

PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 11 No. 3

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๓

September - December 2025

กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๘



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.11 No.3

September – December 2025

ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๓

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๘

Content สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Early Childhood Development and its Associated Ecological Factors among 3-5 years during the Covid-19 Pandemic in Kanchanaburi Province, Thailand 423-439
Sukanya Ruabruam, Chaweewon Boonshuyar, Katiya Ivanovitch

พัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่เกี่ยวข้องในช่วงอายุ 3-5 ปี ในช่วงการระบาดของ
ของโรคโควิด 19 ในจังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย
สุกัญญา รวบรวม, ฉวีวรรณ บุญสุยา, คัตียา อีวานโนวิช
- Factors Related to Stress Level Among Family Caregiver of Dependent Elderly in 441-457
Bang pa-in District, Ayutthaya Province
Sukamon Suksanit, Kitrawee Jirratsatit, Katiya Ivanovitch

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สุกมล สุขสนิท, กิตรีวี จิรรัตน์สถิต, คัตียา อีวานโนวิช
- Factors associated with Intension to stay among Professional Nurses in a University 459-470
Hospital
Nattida Vantok, Youwanuch Sattaysomboon, Jutatip Sillabutra, Attasit Srisubat

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
แห่งหนึ่ง
ณัฐธิดา หวันทอก, ยูวนุช สัตยสมบุญ, จุฑาธิป ศิลบุตร, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

- Trend in the influenza vaccination success among children aged 6 months to 2 years in 4th Regional Health, Thailand

Kawinpat Oranat, Sariyamon Tirapha, Chardsumon Prutipinyo, Mondha Kengganpanich

แนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

กวินพัฒน์ อรเนตร, ศรียามน ตีรพัฒน์, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ, มณฑา เก่งการพานิช

471-484
- Factors associated with the decision to undergo hepatitis C virus screening among healthcare workers, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Patsaraporn Nasa, Jutatip Sillabutra, Utoomporn Wongsin , Sariyamon Tiraphat

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภัสราภรณ์ นาสา, จุฑาทิป ศีลบุตร, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ , ศรียามน ตีรพัฒน์

485-500
- Factors associated with the development of primary health care systems under Provincial Administrative Organizations

Sukanya Thamangklang, Sariyamon Tiraphat, Youwanuch Sattayasomboon, Utoomporn Wongsin

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

สุกัญญา ทะมั่งกลาง, ศรียามน ตีรพัฒน์, ยูวนุช สัตยสมบูรณ์, อุทุมพร วงษ์ศิลป์

501-514
- Financial operations of Health Promoting Hospital: Case studies of Health Region 5 during transfer period

Nattapong Kandumri, Chardsumon Prutipinyo, Utoompron Wongsin

การดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจ

ณัฐพงศ์ การดำรงทิ, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ, อุทุมพร วงษ์ศิลป์

515-527
- Organizational engagement of personnel in The Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

Sirimas Khamsai, Chardsumon Prutipinyo, Sariyamon Tiraphat, Rapeepun Jommaroeng

ความผูกพันองค์การของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ศิริมาศ คำใส, ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ, ศรียามน ตีรพัฒน์, ระพีพันธ์ จอมมะเร็ง

529-542

- Child Drowning Prevention of Households in High-risk Areas, Mueang Sa kaeo District, Sa kaeo Province

Charnchai Manafao, Tassanee Silawan, Kraichat Tantrakarnapa, Phubet Seangsawang, Patchana Hengboriboonpong Jaidee

การป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ชาญชัย มานะเผ้า, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ไกรชาติ ตันตระการอาภา, ภูเบศร์ แสงสว่าง, พัทธนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี

543–556
- The Study of Caries-Free Status and Oral Health Promotion among Preschool Children in Children Development Centers in Ubon Ratchathani Province

Wichitra Kukamjad, Angsana Boonthum, Umawadee Laothong

การศึกษาสภาวะปราศจากฟันน้ำนมผุในเด็กปฐมวัย ความรู้ ทักษะ ทักษะการตัดสินใจของครูผู้ดูแลเด็ก และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิจิตรา กุกำจัด, อังสนา บุญธรรม, อุมาวดี เล้าทอง

557-572
- Risk management to prevent accidents among motorcycle taxi drivers in the ministry of public health, nonthaburi province

Chariya Damrongsak, Youwanuch Sattayasomboon, Seo Ah Hong, Sariyamon Tiraphat

การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

จริยา ดำรงค์ศักดิ์, ยูวันุช สัตยสมบุญ, Seo Ah Hong, ศรียามน ตีรพัฒน์

573-590
- Determinants of Health Affecting Accessibility to Primary Health Care Services for People in Nonthaburi Province.

Napatsorn Kampeera, Seo Ah Hong, Utoomporn Wongsin, Chardsumon Prutipinyo

ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี

นภัสน คำภีระ, Seo Ah Hong, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ฉัตรสุนัน พงศ์นิญโญ

591-606
- Factors Associated with Digital Skills of Personnel in the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health

Onvika Kohyoor, Youwanuch Sattayasomboon, Jutatip Sillabutra, Sarunya Benjakul, Attasit Srisubatt

607-619

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อรวิกา เกษะยอ, ยูวนุช สัตยสมบุญ, จุฑาธิป ศิลบุตร, ศรัณญา เบญจกุล, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

- Access to Cervical Cancer Screening Using Human Papillomavirus (HPV) Self-Testing 621-631
in Pathum Thani Province Under the Ministry of Public Health Policy
Sirikanda Mangkala, Youwanuch Sattayasomboon, Sariyamon Tiraphat, Utoomporn Wongsin

การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในจังหวัดปทุมธานี ตามนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข

ศิริกานดา มังคะลา, ยูวนุช สัตยสมบุญ, ศรียามน ตีรพัฒน์, อุทุมพร วงษ์ศิลป์

- Effects of a Dietary Literacy Development Program on Uncontrolled Diabetic 633-646
Patients in Khao Ya Subdistrict Community, Si Banphot District, Phatthalung Province
Sarita Chandaewa, Boonruang Khaonuan, Saowaluk Nung-arlee, Pomthip Ruengput, Chamaiporn Thongphet

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

สาริตา จังแหวา, บุญเรือง ขาวนวล, เสาวลักษณ์ นุ่นอาหลี, พรทิพย์ เรืองพุทธ, ชไมพร ทองเพชร

- Grounds for Divorce: A Case Study on Gaslighting 647-660
Supatida Sittirattanapong

เหตุฟ้องหย่า : กรณีศึกษาการปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)

ศุภธิดา สิทธิรัตนพงศ์

- A Comparative Study of Medical Record Workload Based on the Competency of 661-672
Public Health Officers (Medical Statistics) in Health Service Region 5: Expectations of
Supervisors vs. Actual Workload
Rawiwan Hirun, Sirikarn Chanchuklin, Siriorn Buarapa

การเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)

เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง

ระวีวรรณ หิรัญ, ศิริกาญจน์ จันทรัฐกลิ่น, สิริอร บัวระพา

- The Influence of Health Belief Model Components on Safe Motorcycle Riding Behaviors among People Aged 18–24 Years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. 673-684

Samsuwal Sa-ih, chakkarin parimanon, Chatchai Kwankaew, Sukhumaphorn Sriwisit

อิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ซัมซุวัล สะอิ, จักรินทร์ ปริมาณนธ์, ฉัตรชัย ขวัญแก้ว, สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์
- Evaluating the Accuracy and Causes of Discrepancies in Recording Disease Codes and Procedure Codes, A Case Study of a Community Hospital in Lopburi Province 685-695

Suwiyakorn Phooratsamee, Chalobon Treesak, Sirima Mongkolsomlit

การประเมินความถูกต้องและสาเหตุความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการกรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี

สุวิยากร ภูริสมิ, ชโลบล ตริศศักดิ์, สิริมา มงคลสมลิทธิ์
- The Relationship between Digital Health Competency and Literacy among Public Health Personnel in Sub-District Health Promoting Hospital in an Upper Southern Province 697-711

Suppanut Phonpichai, Kuntida Boonchoodum, Jiruntanin Paleevol, Thayawadee Kaewkhan, Kodchamonnakorn Champangoen, Sasithorn Thanapop

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้กับสมรรถนะการใช้สุขภาพดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแห่งหนึ่งภาคใต้ตอนบน

ศุภณัฐ พลพิชัย, กุลธิดา บุญชูดำ, จิรันธนิน พาสิวล, ทยานันต์ แก้วขวัญ, กชนมนณกร จำปาเงิน, ศศิธร ธนะภพ
- Influence of Media on Risk Perception During the COVID 19 Pandemic: Qualitative Case Study from Thailand 713-729

William J Jones
- An Operational Model for the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community by Village Health Volunteers: A Case Study of Sukhothai Province 731-747

Yutthana Yaebkai, Tawatchai Sunthonnon

รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย

ยุทธนา แยกคาย, ธวัชชัย สุนทรนนท์

- Developing a Multidisciplinary Wellness Coaching Curriculum for Personalized Health Promotion in Thailand's Health Service System 749-761
Orawan Quansri, Supattra Srivanichakorn, Chaisiri Angkurawaranon, Piyachatr Tragoolvongse

การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคลในระบบบริการสุขภาพไทย

อรวรรณ ขวัญศรี, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ชัยสิริ อังkurawaranon, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์

Academic Paper บทความวิชาการ

- Lessons learned from the Interprofessional Education (IPE) primary health care system at Praboromarajchanok Institute in Mae Hong Son Province 763-774
Vichai Thianthavorn, Narong Chaitiang, Dusit Sakulpiyathewan, Natpalin Ninpeng, Penphan Pitaksongkram

การถอดบทเรียนการเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง, ดุสิต สกุลปิยะเทวัญ, ณัฐบาลิน นิลเป็ง, เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม

Interesting Law/Supreme Court Order

- Legal status of cannabis and its regulation 775-789
Chardsumon Prutipinyo

สถานะทางกฎหมายของกัญชาและการควบคุม

ฉัตรสุมน พฤตวิญญู

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

บทความต้นฉบับที่ลงในวารสารนี้ต้องไม่ผ่านการตีพิมพ์ที่ใดหรือไม่ได้ส่งไปวารสารอื่นใด
ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) จากหลากหลายสถาบัน
แบบปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (Double Blind) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access)
และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิ์บทความและให้
สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความ
และเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบาย
สาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สำนักงาน

420/1 อาคารสวัสดี แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 email: phlaw.journal@gmail.com

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

420/1 อาคารสวัสดี แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 e-mail : phlaw.journal@gmail.com

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 ไตรักษา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสอติกุล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิตินันท์ ศรีโชติรัตน์, สถาบัน
ส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

Assistant Editors

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

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวรสิทธิ์ กิจสุขจิต คณะสังคมศาสตร์
ภาควิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสห
เวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศกร องอาจ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต
เฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรวรรณ ทองใหญ่
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมานี
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

Advisory board

Prof. Dr.Wongsa Laohasiriwong, Khonkhaen University
Assoc Prof. Dr. Phitaya Charupoonphol, Mahidol
University
Assoc Prof. Somchart Torugsa,
Mahidol University
Assoc. Prof. Dr. Prayoon Fongsatitkul, Mahidol
University

Editors in chief

Emeritus Professor Dr. Nithat Sirichotiratana, Thai
Health Promotion Institute, National Health
Foundation

Editorial Team

Lect. Dr.Pawarit Kitsukchit, Department of Law, Faculty
of Social Sciences, Kasetsart University
Asst. Prof. Dr.Suthat Siammai, Sirindhorn College of
Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
Asst. Prof. Dr. Passakorn Ongarj, Kasetsart University,
Sakhon Nakhon Campus

Asst. Prof. Dr. Ratchadaporn Ungcharoen,
Kasetsart University, Sakhon Nakhon Campus

Asst. Prof. Dr. Vanvisa Sresumatchai, Faculty of Public
Health, Mahidol University

Asst. Prof. Dr. Pattarawan Thongyai, Ramkhamhaeng
University

Asst. Prof. Dr. Suthee Usathaporn, Faculty of Law,
Dhurakij Pundit University.

Asst. Prof. Dr. Nitsit Intamano, Sriprathum university

รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 รองศาสตราจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ คณะสาธารณสุข
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 รองศาสตราจารย์ธันชพร กังสั้งค์ คณะ
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 รองศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ
 Department of Health Professions, Hofstra University
 รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล
 สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล
 คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 รองศาสตราจารย์ ดร. นිරมัย พิศแข มั่นจิตร คณะ
 นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
 สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
 สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 รองศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ชูศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย
 อลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
 รองศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี มหาวิทยาลัยบูรพา

Assoc. Prof. Dr. Piyathida Khajornchaikul, Faculty of
 Public Health, Mahidol University
 Assoc. Prof. Ann Jirapongsuwan, Faculty of Public
 Health, Mahidol University
 Assoc. Prof. Thanadchapon Kungsung, Sukhothai
 Thammathirat Open University
 Assoc. Prof. Dr. Chanapong Rojanaworarit, Department
 of Health Professions, Hofstra University
 Assoc.Prof.Dr. Vorapoj Promasatayaprot, Mahasarakham
 University
 Assoc.Prof.Dr. Sumattana Glangkarn, Mahasarakham
 University
 Assoc. Prof. Dr. Lawan Thanasilpakul, Sukhothai
 Thammathirat Open University
 Assoc. Prof. Dr. Eua Aree Ingchanin, Chulalongkorn
 University
 Assoc.Prof. Dr. Niramai Phitkhae Manjit, Thammasat
 University
 Assoc. Prof. Dr. Warangkana Chankong, Sukhothai
 Thammathirat Open University
 Assoc. Prof. Dr. Nittaya Pensirinapa, Sukhothai
 Thammathirat Open University
 Assoc.Prof. Dr.Thassaporn Chusak, Valaya Alongkorn
 Rajabhat University under the Royal Patronage
 Assoc.Prof. Dr. Patchana Jaidee, Burapha University

บรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับสุดท้ายของปี 2568 มีนิพนธ์ต้นฉบับ 23 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง ทั้งนี้ ประเด็นเรื่องของสุขภาพ ดิจิทัล ในการจัดบริการสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญในยุคปัจจุบัน ประเด็นการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในยุคของการถ่ายโอนภารกิจ เป็นประเด็นที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภารกิจของระบบบริการปฐมภูมิ นิพนธ์ต้นฉบับทางกฎหมายเรื่อง เหตุฟ้องหย่า: กรณีศึกษาการปั่นหัว หรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย กับต่างประเทศ คือสหราชอาณาจักรและสิงคโปร์ เพื่อเสนอแนวทางพัฒนากฎหมายไทย ซึ่งมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ถูกระทำ นิพนธ์ต้นฉบับภาษาอังกฤษเรื่องเดียวในฉบับนี้ คือประเด็นเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อที่มีต่อการรับรู้ความเสี่ยงในช่วงการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส-2019 ปัญหาของยาเสพติดเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง ที่รัฐบาลปัจจุบันดำเนินการปราบปรามยาเสพติด รวมทั้งบุหรีไฟฟ้าอย่างเข้มงวด และบทความวิจัยท้ายสุดของฉบับนี้คือ การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาวะแบบสหวิชาชีพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคลในระบบบริการสุขภาพไทย นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเรื่อง การถอดบทเรียนการเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนกในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นบทความที่น่าสนใจอย่างมาก รวมถึง สถานะทางกฎหมายของกัญชาและการควบคุมที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแก้ไขกลับมาเป็นยาเสพติดควบคุมในช่วงกลางปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ หวังว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์ทางวิชาการจากบทความวิจัยที่หลากหลายในฉบับนี้

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

Early Childhood Development and its Associated Ecological Factors among 3-5 years during the Covid-19 Pandemic in Kanchanaburi Province, Thailand

Sukanya Ruabruam¹ Chaweewon Boonshuyar² Katiya Ivanovitch^{2*}

1 Master's degree student, Faculty of Public Health, Thammasat University

**Corresponding author, email: katiya.i@fph.tu.ac.th*

2 Thesis Advisor, Faculty of Public Health, Thammasat University

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Ruabruam, S. ., Boonshuyar, C. ., & Ivanovitch, K. . Early Childhood Development and its Associated Ecological Factors among 3-5 years during the Covid-19 Pandemic in Kanchanaburi Province, Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/280513>

Received: 29 April 2025

Revised: 20 May 2025

Accepted: 26 May 2025

Abstract

This study aimed to explore the developmental status of preschool children aged 3 to 5 years during the COVID-19 pandemic, and examined the association of ecological factors and suspected developmental delays. Using Bronfenbrenner's ecological framework, a cross-sectional analytical study was conducted in Dan Makham Tia District, Kanchanaburi Province, between August and October 2022. A total of 322 children and their primary caregivers participated in the study. Data were collected using the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) and caregiver questionnaires. Descriptive statistics and logistic regression were used for analysis.

The findings revealed that 50.3% of children were suspected developmental delay, with fine motor, cognitive, and language skills being the most affected areas (23.3%). Several ecological factors were significantly associated with these delays. At the individual level, boys were more likely to be delayed. Among caregiver-related factors, lower monthly income, limited knowledge of the “Eat, Hug, Play, Read, Sleep, and Dental Care” approach, lower education levels, and suboptimal caregiving behaviors were linked to higher risk of being delays. Children who received high levels of support from grandparents, aunts, and uncles were also more likely to experience delays. Additionally, children whose caregivers received only moderate, or no support from healthcare providers, or village health volunteers, had a greater likelihood of delays. These results emphasize the importance of community-driven child development systems and the need to strengthen caregiver support—both in knowledge and practical resources—especially during times of crisis like the COVID-19 pandemic.

Keywords: child development, early childhood, suspected developmental delay, COVID-19

พัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่เกี่ยวข้องในช่วงอายุ 3-5 ปี ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย

สุกัญญา รวบรวม¹, ฉวีวรรณ บุญสุยา², ศัตติยา อีวานโนวิช^{2*}

1 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: katiya.i@fph.tu.ac.th

2 อาจารย์ที่ปรึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 29 เมษายน 2568

วันแก้ไข 20 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 26 พฤษภาคม 2568

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยา กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Bronfenbrenner ดำเนินการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2565 เก็บข้อมูลในเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก 322 คน ใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก (DSPM) และแบบสอบถามผู้เลี้ยงดูหลัก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลพบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 50.3 ด้านที่พบว่าล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา และด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 23.3 ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่สัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย คือ เพศของเด็ก ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก คือ รายได้ต่อเดือนของผู้เลี้ยงดูหลัก ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอน ผ้าอ้อม” ระดับการศึกษา และ พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนจากปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ปัจจัยระหว่างองค์กรและชุมชน คือ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ดังนั้นการสนับสนุนเชิงนโยบายด้วยการสร้างระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ขับเคลื่อนโดยชุมชน และการสนับสนุนผู้เลี้ยงดูหลักทั้งด้านองค์ความรู้และการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข เป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดใหญ่ เพื่อยกระดับผลลัพธ์ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็ก, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการสงสัยล่าช้า, โรคโควิด 19

บทนำ

ช่วงปฐมวัย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 3–5 ปี ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนามนุษย์ ความล่าช้าในการพัฒนาการในระยะนี้อาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตด้านอื่น ๆ ของเด็ก เช่น สติปัญญา อารมณ์ และทักษะทางสังคม (McKean et al., 2017) รายงานจากหลายประเทศทั่วโลกพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจำนวนกว่า 200 ล้านคนได้รับผลกระทบจากการพัฒนาการล่าช้า ในประเทศไทย รายงานการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่าอัตราการสงสัยพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 21.2, 25.6 และ 26.6 ตามลำดับ โดยพบพัฒนาการด้านภาษาล่าช้ามากที่สุด (Health Data Center, 2021) ในจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2561, 2562 และปี 2563 พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 21.6, 21.6 และ 31.8 ตามลำดับ พัฒนาการด้านที่ล่าช้ามากที่สุด และเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 55.6 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (HDC, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งเป็นวิถีชีวิตตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ปัจจัยของมารดาและบิดา ปัจจัยของเด็ก การดูแลขณะตั้งครรภ์ และสิ่งแวดล้อม (Keuaeat, Chaiyamel, & Worawet, 2018) โมเดลเชิงนิเวศวิทยา เป็นโมเดลที่ช่วยให้เข้าใจถึงความซับซ้อนระหว่างความสัมพันธ์ของพหุปัจจัย ในปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับชุมชน ปัจจัยระดับสถาบัน และปัจจัยระดับนโยบาย สามารถอธิบายสาเหตุของปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ (Bronfenbrenner, 1979) ในทางเดียวกันอาจส่งผลถึงพัฒนาการของเด็กเช่นกัน เนื่องด้วยระบบทั้งหมดนี้ถูกรบกวนจากการระบาดของโควิด 19 ที่ซ้ำเติมปัญหานี้ให้รุนแรงยิ่งขึ้น จากมาตรการล็อกดาวน์ การปิดสถานศึกษา และข้อจำกัดในการพบปะทางสังคม ส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฐมวัยและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการคัดกรองพัฒนาการ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของเด็กในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ อายุของเด็กในช่วงเวลานั้น การสนับสนุนจากครอบครัว สถานะทางสุขภาพ

การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ และสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยปกติทั่วไปในทางการแพทย์ได้แนะนำให้จำกัดเวลาในการใช้หน้าจอของเด็ก (Ng & Ng, 2022) เนื่องจากมีศึกษาพบว่าการใช้หน้าจอมีผลกระทบต่อพัฒนาการในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งไม่สามารถเกิดพัฒนาการเรียนรู้ได้จากการดูหน้าจอได้ จะต้องใช้การปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดและการเล่นกับเพื่อน แต่เมื่อเกิดสถานการณ์โรคระบาดมีการใช้ระบบการเรียนรู้ออนไลน์เข้ามาแทนการมีปฏิสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว ทำให้เวลาการใช้หน้าจอของเด็กตั้งแต่ปฐมวัยถึงวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางภาษาและสังคมของเด็ก (Phlitphonkanphim, 2021)

ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบด้านวิชาการในเด็กวัยเรียน แต่ผลกระทบในเด็กปฐมวัยยังไม่ได้รับการสำรวจอย่างชัดเจน ดังนั้น เพื่อช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของเด็กภายในระบบที่เชื่อมโยงกันในสภาวะที่สภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfen-brenner's Ecological Model) ในการประเมินพัฒนาการและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กอายุ 3–5 ปี ในจังหวัดกาญจนบุรีช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้น ตลอดจนใช้วางแผนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงที่มีการแพร่ระบาดใหญ่

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objectives)

เพื่อประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และ ความสัมพันธ์ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบผสมผสาน (Mixed methods) แบบภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดำเนินการในจังหวัดกาญจนบุรี ประเทศไทย ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2565 พื้นที่อำเภอด่านมะขามเตี้ยซึ่งพบอัตราการสงสัยพัฒนาการล่าช้าสูงสุด (ร้อยละ 55.6) เทียบ

กับระดับภูมิภาค (ร้อยละ 31.8) และระดับประเทศ (ร้อยละ 26.6) (HDC, 2021)

ประชากรและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ คือ เด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 1,122 คน และผู้เลี้ยงดูหลัก ที่อาศัยอยู่ใน 41 ชุมชน 4 ตำบลของอำเภอตำบมะขามเตี้ย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564) โดยไม่รวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางพัฒนาการหรือโรคทางระบบประสาท เช่น ออทิสซึม ดาวน์ซินโดรม และสมองพิการ ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก มีประวัติในสมุดบันทึกสุขภาพพ่อแม่และเด็ก ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัย สัญชาติไทย มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และสามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี อ่านออกเขียนได้

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรหาสัดส่วนจากประชากรที่ทราบจำนวน โดยสมมติระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ความซุกของพัฒนาการล่าช้าเท่ากับร้อยละ 23.8 และขอบเขตความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 25.0 ค่า Design effects ที่ 1.7 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 315 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบสองขั้นแบบกลุ่ม (Two-stage cluster sampling) โดยใช้การสุ่มแบบ PPS (Probability Proportional to Size) ขั้นแรกสุ่มชุมชน 30 แห่งจากทั้งหมด 41 แห่งตามขนาดประชากร ขั้นที่สองใช้การสุ่มอย่างง่ายในการเลือกเด็ก 10–12 คนต่อชุมชน จากรายชื่อเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ ทั้งนี้มี 3 ชุมชนที่มีการสุ่มสองครั้งเนื่องจากมีประชากรหนาแน่น รวมทั้งสิ้นได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กปฐมวัย 322 คน และ ผู้เลี้ยงดูหลัก 322 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก เช่น เพศ วันเกิด น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว น้ำหนักแรกเกิด

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การได้รับธาตุเหล็ก ภาวะสุขภาพช่องปาก และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูหลัก เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และวิธีการเลี้ยงดู จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความรู้ของเลี้ยงดูหลัก เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกให้ 1

คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนนรวม 0–12 แบ่งตามเกณฑ์ Bloom (Bloom, 1971) เป็น 3 ระดับ คือ สูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 9 คะแนน) ปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 61–79 (5–8 คะแนน) ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (≤ 4 คะแนน)

3.2 การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ด้าน ตามคู่มือ DSPM หรือคู่มือเล่มสีขาว (Ministry of Public Health, 2019) 5 ด้าน ตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน และ สม่าเสมอให้ 2 คะแนน คะแนนรวม 0–10 แบ่งเป็น สูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 7 คะแนน) ปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 61–79 (4–6 คะแนน) ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (≤ 3 คะแนน)

3.3 ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางกิจกรรม “กิน กอด เล่น

เล่า นอน เฝ้าดูฟัน” จำนวน 12 ข้อ แบบตอบถูก/ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวมทั้งหมดมีค่า 0–12 คะแนน จัดเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) เป็น สูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 9 คะแนน) ปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 61–79 (5–8 คะแนน) ต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (≤ 4 คะแนน)

3.4 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราส่วน Likert 4 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติทุกวันให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน หากเป็นข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน จัดเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ของ Best (Best, 1977) คือ ดี ได้คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ปานกลาง ได้คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 3.00 ไม่ดี ได้คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.00

3.5 การสนับสนุนของปัจจัยระหว่างบุคคลและชุมชน ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 11 ข้อ

ได้รับการสนับสนุนให้ 1 คะแนน หากไม่ได้รับการสนับสนุนให้ 0 คะแนน รวมคะแนน 0-10 คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 0 – 10 คะแนน จัดเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์แบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) คือ มาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 8 คะแนน) ปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 61-79 (5-7 คะแนน) น้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (< 4 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ของกรมอนามัย แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษาเข้าใจ ภาษาแสดงออก และทักษะส่วนบุคคลและสังคม แบ่งผลเป็น 2 กลุ่มคือ คือ เด็กสามารถผ่านข้อทดสอบตามแบบวัดพัฒนาการเด็กได้ทุกข้อ และ 2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า คือ เด็กไม่ผ่านข้อทดสอบตามแบบวัดพัฒนาการเด็กตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC โดยรวมทั้งชุด เท่ากับ 0.6-1 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ที่ไม่ได้เป็นอำเภอเดียวกับที่ใช้ในการศึกษา โดยเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะบริบท การดำเนินชีวิตคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดความรู้ของผู้เลี้ยงดูหลักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ด้าน ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางการกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน” พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 และ การสนับสนุนของปัจจัยระหว่างบุคคลและชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอบบรอก เท่ากับ 0.72, 0.81, 0.84, 0.74 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้เลี้ยงดูหลักตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข 4 คนผ่านการอบรมในการเก็บข้อมูลคอยตอบข้อซักถามหากมีประเด็นที่สงสัยในข้อคำถาม ส่วนการ

ประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาเด็กเรียบร้อยแล้ว

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาการของเด็กปฐมวัย และปัจจัยทางนิเวศวิทยา และใช้หาความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยทางนิเวศวิทยากับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็ก ด้วย Binary logistic regression และการวิเคราะห์โลจิสติกแบบพหุนาม (Multivariate Logistic Regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (COA No. 075/2565) และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเด็กก่อนวัยเรียน 322 คน และผู้เลี้ยงดูหลัก

ผลการศึกษาวิจัย

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากกลุ่มตัวอย่าง 322 คนที่ได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ DSPM พบว่ามีความสงสัยว่าจะมีความล่าช้าของพัฒนาการในหนึ่งด้านหรือมากกว่านั้นร้อยละ 50.3 มี 2 ด้านที่ล่าช้ามากที่สุด ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และการใช้ภาษา ร้อยละ 23.3 รองลงมาเป็นด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 15.5 ด้านการเข้าใจภาษา และ การเคลื่อนไหว ร้อยละ 10.9 และ 1.9 ตามลำดับ

ปัจจัยระดับบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.8 มีน้ำหนักเมื่อแรกคลอด 2,500-3,999 กรัม ร้อยละ 85.7 ไม่ได้รับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 48.1 มีสภาวะโรคฟันผุ ร้อยละ 52.2 ไม่มีสภาวะ

โรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 80.4 และไม่มีสภาวะหินน้ำลาย ร้อยละ 97.8

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก

ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 322 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.1 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 61.2 รองลงมา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 22.4 ระดับการศึกษาสูงสุดจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 32.9 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.0 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 23.9 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.8

ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ไม่เคยเล่าเรียนให้เด็กฟังร้อยละ 56.2 ให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 94.5 และให้ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 43.2 ส่วนใหญ่เคยเห็นคู่มือ DSPM ร้อยละ 70.2 แต่ไม่เคยอ่านคู่มือ DSPM ร้อยละ 51.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 63.4 ส่วนใหญ่ไม่ใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงดูเด็ก และไม่มีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ร้อยละ 73.3 และ 61.8 ตามลำดับ

ปัจจัยระหว่างบุคคล

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของเด็กในช่วงเวลากลางวันพบว่า อยู่ที่โรงเรียนในวันปกติ ร้อยละ 48.4 รองลงมาคืออาศัยอยู่ที่บ้านตัวเอง ร้อยละ 25.8 ส่วนในช่วงเวลากลางวันในวันหยุดเด็กอาศัยอยู่ที่บ้านตัวเอง ร้อยละ 92.9 และอาศัยอยู่ที่บ้านญาติ ร้อยละ 7.1 ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวันในวันปกติ คือ ครูที่โรงเรียน ร้อยละ 52.8 รองลงมา คือ ครูที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 25.1 และผู้ดูแลเด็กในช่วงกลางวันในวันหยุดคือ มารดา ร้อยละ 64.0 รองลงมา คือ ญาติ ร้อยละ 30.7

ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน

การสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.0 ได้รับการสนับสนุนปานกลาง และร้อยละ 17.4 ไม่ได้รับการสนับสนุน

ปัจจัยทางนิเวศวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ปัจจัยระดับบุคคลของเด็กปฐมวัย พบว่า เพศของเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ($p\text{-value} = 0.026$) เด็กเพศชาย มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กเพศหญิง 1.65 เท่า (95% CI COR : 1.06 – 2.57) และไม่พบว่า ตัวแปรที่เหลือ ต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ได้แก่ โรคประจำตัว น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักเมื่อแรกคลอด ภาวะสุขภาพช่องปากปัจจุบัน สภาวะโรคฟันผุ สภาวะเหงือกอักเสบ สภาวะหินน้ำลาย และการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็ก แต่สามารถอธิบายแนวโน้มของความสัมพัทธ์ได้ดังนี้ เด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักค่อนข้างน้อย น้อยกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ มีแนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัยน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 57.6, 52.9, 50.2, และ 40.7 ตามลำดับ) เด็กปฐมวัยที่มีสภาวะสุขภาพช่องปากผิดปกติมีแนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัยที่มีสภาวะสุขภาพช่องปากปกติ (ร้อยละ 50.8 และ 49.6 ตามลำดับ) เด็กปฐมวัยที่ฟันมีสภาวะโรคฟันผุ มีแนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัยที่ไม่มีสภาวะโรคฟันผุ (ร้อยละ 52.4 และ 48.0 ตามลำดับ)

ปัจจัยระดับบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก ไม่พบตัวแปรระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ($0.066 < p\text{-value} < 0.933$) แต่สามารถอธิบายแนวโน้มของความสัมพัทธ์ ได้ดังนี้ เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักเพศชาย มีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักเพศหญิง (ร้อยละ 52.5 และ 49.8 ตามลำดับ) ผู้เลี้ยงดูหลักที่มี อายุ 40-49 ปี อายุ 50-69 ปี และอายุน้อยกว่า 30 ปี มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 53.5, 50.0, 50.0 และ 48.4 ตามลำดับ) ผู้เลี้ยงดูหลักที่ประกอบอาชีพมากกว่าหรือเท่ากับ 2 อาชีพ มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่ประกอบอาชีพน้อยกว่า 2 อาชีพ (ร้อยละ 56.1 และ 49.1 ตามลำดับ) ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.4 และ 49.4 ตามลำดับ) ผู้เลี้ยงดูหลัก

ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยตามแนวทางกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ผ่าดู ฟัน” ระดับน้อย มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ กิจกรรมฯ ระดับมาก (ร้อยละ 51.4 และ 46.4 ตามลำดับ)

ปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า การได้รับการสนับสนุน จากสมาชิกในบ้าน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา (p-value =0.034) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิก ในบ้านฯ ในระดับมาก มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัย ล่าช้ามากกว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในบ้าน ฯ ในระดับน้อย 1.62 เท่า (95% CI COR : 1.04 – 2.54)) และ ไม่พบว่าตัวแปรที่เหลือต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ สงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัยในช่วงเวลา กลางวันในวันปกติ สถานที่อยู่อาศัยในช่วงเวลากลางวันใน วันหยุด ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวันวันปกติ ผู้ดูแลในช่วงเวลา กลางวันในวันหยุด การสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากครู แต่ สามารถอธิบายแนวโน้มของความสัมพันธ์ได้ดังนี้ เด็กปฐมวัยที่ อาศัยอยู่ที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน มีแนวโน้มพบ

พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัย ที่อาศัยอยู่ที่บ้านตัวเอง/ บ้านญาติ (ร้อยละ 53.8, 51.9 และ 44.3 ตามลำดับ) เด็กปฐมวัย ที่อาศัยอยู่ที่บ้านตัวเอง มีแนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ที่บ้านญาติ (ร้อยละ 50.5 และ 47.8 ตามลำดับ) ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวันในวันปกติที่เป็น ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียน และญาติ มีแนวโน้มพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัยที่มีผู้ดูแลเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 54.3, 52.4 46.2 และ 37.8 ตามลำดับ) ผู้ดูแลใน วันหยุดที่เป็นญาติ มีแนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็ก ปฐมวัย ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 50.5 และ 50.2 ตามลำดับ) เด็กปฐมวัยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน มี แนวโน้มพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการ สนับสนุนจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 50.8 และ 49.7 ตามลำดับ)

ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน เด็กปฐมวัยที่ได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ และที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ฯ มีแนวโน้มที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า เด็ก ปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก (ร้อยละ 55.2, 46.4 และ 45.5 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับองค์กรและชุมชนกับพัฒนาการของเด็ก ปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 322 คน

ตัวแปร	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลพัฒนาการรวม				p- value	COR	95% CI COR	
		ปกติ		สงสัยล่าช้า				LL	UL
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก									
ชาย	155	67	43.2	88	56.8	0.026	1.65	1.06	2.57
หญิง ^{ref}	167	93	55.7	74	44.3				
โรคประจำตัว									
มี ^{ref}	20	13	65.0	7	35.0	0.164	1.96	0.76	5.04
ไม่มี	302	147	48.7	155	51.3				

ตัวแปร	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลพัฒนาการรวม				p- value	COR	95% CI COR	
		ปกติ		สงสัยล่าช้า				LL	UL
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ						0.633			
นน.ค่อนข้างน้อย	33	14	42.4	19	57.6		1.97	0.70	5.54
นน.น้อยกว่าเกณฑ์	17	8	47.1	9	52.9		1.64	0.48	5.56
นน.ตามเกณฑ์	245	122	49.8	123	50.2		1.47	0.65	3.29
นน.มากกว่าเกณฑ์ ^{ref}	27	16	59.3	11	40.7				
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ						0.669			
สูงตามเกณฑ์	218	104	47.7	114	52.3		2.04	0.78	5.30
สูงกว่าเกณฑ์	22	12	54.5	10	45.5		1.55	0.45	5.37
ค่อนข้างสูง ^{ref}	20	13	65.0	7	35.0				
ค่อนข้างเตี้ย	8	4	50.0	4	50.0		1.86	0.35	9.80
เตี้ย	54	27	50.0	27	50.0		1.86	0.64	5.37
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						0.681			
ค่อนข้างผอม	12	5	41.7	7	58.3		2.02	0.49	8.43
อ้วน	31	17	54.8	14	45.2		1.19	0.39	3.59
เริ่มอ้วน	19	8	42.1	11	57.9		1.99	0.57	6.90
สมส่วน	194	92	47.4	102	52.6		1.60	0.65	3.92
ผอม	44	25	56.2	19	43.8		1.10	0.39	3.10
ท้วม ^{ref}	22	13	59.1	9	40.9				
น้ำหนักเมื่อแรกคลอด (กรัม)						0.463			
น้อยกว่า 2,500 กรัม	37	15	40.5	22	59.5		1.17	0.27	5.1
2,500-3,999 กรัม	276	141	51.1	135	48.9		0.77	0.20	2.91
มากกว่า 4,000 กรัม ^{ref}	9	4	44.4	5	55.6				
ภาวะสุขภาพช่องปากปัจจุบัน						0.836			
พบ	189	93	49.2	96	50.8		1.05	0.67	1.63
ไม่พบ ^{ref}	133	67	50.4	66	49.6				
สถานะโรคฟันผุ						0.222			
ไม่ผุ ^{ref}	154	80	52.0	74	48.0				
ผุ	168	80	47.6	88	52.4		1.79	0.70	4.54
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก									
เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก						0.709			
ชาย	61	29	47.5	32	52.5		1.11	0.64	1.94
หญิง ^{ref}	261	131	50.2	130	49.8				

ตัวแปร	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลพัฒนาการรวม				p- value	COR	95% CI COR	
		ปกติ		สงสัยล่าช้า				LL	UL
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ระดับการศึกษาสูงสุด						0.257			
ประถมศึกษาและต่ำกว่า ^{ref}	64	36	56.3	28	43.8				
มัธยมต้น	85	35	41.2	50	58.8		1.84	0.95	3.54
มัธยมปลาย/ปวช.	106	56	52.8	50	47.2		1.15	0.62	2.14
อนุปริญญา	25	10	40.0	15	60.0		1.93	0.75	4.94
ปริญญาตรีและสูงกว่า	42	24	57.1	18	42.9		1.06	0.49	2.32
อายุผู้เลี้ยงดูหลัก (ปี)						0.933			
น้อยกว่า 30 ปี	104	52	50.0	52	50.0		1.07	0.61	1.87
30-39 ^{ref} ปี	93	48	51.6	45	48.4				
40-49 ปี	71	33	46.5	38	53.5		1.23	0.66	2.28
50-69 ปี	54	27	50.0	27	50.0		1.07	0.55	2.09
รายได้/เดือน (บาท)						0.066			
5,000-9,999 ^{ref}	77	47	61.0	30	39.0				
10,000-14,999	63	32	50.8	31	49.2		1.52	0.77	2.98
15,000-19,999	29	10	34.5	19	65.5		2.98	1.22	7.27
≥ 20,000 บาท	153	71	46.4	82	53.6		1.81	1.04	3.16
โรคประจำตัว						0.498			
ไม่มี ^{ref}	265	134	50.6	131	49.4				
มี	57	26	45.6	31	54.4		1.22	0.69	2.17
ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก						0.790			
ต่ำ ^{ref}	50	26	52.0	24	48.0				
ปานกลาง	94	44	46.8	50	53.2		1.23	0.62	2.45
สูง	178	90	50.6	88	49.4		1.06	0.57	1.99
ระดับความรู้ความเข้าใจปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูฟัน”						0.461			
น้อย	253	123	48.6	130	51.4		1.22	0.72	2.08
มาก ^{ref}	69	37	53.6	32	46.4				
พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย						0.333			
ดี	40	17	42.5	23	57.5		1.39	0.71	2.72
ค่อนข้างดี ^{ref}	282	143	50.7	139	49.3				

