบริเวณใกล้รอยเลื่อนมีพลัง ปัจจุบันในแต่ละรอยเลื่อนมีพลังปรากฏว่าเกิดแผ่นดินไหวตั้งแต่ขนาดเล็กจนถึงขนาดกลางซึ่งแสดงถึงว่าเปลือกโลกมีการเคลื่อนตัวและขยับตัวปลดปล่อยพลังงาน

มาเป็นระยะๆ โดยทั่วไปแผ่นดินไหวมีคาบการเกิดซ้ำในบริเวณรอยเลื่อนมีพลังความยาวนานของการเกิดแผ่นดินไหวขึ้นกับลักษณะการสะสมพลังงานภายในเปลือกโลก การศึกษาให้ทราบถึง ลักษณะเฉพาะของแต่ละรอยเลื่อนมีพลังจะทำให้ทราบถึง ขนาดและช่วงเวลาการเกิดแผ่นดินไหวในอดีตซึ่งอาจทำให้เข้าใจการเกิดแผ่นดินไหวย้อนไปหลายพันปี สำหรับประเทศไทยนักธรณีวิทยาได้เริ่มทำการสำรวจและศึกษารอยเลื่อนมีพลังแล้วในหลายกลุ่มรอยเลื่อนพบว่าหลายกลุ่มรอยเลื่อนมีพลังมีศักยภาพ

ทำให้เกิดแผ่นดินไหวในระดับขนาดปานกลางจนถึงขนาดใหญ่แต่คาบการเกิดซ้ำค่อนข้างยาวนานหลายร้อยหรือหลายพันปี อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัย ทุกกลุ่มรอยเลื่อนมีพลังซึ่งต้องการเวลาบุคลากรและงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบชัดถึงลักษณะแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวที่เป็นอันตราย

ต่อชุมชนที่อยู่ใกล้ๆ โดยสรุป บริเวณพื้นที่เสี่ยงภัยแผ่นดินไหวในประเทศไทยเป็นบริเวณใกล้รอยเลื่อนมีพลังในภาคเหนือ ภาคกลางด้านตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ (Department of Mineral Resources, 2011)



รูปที่ 4 รอยเลื่อนมีพลังในประเทศไทย 13 กลุ่ม (Department of Mineral Resources) (ที่มาของภาพ: The United States Geological Survey (USGS))

### สถานการณ์แผ่นดินไหวในประเทศไทย

ภัยแผ่นดินไหวยังคงเป็นภัยธรรมชาติที่ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ การป้องกันและบรรเทาภัยแผ่นดินไหวที่มีประสิทธิภาพด้วยเทคโนโลยีและความรู้ในปัจจุบันจำเป็นต้องการข้อมูลความสั่นสะเทือนของพื้นดินที่ถูกต้องจากระบบตรวจวัดที่มีมาตรฐาน สำหรับงานด้านแผ่นดินไหวและวิศวกรรมแผ่นดินไหว ปัจจุบันหน่วยงานที่มีระบบเครือข่ายตรวจความสั่นสะเทือนในระดับชาติและเป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ กองเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา ทำหน้าที่ในการตรวจและวิเคราะห์

แผ่นดินไหวทั้งภายในและต่างประเทศ โดยมีเครือข่ายสถานีตรวจแผ่นดินไหวแบบอัตโนมัติ สถานีตรวจวัดอัตราเร่งของพื้นดิน สถานีวัดการเคลื่อนตัวของเปลือกโลก และสถานีวัดระดับน้ำทะเล ติดตั้งอยู่ทั่วประเทศไทย เพื่อตรวจวัด ฝ้าระวัง และให้บริการข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องภัยแผ่นดินไหวในประเทศอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ตลอดจนแจ้งเตือนภัยให้กับพื้นที่เสี่ยงภัยกรณีเกิดแผ่นดินไหวใหญ่ในทะเล (Earthquake Monitoring Division, Meteorological Department, 2025)

การเตรียมการล่วงหน้าเพื่องานป้องกันภัยแผ่นดินไหว เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจำเป็นต้องเตรียมพร้อมก่อนล่วงหน้าเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์ และหลังเหตุการณ์ จำเป็นต้องมีการวางแผน ทั้งทางด้านนโยบาย ด้านปฏิบัติการ ด้านวิชาการ วิเคราะห์วิจัย และด้านมวลชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อเกิดภัย เว็บไซต์นี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะบรรลุถึง วัตถุประสงค์ และภารกิจ ข้างต้น แม้ว่าจากสถิติในอดีตประเทศไทยจัดว่าอยู่ในบริเวณที่มีความเสี่ยงภัยแผ่นดินไหวน้อยกว่าบริเวณอื่นๆ ของโลก แต่มีได้หมายความว่า ประเทศไทยปลอดภัยจากภัยแผ่นดินไหว

ประเทศไทยเผชิญเหตุแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในรอบหลายปี 28 มีนาคม 2568 เมื่อเวลา 13:20 น. เกิดแผ่นดินไหวขนาด 7.4 ที่ประเทศเมียนมา บริเวณทิศตะวันตกเฉียงเหนือของ อ.ปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน ห่างจากชายแดนไทยประมาณ 326 กิโลเมตร ความลึกเพียง 10 กิโลเมตรเท่านั้น ต่อมาเวลา 14.45 น. กรมอุตุนิยมวิทยาแจ้งว่าแผ่นดินไหวครั้งนี้มีขนาดแรง 8.2 แรงสั่นสะเทือนแผ่ออกมาเป็นวงกว้าง รู้สึกได้ตั้งแต่ภาคเหนือ ภาคกลาง จนถึงกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตามรายงานจากกองเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา ขณะนี้เจ้าหน้าที่กำลังเร่งประเมินความเสียหาย ขณะที่ประชาชนทั่วประเทศอยู่ในภาวะตื่นตัว เตรียมรับมือกับอาฟเตอร์ช็อกที่อาจตามมา แรงสั่นสะเทือนรู้สึกได้ชัดเจนในหลายจังหวัดภาคเหนือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และ ลำปาง โดยประชาชนจำนวนมากวิ่งออกจากอาคารบ้านเรือนด้วยความตกใจในกรุงเทพฯ ผู้ที่อยู่ในอาคารสูงรายงานว่ารู้สึกถึงการโยกเยกนานกว่า 20 วินาที บางสำนักงานสั่งอพยพพนักงานลงสู่พื้นราบเพื่อความปลอดภัย ด้านกรมอุตุนิยมวิทยายังคงเฝ้าติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด และเตือนให้ระวังแรงสั่นสะเทือนรอบ 2 ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอด 24 ชั่วโมงนี้ ถึงแม้ว่าจุดศูนย์กลางจะอยู่นอกประเทศไทย แต่รอยเลื่อนในภาคเหนือของไทย เช่น รอยเลื่อนแม่จันและรอยเลื่อนผาคา อาจถูกกระตุ้นจากเหตุการณ์นี้ได้ ผู้เชี่ยวชาญระบุว่าแผ่นดินไหวระดับต้นเช่นนี้มักส่งผลให้การสั่นสะเทือนแผ่

ไกล แม้จะยังไม่มีรายงานความเสียหายรุนแรงหรือผู้บาดเจ็บอย่างเป็นทางการ แต่หน่วยงานท้องถิ่นในจังหวัดเสี่ยงได้เริ่มตั้งศูนย์ประสานงานฉุกเฉินแล้ว (Thaipbs, 2025)

ความเสียหายไม่ได้เกิดเฉพาะกรุงเทพฯ เท่านั้น (BBC, 2025) กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) รายงานว่า เหตุแผ่นดินไหวศูนย์กลางที่ประเทศเมียนมาขนาด 8.2 ลึกลงไปได้ดิน 10 กิโลเมตร ในช่วงปลายของเมื่อนานนี้ ทำให้ประชาชนในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทยได้รับผลกระทบเป็นวงกว้าง สามารถรับรู้แรงสั่นไหวได้ในพื้นที่รวม 57 จังหวัด โดยเบื้องต้นได้รับรายงานความเสียหายใน 13 จังหวัด และกรุงเทพมหานครนอกจากนี้ได้มีการประกาศเขตการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินแล้ว 2 จังหวัด ได้แก่ จ.ปทุมธานี และ จ.แพร่ รวมทั้งกรุงเทพมหานครที่มีการประกาศเขตพื้นที่ประสบภัยพิบัติเพิ่มพื้นที่สำหรับความเคลื่อนไหวหลังเหตุแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในเมียนมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อมายังประเทศไทย อาฟเตอร์ช็อกในเมียนมายังมีต่อเนื่อง