ตัวแปร	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลพัฒนาการรวม				p- value	COR	95% CI COR	
		ปกติ		สงสัยล่าช้า				LL	UL
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ปัจจัยระหว่างบุคคล									
สถานที่อยู่อาศัยในช่วงเวลากลางวันในวันปกติ						0.405			
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	78	36	46.2	42	53.8		1.47	0.80	2.70
บ้านตัวเอง/บ้านญาติ ^{ref}	88	49	55.7	39	44.3				
โรงเรียน	156	75	48.1	81	51.9		1.36	0.80	2.29
สถานที่อยู่อาศัยในช่วงเวลากลางวันในวันหยุด						0.805			
บ้านตัวเอง	299	148	49.5	151	50.5		1.11	0.48	2.60
บ้านญาติ ^{ref}	23	12	52.2	11	47.8				
ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวันวันปกติ						0.290			
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	81	37	45.7	44	54.3		1.96	0.93	4.12
บิดามารดา ^{ref}	45	28	62.2	17	37.8				
ญาติ	26	14	53.8	12	46.2		1.41	0.53	3.76
โรงเรียน	170	81	47.6	89	52.4		1.81	0.92	3.55
ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงเวลากลางวันในวันหยุด						0.972			
บิดา มารดา ^{ref}	223	111	49.8	112	50.2				
ญาติ	99	49	49.5	50	50.5		1.01	0.63	1.62
การสนับสนุนจากครอบครัว (พ่อ แม่ พี่)						0.293			
สนับสนุนมาก	282	137	48.6	145	51.4		1.43	0.73	2.80
สนับสนุนน้อย ^{ref}	40	23	57.5	17	42.5				
การสนับสนุนจากครอบครัว (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)						0.034			
สนับสนุนมาก	188	84	44.7	104	55.3		1.62	1.04	2.54
สนับสนุนน้อย ^{ref}	134	76	56.7	58	43.3				
การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน						0.831			
ไม่ได้รับการสนับสนุน	177	87	49.2	90	50.8		1.05	0.68	1.63
ได้รับการสนับสนุน ^{ref}	145	73	50.3	72	49.7				
การสนับสนุนจากครู						0.284			
ไม่ได้รับการสนับสนุน ^{ref}	40	24	60.0	16	40.0				
สนับสนุนปานกลาง	214	106	49.5	108	50.5		1.53	0.77	3.04
สนับสนุนมาก	68	30	44.1	38	55.9		1.90	0.86	4.20

ตัวแปร	จำนวน	ผลพัฒนาการรวม							
	กลุ่ม ตัวอย่าง	ปกติ		สงสัยล่าช้า		p- value	COR	95% CI COR	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			LL	UL
ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน									
การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพและอส.						0.158			
สนับสนุนปานกลาง	174	78	44.8	96	55.2		1.13	0.58	2.20
ไม่ได้รับการสนับสนุน	56	30	53.6	26	46.4		1.60	0.96	2.66
สนับสนุนมาก ^{ref}	92	52	56.5	40	43.5				

ความสัมพันธ์ร่วมกันปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับพัฒนาการ สงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นำเข้าสู่สมการวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression พบว่า

ปัจจัยระดับบุคคล คุณลักษณะของเด็กปฐมวัยพบว่า เพศของเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เด็กเพศชายมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กเพศหญิง (AOR= 3.89, 95% CI : 1.84-8.22) ส่วนคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ต่อเดือน 15,000-19,999 บาท เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ต่อเดือน 5,000- 9,999 บาท (AOR= 6.32, 95% CI : 1.25-31.88) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.043) เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีแนวโน้มมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักจบประถมศึกษาและต่ำกว่า (AOR =0.14, 95% CI : 0.03-0.69) ระดับความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามแนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัง” มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.026) ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟังในระดับน้อยเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ในการปฏิบัติ

กิจกรรมตามแนวทาง กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟังในระดับมาก (AOR=2.53, 95% CI : 1.12- 5.73) พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.016) เด็กที่มีผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับดีมีแนวโน้มมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูค่อนข้างดี (AOR= 0.23, 95% CI : 0.07-0.76)

ปัจจัยระหว่างบุคคล

การสนับสนุนของปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.016) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ในระดับมาก เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการสนับสนุนน้อย (AOR= 2.43, 95% CI : 1.18– 5.03)

ปัจจัยระหว่างองค์กรและชุมชน

การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับ อสม. มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.040) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับ อสม. ในระดับปานกลางและไม่ได้รับการสนับสนุน เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับ อสม. ในระดับมาก ตามลำดับ (AOR=3.37 และ 2.77 95% CI : 1.08– 10.49 และ 1.17 – 6.58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระหว่างองค์กรและชุมชน กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย (จำนวนตัวอย่าง 322 คน)

ตัวแปร	b	S.E. (b)	p-value	AOR	95% CI AOR	
					LL	UL
ค่าคงที่	-1.38	1.40	0.324	0.25		
ปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะของเด็ก						
เด็กชาย	1.36	0.38	0.000	3.89	1.84	8.22
มีโรคประจำตัว	0.25	0.80	0.750	1.29	0.27	6.18
มีฟันผุ	-1.14	0.61	0.060	0.32	0.10	1.05
ปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะของผู้ปกครองผู้เลี้ยงดูหลัก						
ระดับการศึกษา(ประถมศึกษาและต่ำกว่า ^{ref})			0.043			
มัธยมต้น	0.44	0.50		1.55	0.58	4.12
มัธยมปลาย ปวช.	-0.34	0.52		0.71	0.26	1.96
อนุปริญญา	-0.30	0.77		0.74	0.16	3.35
ปริญญาตรีและสูงกว่า	-1.98	0.82		0.14	0.03	0.69
รายได้ต่อเดือน (บาท) (5,000-9,999 บาท ^{ref})			0.147			
10,000-14,999	0.19	0.58		1.21	0.39	3.76
15,000-19,999	1.84	0.83		6.32	1.25	31.88
20,000 บาทขึ้นไป	0.12	0.45		1.13	0.46	2.75
ระดับความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ต่ำ ^{ref})			0.262			
ปานกลาง	0.72	0.53		2.06	0.73	5.85
สูง	0.14	0.50		1.15	0.43	3.07
มีความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟันในระดับน้อย (ระดับมาก ^{ref})	0.93	0.42	0.026	2.53	1.12	5.73
มีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับดี (ค่อนข้างดี ^{ref})	-1.47	0.61	0.016	0.23	0.07	0.76
ปัจจัยระหว่างบุคคล						
ผู้ดูแลเด็กในเวลากลางวันในวันปกติ (บิดามารดา ^{ref})			0.313			
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	0.91	0.61		2.47	.075	8.12
ญาติ	-0.29	0.74		0.75	0.18	3.15
โรงเรียน	0.48	0.59		1.62	0.51	5.18
ได้รับการสนับสนุนจาก พ่อแม่ และพี่ ในระดับมาก (ระดับน้อย ^{ref})	0.02	0.57	0.966	1.02	0.34	3.13
ได้รับการสนับสนุนจาก ปู่ ย่า ตา ยาย ในระดับมาก (ระดับน้อย ^{ref})	0.89	0.37	0.016	2.43	1.18	5.03

ตัวแปร	b	S.E. (b)	p-value	AOR	95% CI AOR	
					LL	UL
ได้รับการสนับสนุนจากครู (ไม่ได้รับการสนับสนุน ^{ref})			0.216			
ระดับปานกลาง	-0.99	0.65		0.37	0.10	1.31
ระดับมาก	-0.53	0.71		0.59	0.15	2.38
ปัจจัยระหว่างองค์กรและชุมชน						
ได้รับการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากบุคลากรสาธารณสุขและ อสม.(ระดับมาก ^{ref})			0.040			
ระดับปานกลาง	1.21	0.58		3.37	1.08	10.49
ไม่ได้รับการสนับสนุน	1.02	0.44		2.77	1.17	6.58
Overall p-value=.007						
Nagelkerke R Square=0.271						
Hosmer and Lemeshow goodness of fit Test						
p-value=0.044						

การอภิปรายผล

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 50.3 ซึ่งเมื่อเทียบกับสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 ที่พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.6 (HDC, 2021) จะเห็นได้ว่าเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าสถานการณ์ในภาพรวมของประเทศไทย ในช่วงเริ่มต้นการระบาดถึง 2 เท่าตัว ทั้งนี้สามารถอธิบายการศึกษาในครั้งนี้ได้ว่า ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลกระทบจากการล็อกดาวน์ การปิดโรงเรียน การจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้การศึกษาในวัยเด็กหยุดชะงัก การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่างๆ ถูกจำกัด รูปแบบการให้บริการปรับเปลี่ยนตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) ทำให้พบแนวโน้มเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพิ่มสูงขึ้น

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ดังนี้

ปัจจัยระดับบุคคล

ด้านตัวเด็กปฐมวัย พบว่า เพศของเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย เด็กเพศชายมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กเพศหญิง 3.89 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonjiam (2018) ระบบการทำงานสมองทั้งสองซีกของเพศหญิงจะมีพัฒนาการได้มากกว่าเร็วกว่า ส่งผลให้เพศหญิงมีพัฒนาการเร็วกว่าเพศชาย

ด้านผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ต่อเดือนสูงมีแนวโน้มว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่มีผู้ดูแลหลักมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า (AOR= 6.32, 95% CI: 1.25-31.88) ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูรายได้สูงมักจะมีพัฒนาการที่ดีกว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูรายได้น้อย เนื่องจากมีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร การส่งเสริมเลี้ยงดูที่มีคุณภาพมากกว่า Ridaldi et al., (2024) แต่ในขณะเดียวกันอาจทำให้เด็กเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าได้ กล่าวคือ การที่ทำให้ผู้เลี้ยงดูมีเวลาให้กับเด็กน้อยลง เนื่องจากภาระงานที่รับผิดชอบ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กน้อยลงซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการ Morris et al. (2017) หรือตลอดจนการพึ่งพาศูนย์รับเลี้ยงเด็ก โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดอันที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลัก มีความรู้ในการปฏิบัติ

กิจกรรมตามแนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” ในระดับน้อยมีแนวโน้มว่าเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ในระดับมาก (AOR=2.53, 95% CI: 1.12- 5.73) เนื่องจากการขาดความรู้ดังกล่าวอาจนำไปสู่การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมและขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่สำคัญในช่วงวัยต้นของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Yakaew et. al., (2018) ผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับมากจะส่งผลทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย ซึ่งไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีแนวโน้มมีพัฒนาการล่าช้าน้อยกว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักจบประถมศึกษาและต่ำกว่า (AOR =0.14, 95%CI: 0.03-0.69) และเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับที่มีแนวโน้มมีพัฒนาการล่าช้าน้อยกว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูค่อนข้างดี (AOR= 0.23, 95%CI: 0.07-0.76) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phatphon, Phromsattayaporn, and Srisuphak (2019) เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม

ปัจจัยระหว่างบุคคล พบว่า การสนับสนุนจากปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.016) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ในระดับมาก เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการสนับสนุนน้อย (AOR =2.43, 95% CI : 1.18– 5.03) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukkamnerd (2017) ผู้เลี้ยงดูหลักที่ส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย นิยมซื้อของเล่นที่ไม่เหมาะสมมาให้เด็ก เป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่อาจจะยังไม่ตรงตามช่วงวัยของเด็กปฐมวัยและยังพบว่าไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านหนังสือ ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ของเด็กอาจล่าช้าไม่สมวัย

ปัจจัยระดับองค์กรและชุมชน พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพและ อสม. มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.040) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับ อสม. ในระดับปานกลางและไม่ได้รับ

การสนับสนุน เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก (AOR =3.37 และ 2.77, 95% CI : 1.08–10.49 และ 1.17-6.58) ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มาพร้อมข้อจำกัดต่างๆ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และการดำเนินงานคัดกรองเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก บุคลากรด้านสุขภาพและ อสม. มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ พัฒนางค์ความรู้เพื่อส่งต่อให้แก่ บุคคล ครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน หน่วยงาน ให้สามารถขับเคลื่อนงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้การเกิดโรคระบาดต่างๆ ต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantabut, Yoosuk, and Semram (2018) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ การสร้างภาคเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pantawan (2017) การประยุกต์แนวคิดเชิงนิเวศวิทยามาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว ตลอดจนระดับระหว่างบุคคล ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีนโยบายขององค์กร หน่วยงาน จะช่วยกระตุ้นให้เครือข่ายแต่ละระดับมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นการนำรูปแบบแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนงานสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพได้

ระบบบริการในการเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีการจัดระบบบริการ อาคารสถานที่ ที่แตกต่างไปจากเดิม ก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก (พัฒนาการเด็ก) ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มีการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กเป็นประจำทุกเดือน ทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ รวมถึงการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และที่โรงเรียน เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กระบวนการทำงานปรับเปลี่ยนตามมาตรการความปลอดภัยด้านสาธารณสุข การเปิด-ปิดของสถานศึกษา และจำกัดสถานที่ให้บริการเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19

สรุปผลการศึกษา

พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 50.3 เมื่อแยกรายด้าน 5 ด้าน พบพัฒนาการสงสัยด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และ ด้านการใช้ภาษา มากที่สุดคือ ร้อยละ 23.3 รองลงมา คือ ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ด้านการเข้าใจภาษา และด้านเคลื่อนไหว ร้อยละ 15.5, 10.9 และ 1.9 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงนิเวศวิทยากับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศของเด็ก ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของผู้เลี้ยงดูหลัก ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทาง “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดูพื้น” ระดับการศึกษา และ พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนจากปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ปัจจัยระหว่างองค์กรและชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขกับ อสม.

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

เนื่องจากช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เป็นช่วงที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่โรงเรียน และที่ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ช่วงเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามของผู้เลี้ยงดูหลักอาจจะมีความเสี่ยงในการรวมตัวระหว่างเด็กและผู้ปกครองท่านอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และหน่วยงานด้านสุขภาพทุกระดับ ควรมีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในสถานการณ์ที่เกิดโรคระบาดต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีความต่อเนื่อง

2. กระทรวงสาธารณสุขผลิตชุดอุปกรณ์ความรู้ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับหญิงหลังคลอดทุกคนเพื่อใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนากระบวนการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมกับกับสถานการณ์ที่เกิดโรคระบาดต่าง ๆ และรองรับเครื่องมืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ระบบสื่อสาร สัญญาณอินเทอร์เน็ต เข้าถึงเด็กได้ทุกระดับ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามการฟื้นตัวหลังการระบาดใหญ่
2. ควรเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อการวิเคราะห์ภาพรวมของพัฒนาการเด็กให้ครอบคลุมทุกด้าน
3. การศึกษาเชิงนโยบายเพื่อประเมินความพร้อมของระบบสุขภาพในช่วงภาวะฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยที่ร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัย และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอด่านมะขามเตี้ย ที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สัญญา รวบรวม ร่วมออกแบบการศึกษา รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนต้นฉบับ คัตติยา อีวาโนวิช ร่วมออกแบบการศึกษา ตรวจสอบ และแก้ไขต้นฉบับ ฉวีวรรณ บุญสุยา ร่วมออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบต้นฉบับ ผู้เขียนทั้งหมดอ่านและอนุมัติต้นฉบับก่อนส่งเพื่อตีพิมพ์

แหล่งทุน

การวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานใด

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, John W. Z1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*.
- Boonjiam S. (2022). Factors related to child development in The Area Health Region VII. *Journal of Health Center7, Khon Kaen, 14(1)*, 40–60. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/252169> (InThai)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Chantabut W, Yoosuk W, & Semram W. (2018). Development of guidelines for promoting early childhood development in the child development center, Si Wichian Subdistrict Municipality, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Educational Research, Faculty of Education, Srinakharinwirot University, 13(1)*, 208-218. (InThai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for early childhood development centers to prevent the spread of COVID-19 (Vol. 1)*. Department of Health. (InThai)
- Health Data center. (2021). Results of child development screening by age group specialpp. (InThai) https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5. (InThai)
- Keuaeat N, Chaiyamel P, & Worawet S. (2018). Situation and factors related to the development of Thai children under 5 years old: A literature review. *Journal of the Southern Nursing and Public Health College Network. 5(1)*, 288-293. (InThai)
- McKean, C., Reilly, S., Bavin, E. L., Bretherton, L., Cini, E., Conway, L., Cook, F., Eadie, P., Prior, M., Wake, M., & Mensah, F. (2017). Language Outcomes at 7 Years: Early Predictors and Co-Occurring Difficulties. *Pediatrics, 139(3)*, e20161684. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1684>
- Ministry of Public Health. (2019). *Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)*. Office of the War Veterans Organization Printing House. (InThai)
- Morris, A. S., Robinson, L. R., Hays-Grudo, J., Claussen, A. H., Hartwig, S. A., & Treat, A. E. (2017). Targeting parenting in early childhood: A public health approach to improve outcomes for children living in poverty. *Child Development, 88(2)*, 388–397. <https://doi.org/10.1111/cdev.12743>
- Pantawan P. (2017). Ecological model and health behavior change. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18(2)*, 7–15. retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/96828> (InThai)
- Phatphon A, Phromsattayapom W, & Srisuphak R. (2019). Development of a surveillance system and promotion of early childhood development in Khen Subdistrict, Nam Kiang District, Sisaket Province. *Journal of Community Health Academics, 5(01)*, 124-138. (InThai)
- Phlitphonkanphim, A. (2021). *Overcoming 9 Covid crises to the opportunity to develop children and families*. <https://op.mahidol.ac.th/ga/wp-content/uploads/author/posttoday-33.pdf/> (InThai)
- Rinaldi, C., Supali, T., Do, H. N., McBride, A., Simpson, J. A., & Halliday, K. E. (2024). Factors associated with caregiver reporting of suspected developmental delay in preschool-aged children in Indonesia. *BMC Pediatrics, 24(1)*, 142. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04880-2>

- Sukkamnerd S. (2017). Development of a surveillance system and promotion of child development through community participation. *Journal of Public Health, 12*(4). (InThai)
- Yakaew C, Siriparitchayakon R, Yokin J, Phromluck A, & Piyajitthi A. (2018). Parental participation behavior in promoting early childhood learning in early childhood development centers in the Eastern region. *Journal of Education and Human Development, 2*(2), 1-14. (InThai)

Factors Related to Stress Level Among Family Caregiver of Dependent Elderly in Bang pa-in District, Ayutthaya Province

Sukamon Suksanit ¹, Kitrawee Jiraratsatit ², Katiya Ivanovitch ^{2*}

¹M.Sc. (Health, Safety and Environment Management), Faculty of Public Health, Thammasat University

²Assistant Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University

* Corresponding author: E-mail: katiya.i@fph.tu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Suksanit, S., Jiraratsatit, K., & Ivanovitch, K. Factors Related to Stress Level Among Family Caregiver of Dependent Elderly in Bang pa-in District, Ayutthaya Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280578

Received: 1 May 2025

Revised: 22 May 2025

Accepted: 26 May 2025

Abstract

This cross-sectional analytical design assesses stress levels and examines the relationship between predisposing, enabling, and reinforcing factors, as well as characteristics of dependent older adults and caregiver stress. A total of 204 family caregivers were surveyed using self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and simple binary logistic regression ($p < 0.05$).

The study found that 22.5% of caregivers experienced high levels of stress, with 91.2% reporting exhaustion and 88.3% experiencing pressure from continuous. Key factors significantly associated with higher caregiver stress included insufficient income, longer caregiving hours per day, limited access to healthcare services, facilities, and welfare, inadequate information support, and low levels of support from family, community, multidisciplinary teams, and governmental agencies, the level of dependency, and the number of chronic conditions in care recipients.

The findings indicate that reducing stress among family caregivers requires integrated interventions at the individual, family, community, and health system levels. These interventions include providing welfare support to ease financial burdens, increasing the number of professional caregivers alongside training community volunteers to reduce caregiving hours, developing caregiver information systems, and strengthening support networks within families and communities. Establishing mentoring teams to offer guidance, enhancing caregiving skills, and developing a care system aligned with Thailand's budgetary and healthcare constraints are also essential. Furthermore, promoting annual health check-ups, reducing the risk for non-communicable diseases, and preventing future dependency are key strategies for sustainably improving the quality of family caregivers' life.

Keywords: stress level; family caregiver; dependent elderly

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สุกมล สุขสนิท¹, กิตริวี จิรรัตน์สถิต², คัตติยา อีวานโนวิช^{2*}

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: katiya.i@fph.tu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 1 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 22 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 26 พฤษภาคม 2568

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระดับความเครียดและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับความเครียดของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 204 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Simple binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดระดับสูงร้อยละ 22.5 รู้สึกเหนื่อยล้าร้อยละ 91.2 และถูกกดดันจากภาระหน้าที่ที่หลากหลายร้อยละ 88.3 รู้สึกรวมถึงต้องตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ จำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐ ระดับสภาวะพึ่งพิงและจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลควรบูรณาการมาตรการตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนสวัสดิการลดภาระทางเศรษฐกิจ การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลมืออาชีพควบคู่กับการอบรมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อลดจำนวนชั่วโมงการดูแล พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ดูแล และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา ส่งเสริมทักษะการดูแล สร้างระบบดูแลที่ครอบคลุมให้สอดคล้องกับข้อจำกัดงบประมาณและระบบสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี ลดความเสี่ยงของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในอนาคต เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ระดับความเครียด; ผู้ดูแล; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทนำ

ภายใต้สถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์และผลกระทบทางสุขภาพที่สำคัญ การเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จนนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง อันหมายถึงภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่นในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการสำรวจการเป็นภาระวัยสูงอายุคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 2.4 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (Ministry of Social Development and Human Security, 2016) ขณะที่ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เขตเมือง การทำงานนอกบ้านของสตรี และการเปลี่ยนผ่านจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มขาดผู้ดูแล หรือผู้ดูแลต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงทวีความชัดเจนมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน

ประเทศไทยมีนโยบายการดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันยังอยู่ในลักษณะเชิงรับ โดยเน้นการตอบสนองเมื่อเกิดปัญหา มากกว่าการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก นอกจากนี้ยังประสบข้อจำกัดด้านโครงสร้าง ทั้งในแง่กำลังคนที่ไม่เพียงพอ ทรัพยากรที่จำกัด และศักยภาพของระบบในการให้บริการที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องแบกรับหน้าที่นี้เพียงลำพัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม (Siranee Sihapark et al., 2017)

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมทั้งด้านการดูแล

ร่างกาย จิตใจ การรักษาพยาบาล และการจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ภาระหน้าที่เหล่านี้มักก่อให้เกิดความเครียดจากแรงกดดันและปัญหาที่สะสมเรื้อรัง หากไม่มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล นำไปสู่ความไม่สบายใจ วิตกกังวล และมีผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, & Kanisorn Tengrang, 2014) ทั้งนี้หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ความยาวนานในการดูแล และจำนวนชั่วโมงการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (Sabzwari et al., 2016) โดยระดับความเครียดของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนภาระและข้อจำกัดในการดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมกรดูแลและการจัดการภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน แม้ว่าการรอบแนวคิด PRECEDE จะมุ่งเน้นการศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลแทนพฤติกรรมกรดูแล เนื่องจากความเครียดเป็นผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนบริบทการดูแลซึ่งมีความซับซ้อนหลายมิติ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดอยู่ในหมวดปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ช่วยให้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของความเครียดซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมกรดูแล และออกแบบมาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2564 -2566 พบอัตราร้อยละ 2.80, 3.09, 3.56

ตามลำดับ เมื่อจำแนกโดยใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index พบว่าอำเภอบางปะอินมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นอันดับสองของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในขณะที่เดียวกัน การประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต (2Q) ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน พบว่าภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการเฉลี่ย 15.20, 16.14 และ 16.83 ในปีงบประมาณ 2564–2566 ตามลำดับ และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีปัญหาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Family Medicine Department Bang Pa-In Hospital, 2024) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลมักถูกมองข้าม แม้จะเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนยังขาดกลไกสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางลบทั้งต่อตนเองและต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในด้านบริบทของพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีความหลากหลายทางอาชีพ วัฒนธรรม และวิถีชีวิต จึงเป็นพื้นที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลในระดับชุมชน ทั้งในมิติของการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายชุมชน และภาครัฐ ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการจัดทำนโยบายและมาตรการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการพัฒนากระบวนการสุขภาพและการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้อย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการผลักดันสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนของประเทศ และตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่

ยั่งยืน (SDG Goal 3) ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

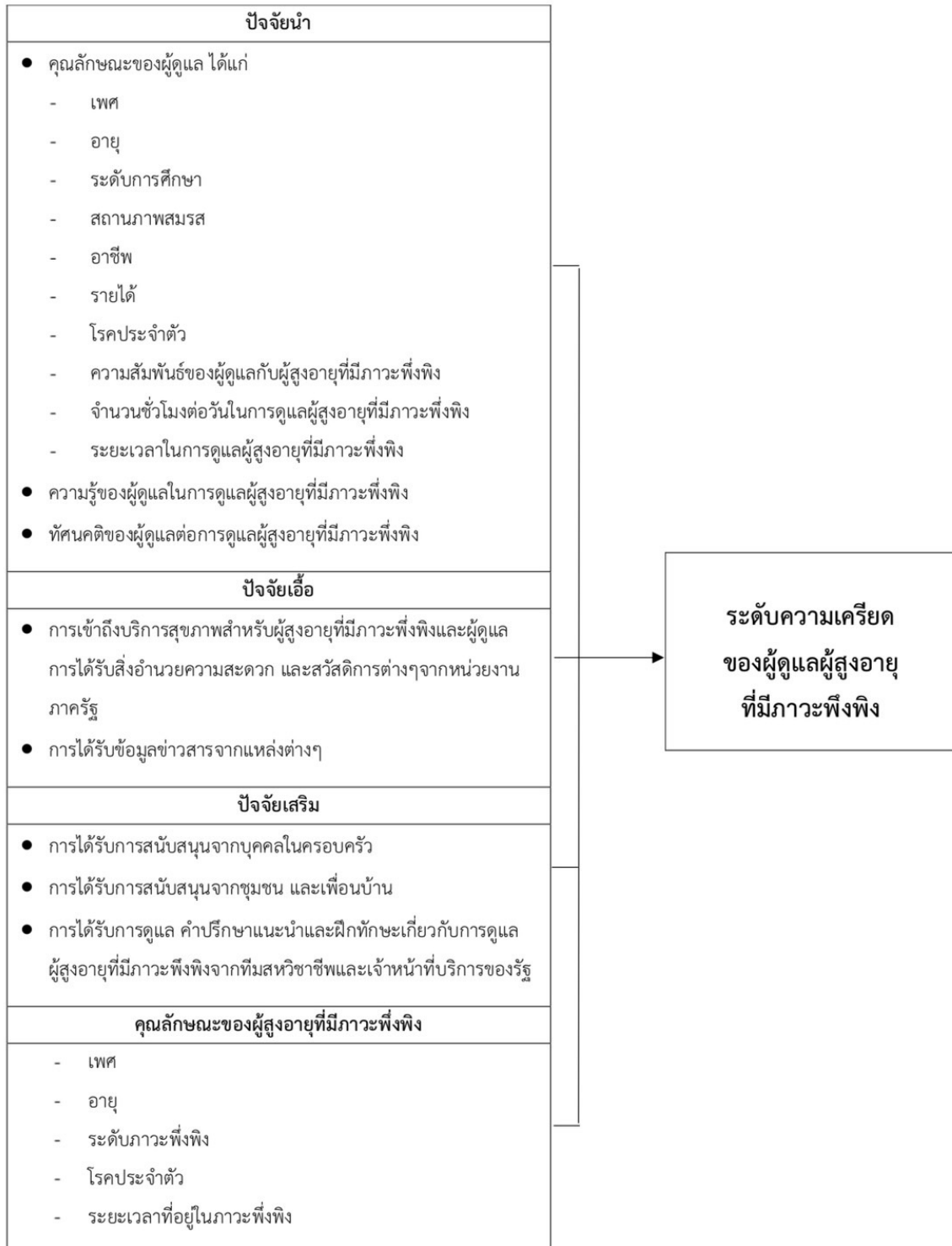
ประชากรที่ศึกษา (Population) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยรายชื่อผู้ดูแลได้จากการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2567 คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลต้องถูกประเมินภาวะพึ่งพิงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living index คัดเลือกกลุ่มที่ระดับ ADL 0 - 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) 2) ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผิดทางวิชาชีพ 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีสัญชาติไทยและสามารถสื่อสารโต้ตอบภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) จำนวน 204 คน โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Krejcie & Morgan, 1970) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลโดยวิธีการเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขนาดของประชากรในแต่ละตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากแต่ละตำบล มาสุ่มตัวอย่างในโปรแกรม SPSS ให้ได้ตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างในตำบลนั้น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้มาจากการบันทึกแฟ้มเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดกำหนดให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Pheeraphat Watthanawanaphong & Civiliz Wanawatwichitra (2022) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก 8 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้ตอบ (Check list) มีคำตอบ 2 ข้อคือ ใช่ และไม่ใช่ การให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด

ตอนที่ 3 ทศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Wachirapan Tapin (2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงบวก 5 ข้อ คำถามเชิงลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น ส่วนข้อคำถามทางลบกลับคะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการต่างๆจากหน่วยงานภาครัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Hathaichanok sukhito (2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้าน การได้รับการดูแล คำปรึกษา แนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Hathaichanok sukhito (2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล (Perceived stress Questionnaire: PSQ) ของ Levenstein S et al. (1993) ใช้ประเมินความเครียดตามการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ครอบคลุมมิติของความเครียด เช่น ความกดดัน ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 22 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 1 คะแนน, เป็นประจำ = 2 คะแนน, บ่อยๆ = 3 คะแนน, เป็นบางครั้ง = 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบกลับคะแนน จำนวน 8 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาจำแนกกลุ่มระดับความเครียดเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ความเครียดระดับต่ำช่วงคะแนน 30 – 60 คะแนน ความเครียดระดับปานกลางช่วงคะแนน 61 – 90 คะแนน และความเครียดระดับปานกลางช่วงคะแนน 91 – 120 (Best, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาและสร้างแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถามนี้ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 รายในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การพยาบาลชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม (IOC) อยู่ที่ 0.66 - 1.00

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.81 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ส่วนทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.825 ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ มีค่าเท่ากับ 0.845 ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยเสริม มีค่าเท่ากับ 0.903 และส่วนแบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.930

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เรียนสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบางปะอิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อสอบถามความสมัครใจ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ ที่พักอาศัย และนัดหมายวันเวลาที่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

3. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ณ ที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง แจกให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที/คน

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันตั้งแต่เวลา 13.00 - 16.30 น. เริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาใน

การเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน และความเรียบร้อยของการเก็บข้อมูลทุกชุด

5. หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล สร้างคู่มือลงรหัส ลงรหัสข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนน ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้ผ่านการอนุมัติการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 025/2567 รหัสโครงการวิจัย 67PU007 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแล 2) ปัจจัยเอื้อ 3) ปัจจัยเสริม และ 4) คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ระดับความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Simple binary logistic regression โดยการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมในการศึกษานี้จำนวน 204 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 44.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 56.2 ปี (SD = 8.18) การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.3 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.3 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 39.2 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 62.2 ด้านโรคประจำตัวของผู้ดูแล พบว่า มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.8 ด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า เป็นความสัมพันธ์แบบบิดามารดาร้อยละ 40.2 ด้าน

จำนวนชั่วโมงในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 72.5 จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 13.03 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 7.03) และมีระยะเวลาความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 53.9 ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 65.2 และมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดีร้อยละ 73.0 (Table 1)

ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล สิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและชุมชนพบว่า ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการในระดับมากร้อยละ 59.3 ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ พบว่าผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับมากร้อยละ 68.6 (Table 2)

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวพบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 47.0 ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านพบว่าได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 45.6 และด้านการได้รับการดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐพบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 57.4 (Table 2)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 76.6 ปี (SD = 8.77) มีระดับภาวะพึ่งพิงแบบกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 – 11 คะแนน) ร้อยละ 56.9 มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 62.7 ด้านระยะเวลาที่อยู่ภาวะพึ่งพิงพบมากที่สุดคือ ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 53.9 และระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 2.6 ปี (SD = 1.52) (Table 2)

ระดับความเครียดของผู้ดูแล พบว่า มีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 22.5 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.6 (Table 1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มระดับความเครียดต่ำ และกลุ่มระดับ

ความเครียดปานกลางถึงสูง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Simple binary logistic regression และรายงานผลในรูปของอัตราส่วนความเสี่ยงอย่างง่าย (Crude Odds Ratio: COR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval: 95% CI)

ปัจจัยนำ พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.49 เท่า (95% CI COR: 3.29–12.79, $p < 0.001$) และผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 9.66 เท่า (95% CI COR: 4.57–20.42, $p < 0.001$) และพบว่ายามีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลสูงยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดมาก (Table 2)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและชุมชนในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการในระดับมาก 7.13 เท่า (95% CI COR: 3.66 –13.92, $p < 0.001$) ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับมาก 6.99 เท่า (95% CI COR: 3.29-14.84, $p < 0.001$) (Table 2)

ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก 18.25 เท่า (95% CI COR: 8.98 – 37.05, $p < 0.001$) ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านในระดับมาก 4.68 เท่า (95% CI COR: 2.58– 8.49, $p < 0.001$) และผู้ดูแลที่ได้รับการดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก 5.91 เท่า (95% CI COR: 3.12 – 11.19, $p < 0.001$) (Table 2)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดเตียง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประเภทติดบ้าน 4.1 เท่า (95% CI COR: 2.23 – 7.52, $p <$

0.001) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีเพียง 1 โรค 3.03 เท่า (95% CI COR: 1.68 – 5.45, $p <$ 0.001) (Table 2)

Table 1 Family caregivers' stress levels. (n = 204)

Stress levels	N	%
High stress levels	46	22.5
Moderate stress levels	69	33.8
Low stress level	89	43.6
Mean $\pm$ SD 69.42 $\pm$ 20.37		

Table 2 Relationship of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and characteristics of elderly individuals with dependency and family caregiver stress.

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
Predisposing Factors										
Gender							0.763			
Female ^{ref}	167	81.9	76	45.5	91	54.5		1.54	1.73	3.23
Male	37	18.1	13	35.1	24	64.9				
Age in years							0.689			
<50 ^{ref}	44	21.6	23	52.3	21	47.7				
51 - 60	91	44.6	30	33.0	61	67.0		2.22	1.06	4.64
≥ 61	69	33.8	36	52.2	33	47.8		1.00	0.47	2.14
Mean ± SD	56.20 ± 8.18									
years										
Education level							0.961			
≤ Primary education ^{ref}	29	14.2	15	51.7	14	48.3				
Secondary education	56	27.5	22	39.3	34	60.7		1.65	0.67	4.09
High school education	70	34.3	29	41.4	41	58.6		1.51	0.63	3.61
Diploma	22	10.8	11	50.0	11	50.0		1.07	0.35	3.24
≥ Bachelor's degree	27	13.2	12	44.4	15	55.6		1.33	0.46	3.83

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
Marital status							0.141			
Single ^{ref}	33	16.1	16	48.5	17	51.5				
Married	123	60.3	57	46.3	66	53.7		1.09	0.50 2.35	
Widowed/separated	48	23.6	16	33.3	32	66.7		1.88	0.75 4.67	
Occupation							0.203			
Agriculturist ^{ref}	23	11.3	13	60	9	40				
Merchant	80	39.2	36	43.8	45	56.3		2.04	0.78 5.30	
Office worker/Employee	41	20.1	15	36.6	26	63.4		2.69	0.94 7.71	
Government officer	24	11.8	12	50.0	12	50.0		1.55	0.48 4.95	
Unemployed	36	17.6	13	36.1	23	63.9		2.75	0.93 8.09	
Income							<0.001*			
Sufficient ^{ref}	127	62.2	75	59.6	52	40.4				
Insufficient	77	37.8	14	18.2	63	81.8		6.49	3.29 12.79	
Had chronic diseases?							0.083			
No ^{ref}	80	39.2	44	55.0	36	45.0				
Yes	124	60.8	45	36.3	79	63.7		2.14	0.21 3.80	
Number of chronic conditions							0.056			
1 Condition ^{ref}	85	68.6	34	40.0	51	60.0				
≥ 1 Condition	39	31.4	11	28.2	28	71.8		1.69	0.74 3.85	
Relationship with the elderly individuals with dependency							0.670			
Neighbor ^{ref}	10	4.9	7	70.0	3	30.0				
Grandchild	15	7.4	9	60.0	6	40.0		1.55	0.28 8.53	
Sibling	37	18.1	15	40.5	22	59.5		3.42	0.76 15.38	
Father/Mother	82	40.2	40	48.8	42	51.2		2.45	0.59 10.13	
Husband/Wife	60	29.4	18	30.0	42	70.0		5.44	1.26 23.46	
Daily caregiving hours							<0.001*			
≤ 6 hours ^{ref}	56	27.5	45	80.4	11	19.6				
≥ 6 hours	148	72.5	44	29.7	104	70.3		9.66	4.57 20.42	
Mean ± SD 13.03 ± 7.03 hours										
Duration of continuous caregiving							0.651			
≤ 1 year	22	10.8	9	40.9	13	59.1		1.20	0.47 3.04	

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/hig				LL	UL
			n	%	N	h				
1 – 3 years ^{ref}	110	53.9	50	45.5	60	54.5				
3 – 5 years	56	27.5	23	41.1	33	58.9		1.19	0.62	2.29
≥ 5 years	16	7.8	7	43.6	9	56.3		1.07	0.37	3.08
Mean ± SD 2.6 ± 1.52 years										
Caregiver's level of knowledge							0.059			
Good level ^{ref}	133	65.2	65	48.9	68	51.1				
Poor - Moderate	71	34.8	24	33.8	47	66.2		1.87	0.68	3.40
level										
Caregiver's level of attitudes							0.057			
Good level ^{ref}	149	73.0	71	47.7	78	52.3				
Poor - Moderate	55	27.0	18	32.7	37	67.3		1.87	0.97	3.57
level										
Enabling Factors										
Access to healthcare services							<0.001*			
High level ^{ref}	121	59.3	74	61.2	47	38.8				
Low - Moderate	83	40.7	15	18.0	68	82.0		7.13	3.66	13.92
level										
Access to information from multiple sources							<0.001*			
High level ^{ref}	140	68.6	79	56.4	61	43.6				
Low - Moderate	64	31.4	10	15.7	54	84.3		6.99	3.29	14.84
level										
Reinforcing Factors										
Receiving support and assistance from family members							<0.001*			
High level ^{ref}	96	47.0	73	76.0	23	24.0				
Low - Moderate	108	53.0	16	14.8	92	85.2		18.25	8.98	37.05
level										
Receiving support and assistance from the community and neighbors							<0.001*			
High level ^{ref}	93	45.6	59	63.4	34	36.6				
Low - Moderate	111	54.4	30	27.0	81	73.0		4.68	2.58	8.49
level										
Receiving guidance, consultation, and skill training from a multidisciplinary team							<0.001*			

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
High level ^{ref}	117	57.4	71	60.7	46	39.3				
Low - Moderate level	87	42.6	18	20.6	69	79.4		5.91	3.12 11.19	
characteristics of elderly individuals with dependency										
Gender							0.376			
Female ^{ref}	112	54.9	52	46.4	60	53.6				
Male	92	41.1	37	40.2	55	60.4		1.28	0.73 2.25	
Age in years							0.155			
<70	58	28.4	21	36.2	37	63.8		1.67	0.83 3.36	
71 - 80	70	34.3	31	44.3	39	55.7		1.19	0.62 2.29	
≥ 81 ^{ref}	76	37.3	37	48.7	39	51.3				
Mean ± SD 76.66 ± 8.77 years										
ADL level							<0.001*			
Bedridden	88	43.1	22	25.0	66	75.0		4.10	2.23 7.52	
Bome Bound ^{ref}	116	56.9	67	57.8	49	42.2				
Number of chronic conditions							<0.001*			
1 Condition ^{ref}	76	37.3	46	60.5	30	39.5				
≥ 1 Condition	128	62.7	43	33.6	85	66.4		3.03	1.68 5.45	
Duration of dependency							0.651			
≤ 1 year	22	10.8	9	40.9)	13	59.1		1.20	0.47 3.04	
1–3 years ^{ref}	110	53.9	50	45.5	60	54.5				
3–5 years	56	27.5	23	41.1	33	58.9		1.19	0.62 2.29	
≥ 5 years	16	7.8	7	43.8	9	56.3		1.07	0.37 3.08	
Mean ± SD 2.6 ± 1.52 years										

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม รวมถึงคุณลักษณะของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้ศึกษาประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.5 โดย

ในกลุ่มนี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้าร้อยละ 91.2 และรู้สึกถูกกดดันจากภาระหน้าที่ที่หลากหลาย รวมถึงการต้องตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ร้อยละ 88.3 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระที่ผู้ดูแลต้องแบกรับอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในมิติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการบริหารจัดการในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kodchaporn Tangchitsumran (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เคยรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และการที่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น บริบทเฉพาะของอำเภอบางปะอินซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคม อาทิ ขนาดครอบครัวที่ลดลง การย้ายถิ่นของแรงงาน และความเป็นสังคมเมืองที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภาระการดูแลตกอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัวเพียงลำพัง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องโดยขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดหาอาหาร ยา และการดูแลทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม นำไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรังในผู้ดูแลได้

ปัจจัยนำ ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneerat Chawbol et al. (2022) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ และพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีรายได้ที่เพียงพอเหลือเก็บ มีแนวโน้มเกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiranan Purimat et al. (2019) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงต่ำ โดยผู้ดูแลหลายคนไม่มีรายได้ประจำ หรือมีรายได้ไม่แน่นอน ประกอบกับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดทางด้านเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดมาก สอดคล้องกับ Lazarus RS & Folkman S (1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับภาระของตนไม่เพียงพอต่อความต้องการของสถานการณ์ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ต่อเนื่องยาวนาน และปราศจากการสนับสนุน อีกทั้งสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแล

ต่อวันเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยหลายด้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีเพียงสมาชิก 1 - 2 คน ผู้ดูแลมักต้องรับผิดชอบภารกิจทั้งหมดเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังและขาดเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม

ปัจจัยเอื้อ ผู้ดูแลที่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐ และชุมชนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ต่อการลดระดับความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การขาดการสนับสนุนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีที่พึ่งพิง และแบกรับภาระหนักทั้งในด้านสุขภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจ นำไปสู่ภาวะความเครียดสะสมเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rathapon Thawonphat, Tiraporn Junda, & Bualuang Sumdaengrit (2025) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และการจัดหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม สวัสดิการ บริการสุขภาพ การอำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลจากสังคมและชุมชนสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being) ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับสูง ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีคุณภาพ ครบถ้วนและทันสมัย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับความเครียดในผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งระบุว่าปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เช่น การมีความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการ

เสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและลดผลกระทบทางลบ เช่น ความเครียดและภาวะหมดไฟ

ปัจจัยเสริม ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง มีความเครียดสะสมจากการต้องรับผิดชอบทุกอย่างเพียงลำพัง รวมถึงขาดแรงเสริมทางอารมณ์ที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard, Given, Petlick, & Bemis (2008) พบว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติมีระดับความเครียดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่ต้องดูแลตามลำพัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแบ่งเบาภาระทางกายและการสนับสนุนทางใจจากคนในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้านในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้าน เช่น การช่วยดูแลชั่วคราว การมีเครือข่ายการพูดคุยปรึกษา หรือการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน ช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาสม่อนคลายและรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาตามลำพัง อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างพลังใจและลดความตึงเครียดในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Social Support Theory ของ House (2001) ที่ว่าเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน มีบทบาทอย่างมากในการลดผลกระทบด้านลบของความเครียด

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มทักษะด้านการดูแลเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการลดระดับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pissamai Butimal et al. (2018) พบว่า หากผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะและคำแนะนำที่เพียงพอ อาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ถูกต้อง เกิด

ภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และเพิ่มความเป็นภาระและความเครียดให้กับผู้ดูแลมากขึ้น

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดเตียง ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabzwari, Badini, Fatmi, Jamali, and Shah (2016) พบว่า ระดับสภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (ADL) มีผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลว่าการดูแลเป็นภาระในระดับสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อในหลายมิติทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ดูแล แต่ยังลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวเพียง 1 โรค ผู้สูงอายุมีปัญหสุขภาพซับซ้อนมากขึ้นเมื่อมีหลายโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษาซับซ้อนและต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระทางกายและจิตใจเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Garin et al. (2016) พบว่า การมีโรคประจำตัวหลายโรคของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับภาระในการดูแล และเพิ่มโอกาสของภาวะซึมเศร้าและความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญกับปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดในหลากหลายมิติ การลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลจึงควรดำเนินการผ่านแนวทางแบบองค์รวม โดยบูรณาการมาตรการในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยข้อค้นพบจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลผ่านสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพผู้ดูแล การจ้างผู้ดูแลมืออาชีพโดยรัฐร่วมจ่าย ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล สิ่งอำนวยความสะดวกในระดับชุมชน พัฒนาเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อผู้ดูแล และสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม

จากครอบครัวและชุมชน เพื่อลดการแบกรับภาระเพียงลำพัง ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณและระบบสุขภาพประเทศไทยในปัจจุบัน การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลมืออาชีพเพื่อลดจำนวนชั่วโมงการดูแลอาจดำเนินการควบคู่กับการอบรมอาสาสมัครในชุมชน การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา ส่งเสริมทักษะการดูแล และการเชื่อมโยงกับสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่เดิมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างระบบดูแลแบบยั่งยืน และครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงส่งเสริมการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันภาวะพึ่งพิงในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางที่มีข้อจำกัดด้านการอธิบายสาเหตุเชิงลึก การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล บุคคลใน

ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุเชิงพฤติกรรมของความเครียดของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้งและรอบด้านยิ่งขึ้น นอกจากนี้เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความถูกต้องของผลการวิจัย ควรขยายพื้นที่ศึกษาครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างหลากหลายและใช้การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (Multivariate analysis) ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของผู้ดูแล เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยรบกวนและระบุปัจจัยที่มีผลอย่างแท้จริงต่อระดับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบางปะอินทุกท่าน ที่อนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการอนุเคราะห์การดำเนินการวิจัยและผู้สนับสนุนทุกท่าน ทำให้การเก็บข้อมูลวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Chiranan Purimat, Sutham Nanthamongkolchai, Chokchai Munsawaengsub, Supachai Pitikultang, & Korravarn Yodmai. (2019). Factors influencing quality of life among caregivers of dependent elderly persons in Chanthaburi Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(4), 610–619.
- Family Medicine Department, Bang Pa-In Hospital. (2024). *Summary of the annual performance of the Health Promotion Division Bang Pa-In District 2023* [Annual report]. Bang Pa-In Hospital.
- Garin, N., Koyanagi, A., Chatterji, S., Tyrovolas, S., Olaya, B., Leonardi, M., ... Haro, J. M. (2016). Global multimorbidity patterns: A cross-sectional, population-based, multi-country study. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(2), 205–214. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv128>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., & Deeds, S. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mayfield Publishing.
- Hathaichanok sukhito. (2010). *Factors associated with caregivers' behavior in caring for patients with coronary artery disease at the cardiovascular and thoracic clinic, outpatient surgery department,*

- Phramongkutklo Hospital* (Master's thesis). Kasetsart University.
https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2010.702
- House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 125–142.
- Kodchaporn Tangchitsumran. (2022). *Stress and stress coping among caregivers of hemodialysis patients in Nakhon Nayok Province* (Master's thesis). Thammasat University.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Lazarus RS, & Folkman S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Maneerat Chawbol, Virapun Wirojratana, & Doungrut Wattanakitkileart. (2022). Factors predicting depressive symptoms among caregivers of dependent elderly. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), July–September 2022. <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/20.500.14594/64828>
- Ministry of Social Development and Human Security. (2016). *The dependency ratio of the working-age population to the elderly relative to the total population from 1990 to 2030*. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand. https://www.m-society.go.th/news_view.php?id=18009
- Pheeraphat Watthanawanaphong & Civiliz Wanawatwicchitra. (2022). Factors affecting health care in dependency of caregivers in Si Satchanalai District, Sukhothai Province. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 14(1), January–June 2022. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/256813>
- Pissamai Butimal, Sang-arun Isaramalai, & Ploenpit Thaniwattananon. (2018). Development of nursing practice guideline for preventing complications in bed-bound elders at home. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 79–91.
- Rathapon Thawonphat, Tiraporn Junda, & Bualuang Sumdaengrit. (2025). The relationship between stress, social support, and quality of life among spouses of patients at the end-of-life stage in Thailand: A correlational study. *Belitung Nursing Journal*, 11, 109–118. <https://doi.org/10.33546/bnj.3224>
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting family caregivers in providing care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2647/>
- Sabzwari, S., Badini, A. M., Fatmi, Z., Jamali, T., & Shah, S. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(6), 394–403.
<https://doi.org/10.26719/2016.22.6.394>
- Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, & Kanisorn Tengrang. (2014). The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Health Systems Research Institute.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4028?locale-attribute=th>
- Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, Watcharee Amornrojworawut, Piyathida Khuhiranyarat, Thara Rattanamnuaaysiri, & Thongkhot, N. (2017). A public policy proposal on establishing a long-term health

care fund for dependent elderly people in Thailand (Long Term Care: LTC). Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Ministry of Public Health.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4889/hs2413.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wachirapan Tapin. (2010). Bio psycho social factors associated with geriatric health care behavior by geriatric caregiver (Master's thesis, Graduate School of Srinakharinwirot University). Bangkok, Thailand.

Factors associated with Intension to stay among Professional Nurses in a University Hospital

Nattida Vantok¹ Youwanuch Sattaysomboon² Jutatip Sillabutra³ Attasit Srisubat⁴

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

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

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

4. Independent Scholar

Corresponding author: e-mail: youwanuch.sat@mahidol.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Vantok, N., Sattaysomboon, Y., & Sillabutra, J. Factors associated with Intension to stay among Professional Nurses in a University Hospital. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280631

Received: 4 May 2025

Revised: 16 May 2025.

Accepted: 25 May 2025

Abstract

Maintaining the nursing workforce in hospitals is a challenge to human resources management. This descriptive cross-sectional study, the objectives of this study were identified for the level of intension to stay, and investigated the factors associated with the registered nurses' intension to stay in a university hospital. A sample of 372 registered nurses (96.62%) with at least one year of working experience was selected using a stratified random sampling method. Data were collected through a self-administered questionnaire. The data analysis was using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, as well as inferential statistics, such as Spearman's correlation analysis, Chi-square analysis and Pearson correlation analysis to examine associations.

The study found that the intention to stay among the nurses was at a moderate level (Mean = 3.08 ± 1.09). Age, income, marital status, education level, working experience and weekly working hours were significantly associated with the intention to stay in the registered nurses (p -value < 0.05). Happiness at work showed a moderate positive correlation ($r = 0.42$, p -value < 0.001).

The results of this study provide empirical evidence for nursing administrators to use for planning, improving operational practices, and developing guidelines for retaining personnel within the organization.

Keywords: Intension to stay; Happiness at Work; Professional nurse

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ณัฐธิดา หวันทอก¹ ยวนุช สัตยสมบูรณ์² จุฑาธิป ศีลบุตร³ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ⁴

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารงานสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นักวิชาการอิสระ

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมลติดต่อ: youwanuch.sat@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 4 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 16 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 25 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การรักษาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเป็นความท้าทายทางการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาล การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยเป็นแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ผู้ตอบแบบสอบถาม 372 คน (ร้อยละ 96.62) ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติหาปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.01

ผลการศึกษา พบว่า ความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.08 ± 1.09) อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประสบการณ์ทำงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของ พยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.42$, p-value < 0.001)

ผลการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ผู้บริหารการพยาบาลใช้วางแผนปรับปรุงการปฏิบัติงาน และเป็นแนวทางในการทำให้บุคลากรคงอยู่ในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ : ความตั้งใจอยู่ในงาน; ความสุข; พยาบาลวิชาชีพ

บทนำ

การมีกำลังคนที่เพียงพอเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของประชากร การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุม คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (World Health Organization, 2010) ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข คือ ให้คนไทยมีสุขภาพดี ดังนั้นการมีบุคลากรที่เพียงพอจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพที่ดีประชาชนไทย ซึ่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทยมีพันธกิจสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นระดับตติยภูมิอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

การรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ทำงานในโรงพยาบาลอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มาตรฐานการบริการพยาบาล และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมिरะดับสูง มีหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในระดับเชี่ยวชาญ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่มีราคาแพง รวมถึงบริการการรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (Makrasam, Sangruam & Inburi, 2014) การลาออกหรือโยกย้ายงานของพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพแก่ประชาชน เพราะช่วงที่มีคนลาออกจะไม่ได้รับอัตราากำลังทดแทนทันที ภาระงานของพยาบาลที่ทำงานอยู่จะเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีพยาบาลทำงานครบตามมาตรฐานในแต่ละวันแต่ละเวร ของทุกหน่วยงาน ผลการวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่าการขาดอัตราากำลังพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบางประการ เช่น การบริการไม่มีคุณภาพ ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย การบริหารยาผิดพลาด (Konlan & Shin, 2022) รวมถึงความเครียดของพยาบาลด้วย

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 2,226 เตียง สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ข้อมูลบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 3380 คน

(Nursing Department, 2023) การจ้างงานเป็นแบบพนักงานมหาวิทยาลัย มีการทำสัญญาจ้างงานเป็นช่วงเวลา แต่พบว่าในช่วง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2564 – 2566) มีพยาบาลวิชาชีพที่ขอลาออกและไม่ต่อสัญญาจ้างงาน เท่ากับร้อยละ 6.51, 9.73 และ 10.02 ตามลำดับ จะเห็นว่าใน 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มการลาออกและไม่ต่อสัญญาของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ประสบปัญหาพยาบาลวิชาชีพลาออกไม่ต่อสัญญาเฉลี่ยประมาณ 252 คนต่อปี (Nursing Department, 2023) ทำให้มีการพัฒนาบุคลากรใหม่ และสูญเสียบุคลากร ที่พัฒนาไว้แล้ว จากปัญหาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ความตั้งใจคงอยู่ของพยาบาลจึงเป็นประเด็นท้าทายสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ที่ควรทำความเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องและหามาตรการจัดการป้องกันการลาออกแบบสมัครใจ รักษาอัตรากำลังที่มีอยู่ให้เพียงพอต่อการจัดบริการรักษาแก่ประชาชน

แนวคิดความตั้งใจคงอยู่ในงานเป็นความตั้งใจที่จะอยู่ในงานว่าเป็นการคาดคะเนความเป็นไปได้ของบุคลากร ที่จะอยู่ในองค์กรนั้นต่อไป เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลมิใช่พฤติกรรมการแสดงออกในทันที ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์มีความสนใจในประเด็นของความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากร เนื่องจากมีแนวคิดมาจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถคาดการณ์ได้จากเจตนาธรรม บุคคลที่มีความตั้งใจกระทำมีความสัมพันธ์กับการลงมือปฏิบัติ ความตั้งใจคงอยู่ในงานจึงสามารถประเมินได้จากระยะเวลาที่วางแผนจะปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรนั้นต่อไป (Price & Mueller, 1981) จากการทบทวนวรรณกรรมความตั้งใจคงอยู่ในงานเป็นงานวิจัยที่มีผู้สนใจศึกษา ในประเทศไทยและในต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ความตั้งใจคงอยู่ของพยาบาลในบริบทที่ศึกษาของตนเอง โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ความตั้งใจคงอยู่ในงานหลายปัจจัย เช่น อายุ ระดับการศึกษา จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ (Kox, 2020) ปัจจัยเชิงใจ เช่น

คำตอบแทนที่เหมาะสมและเพียงพอ ความสุขในการทำงาน (Chitpakdee, 2013)

ปัจจัยความสุขในการทำงานเป็นประเด็นหนึ่งที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพื้นที่วิจัยมีนโยบายในการสร้างความสุขให้บุคลากรเพื่อให้ทุกคนมีความสุขในการทำงานและคงอยู่ในองค์กร ซึ่งแนวคิดความสุขในการทำงานให้ความหมายว่าความสุขในการทำงานเป็นความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นขณะทำงานหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการทำงาน (Warr, 2007) เป็นการรับรู้ความคิดเห็น ความเข้าใจ และเป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นความรู้สึกภายในของแต่ละบุคคลที่มีต่องานในทางบวก (Gavin & Mason, 2004) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจอยู่ในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (Jaikhan K., 2018) นอกจากนี้พบว่าความสุขของบุคลากรจัดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งต่อผลการดำเนินงานขององค์กรเพราะหากบุคลากรมีความสุขจะส่งผลให้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจและเต็มใจที่จะทำงานทำให้องค์กรมีคุณภาพการดำเนินการที่ดี

จากประเด็นการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ปัจจัยส่วนบุคคลและมีความสุขในการทำงานเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการพยาบาลใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำความเข้าใจแผนการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ และใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ขององค์กรในการป้องกันปัญหาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การรักษาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ และธำรงรักษากุศลกรพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของวิชาชีพพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 10 - 24 กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน สังกัดฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 3,380 คน (Nursing Department, 2023)

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สังกัดฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีอายุงาน 1 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากรของ Cochran (1997) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 345 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Jaikhan, 2018) เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 385 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนงานการพยาบาล (Proportional to size) การเลือกตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) แยกตามกลุ่มงานการพยาบาล และการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) มีวิธีการคือ นำรายชื่อพยาบาลในหน่วยงานที่เป็นตัวอย่างซึ่งมีรายชื่อเรียงลำดับไว้แล้วในแต่ละหน่วยงาน จากนั้นทำฉลากเลขที่ตามจำนวนพยาบาลและจับฉลากจากลำดับที่ของพยาบาล เพื่อให้เลขที่จะเป็นตัวอย่างการวิจัยในแต่ละหน่วยงานจน

ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้เพื่อให้ได้ตัวอย่างตามที่กำหนด ได้รับแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 372 ชุด (ร้อยละ 96.62)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการสังกัดฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้อยู่ระหว่างการลาต่างๆ ได้แก่ ลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลาคลอด ลาพาช ลาพักร้อนในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน 58 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความปลายเปิดและปลายปิด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ประเภทหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ ประยุกต์คำถามให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยนำแนวคำถามมาจากความตั้งใจอยู่ งาน ของ McCain's Intention to Stay ของ McCloskey (1990) เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ คำตอบมาตรฐานค่าแบบ Likert's Scale (Likert, 1932) ข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือเห็นด้วยมาก 3 คือเห็นด้วยปานกลาง 2 คือเห็นด้วยน้อย 1 คือเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยข้อคำถามเชิงลบมีคะแนนตรงข้ามกัน การแบ่งความตั้งใจคงอยู่ในงานเป็น 5 ระดับตามคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์แบ่งช่วงระดับของเบสท์ (Best, 1977)

ส่วนที่ 3 ความสุขในการทำงาน จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ 1. ด้านความเพลิดเพลินในการทำงาน 2. ด้านกระตือรือร้นในการทำงาน 3. ด้านความสบายใจในการทำงาน โดยสร้างคำถามตามแนวคิดความสุขในการทำงานของวาร์ (Warr, 2007) และ

ขออนุญาตใช้คำถามจากวิจัยของนพมล จุลรัตน์ (Jullarat, 2019) คำตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบ Likert's Scale (Likert, 1932) 5 คือเห็นด้วยมากที่สุด 4 คือเห็นด้วยมาก 3 คือเห็นด้วยปานกลาง 2 คือเห็นด้วยน้อย 1 คือเห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งระดับความสุขในการทำงาน เป็น 5 ระดับตามคะแนนเฉลี่ย

การแบ่งระดับตัวแปรความตั้งใจคงอยู่ในงาน และความสุขในการทำงาน เป็น 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย คือ 4.21 – 5.00 คะแนน = ระดับสูงมาก 3.41 – 4.20 คะแนน = ระดับสูง 2.61 – 3.40 คะแนน = ระดับปานกลาง 1.81 – 2.60 คะแนน = ระดับต่ำ 1.00 – 1.80 คะแนน = ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา(Content validity) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity for scale: CVI) ทุกข้อ เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทดสอบแบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำคำตอบมาหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่า แบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความสุขในการทำงานเท่ากับ 0.93 ซึ่งมีความเชื่อมั่นสามารถใช้สอบถามได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยประสานงานข้อมูลพยาบาลวิชาชีพกับฝ่ายการพยาบาล จัดชุดแบบสอบถามตามจำนวนตัวอย่างที่

สู่ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ประสานงานของฝ่ายการพยาบาลนำส่งมอบกลุ่มตัวอย่าง

3. การขอความยินยอมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านเอกสารชี้แจงและเอกสารขอความยินยอมก่อนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมกับแยกซองปิดผนึกระหว่างแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และรับแบบสอบถามตอบกลับด้วยตนเองจากผู้ประสานงาน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนวิเคราะห์ผลทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับแพทยศาสตร์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH MU MOU 2024/003 รหัสโครงการ 5/2567 ลงวันวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตาม กระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความสุขในการทำงาน และความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและความสุขในการทำงานกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ซึ่งผลวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้ว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 53.80 สถานภาพสมรสไม่มีคู่ ร้อยละ 81.50 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.90 ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 48.10 รายได้ 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.00 และจำนวนชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง ร้อยละ 75.80 ประเภทหน่วยงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 48.70 ดังตาราง 1

2. ภาพรวมของความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง ($\text{Mean}=3.08\pm1.09$) ร้อยละของผู้ที่มีความตั้งใจคงอยู่ในงานระดับปานกลางถึงสูงมาก ร้อยละ 69.36 ดังตาราง 2

3. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 3.89\pm0.73$) โดยพยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานในระดับสูงและสูงมาก ร้อยละ 72.05 เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมาก ($\text{Mean} = 4.26\pm0.61$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านความสบายใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 3.28\pm0.86$) ดังตาราง 2

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และพบว่า อายุ รายได้และประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3 และ 4

5. ความสุขในการทำงานในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42, p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานเป็นรายด้านกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน จากค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ พบว่า ความสุขในการทำงานด้านที่มี 0.001) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านความ
ความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานมากที่สุดคือ ด้าน
กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ($r = 0.23$, $p\text{-value} <$
ความสบายใจในการปฏิบัติงาน ($r = 0.55$, $p\text{-value} <$ 0.001) ดังตารางที่ 4

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ($n = 372$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 30	200	53.80
30 - 39	107	28.80
40 - 49	44	11.80
≥ 50	21	5.60
Mean 32.06, S.D 8.39, Max = 55, Min = 23		
สถานภาพ		
ไม่มีคู่ (โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่)	303	81.50
มีคู่ (สมรส)	69	18.50
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	342	91.90
ปริญญาโท	30	8.10
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
< 5 ปี	179	48.10
5 – 10 ปี	61	16.40
> 10 ปี	132	35.50
Mean 9.42, S.D 8.22, Max = 33, Min = 2		
รายได้ (บาท / เดือน)		
< 30,000	111	29.80
30,001 - 40,000	145	39.00
40,001 – 50,000	74	19.90
> 50,000	42	11.30
Median 37,000, IQR= 15000, Max = 100,000, Min =25,120		
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์		
≤ 40 ชั่วโมง	90	24.20
> 40 ชั่วโมง	282	75.80

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทหน่วยงาน		
งานผู้ป่วยนอกและห้องผ่าตัด (OPD & OR)	108	29.00
งานผู้ป่วยวิกฤตและห้องฉุกเฉิน (ICU, ER)	83	22.30
งานผู้ป่วยใน (IPD)	181	48.70

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานและความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมและรายด้าน (n = 372)

ตัวแปร	Mean (S.D.)	ระดับตัวแปร					ระดับค่าเฉลี่ย
		ต่ำ มาก	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	สูง มาก	
		n	n	n	n	n	
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
ความตั้งใจคงอยู่ในงานของ พยาบาลวิชาชีพ	3.08 (1.09)	24 (6.45)	90 (24.19)	136 (36.56)	78 (20.97)	44 (11.83)	ปานกลาง
ภาพรวมความสุขในการทำงาน	3.89 (0.73)	1 (0.27)	6 (1.61)	97 (26.08)	198 (53.23)	70 (18.82)	สูง
ความเพลิดเพลินในการ ปฏิบัติงาน	3.33 (0.96)	9 (2.42)	62 (16.67)	316 (36.56)	126 (33.87)	39 (10.48)	ปานกลาง
ความกระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงาน	4.26 (0.61)	0 (0.00)	1 (0.27)	31 (8.33)	209 (56.18)	131 (35.22)	สูงมาก
ความสบายใจในการปฏิบัติงาน	3.28 (0.86)	7 (1.88)	58 (15.59)	154 (41.40)	131 (35.22)	22 (5.91)	ปานกลาง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยสถิติ Chi-square test (n = 372)

ตัวแปร	ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ					X ² (df)	P - value
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
สถานภาพสมรส						40.84(4)	< 0.001
โสด/ไม่มีคู่	21(6.90)	82 (27.10)	121 (39.90)	56 (18.50)	23 (7.60)		
สมรส	3 (4.30)	8 (11.60)	15 (21.70)	22 (31.90)	21 (30.40)		
ระดับการศึกษา						32.30(4)	< 0.001
ปริญญาตรี	24 (7.00)	87 (25.40)	132 (38.60)	66 (19.30)	33 (9.60)		
ปริญญาโท	0 (0.00)	3 (10.00)	4 (13.30)	12 (40.00)	11 (36.70)		

ตัวแปร	ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ					X ² (df)	P - value
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์						18.91(4)	0.001
≤ 40 ชั่วโมง	5 (5.60)	18 (20.00)	23 (25.60)	23 (25.60)	11 (12.20)		
> 40 ชั่วโมง	19 (6.70)	72 (25.50)	113 (40.10)	45 (16.00)	33(11.70)		
ประเภทหน่วยงาน						10.735(8)	0.217
OPD OR	5 (4.60)	21 (19.40)	46 (42.60)	23 (21.30)	13 (12.00)		
ICU ER	8 (9.60)	25 (30.10)	32 (38.60)	12 (14.50)	6 (7.20)		
IPD	11 (6.10)	44 (24.30)	58 (32.00)	43 (23.80)	25 (13.80)		

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และความสุขในการทำงาน กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 372)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.52 ^A	<0.001**	ปานกลาง
รายได้	0.40 ^A	<0.001**	ปานกลาง
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	0.52 ^A	<0.001**	ปานกลาง
ความสุขในการทำงานโดยรวม	0.42 ^B	< 0.001**	ปานกลาง
ด้านความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงาน	0.47 ^B	< 0.001**	ปานกลาง
ด้านความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	0.23 ^B	< 0.001**	ต่ำ
ด้านความสบายใจในการปฏิบัติงาน	0.55 ^B	< 0.001**	ปานกลาง

ตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจคงอยู่ในงาน , ** significant p-value = 0.001

A = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน, B = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถตัดสินใจหรือมั่นใจได้ว่าจะทำงานจนเกษียณอายุและไม่มั่นใจว่าจะทำงานต่อหากงานไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือหากมีสถานการณ์ในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป อาจเนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง มีมาตรฐานการรักษาในระดับสากลทำให้ผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก บางงานต้องใช้ทักษะเฉพาะในการพยาบาลที่ซับซ้อน ทำให้มี

ความเครียดในการทำงาน พยาบาลที่มีอายุน้อยอาจไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำงานหนักต่อไปได้ถึงเกษียณอายุและวางแผนเปลี่ยนงาน ส่วนพยาบาลที่อายุมากขึ้นมีประสบการณ์ทำงานนาน มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งด้านการพยาบาลชำนาญการเงินเดือนสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงยังไม่คิดจะลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Intajak (2023) ที่พบว่าความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Jaikhan (2018) พบว่าความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

อาจเนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษาแตกต่างกันมีการปรับการจ่ายเงินค่าตอบแทนประจำปีที่แตกต่างกัน

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความตั้งใจอยู่ในงานระดับสูงและสูงมาก ในกลุ่มพยาบาลที่สถานภาพสมรส (มีคู่) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่ เนื่องจากพยาบาลที่มีคู่ต้องการงานที่มีความมั่นคงต่อเนืองระยะยาวเพื่อครอบครัว การศึกษาระดับปริญญาโทมากกว่าปริญญาตรี เนื่องจากในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนี้มีแนวทางการพัฒนาสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในผู้ที่มีความรู้การศึกษาระดับปริญญาโท เช่น การเป็นหัวหน้าหน่วยงาน กลุ่มที่ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เนื่องจากการทำงานที่เกิน 40 ชั่วโมงถือว่าชั่วโมงงานมากกว่ามาตรฐานของสภาการพยาบาลประเทศไทยอาจทำให้พยาบาลเหนื่อยล้า ในการทำต่อเนืองมาหลายปีจึงไม่แน่ใจว่าจะสามารถทำงานนี้ต่อไปได้จนเกษียณสอดคล้องกับ Lyu (2022) พบว่าพยาบาลที่ทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในองค์กรลดลง อายุ รายได้ ประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจอยู่ในงานเพิ่มขึ้น

3. ความสุขในการทำงานในภาพรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อธิบายได้ว่า เมื่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจะพบว่าความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านความกระตือรือร้น อยู่ในระดับสูงมาก แต่ด้านความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงานและด้านความสบายใจในการปฏิบัติงาน ยังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นวัยแรงงานใช้เวลาในการทำงานมากกว่าเวลาทำกิจกรรมอื่น หากทำงานปกติสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง หรือ ปีกะ 2,080 ชม ความสุขในการทำงานถือเป็นความสุขในชีวิตความรู้สึกไม่มีความสุขในบางช่วงเวลาของการทำงาน ซึ่งแนวคิดความสุขกล่าวว่า ความสุขเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล คนที่รู้สึกว่ามี

ความสุขจึงมีความตั้งใจคงอยู่ในงานมากกว่าคนที่มีความสุขต่ำกว่า

จากผลการวิจัยพบว่า ความสุขในการทำงานในกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี สูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี เนื่องจากการทำงานนานมากกว่า 5 ปี เป็นช่วงที่สามารถปรับตัวในการทำงานได้แล้ว มีความคุ้นชินกับงานที่ปฏิบัติประจำ สามารถแก้ปัญหาได้ง่าย เกิดความสบายใจในการทำงาน ทำให้มีความกระตือรือร้นในการมาทำงานก่อนเวลา ยินดีที่จะปรับปรุงงานให้ดีขึ้นและมีความสุขในการทำงาน

ด้านความเพลิดเพลินในการปฏิบัติงานและความสบายใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพรู้สึกประทับใจและชื่นชอบในงานที่ทำ ถ้าหากงานยังไม่เสร็จก็ยินดีจะทำงานต่อไปแม้จะหมดเวลาแล้ว แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการทำงานจนรู้สึกเพลิดเพลินจนลืมความวิตกกังวล และไม่เห็นด้วยกับการร้องขอให้มาทำงานในวันหยุด ความสุขในการทำงาน ด้านความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องมาจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทุกคนต้องกระตือรือร้นทางวิชาการตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วย พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาในการปฏิบัติงาน จึงทำให้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Chitpakdee B.(2013) ที่พบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน และ Lyubomirsky, King, & Diener (2005) พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความตั้งใจที่จะลาออก ($r = -0.33$) ซึ่งจะเห็นว่าความสุขในการทำงานสูงมีความความตั้งใจลาออกจากงานต่ำ สอดคล้องกับผลวิจัยของ Jaikhan (2018) ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับกับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพระดับต่ำ ที่ระดับความสัมพันธ์แตกต่างกัน เนื่องจากแบบวัดความสุขแตกต่างกัน โดย

Jaikhan (2018) ใช้แบบสอบถามวัดความสุขทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่วิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความสุขจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยที่ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้เกิดขึ้นในตัวผู้ปฏิบัติงานอยู่เสมอเพื่อลดความไม่พึงพอใจในการทำงานที่สามารถนำไปสู่การลาออกได้ ควรส่งเสริมความสุขในการทำงานในกลุ่มพยาบาลที่มีอายุงานน้อยกว่า 5 ปี โดยสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี สร้างระบบการให้คำปรึกษาและเสริมความรู้และทักษะการทำงานให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1.ควรศึกษาต่อเชิงผสมผสาน (Mixed method) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกในการอธิบายความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาล

2.ควรศึกษาจำแนกในแต่ละบริบทตาม Generation ตามประสบการณ์การทำงาน เพื่อทำความเข้าใจและหาปัจจัยจูงใจในความตั้งใจคงอยู่ในงาน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). Engle Wood Clift, N.J.: Prentice Hall. Grada Publishing.
- Chitpakdee, B., Nansupawat, R. & Wichaikhum, O. (2013). Relationship Between Happiness at Work and Intention to Stay among Professional Nurses. *Nursing Journal CMU*, 40,33-43. (Thai)
- Cochran, W.G. (1977). *Sampling Techniques*. (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Gavin, J.H., & Mason, R.O. (2004). The virtuous organization: The value of happiness in the workplace. *Organization Dynamics*, 33(1), 379-392.
- Intajak, W., Akkadechanunt, T., & Sirakamon, S. (2023). Factors Predicting Intent to Stay Among Nurses in University Hospitals. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(04), 341-57. (Thai)
- Jaikhan, K., Sattayasomboon, Y., Sillabutra, J., & Intraraprasong, B. (2018). The Relationship between Happiness and Preception of Empowerment with Inten to stay Working as a Registered Nurse in a University Hospital. *Journal of Public Health Nursing*, 32(2). (Thai)
- Jullarat, N. (2019). *The causal Relationship of Quality of Work Life and Happiness in Work on Organizational Commitment of Nurse a Private Hospital Group in Chonburi* (Master's thesis). Burapha University, Chonburi. (Thai)
- Khunthar, A., Sujjantararat, R., Thongchareon, V., Namthep, J., & Klayklongjit, S. (2555). Predicting Factors of Intent to Stay among Professional Nurses in a University Hospital. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 4-17. (Thai)
- Kox, J., Groenewoud, J. H., Bakker, E. J. M., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Runhaar, J., Miedema, H. S., & Roelofs, P. (2020). Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Educ Pract*, 47.
- Konlan, K.D., & Shin, J. (2022). The status and the factors that influence patient safety in health care institutions in Africa: A systematic review. *PLOS Glob Public Health*, 2(12).
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5-55.

- Lyu, X., Akkadechanunt, T., Soivong, P., & Juntasopeepun, P. (2022). Predictors of Male Nurses' Intention to Stay in Emergency Department and Intensive Care Unit: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(3), 404-16.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Makrasam, S., Sangruam, S., & Inburi, S. (2014). *Medical service system*. [cite 2024, February 10]. Available: <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/946/59b9e7946b9dd575274016.pdf>. (Thai)
- McCloskey, J.C. (1990). Two requirements for job contentment: autonomy and social integration. *Image the journal of nursing scholarship*, 22(3), 140-3.
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1981). Professional turnover: the case of nurses. *Health Syst Manage*, 15, 1-160.
- Warr, P. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring The Building Blocks of Health Systems*. Geneva Switzerland. [cite 2024, 14 March]. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>.

Trend in the influenza vaccination success among children aged 6 months to 2 years in the 4th Health Region, Thailand

Kawinpat Oranat¹, Chardsumon Prutipinyo², Mondha Kengganpanich³, Sariyamon Tiraphat^{2*}

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

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

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

Corresponding author: e-mail : sariyamon.tir@mahidol.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Oranat, K., Tirapha, S. ., Prutipinyo, C. ., & Kengganpanich, M. . Trend in the influenza vaccination success among children aged 6 months to 2 years in 4th Regional Health, Thailand. Public Health Policy and Laws Journal, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280581

Received: 1 May 2025

Revised: 22 May 2025

Accepted: 26 May 2025

Abstract

This study is a cross-sectional analytical study, with the objective to study factors related to the success trend of influenza vaccination among children aged 6 months to 2 years in the 4th Health Region. The study used the Building Blocks Plus One theory and collected data through online questionnaires from personnel involved in influenza vaccination at community hospitals and health-promoting hospitals in Nonthaburi, Ang Thong, and Phra Nakhon Si Ayutthaya provinces, totaling 301 respondents. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, chi-square statistics, and Spearman's correlation coefficient.

Factors associated with trend in the influenza vaccination success among children aged 6 months to 2 years in the 4th Health Region, Thailand, are 1) leadership and governance ($r = 0.594$); 2) health service system ($r = 0.542$); 3) health workforce ($r = 0.440$); 4) health information system ($r = 0.454$); 5) access to necessary medicines and pharmaceuticals ($r = 0.493$); 6) community health system ($r = 0.500$); 7) financing system ($r = 0.635$); 8) policy perception ($r = .349$); and 9) obstacles perception (-0.321), with statistical significance at the level of $p < 0.001$

The results of this study can be used to improve the management system and vaccine service system in public health units, making them more efficient. This will help increase the vaccination rate and enhance the success of influenza vaccination services for children in the future.