เช้าของวันที่ 29 มี.ค.2568 กรมอุตุนิยมวิทยารายงาน(กองเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา,2568) จำนวนอาฟเตอร์ช็อกจนกระทั่งถึงเวลา 06.00 น. จากแผ่นดินไหวกลุ่มรอยเลื่อนสะกาย บริเวณประเทศเมียนมา พบจำนวน 77 ครั้ง โดยอาฟเตอร์ช็อกที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงต่ำ หลายพื้นที่ของประเทศไทยไม่รู้สึกถึงแรงสั่นไหว ขณะเดียวกันตั้งแต่เวลา 22.00 น. ถึง 08.00 น. ตามรายงานของกองเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา พบแผ่นดินไหวที่มีจุดศูนย์กลางในประเทศไทยแล้ว 18 ครั้ง หลายอำเภอในจังหวัดทางภาคเหนือของไทย ซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดความรุนแรงต่ำไม่รู้สึกถึงแรงสั่นสะเทือน เช่น บางอำเภอของ จ.แม่ฮ่องสอน, อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย, อ.พร้าว จ.เชียงใหม่, จ.ลำปาง, จ.พิจิตร, จ.พิษณุโลก อย่างไรก็ตาม อาฟเตอร์ช็อกครั้งหนึ่งเมื่อเวลา 23.21 น. ที่ ต.เวียงเหนือ อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน มีขนาด 4.1 ซึ่งเป็นระดับที่มีผู้รู้สึกถึงแรงสั่นสะเทือนได้ ตึกสูงคอนกรีตหลายแห่งดเคี้ยวหัก อาศัย การตรวจสอบความปลอดภัยโครงสร้างดำเนินการ

อย่างไร ที่ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์กรุงเทพมหานคร มีการประชุมสรุปความคืบหน้าสถานการณ์แผ่นดินไหวในหลายส่วนงาน โดยความเคลื่อนไหวสำคัญคือการส่งวิศวกรอาสาเข้าตรวจสอบอาคารสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ในพื้นที่ กทม. และต่างจังหวัด ตัวแทนจากกรมโยธาธิการฯ รายงานที่ศูนย์บัญชาการพบว่าได้ดำเนินการตรวจสอบอาคารโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ รพ.ราชวิถี, รพ.พระมงกุฎเกล้า และ รพ.เลิดสิน ซึ่งมีอาคารของ รพ.ราชวิถี ที่ต้องระงับการใช้อาคารเบื้องต้นจะต้องตรวจสอบอาคารสูง อาคารขนาดใหญ่ที่ได้รับผลกระทบบางส่วน และ 3 โรงพยาบาลพบว่า รพ.ราชวิถี เป็นแห่งที่เจอนักที่สุตตรงบริเวณลิฟต์เฮลิคอปเตอร์ที่พบการแตกเห็นเหล็ก ซึ่งตีก็มีความสูง 20 ชั้น โดยระงับการใช้อาคาร ส่วนอาคารอื่น ๆ ยังมีความปลอดภัย สำหรับบ้านเรือนประชาชนจะมีการแจ้งเตือนผ่านระบบทราฟฟี่ฟองดูว์ (Traffy Fondue) ของ กทม. และประสานให้วิศวกรอาสาลงไปดำเนินการตรวจสอบเกี่ยวกับความเสียหายของอาคารบ้านพักต่อไป (bangkokbiznews, 2025)

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เกี่ยวกับมาตรการป้องกันความปลอดภัยทางด้านสุขภาพจากสถานการณ์แผ่นดินไหว ในประเทศไทย

ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่จะมีความถี่ของการเกิดภัยสูงขึ้น ซึ่งก่อให้เกิด การเสียชีวิต สูญหาย และทรัพย์สินเสียหายเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม การท่องเที่ยว ทำให้ การพัฒนาประเทศหยุดชะงักลง ดังเช่นประเทศญี่ปุ่น สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สำหรับ ประเทศไทยมีเหตุการณ์แผ่นดินไหวเกิดขึ้นหลายครั้ง โดยเกิดบริเวณแนวรอยเลื่อนในภาคตะวันตกและภาคเหนือ และ สร้างความเสียหายต่อสิ่งก่อสร้างโดยเฉพาะอาคารและบ้านพักอาศัยแต่ก็ยังไม่มียางานว่าเคยเกิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ ในประเทศไทย อย่างไรก็ตามหากเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่จากแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวที่มีศูนย์กลางอยู่ในทะเลอันดามัน หรือทางตอน

ใต้ของสาธารณรัฐประชาชนจีน หรือสภาพพม่าอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อจังหวัดทางภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันตก และกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากการศึกษาทางด้านธรณีวิทยา จังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทยมีโอกาสที่จะมีแผ่นดินไหวเกิดขึ้นถึง 62 จังหวัด และเมื่อเกิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่จะส่งผลให้เกิดอาคารถล่มตามมา ซึ่งจะสร้างความสูญเสียแก่ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนอย่างมหาศาลจนมีอาจประมาณค่าได้ ดังนั้นหน่วยงานกลางของรัฐในการดำเนินการเกี่ยวกับ การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของประเทศ จะต้องมีการทบทวนแผนแม่บทป้องกันและบรรเทาภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม เพื่อใช้บริหารจัดการในการลดความสูญเสียและลดผลกระทบจากภัยแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม และเป็นแผนเฉพาะที่สนับสนุนแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ สำหรับให้องค์กรเครือข่ายตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม จังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน มูลนิธิ และองค์กรการกุศล สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการภัย จากแผ่นดินไหวและอาคารถล่มได้อย่างเป็นระบบ และเป็นรูปธรรม โดยที่ผ่านมามีคณะกรรมการได้ให้ความเห็นชอบแผนแม่บท ของกรมบรรเทาและป้องกันสาธารณภัย เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2556 เพื่อใช้เป็นแผนกลยุทธ์เชิงรุก (Proactive) ที่ใช้บริหารจัดการในการลดความสูญเสีย และลดผลกระทบจากภัยแผ่นดินไหวและอาคารถล่มของประเทศไทย และมอบหมายให้กระทรวง กรม องค์กรและ หน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ จังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ ถือปฏิบัติตาม แผนแม่บทป้องกันและบรรเทาภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม ดังนั้นแผนแม่บทจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานทุกภาคส่วน ในการเตรียมการและการปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดจากภัยแผ่นดินไหวและอาคารถล่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ

สามารถลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและของรัฐให้น้อยที่สุด

หลังเหตุการณ์แผ่นดินไหว รัฐบาลได้มีการตอบสนองอย่างเร่งด่วน โดยรัฐบาลมีข้อสั่งการให้กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (DES) ดำเนินการแจ้งเตือนภัยผ่านระบบ Cell Broadcast และประกาศให้กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ฉุกเฉิน รวมถึงมีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการภัยพิบัติในกรุงเทพฯ และสั่งการให้ทุกหน่วยงานเตรียมพร้อมดูแลความปลอดภัย พร้อมกับเรียกร้องให้ประชาชนติดตามข่าวสารอย่างใกล้ชิด และระมัดระวังอาพเตอร์ซ็อกที่อาจเกิดขึ้น การพัฒนานี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามของภาครัฐในการปรับปรุงช่องทางการสื่อสารและแจ้งเตือนภัยให้ครอบคลุมสถานการณ์ฉุกเฉินที่หลากหลายมากขึ้น แม้จะเป็นการตอบสนองหลังเกิดเหตุ แต่ก็เป็นการเร่งยกระดับระบบเตือนภัยที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## สรุป