Keywords: Success trends; influenza; vaccination; aged 6 months to 2 years

แนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

กวิณพัฒน์ อรเนตร¹, ฉัตรสุนน พลณิภิญโญ², มณฑา เก่งการพานิช³, ศรียามน ตีรพัฒน์^{2*}

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาการศึกษาด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่ออีเมล : sariyamon.tir@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันที่รับ 1 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข 22 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับ 26 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้ทฤษฎี Building Blocks Plus One เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ในผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด นนทบุรี อ่างทอง และพระนครศรีอยุธยา จำนวน 301 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าสถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ($r = 0.594$) 2) ระบบบริการสุขภาพ ($r = 0.542$) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ ($r = 0.440$) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ($r = 0.454$) 5) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ($r = 0.493$) 6) ระบบสุขภาพชุมชน ($r = 0.500$) 7) การเงินการคลัง ($r = 0.635$) 8) การรับรู้นโยบาย ($r = .349$) และ 9) การรับรู้อุปสรรค (-0.321) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงระบบการบริหารจัดการและระบบการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนและเพิ่มความสำเร็จในการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: แนวโน้มความสำเร็จ; วัคซีนไข้หวัดใหญ่; เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่ เริ่มระบาดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2123 โดยระบาดจากเอเชียแพร่ไปยังแอฟริกา ยุโรป และไปยังอเมริกา ซึ่งมีรายงานว่าเฉพาะในกรุงโรม มีผู้เสียชีวิต 8,000 ราย นับแต่นั้นมาไข้หวัดใหญ่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่น่ากลัวและรุนแรงที่สุด คือ Spanish Flu ในปี พ.ศ. 2461 มีผู้ติดเชื้อประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรโลก มีผู้เสียชีวิตกว่า 50 ล้านคน (Johnson NPAS and Mueller J, 2002) ปัจจุบันมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประมาณ 1,000 ล้านคนต่อปี มีอาการการเจ็บป่วยรุนแรงประมาณ 3-5 ล้านคน ทำให้มีผู้เสียชีวิต 290,000 - 650,000 คนต่อปี ซึ่ง 90% ของการเสียชีวิตนั้น เกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2025) วัคซีนไข้หวัดใหญ่จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย จากรายงานของสหรัฐอเมริกา การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สามารถลดความรุนแรงของโรคในเด็กได้ร้อยละ 75 ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและป้องกันการเสียชีวิตได้ปีละหลายล้านราย และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงในการต้องไปพบแพทย์ได้ 40 - 60% โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตายได้เป็นอย่างดี (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

แนวโน้มสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ในปี 2566 มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา รายงานสถานการณ์โรคติดต่อในเด็กที่สำคัญ 5 โรค ในปี 2566 พบมีการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในเด็กจำนวน 70,159 คน มีอัตราเสียชีวิต 0.2 ต่อแสนประชากร (Pediatric Communicable Diseases Division, Department of Disease Control, 2023) แต่กลุ่มเป้าหมายเด็ก 6 เดือน - 2 ปี มารับบริการฉีดวัคซีนทั้งหมดเพียง 28,175 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.14 ของจำนวนเป้าหมาย 1,315,623 ราย และแนวโน้มการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่น้อยลง 3 ปี ตั้งแต่ ปี 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละการฉีดวัคซีนเพียง 3.17 , 1.47 และ 0.73 ตามลำดับ เห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายเด็ก 6 เดือน - 2 ปี มีแนวโน้มการมารับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ลดน้อยลง โดยรายงานให้เหตุผลว่า กลุ่มเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ยังปฏิเสธการเข้ารับวัคซีน (Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2023) ซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่

สำคัญในเด็ก ที่จะต้องเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่าย และยังเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อไป (Kiertiburanakul S et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมามีพบว่า ปัจจัยที่มีผลกับความสำเร็จในการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชน ได้แก่ การจัดการระบบบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และโครงสร้างของการบริหารจัดการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม (Phensiri Atthawong and Praneed Songwathana, 2023) โดยปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย คือ ความแตกต่างของทรัพยากร การบริหารจัดการของแต่ละพื้นที่ และระบบการแจกจ่ายวัคซีนไม่สอดคล้องกับแผนการรณรงค์ วัคซีน (Mathuros Tipayamongkhogul et al., 2016) นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยหลายชิ้น สนับสนุนว่า การประชาสัมพันธ์หรือการรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของของหน่วยบริการ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแม้กระทั่งผู้นำชุมชน นั้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในเด็ก การช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการข้างเคียงนั้น ก็มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้บุตรได้รับวัคซีน (Kamonwan Suwan, 2023) อุปสรรคหลายประการที่ขัดขวางการฉีดวัคซีนไม่ครอบคลุมในเด็ก ได้แก่ 1) การขาดแคลนวัคซีนและอุปกรณ์ 2) กลยุทธ์ด้านข้อมูลและการสื่อสาร 3) การกระจายอุปกรณ์ความเย็น 4) ความร่วมมือของชุมชน 5) ความเป็นผู้นำ 6) รูปแบบการจัดส่ง (Phillips DE, 2017 และ Kandulu CC, 2024) โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Building Blocks Plus One) ที่ประกอบด้วย 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ 2) ด้านระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการเงินการคลัง 4) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 5) ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น 6) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ และ 7) ด้านระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ปรับจากกรอบระบบสุขภาพของ WHO (Sirilak. S., (2020) ซึ่งใช้ประเมินการบริหารจัดการวัคซีนในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยจังหวัด 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ปทุมธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และนครนายก มีหน่วยบริการสุขภาพของรัฐจำนวนรวมทั้งสิ้น 865 แห่ง (Health Data Center (HDC),2566) มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด 45,238 ราย กลุ่มเด็กอายุ 0 - 4 ปีป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ 1,470 ราย และกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปีมารับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปี 2566 เพียง 1,887 ราย โดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้ได้อย่างน้อย 80 ของการจัดสรรในกลุ่มเสี่ยง (Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2566) ซึ่งเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปีมารับบริการยังต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมาก ในการศึกษาเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการได้รับวัคซีนในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มเด็ก ผลการศึกษาในแต่ละกลุ่มก็มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเชิงระบบ ที่เน้นการศึกษาปัจจัยทางการบริหารสาธารณสุขของหน่วยบริการที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี จากความสำคัญดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยขั้นแรก ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 2 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยมุ่งเน้นการระบุปัจจัยความสำเร็จในการสร้างแนวโน้มการเข้ารับวัคซีนของกลุ่มเด็ก จากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และเชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ในการเพิ่มอัตราและความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความสูญเสียทั้งในด้านคุณภาพชีวิต ทรัพยากร และผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยด้าน

นโยบายและอุปสรรคของการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires) แบบเป็น Online ผ่านแพลตฟอร์ม Google form

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวนทั้งสิ้น 853 คน (Health Data Center (HDC),2566) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morga 1970) ได้จำนวน 266 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 % เพื่อเป็นการป้องกันการตอบกลับที่ไม่ครบถ้วนและการสูญหายของข้อมูล รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 346 คน โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนนทบุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แห่งละ 1 คน ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ซึ่งได้รับการตอบกลับครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 87

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี หรือผู้บริหารหน่วยบริการ หรือหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนนทบุรี จังหวัดอ่างทอง และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria) ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ในหน่วยบริการและผู้ที่นักวิจัยเห็นว่าให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลขาดหาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเป็นแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) แบบ Online ผ่านแพลตฟอร์ม Google form ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน รวมทั้งสิ้น 48 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะองค์กร จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ ตำแหน่งงาน ตำแหน่งวิชาชีพ ที่ตั้งของหน่วยงาน ขนาดของหน่วยงาน ช่วงเวลาที่ให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ จำนวนเด็กที่มีอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในพื้นที่ดูแล จำนวนเด็กที่มีอายุ 6 เดือน – 2 ปี ที่ได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ แบ่งเป็น 7 ด้าน จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ 2) ด้านระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านการเงินการคลัง 4) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 5) ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น 6) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ และ 7) ด้านระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ Likert (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง มีระดับความพร้อมในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีระดับความพร้อมในระดับมาก 3 หมายถึง มีระดับความพร้อมในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีระดับความพร้อมในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีระดับความพร้อมในระดับน้อยที่สุด

ข้อส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านนโยบายและอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ แบ่งเป็น 2 ด้าน จำนวน 7 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ Likert (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก 3 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด

และส่วนที่ 4 แบบสอบถามแนวโน้มนำความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ จำนวน 2 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับของ Likert (Likert, 1932) ดังนี้ 5 หมายถึง ระดับแนวโน้มนำความสำเร็จในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับแนวโน้มนำความสำเร็จในระดับมาก 3 หมายถึง ระดับแนวโน้มนำความสำเร็จในระดับปานกลาง 2 หมายถึง ระดับแนวโน้มนำความสำเร็จในระดับน้อย และ 1 หมายถึง ระดับแนวโน้มนำความสำเร็จในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.89 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2 มีค่าเท่ากับ $\alpha = 0.933$ ส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ $\alpha = 0.685$ ค่า α ไม่ถึง 0.7 เนื่องจากอาจมีปัญหาอุปสรรคของแต่ละหน่วยบริการแตกต่างกัน ซึ่งได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาทำการปรับปรุงเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริง ส่วนที่ 4 มีค่า $\alpha = 0.837$ โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า $\alpha = 0.894$ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.7 คือ มีความเชื่อมั่นสูง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเรียนผู้บริหารหน่วยงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

4. แจกจ่ายลิงค์หรือคิวอาร์โค้ดและเก็บแบบสอบถาม
จากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

5. รับแบบสอบถามออนไลน์กลับคืน ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2025-025 รหัสโครงการ 192/2567 เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะองค์กร ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายและอุปสรรคในการให้บริการวัคซีน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะองค์กร โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Squared Test) เพื่อหาความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายและอุปสรรคในการให้บริการวัคซีน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยแปลความหมายความสัมพันธ์ของบาร์ทซ์ (Bartz, 1999) ดังนี้

$r = .00 - \pm 0.20$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

$r = \pm 0.21 - \pm 0.40$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.41 - \pm 0.60$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.61 - \pm 0.80$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 0.81 - \pm 1.0$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะหน่วยงาน พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานที่ส่วนใหญ่ทำงาน 4 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.81 ตำแหน่งการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.06 รองลงมาคือผู้อำนวยการ ร้อยละ 15.28 และหัวหน้ากลุ่มงาน ร้อยละ 2.66 ตำแหน่งวิชาชีพเป็นนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 67.11 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30.56 แพทย์ ร้อยละ 1.33 ด้านลักษณะองค์กร ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 93.68 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 6.32 ขนาดหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็น รพ.สต. ขนาด S ร้อยละ 45.85

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความพร้อมด้านระบบสุขภาพระดับการรับรู้ด้านนโยบายและอุปสรรคฯ และระดับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ พบว่า ระดับความพร้อมด้านระบบสุขภาพ ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบด้านระบบบริการสุขภาพ และด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.53, 47.50 และ 45.19 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกำลังคนด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ด้านการเงินการคลัง และด้านระบบสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.85, 44.52, 42.52 และ 41.00 ตามลำดับ ระดับการรับรู้ด้านนโยบายเกี่ยวกับวัคซีนไข้วัดใหญ่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.58 และการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.48 ส่วนแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 นั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.18 ตามตาราง

ตาราง 1 ระดับความพร้อมด้านระบบสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน - 2 ปี (n=301)

ตัวแปร	จำนวน (n=301)	ร้อยละ
ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ		
- ระดับต่ำ	76	25.25
- ระดับปานกลาง	103	34.22
- ระดับสูง	122	40.53

ตัวแปร	จำนวน (n=301)	ร้อยละ
ด้านระบบบริการสุขภาพ		
- ระดับต่ำ	56	18.60
- ระดับปานกลาง	102	33.90
- ระดับสูง	143	47.50
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ		
- ระดับต่ำ	37	12.30
- ระดับปานกลาง	135	44.85
- ระดับสูง	129	42.85
ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ		
- ระดับต่ำ	47	15.61
- ระดับปานกลาง	118	39.20
- ระดับสูง	136	45.19
ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น		
- ระดับต่ำ	40	13.28
- ระดับปานกลาง	134	44.52
- ระดับสูง	127	42.20
ด้านการเงินการคลัง		
- ระดับต่ำ	105	34.88
- ระดับปานกลาง	128	42.52
- ระดับสูง	68	22.60
ด้านระบบสุขภาพชุมชน		
- ระดับต่ำ	56	18.60
- ระดับปานกลาง	123	41.00
- ระดับสูง	122	40.40
ด้านนโยบายเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
- ระดับต่ำ	31	10.30
- ระดับปานกลาง	103	34.22
- ระดับสูง	167	55.58
ด้านอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
- ระดับต่ำ	62	20.60
- ระดับปานกลาง	170	56.48
- ระดับสูง	69	22.92
แนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
- ระดับต่ำ	139	46.18
- ระดับปานกลาง	116	38.54
- ระดับสูง	46	15.28

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะองค์กรกับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi square พบว่า ประเภทหน่วยบริการ และ

ขนาดหน่วยบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .499$ และ 0.511) ดังตาราง

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะองค์กรกับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ($n = 301$)

ปัจจัยลักษณะองค์กร	แนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี					
	น้อย	ปานกลาง	มาก	χ^2	df	p-value
ประเภทหน่วยบริการ				1.388	2	0.499
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	135 (47.87)	77 (27.31)	70 (24.82)			
โรงพยาบาลชุมชน	8 (42.11)	4 (21.05)	7 (36.84)			
ขนาดหน่วยบริการ				5.261	6	0.511
รพ.สต. ขนาด S	67 (48.56)	32 (23.18)	39 (28.26)			
รพ.สต. ขนาด M	58 (47.93)	36 (29.75)	27 (22.32)			
รพ.สต. ขนาด L	10 (43.48)	9 (39.13)	4 (17.39)			
โรงพยาบาลชุมชน	8 (42.11)	4 (21.05)	7 (36.84)			

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านนโยบายและอุปสรรคต่อการให้บริการวัคซีนไข้วัดใหญ่ กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

พบว่า ปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ 7 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ 2) ด้านระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ 4) ด้านระบบข้อมูล

สารสนเทศด้านสุขภาพ 5) ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และ 6) ด้านระบบสุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วน 7) ด้านการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์ระดับสูง ด้านการรับรู้ นโยบายและการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ นั้นมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตาราง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านการรับรู้ กับแนวโน้มความสำเร็จในการวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 301)

ตัวแปร	แนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน - 2 ปี		
	rs	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยความพร้อมด้านระบบสุขภาพ			
ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	.594**	<0.001	ปานกลาง
ด้านระบบบริการสุขภาพ	.542**	<0.001	ปานกลาง
ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	.440**	<0.001	ปานกลาง
ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	.454**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น	.493**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการเงินการคลัง	.635**	<0.001	สูง
ด้านระบบสุขภาพชุมชน	.500**	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยด้านนโยบายและอุปสรรคต่อการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่			
การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่	.349**	<0.001	ต่ำ
การรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่	-.321**	<0.001	ต่ำ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความพร้อมด้านระบบสุขภาพในการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน - 2 ปีในเขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.2 ถึงระดับสูง ร้อยละ 35.9 ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.53 ,47.50 และ 45.19 ตามลำดับ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ด้านการเงินการคลัง และด้านระบบสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.85, 44.52, 42.52 และ 41.00 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการประเมินความพร้อมด้านบริการทั่วไปและการฉีดวัคซีนสำหรับเด็ก ในบังกลาเทศ (Md Shajedur Rahman Shawon, 2018) พบว่า คลินิกชุมชนสถานพยาบาลเบื้องต้น และสถานพยาบาลขั้นสูง มีระดับความพร้อมสุขภาพ อยู่ที่ร้อยละ 60.50, 59.80 และ 69.50 ตามลำดับ ซึ่งสถานพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความพร้อมสุขภาพอยู่ระหว่างปานกลางถึงสูงมาก การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความพร้อมของ

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย อยู่ในระดับที่ต่ำมาก เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการที่มีคุณภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการตรวจสอบสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้คุณภาพหน่วยบริการสุขภาพนั้นมีความพร้อมในการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่

2. การรับรู้ด้านนโยบาย มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 55.58 และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.48 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความครอบคลุมและปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับวัคซีนโควิด 19 และวัคซีนไขหวัดใหญ่ พร้อมกันในครั้งเดียวในอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่และโควิด 19 ในระดับสูง การรับรู้ถึงนโยบายการฉีดวัคซีนของภาครัฐและรับทราบรัฐบาลสนับสนุนวัคซีน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.4 และ 95.5 (Prangnapitch Wihanthon et al., 2024) การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าหน่วยบริการมีการรับรู้ นโยบายและอุปสรรคที่ดี เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางการสื่อสารที่

หลากหลาย และรวดเร็ว สามารถทำให้ทราบข่าวสารนโยบายและสื่อสารกันได้ง่ายโดยตรงไปตรงมา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่เป็นประจำทุกปีอย่างชัดเจน ทำให้หน่วยบริการรับทราบนโยบายในระดับดี

3. ระดับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 46.18 เหตุผลที่ผลอยู่ในระดับต่ำจากการวิเคราะห์คำถามรายข้อ ในข้อ “ท่านคิดว่าในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมานักหน่วยบริการของท่านฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ แก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ได้ครอบคลุมในเขตพื้นที่รับผิดชอบมากน้อยเพียงใด (เมื่อเทียบกับเป้าหมาย)” และในข้อ “จากทรัพยากรและการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ท่านคิดว่าในปีงบประมาณ 2568 หน่วยบริการของท่านจะสามารถฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่แก่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบได้ครอบคลุมในระดับใด” เห็นได้ว่าหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 สะท้อนการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่ไม่ครอบคลุม จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังในหลายปีที่ผ่านมาอัตราการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กมีอัตราการฉีดที่ต่ำอยู่แล้ว ซึ่งปัจจัยหลักอาจเกี่ยวกับจำนวนการจัดสรรวัคซีนที่ไม่เพียงพอ การขาดแคลนวัคซีนสำหรับเด็ก การกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนของผู้ปกครอง หรืออาจเกิดจากอุปสรรคอื่นๆ ทำให้หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 สะท้อนแนวโน้มที่จะฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ให้ครอบคลุมและสำเร็จในกลุ่มเด็กระดับที่ต่ำ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ได้แก่ ประเภทของหน่วยบริการ และขนาดของหน่วยบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่ม เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.499$ และ 0.51) ซึ่งการที่ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ไม่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็ก อาจเป็นผลมาจากหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 นั้น มีการสร้าง มาตรฐานในการให้บริการ และดำเนินแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ตาม

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทุกขนาดต้องดำเนินการตามมาตรฐานเดียวกันอยู่แล้ว

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.594$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา การส่งเสริมการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการวิจัยการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับไขหวัดใหญ่ พบว่า ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีน (Glen Nowak, 2015) จากการวิจัยครั้งนี้เห็นได้ว่า หน่วยบริการที่มีผู้บริหารและผู้นำที่มีการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจน เช่น การกระจายวัคซีนไขหวัดใหญ่อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม การจัดสรรวัคซีนไขหวัดใหญ่สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี อย่างเพียงพอทุกคนในเขตรับผิดชอบ หรือการดำเนินตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การทำงานของปฏิบัติงานมีหลักเกณฑ์และแนวทางที่สามารถดำเนินการบริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามที่ผู้บริหารวางไว้ ดังนั้นผู้นำและการอภิบาลระบบจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จและอาจเพิ่มการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้

ด้านระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.542$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้บุตรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครยะลา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง คือ ด้านปัจจัยเอื้อ คือ ความสะดวกของการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kamonwan Suwan et al., 2023) ในการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 มีการบริการนอกสถานที่และบริการเคลื่อนที่ หรือการเปิด/ปิดหน่วยบริการที่เหมาะสม การให้บริการดูแลหลังจากฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ให้กับเด็ก และการที่มีระบบติดตามอาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็ก มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการบริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็ก ทั้งนี้การมีระบบบริการสุขภาพที่ดีดังที่กล่าวมา เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ปกครองของกลุ่มเด็กอาจพาเด็กมารับบริการฉีดวัคซีนที่เพิ่มขึ้น

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.44$,

$p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สถานการณ์และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มความสำเร็จในการบริการสุขภาพ (Pinij Faramnuaypho, 2021) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กำลังคนคือปัจจัยหลักในการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งการขาดแคลนบุคลากรในหน่วยงานอาจทำให้การบริการด้านวัคซีนไม่ประสบความสำเร็จ และไม่เพียงแต่การขาดแคลนบุคลากรเท่านั้น การที่บุคลากรพร้อมที่จะให้บริการฉีดวัคซีน หรือการฝึกอบรมให้กับบุคลากรเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ เช่น เทคนิคการฉีดวัคซีน การจัดการในภาวะฉุกเฉิน และการให้คำปรึกษา ก็ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีน และหน่วยบริการเองก็ต้องบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเพื่อจะให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ปกครอง ดังนั้นกำลังคนด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.454$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้บุตรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครยะลา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจของผู้ปกครองในการให้บุตรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง คือ การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ข้อมูลข่าวสารหรือการรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 (Kamonwan Suwan et al., 2023) ในการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปกครองรับทราบเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะการตัดสินใจจะรับหรือไม่รับวัคซีนขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ปกครอง อีกทั้งการหน่วยบริการที่มีการรวบรวมข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี และนำมาประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้หน่วยบริการมีข้อมูลในงานวางแผนดำเนินงานให้สามารถดำเนินงานสำเร็จได้ ดังนั้นการที่หน่วยบริการมีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่ดีจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.493$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยกำหนดความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนของเด็กที่มีประสิทธิภาพในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง พบว่า ปัจจัยกำหนดความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในเด็ก ได้แก่ การจัดหาบริการวัคซีนให้เพียงพอความต้องการ ซึ่งรวมถึงอุปกรณ์ ขวดยา เข็มฉีดยา (Phillips DE, 2017) และสอดคล้องกับการศึกษา การทบทวนขอบเขตของปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับและการนำวัคซีน COVID-19 ไปใช้ในระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการนำวัคซีน COVID-19 ไปใช้งาน คือ การจัดซื้อวัคซีนที่หลากหลายและความจุของห่วงโซ่ความเย็นที่ครอบคลุม (Kandulu CC, 2024) ซึ่งหากหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 มีการเข้าถึงวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่เพียงพอ ทำให้สามารถให้บริการฉีดวัคซีนแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม และการที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เข็มฉีดยาที่เหมาะสม ระบบการจัดเก็บวัคซีนที่ได้มาตรฐาน (ตู้เย็นควบคุมอุณหภูมิ) อุปกรณ์ปฐมพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน จะช่วยให้การให้บริการฉีดวัคซีนเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย สร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองได้ ดังนั้นการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

ด้านการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.635$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความพร้อมของบริการด้านสถานพยาบาลในประเทศบังกลาเทศ เฮติ เคนยา มาลาวี นามิเบีย เนปาล รัวันดา เซเนกัล ยูกันดา และสหสาธารณรัฐแทนซาเนีย พบว่า การเงินมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของบริการด้านสถานพยาบาล ซึ่งหากหน่วยบริการ มีการเงินที่ดีจะเพิ่มดัชนีความพร้อมบริการ 6.7 เท่า (Hannah H Leslie, 2017) ในการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินงานต่างๆ การมีงบประมาณที่เพียงพอทำให้สามารถจัดซื้อวัคซีน ให้เพียงพอต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเด็ก หากงบประมาณจำกัดก็ทำให้ความสำเร็จในการฉีดวัคซีนลดลง รวมถึงงบประมาณสนับสนุนจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดซื้อยาเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งงบประมาณในการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กก็สำคัญ ทำให้ผู้ปกครอง

ตระหนักถึงประโยชน์และนำบุตรหลานมารับการฉีดวัคซีน ซึ่งหากการเงินไม่เพียงพอหน่วยบริการก็จะขาดความพร้อมและส่งผลถึงการดำเนินงานที่ไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นหากหน่วยบริการที่มีระบบการเงินการคลังที่ดีการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ก็มีแนวโน้มความสำเร็จได้

ด้านระบบสุขภาพชุมชน มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.500$, $p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปี คือ ผู้ปกครองทราบนโยบายส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ จากการได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการ (Soottipong Kongwongsa, 2020) ในการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 มีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือผู้นำองค์กรในชุมชน อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่จะช่วยการดำเนินงานบริการวัคซีนให้สำเร็จได้ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้นำชุมชนเองก็อาจมีบุตรหลานหรือญาติที่มีบุตรหลานทำให้สามารถสื่อสาร และเผยแพร่ข้อมูลวัคซีนหรือความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ในเด็กอายุกับกลุ่มผู้ปกครองได้โดยตรง ระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการมารับบริการวัคซีนที่มากขึ้น ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

ด้านการรับรู้นโยบายและอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.349$, $p<0.001$) แต่การรับรู้ด้านอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.321$, $p<0.001$) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดนนทบุรี คือ การรับรู้นโยบายวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ ($p<0.001$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ ($p=0.001$) (Kasama Nubthuede et al., 2023) ในการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสิ่งสร้างความชัดเจนในการดำเนินงาน หากไม่มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจนหน่วยบริการสาธารณสุขในเขต

สุขภาพที่ 4 เองก็ไม่สามารถดำเนินงานให้บริการวัคซีนที่บรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ได้สะท้อนถึงอุปสรรคในการให้บริการวัคซีนให้หัดใหญ่ เช่น ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ปกครอง ความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองบางรายอาจมีความเชื่อส่วนตัวที่ไม่สนับสนุนการฉีดวัคซีน ความพร้อมของหน่วยบริการเอง เช่น ด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่พร้อม และการจัดสรรวัคซีนที่ไม่เพียงพอ เป็นผลทำให้ขัดขวางการมารับบริการวัคซีนและการฉีดวัคซีนที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้นการรับรู้นโยบายและอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ของหน่วยบริการจึงมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มความสำเร็จในการฉีดวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ควรจัดสรรงบประมาณและจัดสรรวัคซีนให้หัดใหญ่ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความสะดวกในการใช้ กับกลุ่มเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน - 2 ปี พร้อมทั้งพัฒนากลไกการเบิกจ่ายงบประมาณให้มีความคล่องตัวและรวดเร็ว เพื่อให้หน่วยบริการบริการสามารถเข้าถึงทรัพยากรได้อย่างง่าย
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ควรกำหนดนโยบายการให้บริการวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มอายุ 6 เดือน - 2 ปี และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับนำไปปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน
3. ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข ควรจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้บริการวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มเด็ก เช่น งบประมาณในการประชาสัมพันธ์ การสร้างการรับรู้ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน การสนับสนุนค่าตอบแทนบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการวัคซีนให้หัดใหญ่ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ
4. ผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข ควรสร้างความตระหนักและความเข้าใจในสำคัญของการให้บริการวัคซีนให้หัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี และให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับทราบแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. หน่วยบริการสาธารณสุข ควรสร้างการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพ และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ให้ทั่วถึง

6. หน่วยบริการสาธารณสุข ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรในชุมชนในการรณรงค์การฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ปกครอง

7. หน่วยบริการสาธารณสุข ควรปรับปรุงระบบการให้บริการวัคซีนให้มีความสะดวกและเข้าถึงง่ายสำหรับผู้ปกครอง เช่น การจัดบริการนอกเวลาราชการ หรือการจัดบริการในชุมชน ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความพร้อมการบริการและอุปสรรคในการดำเนินวัคซีนไขหวัดใหญ่ที่ไม่เหมือนกัน

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี หรือเกี่ยวกับการสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจซึ่งจะนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Atthawong, P., & Songwathana, P. (2023). Lesson Learned from the Successfulness of Nurses' Leaders in the Management of Comprehensive Covid-19 Vaccination Service: A Case Study in Vaccination Center, Songkhla. *Princess of Naradhiwas University Journal*,15(1):234-49. <https://doi.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/254411/175773>
- Bartz, Albert, E. (1999). *Basic Statistic Concept*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Flu Vaccines Work*. <https://www.cdc.gov/flu-vaccines-work/benefits/index.html>
- Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2023). *Major viral infections in children in 2023*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1530720240213072811.pdf>
- Faramnuaypho, P. (2021). Situation analysis and requirement of health manpower at primary care level during the situation of COVID-19 pandemics. *Health Systems Research Institute (HSRI)* ;1-139.
- Health Data Center (HDC), Department of Disease Control. (10 October 2023). *Medical information warehouse system 2023*. <https://shorturl.asia/xnpsw>
- Johnson NPAS, Mueller J. Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 "Spanish" Influenza Pandemic. *Bull Hist Med*. 2002 Mar;76(1):105-15.
- Kandulu CC, Sahm LJ, Saab MM, O'Driscoll M, McCarthy M, Shorter GW, et al.(2024). A Scoping Review of Factors Affecting COVID-19 Vaccination Uptake and Deployment in Global Healthcare Systems. *Vaccines (Basel)*,12(10):1093.
- Kiertiburanakul S, Phongsamart W, Tantawichien T, Manosuthi W, Kulchaitanaroaj P. (2020). Economic Burden of Influenza in Thailand: A Systematic Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 23;57.
- Kongwongsa, S. (2020). Factors Associated with Influenza Vaccination among Children Aged 6 Months to 2 Years. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*,23(3):1-13.
- Krejcie R V., Morgan DW. (1970). *Determining sample size for research activities*(3rd). Educational and Psychological Measurement,30. 607-610 p.

- Leslie, H. H., Spiegelman, D., Zhou, X., & Kruk, M. E. (2017). Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 738–748.
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitude*. *Archives of Psychology*, 140(1), 1–55.
- Nowak, G. J., Sheedy, K., Bursey, K., Smith, T. M., & Basket, M. (2015). Promoting influenza vaccination: Insights from a qualitative meta-analysis of 14 years of influenza-related communications research by U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine*, 33(24), 2741–2756.
- Nubthuedee, K., Sattayasomboon, Y., Kongsin, S., Sillabutra, J. (2023). Acceptance of Influenza Vaccination among Pregnant Women during COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Science*, 32(6):1046–55.
- Pediatric Communicable, Diseases Division, Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2023). *Seasonal Influenza Vaccine Report*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4148720240312035207.pdf>
- Phillips DE, Dieleman JL, Lim SS, Shearer J. (2017). Determinants of effective vaccine coverage in low and middle-income countries: a systematic review and interpretive synthesis. *BMC Health Serv Res*, 17(1):681.
- Suwan, K., Chaikongkiat, P., Damrak, P., Jhaem, S. (2023). Factors Influencing Parents' Decision to Vaccinate Their Children Against COVID-19 in Schools under Yala Municipality City. *Kuakarun Journal of Nursing*, 30(1):97–109.
- Sirilak. S. (2563). *Knowledge book on the development of desirable district health system models*. <https://med.nu.ac.th/home/DHS/eBooks/index.php?name=DHS-KnowledgeDevelopment>
- Shawon, M.S.R., Adhikary, G., Ali, M.W. et al. (2018). General service and child immunization-specific readiness assessment of healthcare facilities in two selected divisions in Bangladesh. *BMC Health Serv Res*. 18-39.
- Tipayamongkhogul, M., Praphasiri, P., Ditsoongnoen, D., Muangchana, C. (2016). Difficulties and Obstacles of Influenza Vaccine Management. *Journal of Public Health*, 46(1):31-41.
- Wihanthong, P., Surakhot, P., Sonthichai, C., Angsuwatcharakorn, P., Bhunyakitikom, W., Iamsirithaworn, S. (2024). Coverage and factors associated with Dual COVID-19 and influenza vaccination among health volunteers in Health Region 9. *Disease Control journal*, 50(4):600-611.
- World Health Organization (WHO). (2025). Influenza (seasonal). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
- World Health Organization (WHO). (2024). *Information for the 2023-2024 Flu Season*. <https://shorturl.asia/sfrug>

Factors associated with the decision to undergo hepatitis C virus screening among healthcare workers, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Patsaraporn Nasa¹, Jutatip Sillabutra², Utoomporn Wongsin³, Sariyamon Tiraphat^{3*}

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

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

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

**Corresponding author: e-mail: sariyamon.tir@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Nasa, P., Sillabutra, J., Wongsin, U. . ., & Tiraphat, S. . Factors associated with hepatitis C screening among healthcare workers, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280711

Received: 7 May 2025

Revised: 19 May 2025

Accepted: 26 May 2025

Abstract

This is a cross-sectional analytical study examining the factors associated with hepatitis C screening among healthcare workers, at the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data collected using a questionnaire from a sample of 347 healthcare workers in the Department of Disease Control. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square statistics, and Spearman's rank correlation statistics.

The study results found that factors positively correlated with the decision to undergo hepatitis C virus screening included marital status, job position, and history of hepatitis C virus screening. Leading factors included knowledge and attitude, facilitating factors, and reinforcing factors. Among these, reinforcing factors had a moderate correlation with the decision to undergo hepatitis C virus screening, while leading factors such as knowledge and attitude, and facilitating factors had a low correlation with statistical significance ($p < 0.05$).

The results of this study can be used as information for the executives of the Department of Disease Control. Findings can be utilized to formulate policies and measures to promote healthcare workers.

Keywords: Hepatitis C; Screening; Healthcare Workers

* This article is part of the thesis entitled “Factors associated with Hepatitis C screening among healthcare workers, Department of Disease Control, Ministry of Public Health”

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภัสราภรณ์ นาสา¹, จุฑาธิป ศีลบุตร², อุทุมพร วงษ์ศิลป์³, ศรียามน ตีรพัฒน์^{3*}

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*อีเมลติดต่อ: sariyamon.tir@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันที่รับ 7 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข 19 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 26 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค จำนวน 347 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคส แควร์ และสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้แก่ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ประวัติการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ และปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารกรมควบคุมโรค สามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และมาตรการในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ของกรมควบคุมโรคเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ให้เพิ่มมากขึ้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง; โรคไวรัสตับอักเสบ ซี; บุคลากรทางการแพทย์

*บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข”

บทนำ

ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเริมระดับรายใหม่สูงเป็นลำดับที่ 6 คิดเป็น 8.6 ต่อแสนประชากร และอัตราเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่ 3 คิดเป็น 7.4 ต่อแสนประชากร (World Health Organization [WHO], 2024) รายงานของ GLOBOCAN ปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยโรคเริมระดับในประเทศไทยมากเป็นอันดับ 1 จากโรคเริมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 15.2 โดยเพศชายพบมากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 และเพศหญิงพบมากเป็นลำดับที่ 3 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้และทวารหนัก (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2024) จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเริมระดับพบว่า ร้อยละ 25.4 มีสาเหตุมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี (Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, 2024) สำหรับสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ร้อยละ 1 – 2 หรือคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยประมาณ 3 – 8 แสนคน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024) แม้ในปัจจุบันโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่มีวัคซีนเฉพาะที่ใช้ในการป้องกันโรค แต่หากกินยาต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีโอกาสรักษาหายได้ร้อยละ 97 (Viral Hepatitis Coordination Center, Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่สำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยมีมาตรการเร่งค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 42 ล้านคน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 และในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ชายรักร่วมเพศและชายอื่น ๆ ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ต้องขัง (Subcommittee on Viral Hepatitis Prevention, Ministry of Public Health, 2023)

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อก่อโรคอื่นและโรคไวรัสตับอักเสบบี จากการปฏิบัติงานจากงานของ Opasathirakul และคณะ(Opasathirakul,

Chanprasert, & Kaewthammanukul, 2015) พบว่า ร้อยละ 24.84 เคยได้รับบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน มีสาเหตุของการบาดเจ็บมาจากการถูกเข็ม มีด กรรไกร หลอดแก้วบรรจุยา บาด/ทิ่มแทง ร้อยละ 46.87 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บได้แก่ มือและนิ้วมือ ร้อยละ 45.60 สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 45.34 สถาบันประสาททรวงกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2547 - 2548 พบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5.3 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 1.8 พบรายงานการเข้าตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี น้อยที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มเสี่ยงอื่น โดยเข้ารับการคัดกรองเพียง 8,994 คน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ายังมีบุคลากรทางการแพทย์ ในประเทศไทยอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี และไม่ทราบสถานะทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งหากบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้มีเชื้อแฝงอยู่ในร่างกายอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น อาการอ่อนเพลีย สมาธิสั้น ซึมเศร้า ทำให้ให้ร่างกายอ่อนแอมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่น ๆ ง่ายขึ้น ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยบริการอื่นอีกด้วย นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน จึงเพิ่มความเสี่ยงที่บุคลากรเหล่านี้ อาจกลายเป็นพาหะในการนำเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นโดยไม่รู้ตัว ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงสำคัญ ต่อการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพยาบาล ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการทางการแพทย์โดยรวม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เป็นหน่วยงานส่วนราชการที่ดูแลรับผิดชอบในการกำกับ ติดตาม และร่วมผลักดันการดำเนินงานเพื่อลดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้ลดลงในประเทศไทย กลับมีตัวเลขที่น้อยมาก รายงานในฐานะข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคที่หน่วยบริการในสังกัดกรมควบคุมโรค ได้แก่ สถาบันบำราศนราดูร และ สถาบันราช

ประชาสมาสัย เพียง 10 คน (National Health Security Office [NHSO], 2024) อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นการประเมินค่าต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์กรมควบคุมโรคอาจไปใช้บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จากหน่วยบริการอื่นด้วย ดังนั้น คาดประมาณว่าจะมีข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค มากกว่าที่รายงานในระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ผ่านงานวิจัยส่วนใหญ่เน้นที่การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยเรื่องความรู้ เช่น การศึกษาของ Yibpradit และคณะ (Yibpradit, Wachirattanapongmet, & Thongphet, 2024) ได้กล่าวถึงความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติโดยการศึกษาของ Hebo, Gameda และ Abdusemed (Hebo, Gameda, & Abdusemed, 2019) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติเชิงบวกต่อมาตรการป้องกันโรค มีงานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาถึงปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมหรือการตัดสินใจของบุคคล เช่น การศึกษาของ Thongaram และคณะ (Thongaram, Pho-um, & Makmai, 2022) ได้ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ของกรมควบคุมโรค เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพิ่มขึ้นในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของ บุคลากรทางการแพทย์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาในปัจจัยที่ร่วมหาความสัมพันธ์ในหลายระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคลเป็นปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ ระดับนโยบาย เป็นปัจจัยเอื้อ เช่น ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ นโยบายสนับสนุน และการสนับสนุนจากหน่วยงาน และระดับสังคมและชุมชน ซึ่งจะเป็ปัจจัยเสริมที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์จากแหล่งต่าง ๆ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบซีของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มสายงานหลัก ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสหวิชาชีพ และกลุ่มสนับสนุนวิชาชีพ จำนวนทั้งสิ้น 2,876 คน (Human Resource Management Division, Department of Disease Control [HRMD-DDC], 2024) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ 339 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามใช้ไม่ได้ ตอบกลับมาไม่ครบ หรือเสียหาย ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Glenn D. Israel, 1992) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งหมดประมาณ 373 คน

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยในขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มสายงานหลัก ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษา ควบคุมป้องกันโรค จำนวน 3 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันบำราศนราดูร สถาบันราชประชาสมาสัย และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หลังจากนั้นนำไปดำเนินการในขั้นที่ 2 โดยการคำนวณหาค่าสัดส่วนในแต่ละหน่วยงานตามจำนวนประชากรของหน่วยงานได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 218 คน สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 118 คน และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 37 คน และขั้นตอนที่ 3 การเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) เมื่อเจอบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าเกณฑ์การ

ให้ข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเชิญชวนและแจ้งข้อมูลรายละเอียดให้ทราบล่วงหน้าก่อนเพื่อประกอบการตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกรมควบคุมโรค กลุ่มสายงานหลัก ประกอบด้วย ดังนี้ *กลุ่มวิชาชีพ* ประกอบด้วย 1) นายแพทย์ 2) นายสัตวแพทย์ 3) ทันตแพทย์ 4) เภสัชกร 5) พยาบาลวิชาชีพ 6) นักเทคนิคการแพทย์ 7) นักกายภาพบำบัด 8) นักวิชาการสาธารณสุข *กลุ่มสหวิชาชีพ* ประกอบด้วย 1) นักรังสีการแพทย์ 2) นักจิตวิทยา 3) นักจิตวิทยาคลินิก 4) นักสังคมสงเคราะห์ 5) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6) นักโภชนาการ 7) นักกีฏวิทยา 8) นักวิชาการอาชีวอนามัย 9) โภชนากร 10) ช่างกายอุปกรณ์ 11) ช่างภาพการแพทย์ *กลุ่มสนับสนุนวิชาชีพ* ประกอบด้วย 1) เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3) เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 4) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5) พนักงานทันตสาธารณสุข 6) เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด 7) เจ้าหน้าที่เวชระเบียน 8) เจ้าพนักงานเวชสถิติ และ 9) พยาบาลเทคนิค (HRMD-DDC, 2024) ที่ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร สถาบันราชประชาสมาสัยและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 เดือน

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria) บุคลากรทางการแพทย์ที่ติดภารกิจทางราชการหรืออยู่ในระหว่างการลาราชการ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทราบสถานะตนเองว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หรือกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 46 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ

สมรส ตำแหน่ง หน่วยงาน ประวัติการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีข้อความคำถามจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของโรคไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 7 คะแนน สามารถเลือกตอบได้ 3 คำตอบ ได้แก่ ถูก ผิด และ ไม่แน่ใจ โดย ถูก เท่ากับ 1 ผิด และไม่ทราบ เท่า 0

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 7 ข้อ รวม 35 คะแนน ซึ่งเป็นคำถามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยการให้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีข้อความคำถามจำนวน 15 ข้อ รวม 75 คะแนน แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก และคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยการให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีข้อความคำถามจำนวน 6 ข้อ รวม 30 คะแนน แบ่งเป็นข้อความเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยการให้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ข้อ รวม 9 คะแนน โดยแบ่งระดับแบบมาตราอันดับ (Ordinal Scale) กำหนดให้ มีคำตอบ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่ โดยให้คะแนน 3 2 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.66 จากนั้น ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient พบว่า ทัศนคติต่อการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเท่ากับ 0.74 ปัจจัยที่เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเท่ากับ 0.93 และปัจจัยเสริมซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งทุกตัวมีค่า α มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ถือว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ผ่านหน่วยงาน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
3. ผู้วิจัยประสานผู้ช่วยวิจัย จากทั้ง 3 หน่วยงาน ที่ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน
4. ลงเก็บข้อมูลโดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires) ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน 2568
5. รับแบบสอบถามกลับคืน ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล
6. วิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2025-032 รหัสโครงการ 5/2568 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ที่ IRB/BIDI R008q/68_ExpD รหัสโครงการ R008q/68_ExpD เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมผลการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

(1) ความถี่ และค่าร้อยละ ใช้ในการพรรณนาข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ของลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง หน่วยงาน และประวัติการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี โดย อายุ ได้พรรณนาเพิ่มเติม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

(2) ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำมาใช้ในการอธิบายค่า และความหมายตัวแปรแต่ละปัจจัย

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic)

(1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ทดสอบค่าสถิติไคสแควร์(Chi-Squared Test)

(2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ

ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี วิเคราะห์สถิติด้วย Spearman's correlation โดยแปลความหมายของความสัมพันธ์ของบาร์ทซ์ (Bartz, 1999) ดังนี้

$r = 0.00 - \pm 0.20$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

$r = \pm 0.21 - \pm 0.40$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.41 - \pm 0.60$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.61 - \pm 0.80$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 0.81 - \pm 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก

ผลการวิจัย

1.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค จำนวน 347 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.98 มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 71.47 โดยมีค่าอายุต่ำสุด 21 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี ระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ร้อยละ 79.50 มีสถานภาพโสดและอื่น ๆ ร้อยละ 67.44 ดำรงตำแหน่งในกลุ่มวิชาชีพ ร้อยละ 86.50 และมีประวัติ ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 70.60 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n = 347)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	19.02
หญิง	281	80.98
อายุ		
20 - 40 ปี	248	71.47
40 ปี ขึ้นไป	99	28.53
Mean ($\bar{x}$) = 37.24, Standard Deviation (S.D.) = 12.41, Minimum (Min) = 21, Maximum (Max) = 60		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าหรือระดับปริญญาตรี ($\leq$ ปริญญาตรี)	276	79.54
สูงกว่าระดับปริญญาตรี ($>$ ปริญญาตรี)	71	20.46
สถานภาพสมรส		
สมรส	113	32.56
โสดและอื่นๆ	234	67.44
ตำแหน่ง		
กลุ่มวิชาชีพ	300	86.46
กลุ่มสหวิชาชีพและอื่นๆ	47	13.54
ประวัติการคัดกรอง		
เคยตรวจ	102	29.40
ไม่เคยตรวจ	245	70.60