จากสถานการณ์แผ่นดินไหวบนบกบริเวณประเทศเมียนมา ขนาด 8.2 ความลึก 10 กิโลเมตร ที่เกิดขึ้นเมื่อเวลา 13.20 น. ของวันที่ 28 มีนาคม 2568 ส่งผลให้กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ได้รับความเสียหายและก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินของประชาชนเป็นบริเวณกว้าง รัฐบาลได้มีความห่วงใยในความปลอดภัยของประชาชน รวมถึงการบริหารจัดการสาธารณภัยที่เกิดขึ้น จึงได้มีการประกาศยกระดับการจัดการสาธารณภัยกรณีแผ่นดินไหวเป็นการจัดการสาธารณภัยขนาด (ระดับ 3) โดยมีนายอนุทิน ชาญวีรกูล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในฐานะผู้บัญชาการป้องกันและบรรเทาแห่งชาติเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ ซึ่งเป็นไปตามแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2570 ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (Bangkok Business Media Co., Ltd. ,2022)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อจัดการความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยลดความเปราะบางและความอ่อนแอ พร้อมเพิ่มขีดความสามารถในการเตรียมพร้อมรับมือกับสาธารณภัยที่เกิดขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการและการประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านสาธารณภัย เสริมสร้างระบบบริหารจัดการ การวิจัย นวัตกรรม เทคโนโลยีและภูมิปัญญา ใช้เพิ่มศักยภาพในการป้องกันและจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนัก และเข้าร่วมความเป็นหุ้นส่วนในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยอย่างยั่งยืน ยกระดับมาตรฐานการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยในระดับชาติและนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการในภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการ เป็นการกำหนดแนวทางของการจัดตั้งองค์กรปฏิบัติการในการจัดการภาวะฉุกเฉินและแนวทางปฏิบัติการสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน เป็นการดำเนินงานภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ชุมชนหรือสังคมสามารถฟื้นฟูกลับมาได้อย่างยั่งยืน

โดยจะมีการดำเนินการและปฏิบัติการนโยบาย รัฐบาลตลอดจนอำนาจการประสานการปฏิบัติ ประเมินติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังและวิเคราะห์ เพื่อเสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อสั่งการ ให้เป็นไปอย่างมีเอกภาพ

จากระบบเตือนภัยในปัจจุบันของไทย มีโครงการพัฒนาระบบแจ้งเตือนภัยพิบัติแห่งชาติ ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (MDES) โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ระบบ SMS: เริ่มใช้งานแล้ว เชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ และกรมอุตุนิยมวิทยา แอปพลิเคชัน THAI DISASTER ALERT: พัฒนาโดย ปภ. สามารถแจ้งเตือนภัย

พิบัติทุกประเภท รวมถึงให้ข้อมูลสถานการณ์ภัย สภาพอากาศ และคาดการณ์ฝน Cell Broadcast Service (CBS): ระบบที่สามารถส่งข้อความแจ้งเตือนภัยฉุกเฉินไปยังโทรศัพท์มือถือทุกเครื่องที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยได้พร้อมกันทันที ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบที่มีอยู่ล้มเหลว: มีรายงานว่าแอปพลิเคชันของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) และเว็บไซต์ของกองเฝ้าระวังแผ่นดินไหวไม่

สามารถใช้งานได้ในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นทางการได้ อย่างไรก็ตาม แม้ภัยแผ่นดินไหวจะเป็นภัยธรรมชาติที่ไม่สามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ แต่การส่งข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับขนาดและจุดศูนย์กลางของแผ่นดินไหวในพื้นที่ที่เกิดเหตุยังคงมีความล่าช้า และไม่ได้มีการประเมินการณภัยความเสี่ยงให้กับประชาชนล่วงหน้า

### เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Burin Wechabanteing. (2006). General basic knowledge about earthquakes. Earthquake Division, Meteorological Department <https://shorturl.asia/VJUAZ>
- BBC. (2025). The collapse of the State Audit Office building due to an earthquake has resulted in 8 deaths. What further rescue efforts will be carried out?. <https://www.bbc.com/thai/articles/c15q5xnn1xxo>
- Bangkokbiznews. (2025). Check the readiness of Thai buildings! To cope with earthquakes, measures and loopholes that need to be fixed. <https://www.bangkokbiznews.com/environment/1173559>
- Bangkok Business Media Co., Ltd. (2022). The Cabinet approves the National Disaster Prevention and Mitigation Plan 2021 - 2027. <https://shorturl.asia/N1h3r>
- Burin Wechabattan. (2011). Earthquake hazards in Thailand and preparedness. <https://earthquake.tmd.go.th/org-chart-info.html?id=1>
- Department of Mineral Resources. (2011). Get to know 15 active fault lines in Thailand. <https://www.thansettakij.com/general-news/623392>
- Earthquake Monitoring Division, Meteorological Department. (2025). Earthquake situation in Thailand. <https://earthquake.tmd.go.th/>
- Earthquake Monitoring Division, Meteorological Department. (2025). Earthquake events in Thailand and nearby areas - Local Earthquake. <https://earthquake.tmd.go.th/inside.html>
- Government Gazette. (2021). Ministerial Regulations on the Load-bearing Capacity, Resistance, Durability of Buildings and Soil Supporting Buildings to Resist Earthquake Vibrations B.E. 2564. Volume 138, Chapter 16 A. <https://download.asa.or.th/03media/04law/cba/mr/mr64-68b.pdf>
- Meteorological Department. (2022). Earthquake. <https://shorturl.asia/Gmq8P>
- Thairath. (2025). What time does the emergency warning system in Thailand work? You have to ask about it every time there is a disaster. [https://www.thairath.co.th/money/tech\\_innovation/digital\\_transformation/2849856](https://www.thairath.co.th/money/tech_innovation/digital_transformation/2849856)
- Thiraphan Arthammarat. (2025). Tracing the 'big earthquake' in Thailand. Where is it still at risk? <https://theactive.thaipbs.or.th/data/earthquake-in-thailand>
- Wanichchai, P. (2024). Retracing the 'big earthquake' in Thailand: Where is it still at risk. <https://theactive.thaipbs.or.th/data/earthquake-in-thailand>



## Consumer Protection for Online Shopping: Cases of Consumers Being Damaged by Unsafe Products in Thailand

Thanadchapon Kungsung\*

\* Associate Professor, School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University. Author Email: [kanomjib\\_27@hotmail.com](mailto:kanomjib_27@hotmail.com)

### Academic article

#### OPEN ACCESS

**Citation:** Kungsung, T.  
Consumer Protection for Online Shopping: Cases of Consumers Being Damaged by Unsafe Products in Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(2), 385–396. retrieved from [https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/article/view/280179](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280179)

Received: 15 April 2025

Revised: 27 April 2025

Accepted: 29 April 2025

#### Abstract

With technological advances, products go through more complicated production processes. When consumers buy sophisticated products, problems tend to arise. For example, consumers find it difficult to detect unsoundness of a product when they buy it. This can cause harm to consumers' physical and mental health: It can also affect their health, hygiene, and property. In addition, it is difficult for consumers to file a lawsuit to claim compensation for damage caused by unsafe products because the burden falls on consumers to prove unsoundness of the product, while manufacturers have all knowledge of the products. As a result, consumers lose their cases and do not get compensation for the damage. To mitigate such problems, Thailand has enacted the Product Liability Act to cope with damages caused by unsafe products. This academic article discusses criteria under the act and analyzes its pros and cons. Based on an analysis, the act has criteria that is beneficial to consumers because it allows consumers to receive more compensation for damage caused by unsafe products. However, the act has some disadvantages. For example, it does not cover immovable property and services.

**Keywords:** Consumer; Unsafe Products; Damage, Liability

## การคุ้มครองผู้บริโภคในการซื้อออนไลน์: กรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทย

ธนัชพร กังสังข์\*

\* รองศาสตราจารย์, สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ติดต่อผู้เขียน kanomjib\_27@hotmail.com

### บทความวิชาการ

วันรับ 15 เมษายน 2568

วันแก้ไข 27 เมษายน 2568

วันตอบรับ 28 เมษายน 2568

#### บทคัดย่อ

ปัจจุบันเมื่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูงขึ้น จึงส่งผลทำให้สินค้าส่วนใหญ่มีขั้นตอนการผลิตที่ซับซ้อนมากขึ้น เมื่อผู้บริโภคซื้อสินค้าที่มีความซับซ้อนจึงเกิดปัญหาตามมา เช่น ผู้บริโภคยากที่จะตรวจสอบพบถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้าได้ตั้งแต่ตอนซื้อสินค้า จนทำให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สินของผู้บริโภคหรือบุคคลอื่นนอกจากนั้น เมื่อผู้บริโภคต้องการฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยก็กระทำได้ยาก เนื่องจากผู้บริโภคต้องเป็นฝ่ายที่มีภาระการพิสูจน์ถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้า อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตสินค้าส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้ประกอบการ จึงทำให้ผู้บริโภคแพ้คดีและไม่ได้รับการเยียวยาในความเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อช่วยลดปัญหาดังกล่าวประเทศไทยจึงบัญญัติกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยขึ้นมา บทความวิชาการนี้จะกล่าวถึงหลักเกณฑ์ภายใต้กฎหมายดังกล่าว พร้อมทั้งวิเคราะห์ให้เห็นถึงข้อดีและจุดอ่อน ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์พบว่ากฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทยมีหลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคได้รับการเยียวยาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าวยังมีจุดอ่อนบางประการ คือ ขอบเขตการคุ้มครองยังไม่ครอบคลุมถึงสังหาริมทรัพย์และการบริการ

**คำสำคัญ:** ผู้บริโภค; สินค้าที่ไม่ปลอดภัย; ความเสียหาย, ความรับผิดชอบ

## บทนำ

ในอดีต จะเห็นได้ว่าการซื้อขายสินค้าระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการนั้น สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ยังเป็นสินค้าที่ไม่มีความซับซ้อน มีวิธีการผลิตที่ผู้บริโภคสามารถเข้าใจได้ง่าย แต่ในปัจจุบันเมื่อมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูงขึ้น จึงส่งผลทำให้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้กระบวนการผลิตทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสูงขึ้นจนยากที่ผู้บริโภคจะเข้าใจได้ (Pecomik & Hoyer, 2024) เช่น ผลิตภัณฑ์อาหาร ในอดีตมีการซื้อขายผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ซับซ้อน เช่น ข้าว ไข่สด เป็นต้น แต่ในปัจจุบัน การผลิตผลิตภัณฑ์อาหารมีการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาใช้ จึงทำให้ผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรืออาหารแปรรูป เป็นต้น นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าในผลิตภัณฑ์บางประเภท เช่น ยา เครื่องสำอาง รถยนต์ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้าบางประเภท เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความซับซ้อนในการผลิต ดังนั้น เมื่อผู้บริโภคมีการซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีความซับซ้อนจึงเกิดปัญหาตามมา เช่น การที่สินค้าหรือผลิตภัณฑ์มีการใช้กระบวนการผลิตทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสูงขึ้น ทำให้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์มีความซับซ้อนจนยากที่ผู้บริโภคจะตรวจสอบพบถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ได้ตั้งแต่ตอนซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ และตัดสินใจซื้อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ผลที่เกิดขึ้นก็คือเมื่อผู้บริโภคนำสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยดังกล่าวไปใช้ก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สินของผู้บริโภคหรือบุคคลอื่น นอกจากนี้ เมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากการใช้สินค้าที่ไม่ปลอดภัยต้องการไปฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย ในทางกฎหมาย การที่ผู้บริโภคจะพิสูจน์ว่าผู้ประกอบการได้มีการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีความไม่ปลอดภัย

ออกมานั้นค่อนข้างยาก เนื่องจากในการพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตเป็นหน้าที่ของผู้ที่ได้รับความเสียหายซึ่งคือผู้บริโภคนั่นเอง เมื่อสินค้าหรือผลิตภัณฑ์มีความซับซ้อน และความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้ประกอบการ ดังนั้นจึงทำให้ยากต่อผู้บริโภคที่จะพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการได้ จนทำให้ผู้บริโภคแพ้อคติ และไม่ได้ค่าเสียหาย จึงทำให้ผู้บริโภคบางส่วนเลือกที่จะไม่ไปฟ้องร้องคดีและไม่ได้รับความเป็นธรรมนั่นเอง (Praneedpolkrung, 2015) นอกจากนี้ สำหรับประเทศไทย ในส่วนของการฟ้องร้องดำเนินคดีนั้น จะเห็นได้ว่าถ้าเปรียบเทียบระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการแล้ว ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ก็มีอำนาจในการต่อรองมากกว่าผู้บริโภค และผู้ประกอบการส่วนใหญ่ก็มีเงินที่จะนำมาใช้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีมากกว่าผู้บริโภคด้วย (Stone, 2024) ยิ่งส่งผลทำให้ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยไม่ได้รับการชดเชยหรือเยียวยาในความเสียหายที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม เพื่อช่วยลดปัญหาดังกล่าวประเทศไทยจึงมีการบัญญัติกฎหมายที่ใช้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้บริโภคจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ดังนั้น ในบทความนี้จะกล่าวถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้บริโภคจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พร้อมทั้งวิเคราะห์ให้เห็นถึงข้อดีและจุดอ่อนของกฎหมายดังกล่าวของประเทศไทย ทั้งนี้ บทความนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ที่มาของกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ส่วนที่ 2 มาตรการทางกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ข้อดีและจุดอ่อนของกฎหมายว่าด้วย

ความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย และส่วนที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะ

## 1. ที่มาของกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ปัจจุบันเป็นยุคของโลกาภิวัตน์ทำให้ระบบเศรษฐกิจและการค้าขายตัวอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้มีการซื้อขายสินค้าออนไลน์มากขึ้น ผู้ประกอบธุรกิจมีการใช้วิธีการโฆษณาที่จูงใจให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าหลากหลายรูปแบบ สินค้าก็มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้บริโภคส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของสินค้าจึงได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยตามมา ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้เกิดขึ้นในหลายๆ ประเทศไม่ว่าแต่ประเทศที่เป็นประเทศอุตสาหกรรม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเยอรมัน หรือแม้แต่ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปก็ตาม ดังนั้น ประเทศดังกล่าวก็มีการกำหนดกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนที่เกี่ยวกับความรับผิดชอบที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยขึ้นมา (Stapleton, 1994)

สำหรับประเทศไทยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้บริโภคจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ซึ่งที่มาหรือเหตุผลในการตราพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เนื่องมาจากจะเห็นได้ว่าสินค้าในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นสินค้าที่ผลิตภายในประเทศหรือนำเข้ามาจากต่างประเทศ มีกระบวนการผลิตที่ใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสูงขึ้น ดังนั้น เมื่อผู้บริโภคซื้อสินค้าดังกล่าวจึงเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะตรวจพบว่าสินค้านั้นๆ เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย และเมื่อผู้บริโภคนำสินค้าที่ไม่ปลอดภัยไปใช้ก็อาจส่งผลเสียผู้บริโภค เช่น อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย

จิตใจ หรือทรัพย์สินของผู้บริโภค หรืออาจเกิดผลเสียต่อบุคคลอื่นด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย และต้องการฟ้องร้องคดีต่อศาลเพื่อให้ตนเองได้รับค่าเสียหาย จะเห็นได้ว่าการฟ้องคดีในปัจจุบันเพื่อเรียกค่าเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยนั้นค่อนข้างมีความยุ่งยาก เนื่องจากตามหลักกฎหมายทั่วไป ภาระในการพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อในการกระทำผิดของผู้ผลิตหรือนำเข้าตกเป็นหน้าที่ของผู้ได้รับความเสียหาย ดังนั้น ผู้บริโภคซึ่งเป็นผู้เสียหายจึงเป็นฝ่ายที่มีหน้าที่ในการพิสูจน์ความจงใจหรือประมาทเลินเล่อในการกระทำผิดของผู้ผลิตหรือนำเข้านั่นเอง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตสินค้ามากที่สุดคือผู้ประกอบการ ไม่ใช่ผู้บริโภค จึงทำให้เป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้บริโภคในการที่จะพิสูจน์ว่าผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ประกอบการได้กระทำการโดยประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าจนสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวประกอบกับยังไม่มีกฎหมายให้ความคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในความเสียหายของผู้ประกอบการหรือผู้เกี่ยวข้องไว้โดยตรง จึงควรให้มีกฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยขึ้นมาเพื่อให้ผู้บริโภคมีโอกาสชนะคดีและได้รับการชดเชยค่าเสียหายที่เป็นธรรมด้วย ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีการตราพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ขึ้น (หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551)

## 2. มาตรการทางกฎหมายภายใต้กฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

กฎหมายว่าด้วยความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทย คือ

พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ซึ่งในหัวข้อนี้จะกล่าวโดยสังเขปเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

## 2.1 ขอบเขตของการให้ความคุ้มครอง

พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ให้ความคุ้มครองกับผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ซึ่ง “สินค้าที่ไม่ปลอดภัย” หมายความว่าสินค้าที่ก่อหรืออาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นเพราะเหตุจากความบกพร่องในการผลิตหรือการออกแบบ หรือไม่ได้กำหนดวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า หรือกำหนดไว้แต่ไม่ถูกต้องหรือไม่ชัดเจนตามสมควร ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสภาพของสินค้า รวมทั้งลักษณะการใช้งาน และการเก็บรักษาตามปกติธรรมดาของสินค้าอันพึงคาดหมายได้ (มาตรา 4) ทั้งนี้ “สินค้า” ที่อยู่ในขอบเขตของการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค หมายถึงสังหาริมทรัพย์ทุกชนิดที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อขาย รวมทั้งผลิตภัณฑ์เกษตรกรรม และให้หมายความรวมถึงกระแสไฟฟ้าด้วย (มาตรา 4) ดังนั้น สินค้าต่างๆ เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง รถยนต์ หรือเครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น ก็อยู่ภายใต้ขอบเขตของการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคเมื่อได้รับอันตรายจากสินค้านั้นๆ ดังต่อไปนี้ อย่างไรก็ตาม มีสินค้าบางประเภทที่ถูกยกเว้นไม่สามารถนำพระราชบัญญัตินี้มาใช้บังคับ เช่น ผลิตผลจากการเกษตรกรรมที่เกิดจากธรรมชาติ นอกจากนี้ ภายใต้กฎกระทรวงยังมีการกำหนดให้ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขได้ผลิตเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยหรือสัตว์เฉพาะรายที่ผ่านการตรวจรักษาหรือได้ผลิตตามคำสั่งของผู้ให้บริการสาธารณสุขผู้ตรวจรักษาเป็นสินค้าที่ได้รับยกเว้นไม่สามารถนำพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาใช้บังคับด้วย

## 2.2 ความรับผิดของผู้ประกอบการ

“ผู้ประกอบการ” คือ (1) ผู้ผลิตหรือผู้ว่าจ้างให้ผลิต (2) ผู้นำเข้า (3) ผู้ขายสินค้าที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิต หรือผู้นำเข้า หรือ (4) ผู้ซึ่งใช้ชื่อชื่อทางการค้า เครื่องหมายการค้า เครื่องหมาย ข้อความ หรือแสดงด้วยวิธีใดอันมีลักษณะที่จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ว่าเป็นผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิตหรือผู้นำเข้า อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า ผู้ขายสินค้าที่สามารถระบุตัวผู้ผลิต ผู้ว่าจ้างให้ผลิต หรือผู้นำเข้าได้จะไม่ถือว่าเป็นผู้ประกอบการ ดังนั้นจึงไม่ต้องรับผิดภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ ภายใต้มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 นั้น กำหนดให้ผู้ประกอบการทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม ซึ่งหลักกฎหมายดังกล่าวได้มีการนำหลักเรื่องความรับผิดเด็ดขาด (Strict liability) เข้ามาใช้ (Chantarasomboon, 2014)

อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นที่ผู้ประกอบการไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย 3 กรณี ดังต่อไปนี้

2.2.1 ผู้ประกอบการไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยหากพิสูจน์ได้ว่า (1) สินค้านั้นมิได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (2) ผู้เสียหายได้รู้อยู่แล้วว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย หรือ (3) ความเสียหายเกิดขึ้นจากการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้าไม่ถูกต้องตามวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ผู้ประกอบการได้กำหนดไว้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสมควรแล้ว (มาตรา 7)

2.2.2 ผู้ผลิตตามคำสั่งของผู้ว่าจ้างให้ผลิตไม่ต้องรับผิด ถ้าผู้ผลิตตามคำสั่งของผู้ว่าจ้างให้ผลิตสามารถพิสูจน์ได้ว่าความไม่ปลอดภัยของสินค้าเกิดจาก

การออกแบบของผู้ว่าจ้างให้ผลิตหรือจากการปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ว่าจ้างให้ผลิต และผู้ผลิตไม่ได้คาดเห็นและไม่ควรจะได้คาดเห็นถึงความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้น (มาตรา 8 วรรคหนึ่ง)

2.2.3 ผู้ผลิตส่วนประกอบของสินค้าไม่ต้องรับผิดชอบหากพิสูจน์ได้ว่า ความไม่ปลอดภัยของสินค้าเกิดจากการออกแบบหรือการประกอบหรือการกำหนดวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าของผู้ผลิตสินค้านั้น (มาตรา 8 วรรคสอง)

อนึ่ง ข้อตกลงระหว่างผู้บริโภคร่วมกับผู้ประกอบการที่ได้ทำไว้ล่วงหน้าก่อนเกิดความเสียหาย และประกาศหรือคำแจ้งความของผู้ประกอบการเพื่อยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดของผู้ประกอบการต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย จะนำมาอ้างเป็นข้อยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดต่อผู้บริโภคไม่ได้ (มาตรา 9)

### 2.3 ภาระการพิสูจน์

จากที่ได้กล่าวไปแล้วว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องมีการบัญญัติพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ก็เนื่องจากปัญหาที่เป็นที่ยากสำหรับผู้บริโภคในการพิสูจน์ว่าผู้ผลิตสินค้าหรือผู้ประกอบการได้กระทำการโดยประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าจนสินค้านั้นกลายเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย เพราะผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตสินค้าส่วนใหญ่คือผู้ประกอบการ อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวมีการบัญญัติหลักเกณฑ์เกี่ยวกับภาระในการพิสูจน์ของผู้บริโภคที่เอื้อต่อผู้บริโภค กล่าวคือ ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายพิสูจน์เพียงว่า **ผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการ และผู้บริโภคได้มีการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดาของสินค้านั้นๆ** เท่านั้น (มาตรา 6) เช่น กรณีการเก็บรักษาสินค้าประเภทนมพาสเจอร์ไรส์ ต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่มีความเย็นไม่เกิน 8 องศาเซลเซียส ก็จะถือได้ว่าเป็นการเก็บรักษาสินค้านั้นตามปกติธรรมดา เป็นต้น ทั้งนี้ โดยผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายไม่ต้องพิสูจน์ว่าความเสียหายนั้นจะเกิด

จากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม

**กรณีตัวอย่าง** นาย ก. ได้ซื้อโยเกิร์ตซึ่งมีบริษัท A เป็นผู้ผลิต เมื่อนาย ก. ได้รับประทานโยเกิร์ตดังกล่าวแล้วเกิดอาการท้องเสียและอาเจียนอย่างรุนแรง ดังนั้น นาย ก. ผู้ซื้อซึ่งคือผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายมีหน้าที่พิสูจน์เพียงแต่ว่า นาย ก. ได้รับความเสียหายจากการรับประทานโยเกิร์ตซึ่งมีบริษัท A เป็นผู้ผลิต และนาย ก. ได้มีการเก็บรักษาโยเกิร์ตตามปกติธรรมดาตามที่ระบุไว้ที่บรรจุภัณฑ์ของโยเกิร์ตเท่านั้น ภาระการพิสูจน์ต่อไปจะเป็นหน้าที่ของผู้ประกอบการซึ่งคือบริษัท A ผู้ผลิตโยเกิร์ตที่จะต้องพิสูจน์ว่าสินค้าของตนเองเป็นสินค้าที่ปลอดภัย กล่าวคือ บริษัท A ผู้ผลิตโยเกิร์ตต้องพิสูจน์ว่าขั้นตอนการผลิตโยเกิร์ตเป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยตามที่กฎหมายกำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ประกอบการพิสูจน์ไม่ได้ว่า (1) สินค้านั้นมิได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย (2) ผู้เสียหายได้รู้อยู่แล้วว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย หรือ (3) ความเสียหายเกิดขึ้นจากการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้าไม่ถูกต้องตามวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ผู้ประกอบการได้กำหนดไว้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสมควรแล้ว ผลคือบริษัท A ผู้ผลิตโยเกิร์ตซึ่งคือผู้ประกอบการต้องรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ นาย ก. ซึ่งคือผู้บริโภคนั่นเอง

### 2.4 ผู้มีสิทธิฟ้องคดีแทนผู้เสียหาย

มาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 กำหนดให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคม และมูลนิธิซึ่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้การรับรองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค มีอำนาจฟ้องคดีเรียกค่าเสียหายแทนผู้เสียหายได้ กล่าวคือ โดยทั่วไปบุคคลผู้มีอำนาจในการฟ้องร้องคดีได้จะต้องเป็นผู้เสียหาย อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่แม้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินคดีน้อย ถ้าให้ผู้บริโภคเป็นผู้ที่มีอำนาจในการฟ้องร้องคดี

ผู้ประกอบการเพียงอย่างเดียว อาจทำให้ผู้บริโภคเกิดความลำบาก จนทำให้โอกาสในการชนะคดีและได้รับการชดเชยเยียวยาในความเสียหายที่เกิดขึ้นมีน้อยลง ดังนั้น พระราชบัญญัติดังกล่าวจึงให้อำนาจแก่ (1) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (2) สมาคม และ (3) มูลนิธิซึ่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้การรับรอง ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นผู้สามารถฟ้องร้องดำเนินคดีแทนผู้บริโภคได้ เช่น ถ้านาย ก. ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย และนาย ก. ไม่ต้องการฟ้องร้องดำเนินคดีเอง ดังนี้ นาย ก. สามารถให้คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สมาคม และมูลนิธิซึ่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้การรับรอง ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นผู้ฟ้องคดีเรียกค่าเสียหายแทนนาย ก. ได้

## 2.5 ค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายมีสิทธิได้รับค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากผู้ประกอบการได้ทำละเมิด ผู้บริโภคตามที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ นอกจากนี้ มาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ยังกำหนดให้ศาลมีอำนาจดังต่อไปนี้

### 2.5.1 กำหนดค่าเสียหายทางจิตใจ

“ความเสียหายต่อจิตใจ” หมายความว่า ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความเศร้าโศกเสียใจ ความอับอาย หรือความเสียหายต่อจิตใจอย่างอื่นที่มีลักษณะทำนองเดียวกัน (มาตรา 4) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค ศาลมีอำนาจกำหนดค่าเสียหายสำหรับความเสียหายต่อจิตใจอันเป็นผลเนื่องมาจากความเสียหายต่อร่างกาย สุขภาพ หรืออนามัยของผู้เสียหาย

นอกจากนั้น ในกรณีที่ผู้เสียหายถึงแก่ความตาย สามีนภริยา บุพการี หรือผู้สืบสันดานของบุคคลนั้นก็มิสิทธิที่จะได้รับค่าเสียหายสำหรับความเสียหายต่อจิตใจที่เกิดขึ้นแก่บุคคลดังกล่าวด้วย (มาตรา 11 (1))

**กรณีตัวอย่าง** นางสาว ก. ได้ซื้ออาหารเสริม A ซึ่งมีบริษัท B เป็นผู้ผลิต เมื่อนางสาว ก. ได้ทานอาหารเสริมดังกล่าวแล้วปรากฏว่าเกิดอาการท้องเสียอย่างรุนแรง และต่อมานางสาว ก. ก็ตาบอด กรณีดังกล่าว นอกจาก นางสาว ก. จะเรียกค่าเสียหายที่เกิดต่อร่างกายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว นางสาว ก. ยังสามารถเรียกค่าเสียหายทางจิตใจจากบริษัท B เป็นผู้ผลิตอาหารเสริม A ซึ่งเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัยได้ เนื่องจากการที่นางสาว ก. ต้องตาบอดเป็นสิ่งที่ทำให้นางสาว ก. ต้องทุกข์ทรมานทางจิตใจด้วยนั่นเอง

### 2.5.2 กำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษ

โดยทั่วไป ภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ถ้าเกิดการละเมิดขึ้น ผู้เสียหายจะได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทน (Compensation) เพื่อเยียวยาผู้เสียหาย ซึ่งค่าสินไหมทดแทนจะชดเชยตามความเสียหายขึ้นจริง ซึ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 438 ให้ศาลกำหนดค่าสินไหมทดแทนตามควรแก่พฤติการณ์และความร้ายแรงแห่งละเมิดเท่านั้น ซึ่งการกำหนดค่าสินไหมทดแทนมีวัตถุประสงค์เพื่อเยียวยาผู้เสียหายให้กลับคืนสู่สถานะเดิม อย่างไรก็ตาม ในบางครั้ง แม้ว่าผู้ทำละเมิดต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้เสียหายแล้วก็ตาม ผู้ทำละเมิดก็ยังจงใจกระทำละเมิดซ้ำขึ้นอีกเพื่อประโยชน์ของตนเอง ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดซ้ำขึ้นมาอีก ในอนาคตจึงมีการกำหนดค่าเสียหายทางแพ่งในเชิงลงโทษขึ้นมา เรียกว่า “ค่าเสียหายเชิงลงโทษ” (Punitive damages) โดยการกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษขึ้นมา นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องปรามไม่ให้มีการกระทำความผิดเกิดขึ้นอีก

ทั้งนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.

2551 มาตรา 11(2) มีการกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษไว้ด้วยเพื่อให้ผู้ประกอบการไม่กล้ากระทำความผิดต่อผู้บริโภคซ้ำอีก กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค หากข้อเท็จจริงปรากฏในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) ผู้ประกอบการได้ผลิต นำเข้า หรือขายสินค้าโดยรู้อยู่แล้วว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

(2) ผู้ประกอบการมิได้รู้เพราะความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

(3) ผู้ประกอบการรู้ว่าสินค้าไม่ปลอดภัยภายหลังจากการผลิต นำเข้า หรือขายสินค้านั้นแล้วไม่ดำเนินการใดๆ ตามสมควรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหาย

กรณีดังกล่าวข้างต้น ศาลมีอำนาจสั่งให้ผู้ประกอบการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพื่อการลงโทษ (Punitive damages) เพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้ตามที่ศาลเห็นสมควร อย่างไรก็ตาม ค่าเสียหายดังกล่าวกำหนดไม่เกินสองเท่าของค่าสินไหมทดแทนที่แท้จริงนั้น ทั้งนี้ ในการกำหนดจำนวนค่าเสียหายเชิงลงโทษดังกล่าวศาลสามารถกำหนดโดยคำนึงถึงพฤติการณ์ต่างๆ เช่น ความร้ายแรงของความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับ การที่ผู้ประกอบการรู้ถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้า ระยะเวลาที่ผู้ประกอบการปกปิดความไม่ปลอดภัยของสินค้า การดำเนินการของผู้ประกอบการเมื่อทราบว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ผลประโยชน์ที่ผู้ประกอบการได้รับ สถานะทางการเงินของผู้ประกอบการ การที่ผู้ประกอบการได้บรรเทาความเสียหายที่เกิดขึ้นตลอดจนการที่ผู้เสียหายมีส่วนในการก่อให้เกิดความเสียหายด้วย