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนด้านความรู้เฉลี่ยอยู่ที่ 5.37 คะแนน (S.D. = 1.50) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน ด้านทัศนคติมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 29.34 (S.D. = 4.00) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง แสดงว่ามีการสนับสนุนจากโครงสร้างภายในหน่วยงาน เช่น นโยบายของหน่วยงาน การสนับสนุนให้

เข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคอย่างสะดวก ข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ และจากภายนอกหน่วยงาน เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน เป็นต้น ที่เอื้อให้มีการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยที่ปัจจัยเอื้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 61.24 (S.D. = 9.58) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน และปัจจัยเสริมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่

22.61 (S.D. = 5.22) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แต่ยัง
พบว่า การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค มี
ค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ อยู่ที่ 2.41 (S.D. = 0.58) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=347)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	คะแนน	
			ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ปัจจัยนำ				
ด้านความรู้	5.37	1.50	0	7
ด้านทัศนคติ	29.34	4.00	13	35
ปัจจัยเอื้อ*	61.24	9.58	30	75
ปัจจัยเสริม**	22.61	5.22	6	30
การตัดสินใจ	2.41	0.58	3	9

*ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ นโยบายสนับสนุน และการสนับสนุนจากหน่วยงาน

**ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์จากแหล่งต่าง ๆ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค ร้อยละ 45.20 ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี อย่างแน่นอน ขณะที่ผู้ตอบ

แบบสอบถามมากกว่าครึ่งยังไม่แน่ใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคถึง ร้อยละ 50.10 และมีเพียง ร้อยละ 4.60 ที่ไม่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความลังเลในการตัดสินใจตรวจคัดกรองโรค ตามตาราง 3

ตารางที่ 3 ระดับการตัดสินใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=347)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการตัดสินใจตรวจคัดกรอง		
ตัดสินใจแน่นอน (9 คะแนน)	157	45.25
ไม่แน่ใจ (4 – 8 คะแนน)	174	50.14
ไม่ตรวจ (3 คะแนน)	16	4.61

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรม

ควบคุมโรค โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรส ปัจจัยประวัติการตรวจคัดกรองโรค ($p < 0.01$) และปัจจัยตำแหน่ง ($p = 0.03$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในขณะที่ลักษณะส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พบความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ตามตาราง 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ($n=347$)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	การตัดสินใจตรวจคัดกรองโรค			Chi-square (χ^2)	df	p-value
	ไม่ตัดสินใจ n (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ n (ร้อยละ)	ตัดสินใจ n (ร้อยละ)			
เพศ				0.66	2	0.71
ชาย	2 (3.00)	32 (48.50)	32 (48.50)			
หญิง	14 (5.00)	142 (50.50)	125 (44.50)			
อายุ				0.17	2	0.92
20 - 40 ปี	12 (4.84)	123 (49.60)	113 (45.56)			
40 ปี ขึ้นไป	4 (4.04)	51 (51.52)	44 (44.44)			
ระดับการศึกษา				2.13	2	0.34
≤ ปริญญาตรี	15 (5.40)	138 (50.00)	123 (44.60)			
> ปริญญาตรี	1 (1.40)	36 (50.70)	34 (47.90)			
สถานภาพสมรส				13.07	4	<0.01
สมรส	1 (0.88)	47 (41.59)	65 (57.53)			
โสดและอื่นๆ	15 (6.41)	127 (54.27)	92 (39.32)			
ตำแหน่ง				6.73	4	0.03
กลุ่มวิชาชีพ	16 (5.30)	143 (47.67)	141 (47.00)			
กลุ่มสหวิชาชีพ และอื่น ๆ	0 (0.00)	31 (65.96)	16 (34.04)			

ปัจจัยลักษณะ ส่วนบุคคล	การตัดสินใจตรวจคัดกรองโรค			Chi-square (χ^2)	df	p-value
	ไม่ตัดสินใจ n (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ n (ร้อยละ)	ตัดสินใจ n (ร้อยละ)			
ประวัติการคัดกรอง				12.87	2	<0.01
เคยตรวจ	1 (1.00)	41 (40.20)	60 (58.80)			
ไม่เคยตรวจ	15 (6.10)	133 (54.30)	97 (39.60)			

p < 0.05

3.2 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจากการวิเคราะห์ด้วย สถิติ

Spearman's correlation พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ($r = 0.21$) และทัศนคติ ($r = 0.27$) ปัจจัยเอื้อ ($r = 0.30$) และปัจจัยเสริม ($r = 0.44$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ตามตาราง 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=347)

ตัวแปร	การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
ด้านความรู้	0.21	<0.001	ต่ำ
ด้านทัศนคติ	0.27	<0.001	ต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	0.30	<0.001	ต่ำ
ปัจจัยเสริม	0.44	<0.001	ปานกลาง

p < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 347 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้แก่ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และประวัติการตรวจคัดกรองโรค ไวรัสตับอักเสบ ซี ในขณะที่ลักษณะส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พบไม่มีความสัมพันธ์ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ด้านความรู้ ($r = 0.21$) และด้านทัศนคติ ($r = 0.27$) ปัจจัยเอื้อ ($r = 0.30$) และปัจจัยเสริม ($r = 0.44$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระดับต่ำ

5.1 ระดับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.20 ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างแน่นอน (9 คะแนนเต็ม) ขณะที่ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมากกว่าครึ่งยังไม่แน่ใจในการตรวจคัดกรองโรคถึง ร้อยละ 50.10 (คะแนนระหว่าง 4 – 8) และมีเพียง ร้อยละ 4.60 ตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี (คะแนน 3 คะแนน) เมื่อศึกษาจากคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคกลับพบว่าอยู่ในระดับต่ำ (2.41 คะแนนจาก 9 คะแนน) แสดงให้เห็นถึงความลังเลในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค แต่ยังสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม การป้องกันสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Supapawanit และคณะ (Supapawanit et al., 2020) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนราธิวาสพบว่าทัศนคติและการสนับสนุนในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการป้องกันโรคของบุคลากร⁽¹²⁾ หากต้องการสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เพิ่มขึ้น ควรมีการเพิ่มแรงกระตุ้นจากหัวหน้างานหรือเพื่อน และให้ข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ของบุคลากรทางการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีเพียง สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และ ประวัติการตรวจคัดกรองที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีสถานภาพ สมรส มีแนวโน้มตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองสูงกว่ากลุ่มโสด หรือ หม้าย/หย่าร้าง ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ที่แต่งงานแล้วมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและคู่สมรสมากขึ้น อาจได้รับแรงสนับสนุนหรือแรงผลักดันจากคู่สมรสในการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pathan และคณะ (Pathan, Jiraphomkul, & Maneenin, 2020) ที่พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรรมากกว่าผู้ที่มีครอบครัวแล้ว และ (Thongaram et al., 2022) ได้กล่าวถึงสถานภาพ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มผู้สูงอายุ ตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยกลุ่มบุคลากรสายงานหลักกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย นายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นัก

เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีความรู้ ทักษะ และแรงบันดาลใจจากปัจจัยอื่น เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ นโยบาย เพื่อร่วมงาน หรือหัวหน้างานที่ส่งเสริมให้เข้ารับในการตรวจคัดกรองโรคสูงอยู่แล้ว จึงมีความเป็นไปได้ที่จะตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishimaru และคณะ (Ishimaru, Wada, Arphorn, & Smith, 2016) ที่พบว่า ตำแหน่งงานมีผลต่อการได้รับอุบัติเหตุจากเลือด ซึ่งน่าจะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการได้รับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจคัดกรองโรค และ *ประวัติการตรวจคัดกรอง โรคไวรัสตับอักเสบบี* มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี แสดงว่า ประสบการณ์ตรง มีผลกระทบทำให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความเข้าใจในขั้นตอนหรือมีประสบการณ์ตรงอยู่แล้ว จึงช่วยลดอคติ ความกลัวและความกังวลในการตรวจคัดกรองได้ ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่าประสบการณ์ตรงหรือการรับรู้ความเสี่ยงส่วนบุคคลเป็นส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bianco และคณะ (Bianco, Bova, Nobile, Pileggi, & Pavia, 2013) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สูงว่าต้องปฏิบัติตามอย่างไรตามมาตรการควบคุมการติดเชื้อตามหลักมาตรฐานสามารถป้องกันการแพร่เชื้อทางเลือดในหุ้มนุ้บุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเพียงพอ

ปัจจัยนำ (ความรู้ และทัศนคติ) พบว่า ด้านความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (Yibpradit et al., 2024) แต่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในระดับต่ำ ($r = 0.21, p < 0.001$) โดยความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ วิธีการแพร่เชื้อ ความเสี่ยง ผลกระทบการป้องกันโรค และความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรค ซึ่งความรู้ถูกต้องอาจมีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ารับ การตรวจคัดกรองโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี สอดคล้องกับการศึกษา(Hebo et al., 2019) เรื่องการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ ซี: ความสุข ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและการสัมผัสในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ของศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยจิมมา ทางตะวันตกเฉียงใต้ของเอธิโอเปีย และการศึกษาของ (Bianco et al., 2013) ได้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม 37 แห่ง ผลพบว่าพยาบาลมีความรู้สูงส่วนใหญ่คิดถูกต้องว่า มาตรการควบคุมการติดเชื้อตามหลักมาตรฐานสามารถป้องกันการแพร่เชื้อทางเลือดในหุ้มนุ้บุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเพียงพอ และมีทัศนคติเชิงบวกสูง ทัศนคติเชิงบวกต่อมาตรการป้องกันโรค และแตกต่างจากผลการศึกษาของ Angelo และคณะ (Angelo et al., 2020) พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งทัศนคติมีส่วนที่จะสะท้อนมุมมอง ความเชื่อ และความรู้สึกรู้สึกของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคได้ เช่น การตรวจเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ไม่ใช่เรื่องน่าอาย และการตรวจคัดกรองโรค ถือเป็นการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น แต่ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในระดับต่ำ ($r = 0.27, p < 0.001$)

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในระดับต่ำ ($r = 0.30, p < 0.001$) เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีแรงสนับสนุนที่เป็นปัจจัยเอื้อ เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ การเข้าถึงระบบบริการที่สะดวกและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thongaram et al., 2022) หรือมาตรการและนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้เกิดการตรวจคัดกรอง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจของผู้รับบริการ เช่น ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการตรวจคัดกรองยังไม่เพียงพอ ความกังวล

หรือความกลัวเกี่ยวกับผลการตรวจ บัณฑิตทางสังคมและวัฒนธรรมที่อาจทำให้เกิดความลังเล ดังนั้น แม้ปัจจัยเอื้อจะเป็นแรงสนับสนุนสำคัญ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจเข้ารับการตรวจในระดับสูง ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรพัฒนามาตรการส่งเสริมในหลายมิติควบคู่กัน เช่น การให้ความรู้ที่เหมาะสม การลดความกังวล เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ให้สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในระดับปานกลาง ($r = 0.44, p < 0.001$) โดยปัจจัยเสริมเป็นแรงสนับสนุนหรือแรงผลักดันจากภายนอก เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และหัวหน้างาน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chusritong, 2020; Supapawanit et al., 2020; Thongaram et al., 2022) ซึ่งเป็นไปได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างช่วยกระตุ้นและเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจเข้ารับการตรวจ อีกทั้งยังช่วยลดความกังวลและความลังเลใจของผู้ที่ต้องการเข้ารับบริการ ทำให้การตัดสินใจเป็นไปในทิศทางที่บวกมากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากคนใกล้ชิดที่มีความน่าเชื่อถือ อาจทำให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญและความจำเป็นของการตรวจคัดกรองมากขึ้น จึงส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการตรวจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรเร่งกระตุ้นการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคนี้มาก่อน เช่น การจัดบริการเคลื่อนที่

ออกไปตรวจยังหน่วยงาน หรือบรรจุให้มีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อกันถึงโรคไวรัสตับอักเสบบี ไว้ในหลักเกณฑ์ข้อปฏิบัติก่อนรับเข้ามาปฏิบัติงาน

2. จากผลการศึกษาค้นคว้าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังลังเลที่จะตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี อยู่ ผู้บริหารควรมีมาตรการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความตระหนักถึงประโยชน์และข้อเสียหากไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ เวทีเสวนา หรือการทำคลิปวิดีโอสั้น (TikTok, Reels) หรืออินโฟกราฟิกที่เข้าใจได้ง่าย รวมถึงผู้บริหารหรือหัวหน้างานควรเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีและสร้างแรงกระตุ้นเชิงสัญลักษณ์ให้บุคลากรปฏิบัติตาม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี มาก่อนว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลหรืออุปสรรคให้ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยในมิติอื่น ๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นต้น เพื่อพิสูจน์ว่ายังมีตัวแปรอื่น ตัวใดบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

3. ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองและความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มที่ยังมีความลังเลใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Angelo, A. A., Teketelew, B. B., Berta, D. M., Chane, E., Cherie, N., Nigus, M., et al. (2024). Knowledge, attitude, and practices towards hepatitis infection and its associated factors among adults in Gondar Town, northwest Ethiopia: A community-based study, 2021. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43(1), Article 178. <https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-024-00654-9>
- Bartz, Albert, E. (1999). *Basic Statistic Concept*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Bianco, A., Bova, F., Nobile, C. G. A., Pileggi, C., & Pavia, M.; The Collaborative Working Group. (2013). Healthcare workers and prevention of hepatitis C virus transmission: Exploring knowledge, attitudes and evidence-based practices in hemodialysis units in Italy. *BMC Infectious Diseases*, 13(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3571883/>
- Chusritong, R. (2020). *Factors influencing occupational safety behaviors of professional nurses in community hospitals, Chonburi Province* [Master's thesis, Burapha University]. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/59920426.pdf
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Policy for driving disease and health hazard prevention and control at the area level: Fiscal year 2025*. Bureau of Strategy and Planning.
- Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. (2024). *Report on the implementation of the hepatitis B and C elimination program*.
- Glenn D. Israel. (1992) *Determining Sample Size*. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS.
- Hebo, H. J., Gameda, D. H., & Abdusemed, K. A. (2019). Hepatitis B and C viral infection: Prevalence, knowledge, attitude, practice, and occupational exposure among healthcare workers of Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *The Scientific World Journal*, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30853866/>
- Human Resource Management Division, Department of Disease Control. (2024). *Personnel data of the Department of Disease Control*. Nonthaburi, Thailand.
- International Agency for Research on Cancer. (2024). *Cancers attributable to infections: Thailand* [Fact sheet]. World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
- Ishimaru, T., Wada, K., Arphorn, S., & Smith, D. R. (2016). Barriers to the acceptance of work colleagues infected with hepatitis B and hepatitis C in Japan. *Journal of Occupational Health*, 58(3), 269–275. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27108645/>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- National Health Security Office (NHSO). (2024). *Database: Health security system information (for external organizations)* [Online database]. Retrieved November 1, 2024

- Opasathirakul, W., Chanprasert, C., & Kaewthammanukul, T. (2015). Health status based on occupational risk among professional nurses working in outpatient and emergency departments at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Nursing Journal of Chiang Mai*, 42(2), 49–58. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/39419/32613>
- Pathan, N., Jiraphornkul, C., & Maneenin, N. (2020). Factors associated with the failure to attend tuberculosis screening services among household contacts in Mueang District, Maha Sarakham Province. *Khon Kaen University Journal for Public Health Research*, 13(4), 94–105. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/244205>
- Subcommittee on Viral Hepatitis Prevention, Ministry of Public Health. (2023). *National strategy for the elimination of viral hepatitis 2022– 2030* [Internet]. Lertpiriyasuwat, C., & Jiamsiri, S. (Eds.). S.B.K. Printing Co., Ltd. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1380720230302102651.pdf>
- Supapawanit, C., Naseh, H., Phongkaset, A., Darama, M., Sonbut, J., & Kachapornwongskon, S. (2020). Self-protective behaviors against tuberculosis infection among nursing personnel in community hospitals, Narathiwat Province. *Journal of the Southern College Network of Nursing and Public Health*, 7(1), 293–305. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/204333>
- Thongaram, N., Pho-aum, A., & Makmai, P. (2022). Predisposing, enabling, and reinforcing factors associated with health behaviors among the elderly in Lan Sak District, Uthai Thani Province. *Northern Science and Technology Journal*, 3(2). <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/download/1160/796>
- Viral Hepatitis Coordination Center, Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Guidelines for the elimination of hepatitis B and C and the prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B* [Internet]. Jiamsiri, S., & Lertpiriyasuwat, C. (Eds.). S.B.K. Printing Co., Ltd. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1466820230926064645.pdf>
- World Health Organization. (2024). Global hepatitis report 2024: Action for access in low- and middle-income countries. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376461>
- Yibpradit, K., Wachirattanapongmet, N., & Thongphet, J. (2024). Factors associated with the decision to undergo colorectal cancer screening among residents of Cha-am Municipality, Phetchaburi Province. *Journal of Research for Quality of Life Promotion*, 4(2), 61–71. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/268748/183875>

Factors associated with the development of primary health care systems under Provincial Administrative Organizations

Sukanya Thamangklang¹ Sariyamon Tiraphat² Youwanuch Sattayasomboon² Utoomporn Wongsin²

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

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

Corresponding author: e-mail: sthamangklang@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Thamangklang, S., Tiraphat, S., Sattayasomboon, Y., & Wongsin, U. Factors associated with the development of primary health care systems under Provincial Administrative Organizations. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280435

Received: 26 April 2025

Revised: 15 May 2025

Accepted: 22 May 2025

Abstract

This research aimed to examine the development of the primary health care system under the jurisdiction of Provincial Administrative Organizations (PAOs) and to explore factors associated with its development. The sample consisted of 360 respondents, including directors, acting directors, or representatives of directors from Queen Sirikit Health Centers and Sub-district Health Promoting Hospitals, under the Provincial Administrative Organizations. Data were collected using an online questionnaire and analyzed for descriptive statistics and Chi-square tests, with a statistical significance level set at $p < 0.05$.

The findings revealed that a little more than half of the primary health care system under the Provincial Administrative Organizations, had a high level of healthcare service development (50.30%). Significant factors associated with the development included the size of the health service units, organizational climate, organizational support, transformational leadership, and community participation ($p < 0.05$). These results are expected to be beneficial for PAO executives by providing essential information to support policy formulation and guide the strategic direction for further development of the primary health care system.

Keywords: Development of the Primary Health Care System; Primary Care Unit ; Under Provincial Administrative Organization

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

สุกัญญา ทะมังกกลาง¹ ศรียามน ตีรพัฒน์² ยวนุช สัตยสมบูรณ์² อุทุมพร วงษ์ศิลป์²

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลติดต่อ: sthamangklang@gmail.com.

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 25 เมษายน 2568

วันแก้ไข 15 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 22 พฤษภาคม 2568

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด กลุ่มตัวอย่างเป็น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้อำนวยการ/รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ/ผู้แทนผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 360 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.30) และขนาดของหน่วยบริการ บรรยากาศ องค์การ การสนับสนุนจากองค์การ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ผู้บริหารสามารถนำไปกำหนดนโยบาย และทิศทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ; หน่วยบริการปฐมภูมิ ; สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นด่านแรกในการให้บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและความเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างครอบคลุมและยั่งยืน (Sriwanichakorn S., et al., 2015) อีกทั้งระบบบริการปฐมภูมิยังเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวมทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆและชุมชน ในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน (Health Insurance System Research Office, 2009)

ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติซึ่งรวมถึงประเทศไทยได้แสดงจุดยืนและให้การยอมรับว่าการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวทางที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้มากที่สุด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการยกระดับสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของประชาชน บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างบริการสุขภาพถ้วนหน้าตามแผนปฏิบัติการวาระด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sriwanichakorn S., 2007) นอกจากนี้การมีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ทำให้สามารถลดความเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอย่างมีนัยสำคัญ หากสามารถพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐาน ตอบสนองกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในเบื้องต้นได้ จะลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ (Lochitamny, S., et al. 2017) รายงานจากองค์การ

อนามัยโลก (World Health Organization) ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care System) เป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วถึง การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความแตกต่างกันทั่วโลก (World Health Organization, 2019) โดยปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ความพร้อมด้านงบประมาณ ทรัพยากร และเทคโนโลยี ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Barik, D., & Thorat, 2015) ทั้งนี้ เงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย คือ การบริหารจัดการซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย การสนับสนุนด้านโครงสร้างบริการ การเงินการคลัง กำลังคน ข้อมูล สารสนเทศ ระบบยาและเวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ครุภัณฑ์ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถและศักยภาพของผู้บริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (Academic Working Group on Community Health Expo, 2012) อย่างไรก็ตามจากที่ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากจำนวนบุคลากรปฐมภูมิที่ยังไม่พอเพียง และการลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมียังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งองค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมียังมีจำกัด ซึ่งจำเป็นต้องมีการเร่งรัดการพัฒนาควบคู่ไปกับการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Sriwanichakorn S., et al., 2015)

ปีงบประมาณ 2566 เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย นั่นคือ การถ่ายโอนภารกิจสถานีนานาภิบาลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(รพ.สต.) ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยกำหนดให้สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติคือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยยึดหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน เป็นการรับประกันความต่อเนื่องของการจัดบริการด้านสุขภาพให้บริการประชาชน และการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง (Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee, Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, 2010) โดยในปีงบประมาณ 2566 - 2567 มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัด 4,196 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 9,878 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.49 ในพื้นที่ 62 จังหวัด และในปีงบประมาณ 2568 จะมีการถ่ายโอนไปสังกัดขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอีก 256 แห่ง (Health Systems Research Institute, 2024) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงปีแรกๆ มีทั้งอุปสรรคและความท้าทาย เพราะการจัดระบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องใหม่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ยังไม่มีประสบการณ์ด้านการจัดบริการ เพราะมีหลายส่วนที่ต้องบริหารจัดการเพิ่มเติมจากภารกิจเดิม ทั้งด้านคน เงิน ของ ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีโอกาสนี้ในช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างการย้ายสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุข ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจเกิดช่องว่างและส่งผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพระดับ

ปฐมภูมิของประชาชนได้ (Health Systems Research Institute, 2023)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังขาดข้อมูลและหลักฐานงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจากการทบทวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยบางส่วนที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยบรรยากาศองค์การ การสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมของชุมชน อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมาก่อน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่จะดำเนินการรับการถ่ายโอนฯ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 4,196 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ (Weiers, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 แห่ง เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่เพียงพอ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 387 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้อำนวยการ/รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stratified Proportionate Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จากเขตสุขภาพ 12 เขตสุขภาพ เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้ทั้งสิ้น 12 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามขนาด โดยแบ่งเป็นขนาดเล็ก (S) ขนาดกลาง (M) และขนาดใหญ่ (L) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากรกับกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละจังหวัด จากนั้นทำการสุ่มจับสลากขึ้นมาทีละใบให้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบ Check-List ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานปัจจุบัน ขนาดของหน่วยบริการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่สังกัด และเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1- 5 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมน้อยที่สุด ถึง มีพฤติกรรมมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบรรยากาศองค์การ จำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1- 5 คะแนน) หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์การ จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1- 5 คะแนน) หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (คะแนน 1- 5) หมายถึง มีพฤติกรรมน้อยที่สุด ถึง มีพฤติกรรมมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (คะแนน 1- 5) หมายถึง หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับต่ำและระดับสูง และนำคะแนนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามมาแบ่งโดยใช้ ค่าเฉลี่ย เป็นจุดตัด (Cut point) ระดับต่ำและระดับสูง เพื่อทำการวิเคราะห์สถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 และนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการ/รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้แทน ผู้อำนวยการสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชรและองค์การบริหารส่วนจังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล และ หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จาก เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข ช่วยชี้แจงและทำหนังสือแจ้ง

เวียนขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 360 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.03 จากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2025-021 รหัสโครงการ 187/2567 ลงวันที่ 23 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.20) มีอายุ 41 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 47.21 ± 9.05 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 70.20) ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 60.60) อยู่ในหน่วยบริการขนาดกลาง (M) (ร้อยละ 58.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามและขนาดของหน่วยบริการ (n=360)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	45.80
หญิง	195	54.20
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	31	8.60
31-40 ปี	60	16.70
41 ปี ขึ้นไป	269	74.70

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
Mean $\pm$ S.D. = 47.21 $\pm$ 9.05, Min = 24, Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24	6.70
ปริญญาตรี	253	70.20
สูงกว่าปริญญาตรี	83	23.10
ตำแหน่ง		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	218	60.60
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	51	14.20
ขนาดของหน่วยบริการ		
ขนาดเล็ก (S)	88	24.40
ขนาดกลาง (M)	211	58.60
ขนาดใหญ่ (L)	61	16.90

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.30) ระดับบรรยากาศองค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.60) ระดับการสนับสนุนจากองค์การ ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.60) ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 51.40) และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (n=360)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ	
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	179 (49.70)	181 (50.30)
$\bar{X}$ = 47.61 S.D. = 6.98 Max = 60 Min = 29		
Cut point = 47.61		

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ	
	ต่ำ	สูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับบรรยากาศองค์การ	167	193
$\bar{X}$ = 78.53 S.D. = 8.70 Max = 90 Min = 48	46.40	53.60
Cut point = 78.53		
ระดับการสนับสนุนจากองค์การ	178 (49.40)	182 (50.60)
$\bar{X}$ = 81.93 S.D. = 11.79 Max = 100 Min = 35		
Cut point = 81.93		
ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	175 (48.60)	185 (51.40)
$\bar{X}$ = 85.22 S.D. = 14.20 Max = 100 Min = 20		
Cut point = 85.22		
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	179 (49.70)	181 (50.30)
$\bar{X}$ = 39.86 S.D. = 6.40 Max = 50 Min = 10		
Cut point = 39.86		

หมายเหตุ: Cut point by mean : น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย เท่ากับระดับต่ำ, สูงกว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับระดับสูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ขนาดของหน่วยบริการ บรรยากาศองค์การ การสนับสนุนจากองค์การ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (n=360)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ		Chi-square	p-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ขนาดของหน่วยบริการ			17.483	<0.001
ขนาดเล็ก (S)	55 (62.50)	33 (37.50)		
ขนาดกลาง (M)	107 (50.70)	104 (49.30)		
ขนาดใหญ่ (L)	17 (27.90)	44 (72.10)		
รวม	179 (49.70)	181 (50.30)		

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ		Chi-square	p-value
	ระดับต่ำ	ระดับสูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
บรรยากาศองค์การ			45.648	<0.001
ระดับต่ำ	115 (68.90)	52 (31.10)		
ระดับสูง	64 (33.20)	129 (66.80)		
รวม	179 (49.70)	181 (50.30)		
การสนับสนุนจากองค์การ			49.902	<0.001
ระดับต่ำ	124 (68.10)	58 (31.90)		
ระดับสูง	55 (30.90)	123 (69.10)		
รวม	179 (49.70)	181 (50.30)		
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง			14.389	<0.001
ระดับต่ำ	105 (60.00)	70 (40.00)		
ระดับสูง	74 (40.00)	111 (60.00)		
รวม	179 (49.70)	181 (50.30)		
การมีส่วนร่วมของชุมชน			32.395	<0.001
ระดับต่ำ	116 (64.80)	63 (35.20)		
ระดับสูง	63 (34.80)	118 (65.20)		
รวม	179 (49.70)	181 (50.30)		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า ระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.30 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Arpapasat, S. (2020) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดสุพรรณบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.3) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่ มีบรรยากาศองค์การในการทำงานและการสนับสนุนจากองค์การที่ีระดับสูง รวมถึงผู้บริหารในองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูง อีกทั้งชุมชนยังเข้ามามีส่วนร่วมสูง ส่งผลให้

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีดังนี้

1) ขนาดของหน่วยบริการ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่ (L) มีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสูงกว่าหน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก (S) และขนาดกลาง (M) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิขนาดใหญ่ (L) มีทรัพยากร ระบบบริหารจัดการ เครือข่ายความร่วมมือ ตลอดจนศักยภาพในการรองรับนวัตกรรม

และเทคโนโลยีที่ดี ทำให้สามารถจัดบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuayboonchu, K. (2024) ที่พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดภาคใต้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันทั้งประชากร สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ หรือนโยบายต่างๆ จึงทำให้การพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิมีความแตกต่างด้วยเช่นกัน

2) บรรยาการองค์การ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบรรยาการองค์การระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสูงกว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบรรยาการองค์การระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khotthanu, S. (2017) โดยพบว่า บรรยาการองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการบริหารจัดการที่ชัดเจน มีมาตรฐานการทำงานเหมาะสม และยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ มีระบบประเมินผลที่เน้นการปรับปรุงมากกว่าลงโทษ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องทำให้ บุคลากรมีแรงจูงใจและความจงรักภักดี ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพและพัฒนาในระดับสูงขึ้น

3) การสนับสนุนจากองค์การ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการสนับสนุนจากองค์การระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสูงกว่าหน่วยบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิที่มีการสนับสนุนจากองค์การระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Langkaew, N. (2020) โดยพบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thongphun, N. (2019) ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.307, p = < 0.001$) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับการสนับสนุนครบถ้วน ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี โดยมีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนและติดตามการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า ประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างใกล้ชิด และใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสูงกว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ongsawang, A. (2018) ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนราธิวาส อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ เป็นที่น่าเคารพและไว้วางใจ มีความมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และคำนึงถึงความสามารถของบุคลากร

ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัด อีกทั้งยังสามารถสร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และมองปัญหาเป็นโอกาส ส่งผลให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ กระตือรือร้น เห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจเป้าหมายขององค์กร และพร้อมทำงานให้บรรลุผลสำเร็จผ่านการจัดการความรู้

5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสูงกว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชนระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sirichai (2017) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชนอย่างเข้มแข็ง โดยจัดตั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานงานพัฒนาโครงการร่วมกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก มีระบบสื่อสารที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามบริการสุขภาพ รวมถึงเข้าถึงข้อมูลบริการ และช่องทางร้องเรียนได้สะดวก กลไกเหล่านี้ช่วยให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมีการพัฒนา สามารถตอบโต้ความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการที่มีขนาดเล็กหรือขนาดกลาง ให้ให้สามารถยกระดับระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเทียบเท่ากับหน่วยบริการขนาดใหญ่
2. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีนโยบายที่ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศองค์การที่ดีในด้าน

ต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีแรงจูงใจในการให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมียุทธศาสตร์ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้บริหารทุกระดับให้มีภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาและยกระดับทั้งบุคลากรและองค์กร ผ่านการสร้างแรงบันดาลใจ การเปลี่ยนแปลงเชิงทัศนคติ และการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรพิจารณาทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจได้ข้อมูลหรือผลลัพธ์ที่แตกต่างกับผู้บริหาร
2. ควรพิจารณาทำการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
3. ควรพิจารณาทำการศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามสัดส่วนกลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายจากพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบและการพัฒนาแนวทางการ

ดำเนินงานที่ตอบสนองต่อความแตกต่างเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 12 จังหวัด และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก

สะดวกเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้อำนวยการ/รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ/ผู้แทนผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Arpapasat, S. (2020). Factors influencing the development of service systems in Sub-district Health Promoting Hospitals in Suphanburi Province. *Journal of Community Public Health*, 6(3), 86–95.
- Barik, D., & Thorat, A. (2015). Issues of unequal access to public health in India. *Frontiers in Public Health*, 3, 245. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00245>
- Chanphum, S. (2016). Community participation associated with dengue prevention and control operations among village health volunteers in Nam Phong District, Khon Kaen Province. In *The Third National Conference on Public Affairs Management: Governance Transition and Reform to Sustainable Development*, August 19, 2016, Khon Kaen, Thailand.
- Chuayboonchu, K. (2024). Health promotion operations of Sub-district Health Promoting Hospitals transferred to Provincial Administrative Organizations in Southern Thailand. *Journal of Health Law and Policy*, 10(3), 452–464.
- Health Insurance System Research Office (HISRO). (2009). Primary care system [Internet]. Retrieved August 5, 2024, (Online). Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>
- Health Systems Research Institute. (2023). HSRI continues research on the transfer of health-promoting hospitals, preparing “people, tasks, and finances” for an efficient primary health care system [Internet]. Retrieved August 20, 2024, (Online). Available from: <https://wwwold.hsri.or.th/media/news/detail/13993>
- Health Systems Research Institute. (2024). Dashboard for the transfer of functions: Subdistrict Administrative Organization/Health Promoting Hospital [Internet]. Retrieved February 19, 2024, (Online). Available from: <https://hsiu.hsri.or.th/>
- Khotthanu, S. (2017). Organizational climate related to the performance of public health personnel in chronic disease care according to the primary care unit standards in Sub-district Health Promoting Hospitals, Manjakiri-Khok Pho Chai Health Service Network, Khon Kaen Province. *Journal of Health Systems Research and Development*, 10(1), 181–190.
- Langkaew, N. (2020). Organizational climate and organizational support affecting the performance based on service quality criteria of public health personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals, Buriram Province [Master’s thesis, Khon Kaen University].
- Lochitamnuay, S., et al. (2017). *A synthesis research for economic outcome evaluation of the Family Physician Clinic policy*. Health Systems Research Institute (HSRI).

- Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee, Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. (2010). Operational manual in accordance with the decentralization plan to local government organizations (2nd ed., 2008) and the action plan for implementing the decentralization process (2nd ed.) in the area of quality of life promotion. Bangkok: Dok Bia Printing House.
- Ongsawang, A. (2018). Transformational leadership and follower characteristics influencing the operational effectiveness of Sub-district Health Promoting Hospitals in Narathiwat Province. *Journal of Southern College Network of Nursing and Public Health*, 5(2), 272–278.
- Sriwanichakorn, S. (2007). Journal of Primary Care and Family Medicine. Community Health System Research and Development Institute.
- Sriwanichakorn, S, Yana, T, Chalodet, B, & Bukboon, P. (2015). The situation of primary health care system development, 2004–2015. Nonthaburi: Community Health System Research and Development Institute Foundation (CHSRDI).
- Thongphun, N. (2019). Motivation and organizational support affecting health promotion performance for the elderly by public health personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals, Maha Sarakham Province. *Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies Edition)*, 19(3), 131–141.
- Weiers, M. R. (2005). Introduction to business statistics (5th ed.). Brooks/Cole.
- World Health Organization (WHO). (2019). Primary health care on the road to universal health coverage.

Financial Operations of Health Promoting Hospitals: A Case Study of Health Region 5 During Administrative Transfer Period

Nattapong Kandumri¹, Chardsumon Prutipinyo^{2*}, Utoompron Wongsin²

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

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

Corresponding author: e-mail: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Kandumri, N., Prutipinyo, C., & Wongsin, U. Financial operations of Health Promoting Hospital: Case studies of Health Region 5 during transfer period. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280675

Received: 6 May 2025

Revised: 23 May 2025

Accepted: 29 May 2025

Abstract

This study aims to investigate the correlation between the health service system administration process and the financial operations of the service unit at health promoting hospitals. A total of 269 health promoting hospitals that had been transferred under the jurisdiction of the Provincial Administrative Organizations, were included in the sample. The questionnaire used in this study had a reliability coefficient of 0.91. Data were analyzed for frequency, percentage, mean, median, standard deviation, minimum and maximum values, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the overall health service system management process was rated at the highest level, while the overall financial and fiscal performance was rated at a moderate level. Analysis for the relationships showed that components of the health service system management process, namely collaboration, pharmaceutical and non-pharmaceutical supplies, coordination, and service delivery, as well as the service unit characteristic of unit size, were found to be associated with the financial and fiscal performance of health promoting hospitals.

The recommendations can be submitted to the Decentralization Committee to establish effective criteria and methods for budget allocation and transfer. They can also be proposed to the Provincial Administrative Organizations to support the development of more efficient financial and fiscal management strategies for health promoting hospitals that have been transferred under their jurisdiction.

Keywords: Financial Operations; Health Promoting Hospital; During Transfer Period

การดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ภัยเฝ้าระวังโรค

ณัฐพงศ์ การดำรง¹, ฉัตรสมุน พงศ์นิพนธ์^{2*}, อุทุมพร วงษ์ศิลป์²

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 วิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*Corresponding author: e-mail: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 6 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 23 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 29 พฤษภาคม 2568

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะของหน่วยบริการกับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ภัยเฝ้าระวังโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เฝ้าระวังโรคเข้าสู่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนตัวอย่าง 269 แห่ง แบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และวิเคราะห์ค่าสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด และการดำเนินงานทางการเงินการคลัง โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ในการศึกษาความสัมพันธ์ กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านความร่วมมือ ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ด้านการประสานงาน และด้านการจัดบริการ และคุณลักษณะหน่วยบริการ ด้านขนาดหน่วยบริการ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ สามารถนำเสนอต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจ กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดสรรและโอนงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และยังสามารถเสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการทางการเงินการคลังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่โอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การดำเนินงานทางการเงินการคลัง; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; เฝ้าระวังโรค

บทนำ

การปฏิรูประบบราชการไทยผ่านรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 และ 2550 รวมถึงพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 คือจุดเริ่มต้นสำคัญของการส่งอำนาจจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น นำไปสู่การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้บริการสุขภาพตอบโจทย์พื้นที่และความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น (Tangsathean & Lojaya, 2019)

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นการดำเนินงานที่สำคัญตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาท ในการจัดระบบบริการสาธารณะ และการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (The Provincial Administrative Organization Association of Thailand, 2021) ซึ่งได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข แก่ประชาชนภายในชุมชน รวมถึงการส่งมอบภารกิจทั้งทางด้านกำลังคน ด้านทรัพยากร (เวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา รวมไปถึงครุภัณฑ์ต่างๆ) ด้านงบประมาณ รายรับรายจ่าย ทั้งการเงินและการคลัง แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของกระทรวงมหาดไทย

ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2563 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั่วประเทศมี รพ.สต. รวม 9,787 แห่ง โดยมีการถ่ายโอนไปแล้วเพียง 65 แห่งในช่วงแรก (Health Systems Research Institute, 2024) สำหรับเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ

ประจวบคีรีขันธ์ มี รพ.สต. รวม 917 แห่ง ประสงค์ถ่ายโอนจำนวน 495 แห่ง และเมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรีและกาญจนบุรีได้ถ่ายโอนครบทุกแห่ง ขณะที่จังหวัดอื่น ๆ มีการถ่ายโอนบางส่วน เช่น ราชบุรี (83 จาก 164 แห่ง), นครปฐม (36 จาก 134 แห่ง), สมุทรสาคร (37 จาก 54 แห่ง), เพชรบุรี (5 จาก 117 แห่ง) และประจวบคีรีขันธ์ (16 จาก 81 แห่ง) ส่วนจังหวัดเดียวที่ยังไม่มีการถ่ายโอนเลยคือสมุทรสงคราม

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากหลายแหล่งเพื่อขับเคลื่อนบริการด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วยงบประมาณในการจัดบริการสาธารณสุข และการแพทย์ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมไปถึงงบลงทุนในรูปแบบค่าเสื่อม ค่าใช้จ่ายตามผลงานและคุณภาพการบริการ รวมไปถึงงบประมาณจากทางภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ใช้ในการขับเคลื่อนการจัดบริการ ซึ่งก่อนการถ่ายโอนภารกิจงบประมาณจะถูกบริหารจากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค และการจ้างลูกจ้าง (Trat Provincial Hall, 2023), (Rujathamrong et al., 2022)

หลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเผชิญกับปัญหาด้านการเงินการคลัง โดยเฉพาะในเรื่อง การเบิกจ่ายและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานจริง ส่งผลให้ได้รับงบประมาณจากภาครัฐไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ แม้จะยังได้รับงบประมาณหลักจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดบริการในพื้นที่ แต่ข้อจำกัดด้านกระบวนการจัดสรรและการเบิกงบประมาณ ยังคงเป็นอุปสรรคที่ทำให้หน่วยบริการ ไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (Rodsom, 2023), (The Commission on Budget Drafting Study and Monitoring, 2024)

แต่เดิมโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งด้านบุคลากร ค่าตอบแทน ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีสารสนเทศ เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) บทบาทดังกล่าวจึงลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายด้าน เช่น การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ เกิดความล่าช้า และปัญหาขั้นตอนการอนุมัติเงินเพื่อใช้จ่ายในค่าบุคลากร หน่วยบริการจะต้องส่งเอกสารไปให้ผู้บริหารระดับสูงฝ่ายการเมืองเป็นผู้อนุมัติ อีกทั้งยังต้องบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ขาดด้วยตนเองเมื่อไม่อยู่ภายใต้โรงพยาบาลแม่ข่าย และไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และการพัฒนาของเจ้าหน้าที่

ซึ่งจากปัญหาที่เกิดขึ้น การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ต้องดำเนินการถ่ายโอนภารกิจฯ ในการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นไม่น้อยไปกว่าเดิม เหมือนที่กระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติ ทั้งในด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ (Sutthiphongpracha, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษากการกระจายอำนาจด้านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยส่วนใหญ่แล้วศึกษาในเรื่องความพร้อมของบุคลากร (Tangsathean, & Lojaya, 2019) การให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Phongamnuay, Nalert & Badirat, 2022) ซึ่งค้นพบว่าด้านการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบหลังการถ่ายโอนในภาพรวม แต่ยังไม่มีการศึกษาและวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบบริการ

สุขภาพกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ซึ่งมีสำคัญต่อการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งสามารถนำแนวทางการศึกษาไปประยุกต์และใช้ในการบริหารระบบบริการสุขภาพ รวมถึงนำ ผลการศึกษานี้สามารถนำเสนอต่อคณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ โดยมุ่งหวังให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และส่งเสริมความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมนูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ และการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฯ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพกับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฯ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรูปแบบ แบบสอบถาม ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจเข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 495 แห่ง จากนั้นคำนวณตามสัดส่วนประชากรได้เท่ากับ 244 แห่ง เพื่อป้องกันโอกาสที่เกิดความผิดพลาดในการตอบแบบ สอบถาม หรือไม่

ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก ร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เป็น 25 แห่ง เท่ากับ 269 แห่ง และผู้ที่ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้อำนวยการฯ รักษาการผู้อำนวยการฯ และผู้ที่รับมอบหมายให้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากร จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ลักษณะของหน่วยบริการ จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ จำนวน 31 ข้อ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ด้านการประสานงาน ด้านความร่วมมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านการจัดบริการ ส่วนที่ 4 การดำเนินงานทางการเงินการคลัง จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ด้านรายรับ ด้านและรายจ่าย ส่วนที่ 5 คำถามทางด้านปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 6 เป็นข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารและการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อตรวจสอบแก้ไข ควบคุมถูกต้อง ความชัดเจนของข้อคำถามและแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม ภายหลังผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 แห่ง ต่อจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งในการทดสอบความเชื่อมั่นได้ผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) = 0.910

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเลขที่ MUPH 2025-029 รหัสโครงการ 2/2568 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.30 และเพศชาย ร้อยละ 25.70 อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี และ 30-39 ปี ร้อยละ 38.29 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 64.50 มีระดับการศึกษาอยู่ในปริญญาตรี ร้อยละ 84.00 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.55 ปฏิบัติงานในหน่วยบริการขนาดกลาง (M) ร้อยละ 66.90 รองลงมา ขนาดเล็ก (S) ร้อยละ 19.70 และขนาดใหญ่ (L) ร้อยละ 13.40 และหน่วยบริการตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร้อยละ 81.00 และเทศบาล ร้อยละ 19.00

2. ระดับของกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ

ระดับกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้สถานการณ์ถ่ายโอนภารกิจ เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ระดับกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ พบว่า กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดบริการ ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.53) ด้านการประสานงาน ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.49) ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ($\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 0.56) ด้านความร่วมมือ ($\bar{X}$ = 4.36, S.D. = 0.46) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.50) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านบุคลากร ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับของกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ

กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1.ด้านบุคลากร	4.18	0.50	มาก
2.ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	4.36	0.56	มากที่สุด
3.ด้านการประสานงาน	4.40	0.49	มากที่สุด
4.ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.35	0.50	มากที่สุด
5.ด้านความร่วมมือ	4.36	0.46	มากที่สุด
6.ด้านการจัดบริการ	4.43	0.53	มากที่สุด
รวม	4.35	0.51	มากที่สุด

3. ระดับของการดำเนินงานทางการเงินการคลัง

ระดับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้สถานการณ์ภัย โอนภารกิจ เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ระดับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.28, S.D.=0.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายการดำเนินงานทางการเงินการคลัง พบว่า รายรับ ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ($\bar{X}$ = 4.49, S.D.=0.59) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ($\bar{X}$ = 4.30, S.D.=0.47) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม ($\bar{X}$ = 3.70, S.D.=1.14) และหน่วยบริการ ($\bar{X}$ = 3.59, S.D.=0.70) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปาน

กลาง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ($\bar{X}$ = 2.98, S.D.=0.89) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ($\bar{X}$ = 2.59, S.D.=1.45) และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ($\bar{X}$ = 1.32, S.D.=0.15) ในส่วนของ รายจ่าย ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านยา/เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และค่าสาธารณสุขโรค ($\bar{X}$ = 3.76, S.D.=0.52) และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ($\bar{X}$ = 3.63, S.D.=0.34) และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านงบลงทุนและสิ่งก่อสร้าง ($\bar{X}$ = 3.18, S.D.=0.55) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของการดำเนินงานทางการเงินการคลัง

การดำเนินงานทางการเงินการคลัง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
รายรับ ประจำปีงบประมาณ 2567			
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2.98	0.89	ปานกลาง
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	1.32	0.15	น้อยที่สุด
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	4.49	0.59	มากที่สุด

การดำเนินงานทางการเงินการคลัง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
- สำนักงานประกันสังคม	3.70	1.14	มาก
- องค์การบริหารส่วนจังหวัด	4.30	0.74	มากที่สุด
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	2.59	1.45	น้อย
- หน่วยบริการ	3.59	0.70	มาก
รายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2567			
- ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	3.63	0.34	มาก
- ค่าใช้จ่ายด้านยา/เวชภัณฑ์ทางการแพทย์	3.76	0.52	มาก
- ค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์			
- ค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณและสิ่งก่อสร้าง	3.18	0.55	ปานกลาง
รวม	3.28	0.36	ปานกลาง

4. รายรับ-รายจ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2567

รายรับ-รายจ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อพิจารณาการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ได้แก่ รายรับ และรายจ่าย เปรียบเทียบกับขนาดของหน่วยบริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายรับ-รายจ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ 2567

การดำเนินงานทางการเงินการคลัง	ขนาดของหน่วยบริการ			
	ขนาดเล็ก (S)	ขนาดกลาง (M)	ขนาดใหญ่ (L)	รวม
รายรับ				
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (n=229)				
$\bar{X}$	370,441.26	767,505.75	1,363,908.45	767,618.37
S.D.	261,951.58	952,418.66	686,551.73	866,121.58
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (n=29)				
$\bar{X}$	3,500.00	3,689.62	6,668.83	4,349.83
S.D.	1,236.93	2,014.99	6,584.95	3,639.73
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (n=225)				
$\bar{X}$	405,555.56	649,503.31	987,931.03	644,333.33
S.D.	37,267.79	43,442.51	64,993.37	169,767.44
- สำนักงานประกันสังคม (n=187)				
$\bar{X}$	37,198.53	109,008.29	199,005.48	112,310.07

การดำเนินงาน ทางการเงินการคลัง	ขนาดของหน่วยบริการ			
	ขนาดเล็ก (S)	ขนาดกลาง (M)	ขนาดใหญ่ (L)	รวม
S.D.	34,189.09	89,685.89	134,555.81	102,909.36
- องค์การบริหารส่วนจังหวัด (n=40)				
$\bar{x}$	118,181.82	142,447.92	133,300.00	134,631.25
S.D.	81,463.88	163,302.57	140,173.82	139,850.49
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) (n=30)				
$\bar{x}$	34,000.00	122,919.70	374,680.60	150,059.90
S.D.	11,937.34	95,723.61	252,782.09	162,376.31
- หน่วยบริการ (n=219)				
$\bar{x}$	51,169.87	103,988.30	270,369.76	117,410.26
S.D.	37,642.87	62,003.90	335,450.32	150,339.73
รายจ่าย				
- ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (n=228)				
$\bar{x}$	480,585.93	688,392.56	889,263.13	676,451.47
S.D.	228,573.24	262,090.46	525,462.45	329,273.45
- ค่าใช้จ่ายด้านยา/เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และค่าสาธารณูปโภค (n=220)				
$\bar{x}$	510,472.95	651,928.23	760,145.76	639,037.09
S.D.	233,351.99	275,117.05	250,041.88	273,034.48
- ค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณและสิ่งก่อสร้าง (n=105)				
$\bar{x}$	206,194.09	484,655.79	203,024.02	361,968.65
S.D.	279,046.09	1,081,055.28	166,396.55	832,817.94

6. ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบ บริการสุขภาพกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง

ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบ
บริการสุขภาพกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง พบว่า
ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย (r = 0.143, p-value =

0.019) ด้านการประสานงาน (r = 0.141, p-value =
0.021) ด้านความร่วมมือ (r = 0.151, p-value = 0.013)
ด้านการจัดบริการ (r = 0.129, p-value = 0.034) มี
ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง

กระบวนการบริหาร ระบบบริการสุขภาพ	การดำเนินงานทางการเงินการคลัง		
	r (95% CI)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- ด้านบุคลากร	0.099(-0.024-0.219)	0.106	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	0.143(0.021-0.261)	0.019	ต่ำ
- ด้านการประสานงาน	0.141(0.018-0.259)	0.021	ต่ำ
- ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.075(-0.048-0.196)	0.222	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านความร่วมมือ	0.151(0.029-0.269)	0.013	ต่ำ
- ด้านการจัดบริการ	0.129(0.006-0.248)	0.034	ต่ำ

อภิปรายผลการวิจัย

การบริหารระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างองค์กรเพียงอย่างเดียว แต่หากยังมีปัจจัยประกอบหลายด้าน โดยเฉพาะการจัดการทางการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนหน่วยบริการให้สามารถบริหารจัดการงบประมาณภายในหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง จากผลการวิจัยสามารถนำประเด็นสำคัญมาอภิปรายผล ดังนี้

กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ด้านประสานงาน ด้านความร่วมมือ และด้านการจัดบริการ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5 ภายใต้สถานการณ์ภัยเฝ้าระวังโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ($r = 0.143$, $p\text{-value} = 0.019$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการเท่านั้น แต่ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamaai

(2021) พบว่า ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระบบการบริหารจัดการยา เช่น การทำบัญชีคงคลังอย่างเป็นระบบ การคัดเลือกเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และการลดการสูญเสียจากการหมดอายุ สามารถลดต้นทุนการดำเนินงานด้านเวชภัณฑ์ได้สูงถึง 15% ต่อปี และมีผลทำให้สามารถบริหารงบประมาณที่ได้รับมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการประสานงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ($r = 0.141$, $p\text{-value} = 0.021$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การประสานงานที่ดี ทั้งภายในองค์กรและกับหน่วยงานภายนอก มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณและการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธวัชชัย วงศ์เศรษฐไพญญู (Wongsetthaphaibun, 2020) พบว่า การมีเครือข่ายประสานงานที่เข้มแข็ง ช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและสิ่งของจำเป็นในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการสุขภาพที่มีการประสานงานเป็นระบบ โดยเฉพาะกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีโอกาสได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากโครงการสนับสนุนพิเศษมากกว่าหน่วยที่ขาดการประสานงานถึง 1.7 เท่า

ด้านความร่วมมือ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ($r = 0.151$, $p\text{-value} = 0.013$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง

value = 0.013) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานทางการเงิน ไม่ว่าจะเป็นการขอรับงบประมาณสนับสนุนหรือการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Srichaiyarach (2022) พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ องค์กรภาคประชาชน และภาคเอกชนในพื้นที่ได้อย่างเข้มแข็ง มีรายได้จากการสนับสนุนเพิ่มเติมเฉลี่ย 8-12% ของงบประมาณปกติ และยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายผ่านการระดมทรัพยากรในชุมชน เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์บางรายการโดยไม่ต้องใช้งบกลางของหน่วยงาน

ด้านการจัดบริการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ($r = 0.129$, $p\text{-value} = 0.034$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน และเน้นการจัดบริการเชิงรุก ส่งผลให้รพ.สต.สามารถบริหารงบประมาณได้สอดคล้องกับภารกิจที่ได้รับมอบหมาย โดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมตามความจำเป็นของพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sae-Jia (2019) พบว่า ในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางการเงินในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการจัดบริการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง สามารถลดค่าใช้จ่ายต่อหัวได้ 12-18% เทียบกับหน่วยที่เน้นการบริการเชิงรับเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ผลการวิจัย ยังพบว่า กระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพในด้านบุคลากรและเทคโนโลยีสารสนเทศไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกัน กลับพบว่า

ด้านบุคลากร นั้นเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพ งานวิจัยหลายชิ้นชี้ตรงกันว่าความพร้อม ความสามารถ และการพัฒนา

ศักยภาพของบุคลากร มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพทางการเงินของหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการที่มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องในด้านการบริหารจัดการทางการเงิน การบริหารเวชภัณฑ์ และการใช้เทคโนโลยี การศึกษาของ Pattararuengsilp (2020) ระบุว่า หน่วยบริการที่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องด้านการเงิน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี มีแนวโน้มบริหารงบประมาณได้มีประสิทธิภาพมากกว่าหน่วยที่ขาดการพัฒนา ถึง 2 เท่า ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Boonprakob (2021) ยังชี้ว่า การมีจำนวนบุคลากรที่เหมาะสมกับภาระงาน และการบริหารกำลังคนอย่างเป็นระบบ เช่น การกระจายงาน การแทนเวร และทีมสนับสนุนช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายบุคลากร และลดการพึ่งพางบกลางได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน Sangkaew (2022) พบว่า ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร มีบทบาทในการบริหารทรัพยากรเช่นกัน โดยบุคลากรที่มีความผูกพันสูงมีแนวโน้มช่วยประหยัดงบประมาณ รวมระดมทรัพยากรจากชุมชน และเพิ่มรายได้ของหน่วยบริการ

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการบริหารจัดการด้านการเงิน อย่างมีประสิทธิภาพหน่วยบริการที่นำระบบต่าง ๆ เช่น HOSXP, JHCIS, ระบบบัญชีการเงินอิเล็กทรอนิกส์ และระบบติดตามเวชภัณฑ์มาใช้ ทำให้การจัดเก็บข้อมูล ตรวจสอบผล และจัดทำรายงานทางการเงินแม่นยำและทันเวลามากขึ้น ในการศึกษาของ Laoruengrith (2018) พบว่า การใช้ระบบสารสนเทศทางสุขภาพช่วยลดต้นทุนการดำเนินงานและการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งหน่วยบริการที่มีการใช้ระบบสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดำเนินงานทางการเงินมีความรวดเร็วขึ้น 40% และลดความผิดพลาดได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงกลไกการจัดสรรและโอนงบประมาณให้มีความชัดเจน โปร่งใส

ดำเนินการได้รวดเร็ว และสอดคล้องกับภาระงานจริงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมกำหนดเกณฑ์วิธีการ และระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน รวมถึงพัฒนาระบบติดตามและกลไกการสื่อสารระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

2) องค์การบริหารส่วนจังหวัดควรจัดสรรหรือสนับสนุนบุคลากรด้านการเงินและบัญชีให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือดำเนินการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการเงินและบัญชี เพื่อยกระดับการบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถพัฒนาระบบบัญชีและรายงานทางการเงินให้ได้มาตรฐานตรวจสอบได้

3) กระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ควรทบทวนบทบาท ภารกิจ และการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งกำหนดแนวทางสนับสนุนด้านงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

4) ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเน้นการวางแผนอย่างเป็นระบบ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถ

ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แม้ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาการเงินการคลัง และการวิเคราะห์ความเข้าใจในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาการบริหารการเงินการคลังอย่างเหมาะสม

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจแล้ว กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยังไม่ถ่ายโอนในเขตสุขภาพอื่น เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านประสิทธิภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงบประมาณ

3) ควรมีการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อสร้างคู่มือแนวทางการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจ โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในระดับพื้นที่

4) ควรมีการสร้างแบบจำลองการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อจำลองสถานการณ์การรับ-จ่ายงบประมาณ การบริหารทรัพยากร และการประเมินความเสี่ยง เพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Tangsathian, D., & Lochaya, S. (2019). Readiness for the transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to local administrative organizations in Pathum Thani Province. *Journal of Academic Affairs, Maharakham Provincial Public Health Office*, 3, 21–33.
- Provincial Administrative Organization Association of Thailand. (2021). Sub-district Health Promoting Hospitals to PAO: Another step towards decentralization to local governments [Internet]. Retrieved March 20, 2024, from http://www.cnto.moph.go.th/upload_files/คลังข้อมูล/รพ.สต.%20อบจ%20อีกหนึ่งก้าว...กระจายอำนาจสู่%20.pdf
- Health Systems Research Institute. (2024). The path of mission transfer of PCUs/Sub-district Health Promoting Hospitals to local administrative organizations: From 1999 to 2024 [Internet]. Retrieved September 9, 2024, from <https://hsiu.hsri.or.th/index.php>
- Trat Provincial Hall. (2023). Response to inquiries on problems and obstacles in the transfer of missions of Chalermprakiat Health Centers and Sub-district Health Promoting Hospitals to local administrative organizations [Internet]. Retrieved August 18, 2024, from http://core-website.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_335171_1.pdf
- Rujanthamrong, P., Singweeratham, N., Techakehakij, W., Boontiam, N., Kaewsri, P., Boonpian, A., et al. (2022). Development of management proposals for the health insurance fund in allocating budgets to Sub-district Health Promoting Hospitals transferred to local administrative organizations [Internet]. Retrieved August 26, 2024, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5766>
- Rodsom, A. (2023). In-depth look at NHSO's financial management and budget allocation for transferred Sub-district Health Promoting Hospitals [Internet]. Retrieved October 7, 2024, from <https://www.thecoverage.info/news/content/5629>
- Committee on Budget Preparation and Oversight. (2024). No money, no development, legal barriers, and other challenges in transferring Sub-district Health Promoting Hospitals to provincial administrative organizations [Internet]. Retrieved October 7, 2024, from <https://www.thecoverage.info/news/content/6702>
- Suthiphongpracha, T. (2021). Clearing doubts: Is not transferring Sub-district Health Promoting Hospitals to PAOs illegal? [Internet]. Retrieved October 9, 2024, from <https://www.hfocus.org/content/2021/11/23617>
- Phongamnuay, W., Nalerd, P., & Bodeerat, C. (2022). Gaps and obstacles in the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPH) to local administrative organizations. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2, 205–220.
- Khamaai, S. (2021). Drug inventory management in primary health care service units. *Journal of Public Health and Development*, 2, 15–27.
- Wongsatphailboon, T. (2020). Management of community health service networks. *Journal of Community Public Health*, 1, 45–58.

- Srichairat, P. (2022). Collaboration between local administrative organizations and health service units in the mission transfer process. *The Journal of Development Administration Research*, 1, 67–78.
- Sae-Chia, C. (2019). Proactive health service delivery and financial performance of Sub-district Health Promoting Hospitals. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 2, 20–33.
- Phatrareuangsini, A. (2020). Personnel capacity development and budget management efficiency in Sub-district Health Promoting Hospitals. *Research and Development Health System Journal*, 1, 67–80.
- Boonprakob, W. (2021). Manpower planning in primary health care units and the efficiency of financial resource utilization. *Journal of Community Public Health*, 2, 40–53.
- Sangkaew, R. (2022). Organizational commitment of personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals and sustainable health resource management. *Research and Development Health System Journal*, 2, 23–35.
- Laorungrit, J. (2018). The role of information technology in enhancing financial efficiency in health service units. *Journal of Health Innovation and Safety*, 1, 50–62.

Organizational engagement of personnel in The Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

Sirimas Khamsai¹ Chardsumon Prutipinyo² Sariyamon Tiraphat² Rapeepun Jommaroeng³

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

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

3 Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding author: Chardsumon.pru@mahidol.edu*

Original article

Abstract

The objective of this research was to study the related factors of personnel engagement in the organization at the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. Data were collected through an online questionnaire via Google Forms from a total of 366 personnel (representing 73.6% of the target population). Statistical analyses included frequency distribution, percentage, mean, median, minimum, maximum, and standard deviation. Pearson's correlation coefficient statistic, Chi Square test was used to study the relationship of factors affecting the level of organizational engagement and multiple regression analysis statistic was used to predict organizational engagement.

The results of organizational engagement of personnel in the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health, was moderate to high level. Significant correlations were observed between achievement norms, self-actualizing norms, Humanistic-Encouraging norms and affiliative norms ($r = 0.590, 0.632, 0.189, 0.708$) respectively ($p < 0.0001$). Humanistic-Encouraging Norms (Beta = 1.529) and affiliative norms (Beta = 0.884) could predict organizational engagement in the organization at the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health, respectively. There were significant relationships ($R^2 = 0.72$), indicating that the independent variable can explain 72% of the variance in the dependent variable.

The study's results revealed significant effects of Humanistic-Encouraging norms and affiliative norms. The administrative team can utilize these findings to design initiatives that strengthen organizational commitment and support employee development, foster unity, cultivate positive attitudes, and promote participation, in order to strengthen sustainable organizational engagement.

Keywords: Department of Medical Sciences, Organizational Engagement, Constructive Culture

OPEN ACCESS

Citation: Khamsai, S., Prutipinyo, C. ., Tiraphat, S. ., & Jommaroeng, R. Organizational engagement of personnel in The Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280754

Received: 8 May 2025

Revised: 26 May 2025

Accepted: 29 May 2025

ความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ศิริมาศ คำไสย¹ ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ² ศรียามน ตีรพัฒน์² ระพีพันธ์ จอมมะเริง³

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Chardsumon.pru@mahidol.edu

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันที่รับ: 8 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ: 29 พฤษภาคม 2568

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้แบบสอบถาม google form เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากร จำนวน 366 คน (ร้อยละ 73.6) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติไคสแควร์ หาความสัมพันธ์ของปัจจัย และทำนายความผูกพันองค์กรด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ ($r = 0.590, 0.632, 0.189, 0.708$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยทำนายความผูกพันองค์กร คือ มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล ($Beta = 1.529$) และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ ($Beta = 0.884$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ R Square เท่ากับ 0.72

ผลที่ได้จากการศึกษามีมิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ คณะผู้บริหารสามารถใช้เป็นแนวทางสร้างความผูกพันองค์กร ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในองค์กร และสนับสนุนการเติบโตของบุคลากร สร้างความสามัคคี สร้างทัศนคติเชิงบวก และการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความผูกพันองค์กรอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ความผูกพันองค์กร วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์

บทนำ

การบริหารทรัพยากรด้านบุคลากร เป็นหนึ่งในทรัพยากรที่ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญ เพื่อให้องค์กรคงไว้ซึ่งผู้มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญที่จะนำพาองค์กรให้เดินไปสู่เป้าหมายความสำเร็จ การสร้างความผูกพันต่อองค์กรด้วยความต้องการดำรงตนเป็นสมาชิกขององค์กร ความพยายามและเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถที่มี และความเชื่อถ้อยึดมั่น และยอมรับร่วมในการดำเนินการตามเป้าหมายขององค์กร (Porter et al., 1974) ถ้าหากความผูกพันองค์กร เป็นปัจจัยที่สำคัญแล้วนั้น วัฒนธรรมองค์กร ก็มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรมากเช่นกัน เนื่องจาก วัฒนธรรมองค์กร เป็นการสร้างความแตกต่างระหว่างสมาชิกขององค์กร และเป็นแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมในเรื่อง การจัดมาตรฐาน การสร้างจิตสำนึก เจตคติและพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรด้วย (Robbins & Judge, 2016)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจความสุขและความผูกพันของบุคลากรตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หมวด 5 ด้านบุคลากร ในปี พ.ศ. 2565 เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2564 ผลการสำรวจพบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันองค์กรของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.84) และมีค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านดังนี้ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 4.03, ลักษณะงาน 3.95, ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน 3.84, ความสำเร็จในงาน 3.83 และความก้าวหน้าในอาชีพ 3.54 คิดเป็นร้อยละ 80.50, 79.00, 76.74, 76.60 และ 70.70 ตามลำดับ (Staff Department, Office of the Secretary, Department of Medical Sciences, 2022) จะเห็นว่า จากข้อมูลดังกล่าวที่ปรากฏนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคลากร เพื่อสร้างเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร อันจะนำพาให้องค์กรประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันองค์กร ของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความผูกพันกับองค์กร ในระดับใด และวัฒนธรรมองค์กรที่สร้างสรรค์จะมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับความผูกพันองค์กรของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์กับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อทำนายความผูกพันองค์กร ของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Survey Study) ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (google form) ซึ่งมีความรวดเร็วในการเก็บข้อมูล ประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และป้องกันการตอบแบบสอบถามซ้ำใช้การสุ่มในการแจกแบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเองจากนั้นนำมารวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows ในการประมวลผลของข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ บุคลากร สังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง 19 แห่ง และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ 15

แห่ง รวม 34 หน่วยงาน โดยครอบคลุมตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ 324 คน (Krejcie & Morgan, 1970) และเก็บเพิ่มป้องกันข้อมูลสูญหาย ร้อยละ 20 (Kimsuk, 2020) รวมเป็น 389 คน ในการเก็บข้อมูลจริง ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนจำนวน 366 ชุด คิดเป็นร้อยละ 73.9 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้เข้าร่วมต้องเป็นบุคลากรในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้าง ประจำ พนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และมีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผ่านกระบวนการให้ข้อมูล และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วม การวิจัย (Informed Consent)

2.เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาคลอด ลาศึกษาต่อทั้งในประเทศ และต่างประเทศ หรือได้รับมอบหมายให้ช่วยราชการ ผู้ที่มีเหตุเจ็บป่วยกระทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ตลอดจนผู้ที่เคยให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว แต่ภายหลังขอถอนตัวยินยอมในระหว่างการทำนงนวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ จำนวน 23 ข้อ และส่วนที่ 3 ระดับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 20 ข้อ ทั้งนี้ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) Rovinelli & Hambleton (1977) ได้ค่า 0.97 และได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha coefficient) Cronbach, L. (1951) ในภาพรวมได้ค่าเท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้จัดส่งรายละเอียดโครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ดำเนินการขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยนำเรียนอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3. เมื่อได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยจึงจัดส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น E-mail และ Line Application พร้อมทั้งขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อให้บุคลากรเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัย -มหิดล เลขที่ 93/2566 รหัสโครงการที่อนุมัติ MUPH 2023-094 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา พรรณนาข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบสมมติฐานโดยนำวิธีวิเคราะห์สมมติฐานการวิจัยและใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ

2.1 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

2.2 สถิติวิเคราะห์แบบสมการถดถอยพหุคูณทำนายความผูกพันองค์กร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 274 คน (ร้อยละ 74.9) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 33–42 ปี (ร้อยละ 36.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.0 ปี (S.D. = 9.0, Min = 23, Max = 60) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอายุทุก 10 ปี โดยวัดจากค่าต่ำสุดและสูงสุด ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่า จำนวน 216 คน (ร้อยละ 59.0) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโสดหรือแต่งงานแล้ว จำนวน 334 คน (ร้อยละ 91.3) บุคลากรส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 219 คน (ร้อยละ 59.8) และดำรงตำแหน่งข้าราชการระดับสูง ได้แก่ ข้าราชการประเภทวิชาการระดับชำนาญการและชำนาญการพิเศษ รวมถึงประเภททั่วไประดับชำนาญการและระดับทักษะพิเศษ รวม 171 คน (ร้อยละ 46.7) ในด้านตำแหน่งที่

ปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพเฉพาะ เช่น ผู้มีใบประกอบวิชาชีพและนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 280 คน (ร้อยละ 76.5) และระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1–38 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.1 ปี

ผลข้อมูลปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 4 มิติ มีจำนวน 23 ข้อ ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธภาพ จากความคิดเห็นที่ได้ทั้ง 5 ระดับ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลของข้อมูลโดยรวม แบ่งระดับของความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ และระดับสูง โดยพิจารณาจากคะแนนดิบ โดยใช้การ Cut point by mean ค่า Mean = 97.31 ซึ่งคะแนนทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 63–115 คะแนน ระดับความสัมพันธ์ต่ำ มีค่าคะแนน 63–97.30 คะแนน และค่าคะแนนระดับสูง มีค่าตั้งแต่ 97.31 เป็นต้นไป ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปรายละเอียด ดังนี้ วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 184 คน คิดเป็น 50.3 % ($\bar{X}$ = 97.31, S.D. = 9.25) มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ อยู่ในระดับสูง จำนวน 229 คน คิดเป็น 62.6 % ($\bar{X}$ = 97.31, S.D. = 9.25) มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล อยู่ในระดับสูง จำนวน 175 คน คิดเป็น 47.8 % ($\bar{X}$ = 28.32, S.D. = 3.72) และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูงจำนวน 191 คน คิดเป็น 52.2 % ($\bar{X}$ = 25.83, S.D. = 2.83) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับของความคิดเห็นที่มีผลต่อบัณฑิตด้านวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ ปี พ.ศ. 2566

วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ (Constructive Culture)	จำนวน (n)	ร้อยละ
วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ (Constructive Culture) ในภาพรวม		
ระดับสูง	184	50.3
ระดับต่ำ	182	49.7
$\bar{X} = 97.31, S.D. = 9.25$		
1.มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ (Achievement norms) 5 ข้อ		
ระดับสูง	229	62.6
ระดับต่ำ	137	37.4
$\bar{X} = 21.99, S.D. = 1.94$		
2.มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน (Self-Actualizing norms) 5 ข้อ		
ระดับสูง	162	44.3
ระดับต่ำ	204	55.7
$\bar{X} = 21.15, S.D. = 2.25$		
3.มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล (Humanistic-Encouraging norms) 7 ข้อ		
ระดับสูง	175	47.8
ระดับต่ำ	191	52.2
$\bar{X} = 28.32, S.D. = 3.72$		
4.มิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธภาพ (Affiliative norms) 6 ข้อ		
ระดับสูง	191	52.2
ระดับต่ำ	175	47.8
$\bar{X} = 25.83, S.D. = 2.83$		

ผลข้อมูลความผูกพันองค์กร ของบุคลากร
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านความ
ต้องการพื้นฐาน ด้านการสนับสนุนทางการบริหาร ด้าน
สัมพันธภาพ และด้านความก้าวหน้าในงาน จากความ
คิดเห็นที่ได้ทั้ง 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผล 2

ระดับ คือ ต่ำ และสูง พิจารณาจากคะแนนดิบโดยใช้การ
Cut point by mean ค่า Mean = 80.75 จากผล
การศึกษาพบว่า ความผูกพันองค์กร ของบุคลากร
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ใน
ระดับปานกลางถึงมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	จำนวน (n)	(ร้อยละ)
ความผูกพันองค์กร ระดับสูง	176	48.1
ความผูกพันองค์กร ระดับต่ำ	190	51.9

ผลข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2566 (n=366) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi Square test) ผู้วิจัยได้นำตัวแปร จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระดับงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 8 ตัวแปร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi Square test) กับระดับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 (n=366)

ปัจจัย	ระดับความผูกพันองค์กร		Chi Square test	p-value
	ต่ำ N (%)	สูง N (%)		
1.ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล				
1.1.เพศ			1.046	0.306
ชาย	52(56.5)	40(43.5)		
หญิง	138(50.4)	136(49.6)		
1.2.อายุ (ปีบริบูรณ์)			3.565	0.312
23-32 ปี	40(44.0)	51(56.0)		
33-42 ปี	76(56.7)	58(43.3)		
43-52 ปี	53(52.5)	48(47.5)		
53 ปีขึ้นไป	21(52.5)	19(47.5)		
1.3.ระดับการศึกษา			0.034	0.853
ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า	113(52.3)	103(47.7)		
ปริญญาโท หรือสูงกว่า	77(51.3)	73(48.7)		
1.4.สถานภาพสมรส			0.21	0.886
โสดและมีคู่ (แต่งงาน)	173(51.8)	161(48.2)		
กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ มีคู่ (ไม่แต่งงาน)	17(53.1)	15(46.9)		
หย่าร้าง/หม้ายและแยกกันอยู่				

ปัจจัย	ระดับความผูกพันองค์กร		Chi Square test	p-value
	ต่ำ N (%)	สูง N (%)		
1.5.หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน			3.146	0.076
ส่วนกลาง	122(55.7)	97(44.3)		
ส่วนภูมิภาค	68(46.3)	79(53.7)		
1.6.ระดับงาน			1.714	0.424
1.ข้าราชการ ระดับสูง ได้แก่	83 (48.5)	88 (51.5)		
- ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ				
ระดับชำนาญการพิเศษ				
- ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน				
ระดับทักษะพิเศษ				
2.ข้าราชการ ระดับกลาง ได้แก่	67(56.3)	52(43.7)		
- ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ				
- ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน				
3.ประเภทอื่นๆ ได้แก่	40(52.6)	36(47.4)		
- ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ				
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข				
1.7.ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน			1.746	0.186
1.กลุ่มวิชาชีพเฉพาะที่มีใบประกอบ	140(50.0)	140(50.0)		
วิชาชีพ และนักวิทยาศาสตร์				
การแพทย์				
2.กลุ่มสนับสนุนบริการ (Back office)	50(58.1)	36(41.9)		
1.8 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน			1.792	0.617
1-5 ปี	70(55.6)	56(44.4)		
6-10 ปี	34(45.9)	40(54.1)		
11-15 ปี	23(53.5)	20(46.5)		
16 ปีขึ้นไป	63(51.2)	60(48.8)		

ผลข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยวัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ (Constructive Culture) และความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation

Coefficient) พบว่าตัวแปรความผูกพันองค์กร ของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับ มิติต่างๆ ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล มิติบรรทัดฐานด้าน

สัมพันธ์ภาพของวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ โดยมี
ค่า (p-value < .0001) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient) ของ
ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ (Constructive Culture) และความผูกพันองค์กร ของ
บุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 (n=366)

ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ (Constructive Culture)	ตัวแปรความผูกพันองค์กร ของบุคลากร		
	r	p-value*	แปลผล
มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ	.590**	<.0001	ปานกลาง
มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน	.632**	<.0001	ปานกลาง
มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล	.819**	<.0001	มาก
มิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ	.708**	<.0001	ปานกลาง

** Correlation is significant at the 0.01 level

ผลของปัจจัยเพื่อทำนายความผูกพันองค์กร
ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข ตรวจสอบด้วยการวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์
แบบสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression
Analysis) แบบ enter โดยได้นำตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่
มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้าน
ความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล มิติ
บรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ พบว่า มี 2 ตัวแปร ที่มี
จากสมการ $y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots e$

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <
0.001) ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติ
บรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ ด้วยขนาดความสัมพันธ์ (B
= 1.529) และ (B = 0.884) ตามลำดับ ดังแสดงใน
ตารางที่ 6

ดังนั้น จึงสามารถเขียนสมการเพื่อใช้ทำนาย
ความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

แทนด้วย y (ความผูกพันองค์กร) = β_0 ค่าคงที่ (Constant) + $\beta_2 X_2$ (มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล) + $\beta_3 X_3$ (มิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ)

โดย y = ความผูกพันองค์กร ของบุคลากร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

β_0 = ค่าคงที่ (Constant), 4.089

X_1 = มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล, 1.529

X_2 = มิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ, 0.884

แทนค่าในสูตรจะได้ ดังนี้

ความผูกพันองค์กร = 4.089 + 1.529 (มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล) + 0.884 (มิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ)

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่ (Constant)	4.089	3.207	-	1.275	0.203	-	-
1.มิติบรรทัดฐาน ด้านความสำเร็จ	0.158	0.199	0.031	0.797	0.426	0.493	2.030
2.มิติบรรทัดฐาน ด้านความเป็น จริงแห่งตน	0.332	0.184	0.076	1.808	0.071	0.428	2.339
3.มิติบรรทัดฐาน ด้านตัวบุคคล	1.529	0.109	0.580	14.044	0.000*	0.448	2.233
4.มิติบรรทัดฐาน ด้านสัมพันธภาพ	0.884	0.143	0.255	6.202	0.000*	0.450	2.220

หมายเหตุ
F = 0.000, R = 0.851, R Square = 0.724, Adjusted R Square = 0.721, Std. Error of the Estimate = 5.181

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าระดับความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Punthulee (2015) ที่ศึกษาบุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าภาพรวมความผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าบางด้าน เช่น ความทุ่มเท ความเชื่อมั่น และความปรารถนาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร อยู่ในระดับสูง อันเนื่องมาจากลักษณะงานที่

ได้รับการยอมรับจากสังคมและให้ความมั่นคงในชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suppachai (2020) ในบริษัทธนาคารพัฒนาสินทรัพย์ จำกัด พบว่า ความผูกพันของพนักงานอยู่ในระดับมาก และนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาโมเดลเพื่อเสริมสร้างความผูกพันอย่างยั่งยืนเช่นเดียวกับ Pawanrat & Wanthana (2023) ศึกษาบุคลากรคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา พบว่าความผูกพันองค์กร อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ Choti Wong, Chuleewan และคณะ (2024) พบว่า

พฤติกรรมความผูกพันองค์กร ของข้าราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการอุทิศตน ทั้งนี้ ความผูกพันองค์กร ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมรายบุคคล สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร และเป้าหมายร่วมขององค์กร

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลทั้ง 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระดับงาน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ กับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chotiwong, Chuleewan และคณะ (2024) ที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความผูกพันองค์กร ของข้าราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์ รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kwanchanok และ Juthatip (2025) ที่ศึกษาความผูกพันองค์กร ของเจ้าหน้าที่ตุลาการในศาลฎีกา ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อความผูกพัน ยกเว้นเพียงระยะเวลาการปฏิบัติงานซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น Punthulee (2015) ซึ่งพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงาน และสถานะตำแหน่ง ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร อย่างมีนัยสำคัญ และ Chayangkun (2024) ที่ชี้ว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส และวุฒิการศึกษา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กร นอกจากนี้ Chotiwong, Chuleewan และคณะ (2024) ยังพบว่า ข้าราชการที่มีอายุงานมากกว่า 15 ปี มักให้ความสำคัญกับความผูกพันองค์กร มากกว่ากลุ่มที่มีอายุงานระหว่าง 10–15 ปี ที่แสดงพฤติกรรมความผูกพันในระดับต่ำจากการขาดแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการทำงาน อย่างไรก็ตามความไม่

สอดคล้องกันของผลการวิจัยบางประการอาจเกิดจากความแตกต่างของบริบทองค์กร ซึ่งส่งผลต่อระดับความผูกพันในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง และทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสรุปผลตัวแปรทุกปัจจัยได้อย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรเชิงสร้างสรรค์ ที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ ($r = 0.590, 0.632, 0.189, 0.708$) ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hatchett และ Steinkruger (2024) ที่ศึกษาการใช้ Organizational Culture Inventory® ในองค์กรไม่แสวงหากำไรแบบภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมซึ่งพบว่าวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ทั้ง 4 มิติที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันองค์กร และความพึงพอใจในงาน ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศสนับสนุนว่าวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ส่งผลต่อการสร้างความผูกพันในองค์กร และสามารถเป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์กร อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ด้านวัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ ในมิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล ด้วยขนาดความสัมพันธ์ ($Beta = 1.529$) และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธ์ภาพ เท่ากับ 0.884 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย R Square เท่ากับ 0.72 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผูกพันองค์กร ได้ 72% ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Human Synergistics Australia (2024) ซึ่งระบุว่า มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Qomari และ Yuliantini (2024) ที่พบว่า วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์ โดยเฉพาะมิติบรรทัดฐานด้าน

ตัวบุคคล มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ กับความผูกพันองค์กร และส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร ยังพบการศึกษาของ Genetzky-Haugen (2010) ระบุว่า มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจในองค์กร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมกลยุทธ์ในการสร้างความผูกพันอย่างยั่งยืน ในทำนองเดียวกัน Xenikou และ Simosi (2010) รายงานว่า มิติบรรทัดฐานทั้งสองนี้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและความผูกพันในองค์กร โดยวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างภาวะผู้นำกับความผูกพันนอกจากนี้ Javidan et al. (2007) ได้ศึกษาใน 6 ประเทศ ได้แก่ เยอรมนี จีน อินเดีย อียิปต์ เวเนซุเอลา และสหรัฐอเมริกา พบว่า มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคลและสัมพันธภาพมีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กร และประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและองค์กร โดยมีมิติด้านตัวบุคคลเน้นการให้เกียรติและความเคารพ ขณะที่มิติด้านสัมพันธภาพเน้นการสร้างความร่วมมือ ความสามัคคี และความไว้วางใจในหมู่บุคลากร