#### กรณีตัวอย่าง

บริษัท Merge ได้มีการนำยา Vioxx ออกจำหน่าย นาย Robert Emst ได้ซื้อยาดังกล่าวมารับประทาน ต่อมา นาย Robert Emst ได้รับประทานยา

ดังกล่าวติดต่อกันเป็นเวลา 8 เดือน จนเสียชีวิตจากอาการหัวใจเต้นผิดปกติ นาง Carol Emst ซึ่งเป็นภรรยาของนาย Robert Emst ได้ฟ้องคดีแทนนาย Robert Emst ต่อศาลมลรัฐ Texas ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นกับนาย Robert Emst ซึ่งคดีดังกล่าว ศาลมลรัฐ Texas มีคำสั่งตัดสินให้บริษัท Merge ชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวแก่นาง Carol Emst เป็นจำนวนเงิน 253.5 ล้านเหรียญสหรัฐ โดยค่าเสียหายดังกล่าวได้รวมค่าเสียหายเชิงลงโทษจำนวน 229 ล้านเหรียญสหรัฐ (Storck, 2005)

## 2.6 อายุความ

พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 กำหนดอายุความเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าเสียหายของผู้บริโภคที่เกิดจากการได้รับความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยไว้ ดังต่อไปนี้

2.6.1 สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยขาดอายุความเมื่อพ้น 3 ปี นับแต่วันที่ผู้เสียหายรู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ประกอบการที่ต้องรับผิดชอบ หรือเมื่อพ้น 10 ปี นับแต่วันที่มีการขายสินค้า (มาตรา 12 วรรคหนึ่ง)

2.6.2 ในกรณีที่ความเสียหายเกิดขึ้นต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ หรืออนามัย โดยผลของสารที่สะสมอยู่ในร่างกายของผู้เสียหายหรือเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการแสดงอาการ ผู้เสียหายหรือผู้มีสิทธิฟ้องคดีแทนต้องใช้สิทธิเรียกร้องภายใน 3 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหายและรู้ตัวผู้ประกอบการที่ต้องรับผิดชอบ แต่ไม่เกิน 10 ปี นับแต่วันที่รู้ถึงความเสียหาย (มาตรา 12 วรรคท้าย)

2.6.3 ในกรณีที่มีการเจรจาเกี่ยวกับค่าเสียหายที่พึงจ่ายระหว่างผู้ประกอบการและผู้เสียหายหรือผู้มีสิทธิฟ้องคดีแทน ให้อายุความสะดุดหยุดอยู่ไม่นับในระหว่างนั้นจนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้บอกเลิกการเจรจา (มาตรา 13)

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับอายุความในการเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดจากมูลละเมิดภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 448 ซึ่งกำหนดว่า “สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายอันเกิดแต่มูลละเมิดนั้นขาดอายุความเมื่อพ้น 1 ปี นับแต่วันที่ผู้ต้องเสียหายรู้ถึงการละเมิดและรู้ตัวผู้ที่จะพึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน หรือเมื่อพ้น 10 ปี นับแต่วันทำละเมิด” ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าอายุความภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 จะมีระยะเวลาสั้นกว่าประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า การที่กำหนดให้อายุความนานกว่าก็เพื่อเอื้อประโยชน์ให้ผู้บริโภคซึ่งเป็นฝ่ายที่มีความรู้หรือมีอำนาจน้อยกว่าผู้ประกอบการได้รับความยุติธรรมมากขึ้น โดยมีกรณีการนำ Directive – 1985 ของสหภาพยุโรป กฎหมายของประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส และประเทศอังกฤษมาเป็นแนวทางกำหนดอายุความภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว

### 3. วิเคราะห์ข้อดีและจุดอ่อนของกฎหมายว่าด้วยความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ในหัวข้อที่ 2 ได้กล่าวเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ไปแล้ว ในหัวข้อนี้จะวิเคราะห์เกี่ยวกับพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวในการคุ้มครองผู้บริโภคเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวมีทั้งข้อดีและจุดอ่อนในการคุ้มครองเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อดีในการคุ้มครองเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่า ข้อดีที่เอื้อต่อผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย มีดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่เกิดความเสียหายกับผู้บริโภคจากสินค้าที่เป็นอันตราย มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 นั้น กำหนดให้ **ผู้ประกอบการทุกคน**ต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย **ไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม** ซึ่งในส่วนนี้ทำให้ผู้บริโภคสามารถฟ้องร้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้ประกอบการคนใดคนหนึ่งก่อนได้เลย เพราะกฎหมายกำหนดให้ผู้ประกอบการทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบ

**กรณีตัวอย่าง** นางสาว ก. ได้ซื้อเครื่องสำอางจากห้างสรรพสินค้า A และเมื่อนำเครื่องสำอางดังกล่าวมาใช้พบว่าเกิดอันตรายต่อผิวหนัง ซึ่งเครื่องสำอางดังกล่าวห้างสรรพสินค้า A ได้แจ้งให้โรงงาน B เป็นผู้ผลิต ปรากฏว่าเครื่องสำอางดังกล่าวมีส่วนผสมที่เป็นอันตรายไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด กรณีนี้ถือได้ว่าเครื่องสำอางดังกล่าวเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น นางสาว ก. ผู้บริโภคสามารถให้ทั้งห้างสรรพสินค้า A (ผู้ว่าจ้างให้ผลิต) และโรงงาน B (ผู้ผลิต) ซึ่งถือว่าเป็นผู้ประกอบการร่วมกันรับผิดชอบต่อ นางสาว ก. ซึ่งเป็นผู้เสียหายในความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยได้ **ไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม**

นอกจากนั้น มาตรา 5 ยังมีการหลักเรื่องความรับผิดเด็ดขาด (Strict liability) เข้ามาใช้จึงทำให้ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบ **ไม่ว่าความเสียหายนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม** ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ถ้าเป็นการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเพื่อการละเมิดภายใต้

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในส่วนของความรับผิดชอบเพื่อการละเมิดทั่วไป มาตรา 420 ผู้ที่ได้รับความเสียหายจะต้องพิสูจน์ก่อนว่าผู้ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต้องกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อก่อน

2) ในส่วนของภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหายนั้น จะเห็นได้ว่าเดิมก่อนที่จะมีการบัญญัติพระราชบัญญัตินี้ขึ้นมา การพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตเป็นหน้าที่ของผู้ที่ได้รับความเสียหายซึ่งคือผู้บริโภค ดังนั้น การที่ผู้บริโภคจะพิสูจน์ว่าผู้ประกอบการได้มีการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีความไม่ปลอดภัยออกมานั้นค่อนข้างยาก เนื่องจากสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีความซับซ้อน และความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้ประกอบการธุรกิจ อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวได้มีการบัญญัติหลักเกณฑ์ที่ช่วยลดภาระการพิสูจน์ของผู้บริโภค กล่าวคือ มาตรา 6 กำหนดให้ผู้บริโภคพิสูจน์เพียงแค่ว่า ผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการ และผู้บริโภคได้มีการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดาของสินค้านั้นๆ เท่านั้นเอง ในส่วนที่เหลือจะเป็นหน้าที่พิสูจน์ของผู้ประกอบการ ถ้าผู้ประกอบการพิสูจน์ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดไว้ไม่ได้ ผู้บริโภคก็เป็นฝ่ายชนะคดี และได้รับค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