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่าไม่สอดคล้องกับ Cooke และ Szumal (2000) ถึงแม้วัฒนธรรมองค์กร เชิงสร้างสรรค์โดยรวมจะมีอิทธิพล ในเชิงบวกต่อความผูกพัน แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในมิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล อาจเป็นเพราะข้อแตกต่างด้านบริบทขององค์กร หรือค่านิยมภายในแต่ละหน่วยงาน

สรุป

ความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านความสำเร็จ มิติบรรทัดฐานด้านความเป็นจริงแห่งตน มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล มิติบรรทัดฐานด้าน

สัมพันธภาพ ปัจจัยที่ร่วมทำนายความผูกพันองค์กร ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ มิติบรรทัดฐานด้านตัวบุคคล และมิติบรรทัดฐานด้านสัมพันธภาพ ส่วนปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการประเมินผลงานของผู้ใต้บังคับบัญชา โดยเน้นผลการปฏิบัติงานที่แท้จริง เพื่อสร้างความยุติธรรมและแรงจูงใจในการทำงาน

2. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสร้างความผูกพันของบุคลากร เริ่มจากการสร้างบรรยากาศที่ดี และสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อให้เกิดการทำงานมากขึ้น

3. การจัดกิจกรรม เช่น การสร้างความสามัคคีในหน่วยงาน ปลุกฝังให้ทุกคนตระหนักถึงประโยชน์ขององค์กร มากกว่าประโยชน์ของตน มีทัศนคติเชิงบวก สร้างความเข้าใจและยอมรับในการอยู่ร่วมกันด้วยความเสมอภาค

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาเชิงลึกด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่าเป็นปัจจัยทำนายในมิติ บรรทัดฐานด้านตัวบุคคล (Humanistic-Encouraging norms) ที่อาจส่งผลต่อความผูกพันองค์กร

2. การศึกษาผลกระทบของวัฒนธรรมองค์กร ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการวิเคราะห์ผลของปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร ต่างๆ ที่มีต่อความผูกพันองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอธิบดี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ คณะบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง และบิดามารดา พี่ๆ น้อง ๆ เพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aranki, D. H., Suifan, T. S., & Sweis, R. J. (2019). The relationship between organizational culture and organizational commitment. *Modern Applied Science*, 13(4), 137–154. <https://doi.org/10.5539/mas.v13n4p137>
- Chayangkun, A. (2024). Employee engagement factors and engagement assessment for organizations. *Journal of Sustainable Social Development*, 2(5), 15–30. https://so16.tci-thaijo.org/index.php/J_SSD/article/view/1088
- Chotiwong, R., Chuleewan, C., & et al. (2024). *The relationship between types of organizational culture and the behaviors of employee engagement of government officials under the Office of Permanent Secretary, Ministry of Commerce* [Master's thesis, Thammasat University]. http://ethesis.tu.ac.th/thesis/2024/Chotiwong_R.pdf
- Cooke, R. A., & Szumal, J. L. (2000). Using the Organizational Culture Inventory to understand the operating cultures of organizations. In N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom, & M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate* (pp. 147–162). Sage Publications.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. http://cda.psych.uiuc.edu/psychometrika_highly_cited_articles/cronbach_1951.pdf
- Genetzky-Haugen, M. S. (2010). *Determining the relationship and influence organizational culture has on organizational trust* (Doctoral dissertation, University of Nebraska-Lincoln). <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=aglecdiss>
- Hatchett, J., & Steinkruger, D. (2024). Application of the Organizational Culture Inventory® in a shared leadership nonprofit organization. *Coral Journal of Applied Research*, 1(1), 1–15. <https://journal.coralllc.com/index.php/CJAR/article/download/30/32>
- Javidan, M., House, R. J., Dorfman, P. W., Hanges, P. J., & De Luque, M. S. (2007). Perceptions of organizational culture, leadership effectiveness and personal effectiveness across six countries. *Journal of International Management*, 13(2), 204–230. <https://doi.org/10.1016/j.intman.2007.03.002>
- Kimsuk, K. (2020). *Factors influencing organizational commitment of employees under the work-from-home system* (Master's thesis, College of Management, Mahidol University).
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603–609. <https://doi.org/10.1037/h0037335>
- Punthulee, P. (2015). Employee engagement toward Buriram Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospital*, 30(3), 170–182.
- Qomari, N., & Yuliantini, T. (2024). The role of employee engagement in mediating organizational

- culture on employee performance. *Jurnal Ilmiah Manajemen dan Bisnis*, 10(3), 327–336.
<https://doi.org/10.22441/jimb.v10i3.27799>
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2016). *Essentials of organizational behavior* (13th ed.). Pearson.
- Srikumnual, K., & Klaitubtim, J. (2025). Organizational commitment of judicial officers and personnel in the Supreme Court. *JSSP: Journal of Social Science Panyapat*, 7(1), 497–510.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JSSP/article/view/281630/188230>
- Staff Department, Office of the Secretary, Department of Medical Sciences. (2022). *Summary report of the survey on happiness and engagement of personnel of the Department of Medical Sciences 2022* [Research report]. https://drive.google.com/file/d/109A2HUAGyIT-F_KDetNqfo1jr-EsfBzy/view
- Suppachai, M. (2020). *The model of enhancing employee engagement in Dhanarak Asset Development Co., Ltd.* [Master's thesis, Silpakorn University]. Silpakorn University Institutional Repository. <http://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/10308>
- Xenikou, A., & Simosi, M. (2010). The role of organizational culture in the relationship between leadership and organizational commitment: An empirical study in a Greek organization. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(10), 1598–1616.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2010.500485>

Child Drowning Prevention of Households in High-risk Areas, Mueang Sa kaeo District, Sa kaeo Province

Charnchai Manafao¹, Tassanee Silawan^{2*}, Kraichat Tantrakarnapa³, Phubet Seangsawang², Patchana Hengboriboonpong Jaidee⁴

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

² Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University

⁴ Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author, email: tassanee.sil@mahidol.ac.th

Original article

Abstract

This cross-sectional descriptive study investigated drowning prevention in children, and factors associated with prevention in high-risk areas of Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province, Thailand. Data were collected through structured interviews with 382 households. Respondents were primary caregivers of children under 15 years old, who had resided in the areas for at least three years. Data analysis using descriptive statistics, including frequency, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics, Chi-square and Fisher's exact test, were analyzed, with significance set at $P < 0.05$.

Results revealed that 66.0% of households exhibited a low overall level of drowning prevention practices. These were observed in planning (64.7%), training and information monitoring (68.1%), children's risk behaviors (73.6%), and environmental safety management (71.7%). Caregivers' knowledge regarding drowning prevention was moderate (53.1%), while prevention skills were high (57.3%), but situational awareness remained low (87.2%). Statistically significant factors associated with drowning prevention practices included caregivers' perception of drowning prevention, average household income, having a water reservoir nearby, and having children aged 6–14 years ($P < 0.05$). The study suggests enhancing caregivers' knowledge and first aid skills through practical community-based training, installing barriers to improve household environments and providing child safety equipment, and promoting collaborative community networks to disseminate knowledge and prevention behaviors.

Keywords: Child drowning; Drowning prevention; High-risk areas; Child caregivers

OPEN ACCESS

Citation: Manafao, C. ., Silawan, T. ., Tantrakarnapa, K. ., Seangsawang, P. ., & Hengboriboonpong Jaidee, . P. . Child Drowning Prevention of Households in High-risk Areas, Mueang Sa kaeo District, Sa kaeo Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280997

Received: 20 May 2025

Revised: 29 May 2025

Accepted: 31 May 2025

การป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ชาญชัย มานะเฝ้า¹ ทศนีย์ ศิลาวรรณ^{2*} ไกรชาติ ตันตระการอาภา³ ภูเบศร์ แสงสว่าง² พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี⁴

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: tasanee.sil@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันที่รับ: 20 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2568

การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) นี้ เพื่อศึกษาการป้องกันการจมน้ำในเด็กและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคือครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 382 ครัวเรือน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลคือผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กเป็นหลักและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปี สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square) และ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าครัวเรือนมีการปฏิบัติป้องกันการจมน้ำภาพรวมในระดับต่ำร้อยละ 66.0 โดยมีการป้องกันระดับต่ำทุกด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผนร้อยละ 64.7 การอบรมร้อยละ 68.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็กร้อยละ 73.6 และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยร้อยละ 71.7 ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.1 มีทักษะการป้องกันการจมน้ำระดับสูงร้อยละ 57.3 มีการรับรู้สถานการณ์ระดับต่ำร้อยละ 87.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการจมน้ำในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน การมีแหล่งน้ำในบ้าน และการมีเด็กอายุ 6-14 ปี ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรเสริมสร้างความรู้และทักษะปฐมพยาบาลแก่ผู้ดูแลเด็กผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติในชุมชน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในครัวเรือนโดยติดตั้งรั้วและจัดหาอุปกรณ์ช่วยชีวิตสำหรับเด็ก และส่งเสริมเครือข่ายความร่วมมือในระดับชุมชนเพื่อเผยแพร่ความรู้และสร้างพฤติกรรมปลอดภัยในการป้องกันและลดอัตราการจมน้ำในเด็กในพื้นที่เสี่ยง

คำสำคัญ : การจมน้ำในเด็ก; การป้องกันการจมน้ำ; พื้นที่เสี่ยงสูง; ผู้ดูแลเด็ก

บทนำ

การจมน้ำเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) พบว่า การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของกลุ่มเด็กในช่วงอายุดังกล่าว เสียชีวิตปีละประมาณ 140,219 คน รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและโรคเอดส์ ในขณะที่สถานการณ์ในประเทศไทยมีความรุนแรงมากกว่า โดยในช่วงปี พ.ศ. 2557–2565 พบว่า การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี มีผู้เสียชีวิตรวม 36,509 ราย เฉลี่ยปีละกว่า 3,600 คน หรือวันละกว่า 10 คน และมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 5.0–6.9 ราย (Bureau of Policy and Strategy, 2018) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยตั้งเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ไม่เกิน 4.5 ต่อประชากรแสนคนหรือไม่เกิน 502 ราย แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตจริงอยู่ที่ 5.9 ต่อแสนคน หรือ 615 ราย ซึ่งยังเกินกว่าค่าเป้าหมาย ทั้งนี้ กลุ่มเด็กชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กหญิงถึงสองเท่า โดยกลุ่มอายุ 5–9 ปี เป็นกลุ่มที่พบการเสียชีวิตสูงสุด ตามด้วยกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี (Division of Injury Prevention, 2022)

ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า จังหวัดสระแก้วมีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กสูงสุด เฉลี่ยปีละ 15.3 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ปราจีนบุรี และตราด โดยเฉพาะในอำเภอเมืองสระแก้ว วัฒนานคร และวังน้ำเย็น เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กสูงสุดในช่วงปี 2563–2565 โดยส่วนใหญ่เด็กมักจะชักชวนไปเล่นน้ำแหล่งน้ำใกล้บ้าน ได้แก่ คลอง บ่อขุดเพื่อการเกษตร และ สระว่ายน้ำ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการจมน้ำเสียชีวิต (Non-Communicable Diseases Control Unit, 2022) การศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการจมน้ำ ได้แก่ เพศชาย อายุ 0–2 ปี และ 6–10 ปี รวมถึงช่วงเวลาเสี่ยงสูงระหว่างเดือน

กุมภาพันธ์ถึงเมษายน สาเหตุหลักของการจมน้ำในเด็กเล็กมักเกิดจากการขาดการดูแลที่เพียงพอในขณะที่ทำกิจกรรมในบ้าน ส่วนเด็กโตมักเกิดจากการเล่นน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่ใกล้ และไม่มีทักษะการเอาชีวิตรอดหรือการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างถูกต้อง (Kaesara, 2012)

แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการป้องกันที่ดำเนินการโดยภาครัฐ เช่น กลยุทธ์ “ผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ” แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินงานในหลายองค์ประกอบ โดยเฉพาะการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การให้ความรู้ การสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ซึ่งยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเท่าที่ควร อีกทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ขาดกลไกเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างภาครัฐและประชาชนอย่างเป็นระบบ ในขณะที่ภาคนโยบายมุ่งพัฒนากลไกระดับชุมชน เช่น โรงเรียนและผู้นำท้องถิ่น ครีวเรือนในฐานะหน่วยปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดกลับยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นกลุ่มที่สามารถวางแผน สังเกต ป้องกัน และตอบสนองต่อเหตุการณ์จมน้ำได้ทันที การขาดข้อมูลว่าครีวเรือนมีระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้ต่อสถานการณ์จมน้ำมากน้อยเพียงใด ทำให้การออกแบบมาตรการเชิงพื้นที่และเชิงพฤติกรรมยังไม่สามารถเจาะจงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siriprapaphan, Chananchida, & Pornnapa, 2020) งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการมีทักษะว่ายน้ำและความรู้ด้านความปลอดภัยทางน้ำอย่างถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงการจมน้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น การฝึกว่ายน้ำและการเรียนรู้ทักษะช่วยชีวิตในน้ำสามารถเพิ่มความสามารถในการเอาตัวรอดและช่วยเหลือผู้อื่นได้ (Calverley et al., 2024) นอกจากนี้ การประเมินตนเองเกี่ยวกับทักษะว่ายน้ำของเด็กและผู้ดูแลมักไม่สอดคล้องกับความสามารถจริง ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงต่ำเกินไปและเพิ่ม

โอกาสเกิดอุบัติเหตุจมน้ำ การวัดความรู้และทักษะจึงช่วยให้สามารถสร้างความตระหนักรู้และมีการป้องกันการจมน้ำได้ดีขึ้น (Rejman, Kwasna, Chrobot, Kjendlie, & Stallman, 2020)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยเฉพาะในอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กสูงสุด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระดับวิทยาการบาดเจ็บของฮัดดอน (Haddon, 1980) และแนวคิดวงจรการจัดการสาธารณสุข (Kent, 1994) ในการเตรียมความพร้อมของครัวเรือนในการป้องกันการจมน้ำ เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสามารถนำไปขยายผลยังพื้นที่อื่นที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อประเมินการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน ประกอบด้วย การวางแผนป้องกันในครัวเรือน การอบรมและติดตามข่าวสาร พฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก และการป้องกันการจมน้ำและช่วยเหลือฟื้นคืนชีพ
- 2) เพื่ออธิบายปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กในครัวเรือน และปัจจัยด้านครัวเรือน
- 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กและปัจจัยด้านครัวเรือน กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กในครัวเรือน (ลักษณะทางประชากร ประสบการณ์เกี่ยวกับการจมน้ำในเด็ก ความรู้และทักษะการป้องกันการจมน้ำในเด็ก และการรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก) มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน

2. ปัจจัยด้านครัวเรือน (คุณลักษณะของครัวเรือนและสิ่งแวดล้อมเสี่ยงต่อการตกน้ำหรือจมน้ำของเด็กในครัวเรือน) มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ประชากร และตัวอย่าง

การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ประชากรที่ศึกษาคือครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวนทั้งหมด 10,872 ครัวเรือน จากทะเบียนจำนวนครัวเรือนอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้วของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (Sakaeo Provincial Public Health Office, 2022) กลุ่มตัวอย่างคือครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 382 ครัวเรือน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน (Daniel, 1995) กรณีทราบจำนวนประชากร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว อย่างน้อย 3 ปี เป็นตัวแทนครัวเรือนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นหลักหรือเป็นผู้ดูแลเด็กในช่วงกลางวันมากกว่าสมาชิกคนอื่นในบ้านสามารถพูดคุยสื่อสารได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่การศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล ตัวแทนครัวเรือนที่มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ระหว่างการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน (Daniel, 1995)

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + Z^2_{\alpha/2} p (1 - p)}$$

โดย n หมายถึง ขนาดของตัวอย่าง; N หมายถึง ขนาดของประชากรจำนวน 10,872 คน ($N = 10,872$); e หมายถึง ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ

ได้ ($e = 0.05$); Z หมายถึง ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{\alpha/2} = 1.96$); และ p หมายถึง การปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันการบาดเจ็บจากการจมน้ำของเด็กปฐมวัยในชุมชนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63 ($p = 0.63$) (Suphattra, Decha, & Waraporn, 2020) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 347 คน เก็บข้อมูลเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 382 คน

การสุ่มตัวอย่างครัวเรือน สุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (1) แบ่งกลุ่มตำบลในอำเภอเมืองสระแก้ว เป็น 2 โซน: ตอนบนและตอนล่าง โซนละ 4 (2) สุ่มตัวอย่างตำบลในแต่ละโซนด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โซนละ 2 ตำบล รวม 4 ตำบล (3) สุ่มตัวอย่างหมู่บ้านจากตำบลตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตำบลละ 6 หมู่บ้าน (4) สุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจำนวนตัวอย่างครัวเรือนเป็นสัดส่วนกับประชากร (Proportional Allocation)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนที่ดูแลเด็กเป็นหลักและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปีตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทําวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ และให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถาม ตลอดจนแจ้งสิทธิในถอนตัวโดยไม่กระทบต่อบริการที่พึงได้รับ ทั้งนี้โดยเคารพและไม่ละเมิดสิทธิของบุคคล รักษาความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล (COA NO. MUPH 2022-137 วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2565)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลเด็กจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก

ตอนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการจมน้ำในเด็ก จำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 3 ความรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก จำนวน 10 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม การป้องกันการจมน้ำ แหล่งน้ำเสี่ยง การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพและมาตรการในการป้องกันการจมน้ำ โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความรู้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และความรู้ไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน รวม 0-10 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (8-10 คะแนน) ปานกลาง (6-7 คะแนน) และต่ำ (0-5 คะแนน)

ตอนที่ 4 ทักษะของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันการจมน้ำในเด็กจำนวน 14 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม ทักษะการว่ายน้ำ การลอยน้ำ การช่วยเหลือคนตกน้ำจมน้ำ โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ สามารถปฏิบัติได้ให้ 1 คะแนน และไม่สามารถปฏิบัติหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนนรวม 0-14 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (12-14 คะแนน) ปานกลาง (9-11 คะแนน) และต่ำ (0-8 คะแนน)

ตอนที่ 5 การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก เกณฑ์การให้คะแนนคือ “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน “ไม่แน่ใจ” ให้ 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน รวม 15-45 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (36-45 คะแนน) ปานกลาง (26-35 คะแนน) และต่ำ (15-25 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านครัวเรือน แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของครัวเรือน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในครัวเรือน ระดับการศึกษาสูงสุดของหัวหน้าครัวเรือน รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือน และ สถานภาพทางสังคม หรือบทบาทของสมาชิกในครัวเรือนในชุมชน

ตอนที่ 2 สิ่งแวดล้อมของครัวเรือนที่เสี่ยงต่อการตกน้ำหรือจมน้ำของเด็กในครัวเรือนจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย การมีแหล่งน้ำนอกเขตบริเวณบ้านในระยะทางไม่เกิน 1 กิโลเมตร และแหล่งน้ำภายในเขตบริเวณบ้านของครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

ส่วนที่ 3 การป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วนลักษณะคำถามเป็นแบบ Check List มีให้ 1 คะแนน และ ไม่มี 0 คะแนน ได้แก่ (1) การวางแผนป้องกันการจมน้ำในครัวเรือน 3 ข้อ 6 คะแนน (2) การอบรมและติดตามข่าวสารการจมน้ำในเด็ก 3 ข้อ 8 คะแนน (3) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก 3 ข้อ 30 คะแนน และ (4) การป้องกันการจมน้ำและช่วยเหลือฟื้นคืนชีพในเด็ก 5 ข้อ 10 คะแนน รวมคะแนน 0-54 คะแนน จัดระดับคะแนนการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน เป็น 3 ระดับ คือ จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (48-60 คะแนน) ปานกลาง (34-47 คะแนน) และต่ำ (20-33 คะแนน) และราย และจัดคะแนนรายด้านดังนี้ ด้านการวางแผนป้องกันการจมน้ำในเด็ก รวมคะแนน 0-6 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (5-6 คะแนน) ปานกลาง (3-4 คะแนน) และต่ำ (0-2 คะแนน) ด้านการอบรมและติดตามข่าวสารการจมน้ำในเด็ก รวมคะแนน 0-8 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (7-8 คะแนน) ปานกลาง (4-6 คะแนน) และต่ำ (0-3 คะแนน) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก รวมคะแนน 0-30 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (24-30 คะแนน) ปานกลาง (18-23 คะแนน) และต่ำ (0-17 คะแนน) และ ด้านการป้องกันการจมน้ำและช่วยเหลือ

ฟื้นคืนชีพในเด็ก รวมคะแนน 10 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง (8-10 คะแนน) ปานกลาง (6-7 คะแนน) และต่ำ (0-5 คะแนน)

เครื่องมือวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC 0.72) จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก และการประเมินพฤติกรรมเด็กต่ำกว่า 15 ปี ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR20)(Kuder & Richardson, 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.726

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS พรรณนาคุณลักษณะของตัวแปรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ตัวแทนครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.3 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี โดยอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 26.4 รองลงมาอายุระหว่าง 40-49 ปีร้อยละ 25.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 57.9 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 44.5 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.0 มีเด็กอายุ 6-14 ปีในครัวเรือนร้อยละ 61.3 รองลงมามีเด็กอายุ 3-5 ปีร้อยละ 27.2 และเด็กอายุ 0-2 ปีร้อยละ 11.5 รายได้ครัวเรือนต่อปีต่ำกว่า 240,000 บาทร้อยละ 63.4 มีสถานภาพทางสังคมในชุมชนร้อยละ

28.0 โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 18.3

ในครัวเรือนมีการป้องกันการจมน้ำในเด็กอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.0 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 34.0 โดยพบว่าในครัวเรือนมีการป้องกันการจมน้ำในเด็กด้านการวางแผนระดับต่ำร้อยละ 64.7 ระดับสูงร้อยละ 18.3 และระดับปานกลางร้อยละ 17.0 ในครัวเรือนมีการป้องกันการจมน้ำในเด็กด้านการอบรมและติดตามข่าวสารการจมน้ำในเด็กระดับต่ำร้อยละ 68.1 ระดับสูงร้อยละ 21.2 และ ระดับปานกลางร้อยละ 10.7 ในครัวเรือนมีการป้องกันการจมน้ำในเด็กด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็กระดับต่ำร้อยละ 73.6 ระดับปานกลางร้อยละ 17.8 และ ระดับสูงร้อยละ 8.6 และในครัวเรือนมีการป้องกันการจมน้ำในเด็กด้านการป้องกันการจมน้ำและช่วยเหลือฟื้นคืนชีพในเด็กระดับต่ำร้อยละ 71.7 ระดับสูงร้อยละ 14.4 และ ระดับปานกลางร้อยละ 13.9 (ตารางที่ 1)

ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็กระดับปานกลางร้อยละ 53.1 ระดับต่ำร้อยละ 41.6 และระดับสูงร้อยละ 5.2 มีทักษะการป้องกันการจมน้ำในเด็กระดับสูงร้อยละ 57.3 1 ระดับปานกลางร้อยละ 26.7 และระดับต่ำร้อยละ 16.0 มีรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็กระดับต่ำร้อยละ 87.2 ระดับปานกลางร้อยละ 16.8 และระดับสูงร้อยละ 2.6 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คือ การรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็ก (ตารางที่ 3) ปัจจัยด้านครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ การมีเด็กอายุ 6-14 ปี ในครัวเรือน รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือน และ การมีแหล่งน้ำในเขตบริเวณบ้าน (ตารางที่ 4)

Table 1: Overall and Detailed Household Drowning Prevention Practices for Children Under 15 Years (n=382)

Overall and Detailed Household Drowning Prevention Practices	No	%
Overall		
High (43-54 points)	0	0.0
Moderate (32-42 points)	130	34.0
Low (0-31 points)	252	66.0
Mean $\pm$ SD = 19.85 $\pm$ 13.80 Min-Max = 0-42		
Planning for Drowning Prevention in Children		
High (5-6 points)	70	18.3
Moderate (3-4 points)	65	17.0
Low (0-2 points)	247	64.7
Mean $\pm$ SD = 2.73 $\pm$ 2.06 Min-Max = 0-6		
Training and Information Monitoring on Child Drowning		
High (7-8 points)	81	21.2
Moderate (4-6 points)	41	10.7
Low (0-3 points)	260	68.1
Mean $\pm$ SD = 2.88 $\pm$ 2.06 Min-Max = 0-6		

Overall and Detailed Household Drowning Prevention Practices	No	%
Risk Behaviors Related to Child Drowning		
High (24-30 points)	33	8.6
Moderate (18-23 points)	68	17.8
Low (0-17 points)	281	73.6
Mean $\pm$ SD = 10.17 $\pm$ 9.16 Min-Max = 0-30		
Child Drowning Prevention and Resuscitation Support		
High (8-10 points)	55	14.4
Moderate (6-7 points)	53	13.9
Low (0-5 points)	274	71.7
Mean $\pm$ SD = 4.07 $\pm$ 2.29 Min-Max = 0-9		

Table 2: Knowledge, Skills, and Perceptions Regarding Drowning Prevention among Caregivers (n=382)

Knowledge, Skills, and Perceptions Levels	No	%
Knowledge on Child Drowning Prevention		
High (8-10 points)	20	5.2
Moderate (6-7 points)	203	53.1
Low (0-5 points)	159	41.6
Mean $\pm$ SD = 5.43 $\pm$ 1.45 Min-Max = 0-10		
Skills on Child Drowning Prevention		
High (10-13 points)	219	57.3
Moderate (7-9 points)	102	26.7
Low (0-6 points)	61	16.0
Mean $\pm$ SD = 7.20 $\pm$ 3.74 Min-Max = 0-13		
Perception on Child Drowning Prevention		
High (36-45 points)	2	0.5
Moderate (26-35 points)	47	12.3
Low (15-25 points)	333	87.2
Mean $\pm$ SD = 20.17 $\pm$ 4.29 Min-Max = 15-45		

Table 3 Association Between Caregivers' Factors and Household Drowning Prevention Practices for Children Under 15 Years (n=382)

Caregivers' Factors	Household Drowning Prevention Practices		<i>P-value</i>
	Moderate (n=130)	Low (n=252)	
Sex			0.632
Female	34 (32.1)	72 (67.9)	
Male	96 (34.8)	180 (65.2)	
Age			0.930
18-59 years	98 (33.9)	191 (66.1)	
60 years and older	130 (34.0)	252 (66.0)	
Education level			0.695
High school or Higher	53 (32.9)	108 (67.1)	
No/Primary school	77 (34.8)	144 (65.2)	
Occupation			0.520
Farmer	37 (36.6)	64 (63.4)	
Trader/Laborer/Others	93 (33.1)	188 (66.9)	
Seen Child Drowning			1.000 ^f
Yes	5 (35.7)	9 (64.3)	
No	125 (34.0)	243 (66.0)	
Chronic Illness			0.715
No	93 (33.3)	186 (66.7)	
Yes	37 (34.0)	66 (64.1)	
Knowledge of Drowning Prevention			0.076
Moderate to High	84 (37.7)	139 (62.3)	
Low	46 (40.00)	113 (60.0)	
Skills of Drowning Prevention			0.066
Moderate to High	103 (32.1)	218 (67.9)	
Low	27 (44.3)	34 (55.7)	
Perception of Drowning Prevention			0.013
Moderate to High	9 (18.4)	40 (81.6)	
Low	121 (36.3)	212 (63.7)	

*Significant association; ^f Fisher's exact test

Table 4 Association Between Households' Factors and Household Drowning Prevention Practices for Children Under 15 Years (n=382)

Households' Factors	Household Drowning Prevention Practices		<i>P-value</i>
	Moderate (n=130)	Low (n=252)	
Having Children Under 15 Years in the household			
0-2 years old			0.588
Yes	18 (37.5)	30 (62.5)	
No	112 (33.5)	222 (66.5)	
3-5 years old			0.450
Yes	42 (36.8)	72 (63.2)	
No	88 (32.8)	180 (67.2)	
6-14 years old			< 0.001*
Yes	59 (23.0)	198 (77.0)	
No	71 (56.8)	54 (43.2)	
The highest Education level of the Head of Household			0.620
High school or Higher	61 (32.8)	125 (67.2)	
Primary school or Lower	69 (35.2)	127 (64.8)	
Household Income per Year			0.017*
> 240,000 Baht	37 (26.4)	103 (73.6)	
≤ 240,000 Baht	93 (38.4)	149 (61.6)	
Having a Role in Community			0.703
Yes	38 (35.5)	69 (64.5)	
No	92 (33.5)	183 (66.5)	
Having a Water Reservoir Outside the Home Area			0.433
Yes	73 (32.4)	152 (67.6)	
No	57 (36.3)	100 (63.7)	
Having a Water Reservoir in the Home area			0.022*
Yes	52 (28.3)	132 (71.7)	
No	78 (39.4)	120 (60.6)	

* Significant association; ^f Fisher's exact test

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนในพื้นที่ที่ยังอยู่ในระดับต่ำในทุกด้าน ได้แก่ การวางแผนป้องกันการจมน้ำในเด็ก การอบรมและติดตามข่าวสาร พฤติกรรมเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก และการป้องกันรวมถึงการช่วยเหลือพื้นคินชีพเด็กสาเหตุที่ทำให้ระดับการป้องกันยังต่ำอาจมาจากการขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอของผู้ดูแลเด็กในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งขาดการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและกิจกรรมอบรมในชุมชนอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ข้อจำกัดทางทรัพยากร เช่น ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือเด็กจมน้ำและพื้นที่ปลอดภัยในครัวเรือน รวมถึงภาระหน้าที่และเวลาของครัวเรือนที่จำกัด ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ครัวเรือนไม่สามารถดำเนินการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกด้าน อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติได้ดีในเรื่องการดูแลเด็กขณะเล่นน้ำและการจัดเตรียมหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากมาตรการเหล่านี้เป็นพื้นฐานและได้รับการส่งเสริมผ่านหน่วยงานสาธารณสุขและกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลตระหนักและปฏิบัติได้ง่ายและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ยังมีการปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การวางแผนป้องกันอย่างเป็นระบบ การอบรมและฝึกทักษะช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก สาเหตุที่ทำให้ประเด็นเหล่านี้มีการปฏิบัติได้น้อย อาจเป็นเพราะขาดการฝึกอบรมเชิงลึกและความต่อเนื่องของกิจกรรม รวมถึงการขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมและการติดตามผลอย่างใกล้ชิดในระดับชุมชนและครัวเรือน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุศรา ชัยทัศน์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจทัศน์ (Bussara & Noralak, 2015) ที่พบว่าความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กอย่างสำคัญ การอบรมและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมายในการลดอุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก นอกจากนี้ งานวิจัยของ Farizan และคณะ (Farizan

et al., 2020) ยังแสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อและวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น ข้อความ SMS และกิจกรรมในชุมชน ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะป้องกันจมน้ำในผู้ดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กในครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก พบว่าการรับรู้สถานการณ์และการป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับการป้องกันในครัวเรือน โดยพบว่าในครัวเรือนที่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ระดับต่ำมีการปฏิบัติในการป้องกันสูงกว่าครัวเรือนที่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ระดับปานกลาง น่าจะเนื่องมาจาก หัวหน้าครอบครัวหรือผู้ปกครองเด็กไม่สามารถดูแลบุตรหลานได้ เพราะต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงจำเป็นต้องจัดหาผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะในช่วงกลางวัน และในกรณีที่ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้สูงวัยหรือเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถให้ความไว้วางใจในการดูแลความปลอดภัยของเด็กได้อย่างเต็มที่ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้ปกครองเด็กจึงมีกังวลและกลัวว่าเด็กจะได้รับอันตราย จึงได้ดำเนินการป้องกันการจมน้ำในเด็กไว้อย่างรอบคอบ ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานของ Davoudi (Davoudi-Kiakalayeh, Mohammadi, & Yousefzadeh-Chabok, 2012) ที่พบว่าการสร้างความตระหนักรู้และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติเหตุจมน้ำ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Leavy JE และคณะ (Leavy et al., 2016) ที่พบว่าการสร้างความตระหนักและความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการลดอุบัติเหตุจมน้ำในเด็ก อาจเป็นเพราะผู้ดูแลที่มีความรู้และความเข้าใจดี มักจะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดและพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉิน ส่วนตัวแปรอื่นในปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กไม่พบความสัมพันธ์กับระดับการป้องกันการจมน้ำในเด็กในครัวเรือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา สารขาว และคณะ (Suphattra, Decha, & Waraporn, 2020) ที่ระบุว่าระดับการศึกษาที่ต่ำและภาระงานในอาชีพมีผลต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและการใช้มาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่า

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ไม่เคยพบเห็นคนตกน้ำจมน้ำ มีความรู้และทักษะในการป้องกันการจมน้ำระดับต่ำ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าถึงข่าวสารและการฝึกอบรม รวมถึงไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจมน้ำในเด็ก ทั้งในด้านการพบเห็นเด็กตกน้ำหรือจมน้ำ และการช่วยเหลือเด็กในเหตุการณ์ฉุกเฉินเหล่านี้เป็นช่องว่างในการป้องกันการจมน้ำในเด็กที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Farizan และคณะ (Farizan et al., 2020) และ Hossain และคณะ (Hossain et al., 2015) ที่พบว่าประสบการณ์ตรงในการเผชิญเหตุฉุกเฉินช่วยเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการช่วยเหลือเด็กจมน้ำได้ดีขึ้น การสร้างกิจกรรมฝึกอบรมจำลองสถานการณ์ในชุมชน การฝึกอบรมหรือให้ความรู้และทักษะการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลจึงถือเป็นประเด็นสำคัญที่ยังต้องพัฒนา โดยเฉพาะทักษะการช่วยเหลือฉุกเฉินและความเข้าใจเชิงลึก สอดคล้องงานวิจัยของ บุศรา ชัยทัศน์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจทัศน์ (Bussara & Noralak, 2015) ที่พบว่า การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติและการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสมเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาทักษะและความรู้เหล่านี้

ปัจจัยด้านครัวเรือนที่สัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก พบว่าครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 6-14 ปี มีการป้องกันน้อยกว่าครัวเรือนที่ไม่มีเด็ก 6-14 ปี น่าจะเนื่องจาก เด็กวัยนี้มีกิจกรรมทางน้ำมากขึ้น เช่น การเล่นน้ำในสระหรือแหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการจมน้ำ นอกจากนี้ เด็กในวัยนี้ยังขาดความระมัดระวังและไม่สามารถประเมินอันตรายได้ดีเท่าผู้ใหญ่ ทำให้การดูแลอาจไม่เพียงพอและเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดขึ้นได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Davoudi (Davoudi, Mohammadi, & Yousefzadeh, 2012) ที่ระบุว่า การมีเด็กวัยเรียนในครัวเรือนกระตุ้นให้เกิดการดูแลและมาตรการป้องกันที่เข้มแข็งขึ้น ในด้านสิ่งแวดล้อมเสี่ยงพบว่าครัวเรือนที่มีแหล่งน้ำเสี่ยงในบริเวณบ้านมีการป้องกันที่น้อยกว่าครัวเรือนที่ไม่มีแหล่งน้ำในบริเวณบ้าน สาเหตุอาจเป็นเพราะครัวเรือนมี

ความคุ้นเคยและความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งน้ำในบ้าน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเด็กอาจมองข้ามความเสี่ยงที่แหล่งน้ำเหล่านั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย นอกจากนี้ การมีแหล่งน้ำในบ้านอาจทำให้ผู้ดูแลเด็กไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอย่างเข้มงวด เพราะคิดว่าเด็กสามารถเล่นน้ำได้ในขอบเขตที่ปลอดภัย ทำให้การดูแลหรือมาตรการป้องกันไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริประพาพรณ ทุมคำ (Siriprapaphan, Chananchida, & Pornnapa, 2020) ที่ระบุว่า แหล่งน้ำใกล้บ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดเหตุจมน้ำในเด็ก และทำให้ตระหนักถึงปัญหาการป้องกันการจมน้ำได้มากขึ้น

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการป้องกันการจมน้ำในเด็กระดับครัวเรือน ผ่านการให้ข้อมูลจากผู้ดูแลเด็ก ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมการปฏิบัติในการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือนได้ทั้งหมด

สรุป

ผู้ดูแลเด็กในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อาชีพรับจ้าง ไม่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับเหตุจมน้ำในเด็ก มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำระดับปานกลาง และมีการรับรู้สถานการณ์การป้องกันการจมน้ำระดับต่ำ

ครัวเรือนส่วนใหญ่มีเด็กอายุ 6-14 ปี หัวหน้าครัวเรือนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 240,000 บาทหรือต่ำกว่า สมาชิกในครัวเรือนไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่มีแหล่งน้ำในบริเวณบ้าน และมีแหล่งน้ำนอกบริเวณบ้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการจมน้ำในเด็กของครัวเรือน ได้แก่ การรับรู้ต่อสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแล การมีเด็กอายุ 6-14 ปี รายได้ครัวเรือน และแหล่งน้ำในบริเวณบ้าน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านผู้ดูแลเด็กควรส่งเสริมการรับรู้ร่วมกับความรู้และทักษะในการป้องกันการจมน้ำ โดยเฉพาะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในชุมชน ร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนสื่อการเรียนรู้และอุปกรณ์ฝึกฝน รวมถึงมีระบบติดตามและประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านครัวเรือนควรปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ติดตั้งรั้วล้อมรอบแหล่งน้ำในบริเวณบ้าน และจัดหาอุปกรณ์ช่วยชีวิตในบ้าน โดยดำเนินการร่วมกับชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น พร้อมส่งเสริมความรู้และสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวผ่านกิจกรรมรณรงค์การประชุมชุมชน และสื่อเตือนภัยที่เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีเด็ก 6-14 ปีและมีรายได้น้อย

3. ระดับชุมชนควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น โรงเรียน และโรงพยาบาล เพื่อรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันการจมน้ำ ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน พร้อมจัดกิจกรรมอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ปกครอง และเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบติดตามผลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อเพิ่มความเข้าใจและทักษะการป้องกันการจมน้ำในครัวเรือน

2. ศึกษาพฤติกรรมและการป้องกันการจมน้ำในเด็ก และผลกระทบต่ออัตราการจมน้ำในพื้นที่หลากหลายทั้งเขตชนบทและเขตเมือง เพื่อออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทและเหมาะสมกับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

(2018). *National strategic plan for health: 20-year framework*. War Veterans Organization Printing House under the Royal Patronage.

Calverley, M., et al. (2024). Effectiveness of interventions to prevent drowning among children: A scoping review. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1467478>

Chaitat, B., & Ueakit, N. (2015). Factors associated with drowning prevention behaviors among school-aged children in Northeastern Thailand. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(2), 72–84.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons.

Division of Injury Prevention, Department of Disease Control. (2022). *Drowning situation among children in Thailand, 2015–2022*. Rumthai Press Co., Ltd.