3) สำหรับประเทศไทยจะเห็นได้ว่าถ้าเปรียบเทียบระหว่างผู้บริโภคกับผู้ประกอบการในส่วนของภาระการฟ้องร้องดำเนินคดี ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มักมีอำนาจในการต่อรองมากกว่าผู้บริโภค และมีความรู้มากกว่าผู้บริโภค นอกจากนี้ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ยังมีเงินที่จะนำมาใช้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินคดีมากกว่าผู้บริโภค ดังนั้น เมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้บริโภคบางส่วนไม่ฟ้องร้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ดังนั้น การที่พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว มาตรา 10 กำหนดให้หน่วยงานอื่น เช่น คณะกรรมการคุ้มครอง

ผู้บริโภค สมาคม และมูลนิธิซึ่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคให้การรับรองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค เข้ามาใช้อำนาจในการฟ้องคดีเรียกค่าเสียหายแทนผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายได้จึงช่วยลดภาระในการดำเนินคดีของผู้บริโภคได้เป็นอย่างมาก

4) ในส่วนของค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้บริโภคในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยนั้น จะเห็นได้ว่าภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว มาตรา 11 สามารถให้ผู้เสียหายเรียกค่าเสียหายทางจิตใจได้ด้วย

5) ในคดีผู้บริโภคส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่าค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นของผู้บริโภคเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ที่ผู้ประกอบการได้รับ แม้ต้องชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้บริโภคนั้น ผู้ประกอบการยังได้รายได้คุ้มค่าเกินกว่าจำนวนเงินที่จะต้องชดเชยให้แก่ผู้เสียหาย จึงทำให้ผู้ประกอบการบางรายยอมรับเงื่อนไขดังกล่าว และยังกระทำผิดอยู่ (Pranechit, 2008) กล่าวคือผู้ประกอบการบางกลุ่มยังคงผลิตสินค้าที่ไม่ปลอดภัยออกมาสู่ตลาดอยู่นั่นเอง ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 11 (2) จึงให้ศาลมีอำนาจสั่งให้ผู้ประกอบการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพื่อการลงโทษ (Punitive damages) เพิ่มขึ้นจากจำนวนค่าสินไหมทดแทนที่แท้จริงที่ศาลกำหนดได้ตามที่ศาลเห็นสมควรด้วย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นก็คือผู้ประกอบการที่ผลิตสินค้าที่ไม่ปลอดภัยจะต้องเสียค่าสินไหมทดแทนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จนอาจทำให้ผู้ประกอบการดังกล่าวไม่ได้กำไรในสินค้านั้นๆ และเกรงกลัวที่จะไม่ผลิตสินค้าที่ไม่ปลอดภัยออกสู่ตลาดอีก

### 3.2 จุดอ่อนในการคุ้มครองเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่าแม้จะมีข้อดีหลายประการที่เอื้อต่อการให้ผู้บริโภคได้รับชดเชยในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย

ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่พระราชบัญญัติดังกล่าวยังมีจุดอ่อนบางประการ กล่าวคือ จะเห็นได้ว่าขอบเขตของผู้บริโภคที่จะได้รับความคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัตินี้คือ “สินค้า” เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนอกจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยแล้ว ยังมี “การบริการ” บางอย่างที่ใช้บริการก็เป็นการบริการที่ไม่ปลอดภัยเช่นกัน เช่น การรับบริการเสริมความงามต่างๆ ที่อาจเป็นการให้บริการที่ไม่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการซึ่งถือว่าเป็นผู้บริโภคเช่นกัน แม้ว่าการให้ความคุ้มครองด้านบริการที่ไม่ปลอดภัยจะถูกบัญญัติอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ส่วนที่ 1/1 แล้วก็ตาม แต่เพื่อให้การคุ้มครองสิ่งที่ไม่ปลอดภัยภายใต้พระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะมีความครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้น การขาดเรื่องการบริการ ผู้เขียนจึงเห็นว่าถือเป็นจุดอ่อนหนึ่งภายใต้พระราชบัญญัตินี้

นอกจากนั้น แม้ว่าพระราชบัญญัตินี้จะมีขอบเขตของผู้บริโภคที่จะได้รับความคุ้มครองในกรณีที่เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัยก็ตาม แต่ภายใต้มาตรา 4 ความหมายของคำว่า “สินค้า” ที่อยู่ในขอบเขตของการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค หมายถึง สัหาริมทรัพย์ทุกชนิดที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อขาย รวมทั้งผลิตผลเกษตรกรรม และให้หมายความรวมถึงกระแสไฟฟ้าด้วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าครอบคลุมเฉพาะสังหาริมทรัพย์เท่านั้น แต่ไม่ครอบคลุมไปยังอสังหาริมทรัพย์ ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าสังหาริมทรัพย์ในปัจจุบันบางส่วนที่ถูกสร้างขึ้นจากผู้ประกอบการนั้นก็มีความไม่ปลอดภัยด้วย ดังนั้น ในกรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอสังหาริมทรัพย์ที่ไม่ปลอดภัยก็จะไม่ได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัตินี้

#### 4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูงขึ้น ทำให้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนมากขึ้น จนยากที่ผู้บริโภคจะตรวจสอบพบถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจนก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สินของผู้บริโภคหรือบุคคลอื่น เมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหายซึ่งเกิดขึ้นจากการใช้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยดังกล่าวฟ้องคดีเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยก็จะเกิดปัญหาในทางกฎหมายเกี่ยวกับภาระการพิสูจน์ถึงความผิดของผู้ประกอบการ ดังนั้นจึงมีการบัญญัติพระราชบัญญัติความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ซึ่งจากการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัตินี้มีข้อดีหลายประการที่เอื้อต่อการเรียกร้องค่าเสียหายในกรณีที่ผู้บริโภคได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย เช่น (1) เมื่อเกิดความเสียหายแก่ผู้บริโภค ผู้ประกอบการทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อผู้บริโภค (2) ผู้บริโภคไม่ต้องมีภาระการพิสูจน์ถึงความผิดของผู้ประกอบการ (3) ในกรณีที่ผู้บริโภคไม่สามารถฟ้องร้องคดีเองได้ สามารถมีหน่วยงานอื่นที่มีอำนาจฟ้องคดีแทนผู้บริโภคได้ และ (4) ผู้บริโภคสามารถเรียกค่าเสียหายทางจิตใจและค่าเสียหายเชิงลงโทษได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพระราชบัญญัตินี้จะมีข้อดีหลายประการ แต่ก็มีจุดอ่อนบางประการ เช่น ขอบเขตในการให้ความคุ้มครองเมื่อผู้บริโภคได้รับความเสียหาย ครอบคลุมเพียงสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งต้องเป็นสังหาริมทรัพย์เท่านั้น แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงอสังหาริมทรัพย์ และยังไม่ครอบคลุมไปถึงการบริการที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะว่าเพื่อให้ครอบคลุมในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภคมากขึ้น พระราชบัญญัตินี้ควรมีการปรับแก้ไขโดยควรเพิ่มการให้ความคุ้มครองครอบคลุมไปยังอสังหาริมทรัพย์ และการบริการที่ไม่ปลอดภัยด้วย

**เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)**

- Chantarasomboon, T. (2014). *The explanation of the Product Liability Act, B.E. 2551*. Bangkok: Nititham
- Pecomik, A. F. & Hoyer, W. D. (2024). How product complexity affects consumer adoption of new products: The role of feature heterogeneity and interrelatedness. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 52(1), 329–348.
- Praneedpolkrung, S. (2015). *Consumer case procedure*. Bangkok: Nititham Publication. [In Thai] Publication. [In Thai]
- Pranechit, C. (2008). *The principle under the Consumer Case Procedure Act, B.E. 2551*. Bangkok: The Office of The Judiciary. [In Thai]
- Stapleton, J. (1994). *Product liability*. London: Butterworths.
- Stone, R. (2024). *The inequality of bargaining power principle*. UCLA School of Law, Public Law Research Paper No. 24-2, Research Handbook on the Philosophy of Contract Law. Edward Elgar Publishing.
- Storck, W. J. (2005). Merck to appeal loss of first Vioxx suit. *Chemical and Engineering News, Volume 83 Issue 35* [Internet]. 2005 [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://cen.acs.org/articles/83/i35/Merck-Appeal-Loss-First-Vioxx.html>.