Farizan, N. H., Sutan, R., & Kulanthayan, K. (2020). Effectiveness of “Be SAFE Drowning Prevention and Water Safety Booklet” intervention for parents and guardians. *Iranian Journal of Public Health*, 49(10), 1921–1930. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i10.4695>

- Davoudi-Kiakalayeh, A., Mohammadi, R., & Yousefzadeh-Chabok, S. (2012). Prevention of drowning by community-based intervention: Implications for low- and middle-income countries. *Archives of Trauma Research*, 1(3), 112–117. <https://doi.org/10.5812/at.7690>
- Haddon, W. Jr. (1980). Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Reports*, 95(5), 411–421. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7422807/>
- Hossain, M., Mani, K. K., Sidik, S. M., Hayati, K., & Rahman, A. (2015). Socio-demographic, environmental and caring risk factors for childhood drowning deaths in Bangladesh. *BMC Pediatrics*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0401-8>
- Kaesara Saensiritaveesuk. (2012). Development of a surveillance system for drowning prevention through community participation in Ubon Ratchathani province [Doctoral dissertation, Graduate School, Khon Kaen University].
- Kent, R. (1994). *Disaster preparedness* (2nd ed.). Disaster Management Training Program, United Nations Development Programme.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151–160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Leavy, J. E., Crawford, G., Leaversuch, F., Nimmo, L., McCausland, K., & Jancey, J. (2016). A review of drowning prevention interventions for children and young people in high, low and middle income countries. *Journal of Community Health*, 41(2), 424–441. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0116-0>
- Non-Communicable Diseases Control Unit, Sakaeo Provincial Public Health Office. (2022). Number of households with children aged 0–14 years in Mueang Sakaeo District, Sakaeo Province [Data file]. Sakaeo Provincial Public Health Office.
- Rejman, M., Kwasna, A., Chrobot, M., Kjendlie, P.-L., & Stallman, R. K. (2020). Perceived versus real swimming skills of adolescents under standard and challenging conditions: Exploring water competencies as an approach to drowning prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3826. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113826>
- Sarakhao, S., Thamdee, D., & Boonchiang, W. (2020). Factors related to family members' practices for injury prevention among preschool children in the community. *Nursing Journal of Chiang Mai University*, 47(1), 209–221.
- Tumkham, S., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2020). Factors related to drowning prevention among primary school students in schools under Nakhon Ratchasima Primary Educational Service Area Office 4, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 12–24.
- World Health Organization. (2024). Drowning deaths decline globally but the most vulnerable remain at risk. Retrieved May 20, 2025, from <https://www.who.int/news/item/13-12-2024-drowning-deaths-decline-globally-but-the-most-vulnerable-remain-at-risk>

The Study of Caries-Free Status and Oral Health Promotion among Preschool Children in Children Development Centers in Ubon Ratchathani Province

Wichittra Kukamjad^{1*}, Angsana Boonthum², Umawadee Laothong²

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

2 Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

* Corresponding author: e-mail : wichittra.ku@gmail.com

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Kukamjad, W., Boonthum, A., & Laothong, U. The Study of Caries-Free Status and Oral Health Promotion among Preschool Children in Child Development Centers in Ubon Ratchathani Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280785

Received: 9 May 2025

Revised: 29 May 2025

Accepted: 31 May 2025

This study explored caries-free status and oral health promotion among preschool children in children development centers in Ubon Ratchathani Province. Data were collected from 279 childcare teachers in these centers and from 136 public health service personnel in the corresponding service areas. Data were collected using questionnaires and analyzed for descriptive statistics.

The findings revealed that only 50.2% of children development centers were caries-free. Most teachers demonstrated high levels of knowledge, attitudes, and motivation, regarding oral health promotion (95.3%, 69.9%, and 62.4%, respectively). Most children development centers performed exceptionally well in implementing oral health promotion activities (82.8%–93.9%) and demonstrated good management practices (56.3%). Family and community participation was rated at a high level (54.1%), and health service units provided comprehensive services across all aspects (87.5%–94.1%). However, nearly half of the centers still had caries-free rates below the target, indicating that overall effectiveness had not yet been fully achieved. Therefore, comprehensive and sustainable measures are needed, including early caries prevention strategies, in-depth research to understand the underlying issues better, and enhanced oral health promotion mechanisms within children development centers, to ensure more effective outcomes.

Keywords: caries free in preschool children; childcare teachers; Oral health promotion in children development centers

การศึกษาสภาวะปราศจากฟันผุ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิจิตรา กุกำจัด^{1*}, อังสนา บุญธรรม², อุมาวดี เหลาทอง²

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: wichitra.ku@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 9 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 31 พฤษภาคม 2568

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 279 คน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เป็นพื้นที่ศึกษา จำนวน 136 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีอัตราเด็กปราศจากฟันผุในระดับสูง (ร้อยละ 50.2) ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับสูง (ร้อยละ 95.3, 69.9 และ 62.4 ตามลำดับ) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้ดีมากในทุกประเด็น (ร้อยละ 82.8-93.9) และมีการบริหารจัดการที่ดี (ร้อยละ 56.3) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก (ร้อยละ 54.1) และหน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการที่ครอบคลุมทุกประเด็น (ร้อยละ 87.5-94.1) อย่างไรก็ตาม ยังมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีกเกือบครึ่งหนึ่งที่มิได้กำหนดผู้ดูแลฟันที่รับผิดชอบชัดเจนถึงประสิทธิภาพโดยรวมที่ยังไม่บรรลุ จึงควรส่งเสริมมาตรการที่ครอบคลุมและยั่งยืน ทั้งการพัฒนามาตรการป้องกันฟันผุตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ศึกษาเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง ตลอดจนการพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : สภาวะปราศจากฟันผุในเด็กปฐมวัย; ครูผู้ดูแลเด็ก; การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีฟันเริ่มขึ้นในช่องปาก หากมีการดูแลที่ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการการเจริญเติบโต และสุขภาพโดยรวมของเด็กในระยะยาว (Naidu et al., 2021) ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปราศจากฟันผุเพียง ร้อยละ 47.1 และ 24.4 ตามลำดับ โดยเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 และสูงมากขึ้นเป็นร้อยละ 75.6 ในเด็กอายุ 5 ปี ซึ่งระยะเวลาเพียง 2 ปี อัตราการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 22.7 (Bureau of Dental Health, 2018) สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยนั้นมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากของเด็กวัยนี้ ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และปัจจัยระดับสังคม และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยที่ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่นให้ดูแลร่วมด้วย เช่น ในช่วงกลางวัน เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่จะถูกฝากเลี้ยงและดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นสถานที่สำคัญที่ควรจัดให้มีการดูแลสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี

ข้อมูลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 22.1 มีผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 10 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2,064 แห่ง ที่เข้าร่วมการประเมิน มี 487 แห่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยจังหวัดอุบลราชธานีมีสัดส่วนสูงกว่าทุกจังหวัดในเขตเดียวกันที่ ร้อยละ 52.8 (Results of the National Early Childhood Development Center Standards Assessment Academic Year 2021, 2021) ผลการประเมินข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหลายแห่งในพื้นที่ดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน

เพื่อให้สามารถดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานของประเทศโดยเฉพาะประเด็นสุขภาพช่องปาก และ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็กเป็นหนึ่งในผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมให้เกิดขึ้นในสถานศึกษา (Fernando et al., 2013) การศึกษาจำนวนหนึ่งพบว่าระดับการศึกษา การได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจของครูผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน (Promma & Kosakul, 2017; Homhual & Bouphan, 2022; Inpay, 2021) และพบว่าความร่วมมือของผู้ปกครองและชุมชน ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย (Bhuarboron & Laohasirivong, 2019; Wiangdindam, 2021) ตลอดจนการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดี จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Auengpech et al., 2022; Inpet & Boonsong, 2016) นอกจากนี้ ระบบบริการด้านสุขภาพยังเป็นส่วนสำคัญต่อสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย หากมีการบริหารจัดการที่ดีจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ส่งผลให้สภาวะปราศจากฟันผุในเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Jirojvanichakorn, 2023) ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นไปตามมาตรฐานและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) ประชากรในการศึกษา คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 864 แห่ง โดยกำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย แห่งละ 1 คน และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ศึกษากำหนดให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลัก แห่งละ 1 คน เป็นผู้ให้ข้อมูล กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{(N - 1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร 864 แห่ง

$Z_{\alpha/2}^2$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z

สำหรับค่า α ที่ภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนประชากรสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เด็กมีสุขภาพช่องปากดีไม่มีฟันผุในระดับดีขึ้นไปร้อยละ 62.9 มีค่าเท่ากับ 0.63 (Results of the National Early Childhood Development Center Standards Assessment Academic Year 2021, 2021)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้สูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร จำนวน 254 แห่ง และป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถติดตามกลับคืนได้ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 279 แห่ง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มอำเภอเป็น 4 โซนตามเขตพื้นที่สาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี (Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office, 2016) สุ่มเลือกอำเภอด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดย

จับสลาก เพื่อเลือก 2 อำเภอจากแต่ละโซน รวม 8 อำเภอ สุ่มเลือก ศพด. ในแต่ละอำเภอ ตามสัดส่วนของศพด. ตามต้นสังกัด แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ สังกัดเทศบาล และ สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์จนครบจำนวนตามที่กำหนดไว้ เลือกผู้ตอบแบบสอบถามเป็นครูผู้ดูแลเด็กที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย แห่งละ 1 คน จากศูนย์ที่สุ่มได้ และเลือกเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษาแห่งละ 1 คน รวม 136 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ครูผู้ดูแลเด็กที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่น้อยกว่า 1 ปี และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ศึกษา โดยดำเนินงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถอ่าน เขียน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีอาการไม่สบายในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา คือ ผู้ที่ต้องการออกจากการศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม และอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก แบ่งเป็น 4 ส่วน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจของครูผู้ดูแลเด็กในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีลักษณะเป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีลักษณะคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ 2) การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของครอบครัวเด็กและชุมชน 4) การบริหารจัดการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และส่วนที่ 4 สภาวะปราศจากฟันผุของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นข้อคำถามชนิดระบุคำตอบ โดยอ้างอิงข้อมูลจากรายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยทันตบุคลากรหรือหลักฐานอื่น ๆ ในปีการศึกษา 2566 และแบ่งระดับสภาวะปราศจากฟันผุออกเป็น 2 ระดับ คือ สภาวะปราศจากฟันผุในระดับต่ำ และสภาวะปราศจากฟันผุในระดับสูง โดยอ้างอิงจากค่าเป้าหมายร้อยละเด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) Department of Health, Ministry of Public Health, (2022) ซึ่งเป็นกลุ่มหลักสำคัญในการป้องกันและดูแลในกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียนที่ฟันน้ำนมเพิ่งขึ้นครบ

2. แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบเลือกและระบุคำตอบ และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การนำองค์การและอภิบาลระบบ 2) กำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก 4) ผลสัมฤทธิ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่องปาก และ 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปาก และส่วนที่ 3 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดให้ข้อ

คำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือว่าเหมาะสมในการนำไปใช้ แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน และทำการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า KR - 20 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.883 และแบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.844

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำกับดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขของจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอที่สมัครใจเป็นผู้ประสานงานการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการรวมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ประสานงาน พร้อมส่งเอกสารคำชี้แจงใบยินยอมและแบบสอบถามผ่านผู้ประสานงานไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยบริการสาธารณสุขที่ถูกสุ่มเลือก โดยกำหนดให้ส่งคืนภายใน 30 วัน ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามและแยกบรรจุในซองปิดผนึกสำหรับแบบสอบถามและใบยินยอม ทั้งนี้ ได้แจ้งผู้ประสานงานให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ครบถ้วน ก่อนรวบรวม และส่งกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ.2567

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดย

การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ MUPH 2024-040 ระยะเวลาการรับรอง 9 เมษายน 2567 - 8 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 279 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นศูนย์ขนาดเล็ก (มีเด็กไม่เกิน 50 คน) ร้อยละ 83.8 โดยมีอัตราส่วนครูผู้ดูแลเด็กต่อเด็กเฉลี่ย 1:10 คน รองลงมา คือ ศูนย์ขนาดกลาง (มีเด็ก 51 - 80 คน) ร้อยละ 14.0 อัตราส่วน 1:13 คน และขนาดใหญ่ (มี

เด็กตั้งแต่ 81 คนขึ้นไป) ร้อยละ 2.2 อัตราส่วน 1:14 คน ตามลำดับ ศูนย์ส่วนใหญ่เปิดรับดูแลเด็กอายุ 2 - 5 ปี ร้อยละ 39.1 มีเด็กเข้าเรียนเฉลี่ย 33 คนต่อแห่ง และมีครูพี่เลี้ยง/ผู้ดูแลเด็กเฉลี่ย 4 คนต่อแห่ง อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 59.9 ที่มีอัตราส่วนครูต่อเด็กเหมาะสม ศูนย์เหล่านี้มีครูผู้ดูแลเด็กที่จบการศึกษาด้านปฐมวัยเฉลี่ย 2 คนต่อแห่ง โดยส่วนใหญ่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 74.2 รองลงมา คือ เทศบาลตำบล ร้อยละ 21.9 เทศบาลเมือง ร้อยละ 2.5 และเทศบาลนคร ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

2. สภาวะปราศจากพิษของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีเด็กปราศจากพิษอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.0 ขึ้นไป) เท่ากับร้อยละ 50.2 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีเด็กปราศจากพิษในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 75.0) เท่ากับร้อยละ 49.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สภาวะปราศจากพิษของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี (n = 279)

สภาวะปราศจากพิษของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี	จำนวน	ร้อยละ
ปราศจากพิษในระดับสูง (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีเด็กพิษไม่ ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	140	50.2
ปราศจากพิษในระดับต่ำ (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีเด็กพิษไม่ น้อยกว่าร้อยละ 75)	139	49.8

3. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยด้านครูผู้ดูแลเด็ก
ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.8 มีอายุเฉลี่ย 43.6 ปี (SD = 9.23) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 77.1 โดยมีตำแหน่งเป็นครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 52.0 และเป็นข้าราชการร้อยละ 61.6 มีระยะเวลาเฉลี่ยในการรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 ปี (SD = 6.98) และมีประสบการณ์การเข้าร่วมฝึกอบรมพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านดังกล่าว ร้อยละ 77.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเข้าร่วมอบรม/ประชุมที่จัดโดยหน่วยงาน

สาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 91.7 รองลงมาเป็นการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ร้อยละ 26.7 และการอบรมผ่านหลักสูตร E-Learning ที่หน่วยงานภาครัฐจัดขึ้น ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ ด้านความรู้ ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.3 เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ โดยปกติคนเรามีฟัน 2 ชุด คือ ฟันถาวร และฟันน้ำนม โดยฟันน้ำนมเป็นฟันชุดแรกที่ขึ้นมาในช่องปาก มีจำนวน 20 ซี่ ร้อยละ 100.0 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ เด็กควรได้รับการตรวจฟันจากหมอฟันเท่าไร ร้อยละ 55.6 ที่สนใจคิดว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.9 มีทัศนคติต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ด้านทัศนคติเชิงบวกสูงมากที่สุด คือ การเห็นว่าสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญและควรได้รับการดูแลอย่างดี ร้อยละ 76.7 ทั้งนี้ร้อยละ 28.0 เข้าใจผิดว่าการที่เด็กเล็กฟันน้ำนมผุเป็นเรื่องปกติและไม่ส่งผลต่อฟันแท้ ในภาพรวมพบว่าร้อยละ 62.4 มีแรงจูงใจในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ความสำเร็จในการทำงาน เป็นด้านที่มีแรงจูงใจสูงที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 95.7 ตอบเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ด้านความรับผิดชอบพบว่ามีความแรงจูงใจในระดับมาก โดยครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยความตั้งใจจริงและเสียสละ (ร้อยละ 88.5 ตอบเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ด้านการยกย่องนับถือหรือได้รับการยอมรับ พบว่ามี

แรงจูงใจในระดับสูงเช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นที่ว่า การได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้บังคับบัญชา หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้อื่น ทำให้เกิดความต้องการทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ดียิ่งขึ้น (ร้อยละ 87.5 ตอบเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ครูผู้ดูแลเด็กมีแรงจูงใจในระดับสูง โดยส่วนใหญ่เห็นว่างานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นงานที่ต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (ร้อยละ 82.8 ตอบเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ส่วนด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เป็นด้านที่มีแรงจูงใจน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าการทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำให้มีโอกาสเลื่อนสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ซึ่งมีผู้เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งเพียง ร้อยละ 50.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจของครูผู้ดูแลเด็กในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี (n = 279)

ความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจของครูผู้ดูแลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย		
มีความรู้ในระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	266	95.3
มีความรู้ในระดับต่ำ (0 – 7 คะแนน)	13	4.7
Mean $\pm$ S.D. = 8.98 $\pm$ 0.86, Min-Max = 6-10		
ทัศนคติในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย		
ทัศนคติระดับสูง (38 – 50 คะแนน)	195	69.9
ทัศนคติระดับต่ำ (10 – 37 คะแนน)	84	30.1
Mean $\pm$ S.D. = 39.91 $\pm$ 4.79, Min-Max = 24-50		
แรงจูงใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย		
แรงจูงใจในภาพรวม		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก (60 – 75 คะแนน)	174	62.4
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย (15 – 59 คะแนน)	105	37.6
Mean $\pm$ S.D. = 61.36 $\pm$ 7.61, Min-Max = 45-75		

ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจของครูผู้ดูแลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจรายด้าน		
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก	253	90.7
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย	26	9.3
2. ด้านการยกย่องนับถือหรือได้รับการยอมรับ		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก	231	82.8
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย	48	17.2
3. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก	188	67.4
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย	91	32.6
4. ด้านความรับผิดชอบ		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก	232	83.2
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย	47	16.8
5. ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน		
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก	155	55.6
แรงจูงใจอยู่ในระดับน้อย	124	44.4

ปัจจัยด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ
ช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินกิจกรรม
สร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในภาพรวมใน
ระดับดีมากถึงร้อยละ 94.3 เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
ทำได้มากที่สุด ร้อยละ 93.9 รองลงมา คือ การตรวจ
สุขภาพฟันและช่องปากโดยบุคลากรทางการแพทย์
ร้อยละ 91.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี
(n = 279)

การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ระดับการดำเนินการ			
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการจัดบริเวณ สถานที่ และอุปกรณ์ เพื่อให้เด็กได้มีการแปรงฟัน	249 (89.2)	24 (8.6)	3 (1.1)	3 (1.1)
ด้านการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	262 (93.9)	14 (5.0)	3 (1.1)	0 (0.0)

การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ระดับการดำเนินการ			
	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการตรวจสุขภาพและความสะอาด ช่องปากประจำวันโดยครูผู้ดูแลเด็ก	231 (82.8)	29 (10.4)	19 (6.8)	0 (0.0)
ด้านการตรวจสุขภาพฟันและช่องปาก โดยบุคลากรทางการแพทย์	254 (91.0)	19 (6.8)	6 (2.2)	0(0.0)
ด้านการจัดการด้านอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	243 (87.1)	33 (11.8)	3 (1.1)	0 (0.0)
ด้านการจัดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก	241 (86.4)	28 (10.0)	10 (3.6)	0 (0.0)
ภาพรวม	263 (94.3)	14 (5.0)	2 (0.7)	0 (0.0)

การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของครอบครัวเด็กและชุมชน ตามความคิดเห็นของครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.1 มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมของครอบครัวเด็กอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.7 โดยเฉพาะการสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 29.7 แต่มีส่วนร่วมน้อยในการกำหนดมาตรการหรือข้อตกลงด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 24.0 ขณะที่ชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมากเช่นเดียวกัน ร้อยละ 63.8 โดยเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 29.0 แต่มีส่วนร่วมน้อยในการสนับสนุนงบประมาณและร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 25.1 ด้านการบริหารจัดการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ด้านบุคลากรมีการบริหารจัดการที่ดีที่สุด ร้อยละ 77.1 รองลงมา คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 74.2 ด้านการจัดการ ร้อยละ 71.3 ด้านงบประมาณ ร้อยละ 69.5 และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 55.6 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาพบว่า ด้านการนำองค์การและอภิบาละบบมีการจัดการได้ดีที่สุด ร้อยละ 74.9 รองลงมา คือ ด้านผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่องปาก

ร้อยละ 61.6 ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 60.9 ด้านกำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 49.8 และด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 48.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการนำองค์การและอภิบาละบบ ประเด็นที่มีการจัดการได้ดีที่สุด คือ หน่วยงานมีโครงสร้างการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 39.0 ประเด็นที่มีการจัดการได้น้อยที่สุด คือ แผนงานหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบายในระดับประเทศ ร้อยละ 30.9 ด้านกำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประเด็นที่มีการจัดการได้ดีที่สุด คือ การได้รับการจัดสรรเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรอย่างเหมาะสมเพื่อดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ร้อยละ 30.2 ขณะที่ประเด็นหน่วยงานสนับสนุนให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย เช่น การให้ค่าตอบแทน ชมเชย ค่าตอบแทน สวัสดิการ หรือความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีการจัดการได้น้อยที่สุด ร้อยละ 19.1 ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปาก ประเด็นที่มีการจัดการได้ดีที่สุด คือ มีระบบการเก็บบันทึก รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 31.6 ประเด็นที่มีการจัดการได้น้อยที่สุด คือ การ

นำเสนอ คืบข้อมูลด้านสุขภาพหรือส่งต่อข้อมูลแก่หน่วยงานอื่น และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาโครงการด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21.3 เท่ากัน ด้านผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่องปากประเด็นที่มีการจัดการได้ดีที่สุด คือ มีการตรวจสอบ ดูแล ป้องกัน และบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ร้อยละ 26.5 ประเด็นที่มีการจัดการได้น้อยที่สุด คือ การได้รับสนับสนุนสื่อ แนวทาง คู่มือความรู้ และเทคโนโลยีเพื่อเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 16.9 ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปาก ประเด็นที่มีการจัดการได้ดีที่สุด คือ การมีระเบียบในการเบิกจ่ายงบประมาณ คล่องตัวและเอื้อต่อการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ร้อยละ 17.6 ส่วนประเด็นที่มีการจัดการได้น้อยที่สุด คือ มีการบูรณาการแผนการใช้จ่ายงบประมาณร่วมกับงานดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ของเด็กปฐมวัยเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ร้อย

ละ 13.3 ด้านการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังนี้ การให้คำแนะนำ สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 92.6 การให้ทันตสุขศึกษาและฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติให้แก่เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 91.2 การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้แก่ ครู ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก และฝึกทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟัน ร้อยละ 87.5 บริการตรวจสุขภาพช่องปาก/ประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ พบว่า มีการจัดบริการ ร้อยละ 91.2 การจัดบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ พบว่า มีการจัดบริการ ร้อยละ 94.1 และการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 87.5 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุบลราชธานี (n = 136)

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	การจัดบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้คำแนะนำ สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	126	92.6
- สนับสนุนการสำรวจข้อมูลสภาวะช่องปากและจัดทำแผนการดำเนินงาน	108	85.7
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	93	73.8
- การนิเทศติดตามการดำเนินงาน	49	38.9
- สนับสนุนด้านวิชาการ	37	29.4
2. การให้ทันตสุขศึกษา และฝึกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติให้แก่เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	124	91.2
- จัดปีละ 1 ครั้ง	70	56.5
- จัดมากกว่าปีละ 1 ครั้ง	44	35.5
- ไม่แน่นอนแล้วแต่งบประมาณที่ได้รับ	10	8.0

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย	การจัดบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ
3. การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้แก่ ครู ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก และฝึกทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟัน	119	87.5
- จัดปีละ 1 ครั้ง	70	58.8
- จัดมากกว่าปีละ 1 ครั้ง	34	28.6
- ไม่แน่นอนแล้วแต่งบประมาณที่ได้รับ	15	12.6
4. การจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก/ประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ ปีละ 2 ครั้ง ให้แก่เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่รับผิดชอบ	124	91.2
- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55	120	96.8
- น้อยกว่าร้อยละ 55	4	3.2
การคืนข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง: (n=124)	121	97.6
- ครูผู้ดูแลเด็ก (n=121)	117	96.7
- พ่อแม่/ผู้ปกครองเด็ก (n=121)	78	64.5
- หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n=121)	19	15.7
5. การจัดบริการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่	128	94.1
- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55	122	95.3
- น้อยกว่าร้อยละ 55	6	4.7
6. การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	119	87.5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าครึ่งหนึ่งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 50.2) มีสัดส่วนของเด็กปราศจากฟันผุบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) นับเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจและสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่ดำเนินการอยู่ สัดส่วนดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 ซึ่งระบุว่า เด็กปฐมวัยอายุ 3 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนเด็กที่ปราศจากฟันผุอยู่ที่ร้อยละ 53.5 (Bureau of Dental Health, 2024) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีกประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.8) ที่มีสัดส่วนเด็กปราศจากฟันผุต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเกิดฟันผุตั้งแต่อนุที่เด็กจะเข้าสู่ระบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hasadisevee et al., 2023) ที่พบว่า เด็กอายุ 1–2 ปี มีอัตราการเกิดฟันผุตั้งแต่วัย 11.3 ถึง 75.0 ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าปัจจัยด้านสุขอนามัยและการดูแลตั้งแต่บ้านก็มีผลต่อสถานะช่องปากของเด็กปฐมวัย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Hunsrisakhun et al., 2022) ที่ชี้ให้เห็นว่าความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อสถานะช่องปากของเด็ก และการศึกษาของ (Matchiao et al., 2020) ที่พบว่า การได้รับบริการทันตกรรมตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น รวมถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชน ก็มีบทบาทสำคัญต่อสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยเช่นเดียวกัน

ด้านครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า ครูส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับสูง (ร้อยละ

ละ 95.3) และได้รับการอบรมพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 77.8) งานวิจัยในประเทศไอร์แลนด์ (Lee et al., 2025) ชี้ให้เห็นว่าการขาดการฝึกอบรมด้านสุขภาพช่องปากเป็นอุปสรรคสำคัญ และความท้าทายในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hui et al., 2025) ที่พบว่า การอบรมสามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจของครูในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นว่าบางส่วนของครูยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยมีเพียงร้อยละ 55.6 ที่ตอบถูกต้อง กล่าวคือ ครูส่วนหนึ่งอาจมองว่าการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญหรือทันตบุคลากรเท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลให้การส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในเด็กถูกมองข้ามได้ แม้ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แต่ยังมีบางประเด็นที่แสดงถึงทัศนคติเชิงลบหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น การมองว่าฟันน้ำนมผุเป็นเรื่องปกติ การแปรงฟันโดยไม่มีความช่วยเหลือ และการใช้ยาสีฟันในปริมาณที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 28.0, 24.4 และ 15.4 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Baltaci et al., 2019) ที่พบว่าครูผู้ดูแลเด็กร้อยละ 39.2 มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับปัญหาฟันน้ำนมผุว่าไม่ส่งผลกระทบต่อฟันแท้ ทัศนคติที่คลาดเคลื่อนเหล่านี้ อาจส่งผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพช่องปากได้ (Maithongngam, 2023) ด้านแรงจูงใจ ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในระดับมาก (ร้อยละ 62.4) สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Homhual & Bouphan, 2022) ที่ระบุว่าแรงจูงใจที่ดีของครูมีแนวโน้มที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าความก้าวหน้าในสายงานอาชีพเป็นมิติที่มีแรงจูงใจน้อยที่สุด โดยเฉพาะโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง การเข้าร่วมอบรมพัฒนาวิชาชีพ และการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดของ

ระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับดีมากทุกประเด็น โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 93.9 และการตรวจสุขภาพฟันโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 91.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Phutiprawan, 2023) ที่พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดชุมพร จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และมีการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร ร้อยละ 96.2 ซึ่งการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถดำเนินกิจกรรมได้ในระดับดีมากนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างครอบคลุม ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวเด็กและชุมชนโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.1) ส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน เช่น จัดสถานที่สำหรับแปรงฟัน น้ำดื่มสะอาด และการสนับสนุนงบประมาณ ในขณะที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในด้านการปลูกฝังนิสัยที่ดีให้กับเด็กจากที่บ้าน แต่พบว่าการกำหนดข้อตกลงและนโยบายด้านสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกลับอยู่ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 24.0 ซึ่งการศึกษาของ (Aksorn, 2016) ระบุว่า การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายทั้งในขั้นตอนการกำหนดนโยบาย การติดตาม และการประเมินผลจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม รวมถึงเกิดความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (World Health Organization, 2010) ในมิติของการบริหารจัดการ พบว่ามีศูนย์ฯ เพียงร้อยละ 59.9 มีอัตราส่วนครูต่อเด็กที่เหมาะสม การศึกษาของ (Densamut, 2017) ชี้ให้เห็นว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีบุคลากรเพียงพอและได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มให้มีความสำคัญ

กับสุขภาพช่องปากของเด็กมากขึ้น และการศึกษาของ (Yhaicharoen, 2021) ระบุว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตาม ความท้าทายด้านงบประมาณก็ยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาหลักของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุบลราชธานี โดยพบว่าร้อยละ 30.5 ของศูนย์ประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพของกิจกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Yuencheewit & Poophayang, 2021) ที่พบว่างบประมาณเป็นปัจจัยจำกัดสำคัญในระบบการศึกษาปฐมวัย เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการจัดเก็บข้อมูล ติดตามผล และการสื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผน และตัดสินใจเชิงนโยบาย แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ Densamut (2017) ที่ชี้ว่าข้อจำกัดดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ

ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยยังคงประสบปัญหาด้านกำลังคนไม่เพียงพอ อีกทั้งขาดแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลให้การจัดการด้านกำลังคนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 50.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Asawakun, 2019) ที่ระบุว่า การขาดแคลนทันตบุคลากรส่งผลต่อความครอบคลุมและประสิทธิภาพในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน นอกจากนี้ ยังพบว่าหน่วยบริการสาธารณสุขหลายแห่งประสบปัญหาด้านงบประมาณด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นประเด็นที่บุคลากรเห็นว่ามีการจัดการได้ในระดับน้อยต่ำที่สุด โดยร้อยละ 51.3 ระบุว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ และมีการจัดหาหรือขอรับสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในระดับน้อย การขาดแคลนงบประมาณดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก เช่น การไม่สามารถจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทันตกรรมที่มีคุณภาพได้ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอาจไม่ได้รับการสนับสนุน

อย่างเหมาะสม รวมทั้งบุคลากรอาจขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังคงมีสัดส่วนสูงในทุกประเด็น (ร้อยละ 87.5–94.1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานสามารถครอบคลุมได้แม้จะเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความสำเร็จนี้ อาจเนื่องจากการบูรณาการความร่วมมือจากเครือข่ายบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะรพ.สต. ใกล้เคียง ซึ่งมีรูปแบบการหมุนเวียนทันตบุคลากรเข้ามาให้บริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าร้อยละ 32.8 ของพื้นที่มีการดำเนินงานในลักษณะนี้ ส่งผลให้สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจและความพยายามของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีในการจัดบริการแก่เด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ควรวางแผนการกำกับ ติดตาม ดูแล และให้การสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีราบรื่น มีทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงานเพียงพอและเหมาะสม

2. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างถูกต้องสำหรับครูผู้ดูแล ทั้งนี้ควรมีการติดตามและประเมินผลการอบรมเพื่อให้มั่นใจว่าครูสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำกับดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรวางแผนทางสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานหรือจัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติ เช่น มอบรางวัลให้กับครูที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นด้านสุขภาพช่องปาก จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ครูได้รับการยอมรับในวงกว้าง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ

ทางบวกในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีการตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กตั้งแต่ก่อนเข้าเรียน และเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่พบ และกำหนดมาตรการหรือข้อตกลงในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มากกว่าการสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมในบางโอกาส

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการและคุณภาพของการดำเนินกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมมากขึ้นและทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญอื่น ๆ

2. ทำการศึกษาแบบพหุระดับ (Multilevel Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อนำไปสู่การเสนอแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก และพัฒนามาตรการที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aksorn, W. (2016). Key success factors of the management of children development center: A case study of children development centers Nong Pling, Nakhon Sawan Province. *Southeast Bangkok Journal (Humanities and Social Sciences)*, 2(1), 91–102.
- Asawakun, W. (2019). Oral health services in primary care among specific target groups in the 5th health region. *Srinakharinwirot University Dental Journal*, 12(1), 65–80.
- Auengpech, K., Thammasit, P., & Rujimethabhas, S. (2022). Factors affecting administrative success of the child development centers under the local administrative organizations in Sukhothai Province according to 2019 National Standard for Early Childhood Care, Development and Education. *Journal of Roi Kaensam Academi*, 7(10), 411–429.

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่ผู้ตอบให้ข้อมูลที่สะท้อนทัศนคติหรือความคาดหวังต่อประเด็นที่ศึกษามากกว่าการสะท้อนข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานหรือสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยอย่างครบถ้วน แม้จะมีการออกแบบเครื่องมือให้มีความชัดเจนและผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว แต่ข้อจำกัดนี้อาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลบางประการ และควรได้รับการพิจารณาในการแปลผลและนำไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดแนวทางพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และทันตบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่สละเวลาให้ความร่วมมือจนการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการศึกษาบางส่วนเพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

- Baltacı, E., Baygın, Ö., Tüzüner, T., & Korkmaz, F. M. (2019). Evaluation of the knowledge, attitudes and behaviors of pre-school teachers on oral and dental health in the city center of Trabzon. *European Oral Research*, 53(1), 12-20. <https://doi.org/10.26650/EOR.20199213>
- Bhuarboron, P., & Laohasiriwong, W. (2019). Family and community participation in oral health promotion system development of children in Nongphu Child Care Center, Khaowong District, Kalasin Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 19(1), 11–26.
- Bureau of Dental Health. (2018). *The 8th national oral health survey 2017 of Thailand*. Bangkok: Samcharoen Panich (Bangkok) Co., Ltd.
- Bureau of Dental Health. (2024). *The 9th national oral health survey 2023 of Thailand*. Nonthaburi: Department of Health.
- Densamut, W. (2017). Administrative factors affecting the standards-based implementation of child care centers under Nong Chok Office area, Bangkok. *Journal of Rajanagarindra*, 14(32), 37–48.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Strategic plan for developing health promotion and environmental health systems for a period of 5 years (2023–2027)*. Bangkok: Aksom Graphic and Design Printing House.
- Early Childhood Development Policy Office, Office of the Education Council Secretariat. (2019). *National early childhood development standards* (2nd ed.). Bangkok: Phrik Wan Graphic Co., Ltd.
- Fernando, S., Kanthi, R. D., & Johnson, N. W. (2013). Preschool teachers as agents of oral health promotion: An intervention study in Sri Lanka. *Community Dental Health*, 30(3), 173–177.
- Hasadisevee, P., Pasittanon, J., Khamjun, K. & Bupphahorm, S. (2023). Oral Health Promotion Program in 0-2 years Old Children. *Srinakharinwirot University Dental Journal (E-ISSN 2774-0811)*, 16(2), 43-56.
- Homhual, N., & Bouphan, P. (2022). The Personal Characteristics and Motivation affecting the Performance according to the National Standard for Early Childhood Care, Development and Education Thailand of Child Care Teachers at Early Childhood Care in Udon Thani province, Thailand. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 45(4), 46–62.
- Hui, J. C. Y., Chu, C. H., & Chen, J. (2025). Evaluation of an oral health education training program for kindergarten teachers. *Frontiers in oral health*, 5, 1503221. <https://doi.org/10.3389/froh.2024.1503221>
- Hunsrisakhun, J., Pithpomchaiyakul, S., & Yongstar, P. (2022). Factors associated with oral hygiene of young children in southern province of Thailand. *Health Science Journal of Thailand*, 4(3), 64–73.
- Inpay, P. (2021). Operation according to the National Early Childhood Development Center Standards under the local administrative organizations, Saraburi Province [Independent study]. Thepsatri Rajabhat University.
- Inpet, C., & Boonsong, K. (2016). The factors administration of child development center affecting the quality students under the local administrative organization, Prachuap Khiri Khan Province. *Veridian E-Journal, Silpakom University (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 9(2), 479–493.
- Jirojvanichakorn, S. (2023). The effectiveness of dental public health activities in accordance with the guidelines of the six building blocks of health system among dental personnel in Ministry of Public Health hospitals, health region 12. *Thai Dental Public Health Journal*, 28, 147–160.
- Lee, E.Y., Abdulhadi, S., Alshawaf, R. et al. (2025). Knowledge, attitudes, and behaviours of Irish preschool teachers regarding the oral health of preschool children. *Eur Arch Paediatr Dent*, 26, 341–348. <https://doi.org/10.1007/s40368-024-00983-7>

- Maithongngam, K. (2023). Factors related to prevention behaviors of hand-foot-mouth disease among teachers in kindergartens and child development centers, Surat Thani Province. *Weekly Epidemiological Surveillance Report (WESR)*, 54(5), 69–76.
- Matchiao, T., Boonsuya, C., & Evanovich, K. (2020). Oral health status and associated ecological factors in mixed dentition among early primary school students, Nonthaburi Province. *Thai Journal of Public Health*, 50(3), 306–322.
- Naidu, R. S., Nunn, J. H., Pahel, B., & Niederman, R. (2021). Editorial: Promoting oral health in early childhood: The role of the family, community and health system in developing strategies for prevention and management of ECC. *Frontiers in Public Health*, 9, 716695. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.716695>
- Phutiprawan, S. (2023). Oral Health Promotion Activities and Oral Health Status of Children in Child Care Centers, Chumphon Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 32(2), 288–298. Retrieved from <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13626>
- Promma, S., & Kosakul, Y. (2017). Oral health promotion operation situation in child development centers. Bureau of Dental Health, Department of Health.
- Results of the National Early Childhood Development Center Standards Assessment Academic Year 2021. (2021). Retrieved June 18, 2023, from <https://lookerstudio.google.com/reporting/ebcfd6c9-a4ae-45c5-a823-e6d83fb52f12/page/PN4GD>
- Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. (2016). General information of Ubon Ratchathani Province. Retrieved June 30, 2023, from http://www.phoubon.in.th/data/data59/datagen_59.pdf
- Wiangdindam, W. (2021). Development of oral health promotion model for preschool children by family and community participation in Kham Pom Child Care Center, Phra Yuen District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 3(1), 117–130.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.
- Yhaicharoen, T. (2021). Dental health management of child care teachers in the child development center, Pho Thale District, Phichit Province. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(1), 70–87.
- Yuencheewit, S., & Poophayang, P. (2021). The problems of the administration of early childhood education in schools under Chaiyaphum Primary Education Service Area Office 1. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(1), 833–844.

Risk Management to Prevent Accidents Among Motorcycle Taxi Drivers in The Ministry of Public Health, Nonthaburi Province

Chariya Damrongsak¹ Youwanuch Sattayasomboon² Seo Ah Hong² Sariyamon Tiraphat^{2*}

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

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

*Corresponding author: e-mail : sariyamon.tir@mahidol.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Manafao, C. ., Silawan, T. ., Tantrakamapa, K. ., Seangsawang, P. ., & Hengboriboonpong Jaidee, . P. . Child Drowning Prevention of Households in High-risk Areas, Mueang Sa kaeo District, Sa kaeo Province. Public Health Policy and Laws Journal, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280997

Received: 20 May 2025

Revised: 29 May 2025

Accepted: 31 May 2025

Abstract

This research is a cross-sectional study, among 306 motorcycle taxi drivers in the Ministry of Public Health area, Mueang District, Nonthaburi Province. Data were analyzed for descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square tests and Binary logistic regression analysis, with the statistical significance level set at 0.05.

The research found that the factors significantly associated with risk management to prevent accidents among motorcycle taxi drivers were marital status, income from motorcycle taxi driving, accident experiences, awareness of: laws and driving policy, motorcycle condition, driving environment, and attitudes — all at a statistical significance level of 0.05. The factors that significantly affect risk management to prevent accidents are as follows: experience of motorcycle-related accidents (AOR = 1.90, p-value = 0.029, 95% CI: 1.069 – 3.379), awareness of laws and management policies (AOR = 2.55, p-value = 0.001, 95% CI: 1.459 – 4.487), driving attitude (AOR = 2.58, p-value = 0.001, 95% CI: 1.492 – 4.461), and condition of the motorcycle (AOR = 1.85, p-value = 0.043, 95% CI: 1.019 – 3.379)

The findings indicate that the Ministry of Public Health should provide additional training and education to motorcycle taxi drivers, focusing on knowledge of traffic laws and driving policies. Promoting and fostering positive driving attitudes are recommended, with regular maintenance and proper management of motorcycles to ensure good condition. These measures would reduce motorcycle accidents in the Ministry of Public Health area.

Keywords: Accident reduction; Risk management; Accident prevention; Motorcycle taxi drivers

การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

จริยา ดำรงค์ศักดิ์¹ ยูวูซ สัตยสมบูรณ์² Seo Ah Hong² ศรียามน ตีรพัฒน์^{2*}

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้ประพันธ์บทความ ติดต่ออีเมล : sariyamon.tir@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 20 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 31 พฤษภาคม 2568

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยมีประชากร คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข อำเภอมะนัง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 306 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้จากการประกอบอาชีพขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้านนโยบายการขับขี่ ปัจจัยการรับรู้ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการขับขี่ ปัจจัยด้านการรับรู้ทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยที่มีส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ 1.ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง (AOR 1.90, p-value = 0.029, 95% CI; 1.069 - 3.379) 2.ระดับการรับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการ (AOR 2.55, p-value = 0.001, 95% CI; 1.459 - 4.487) 3. ระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ (AOR 2.58, p-value = 0.001, 95% CI; 1.492 - 4.461) 4. ระดับสภาพรถจักรยานยนต์ (AOR 1.85, p-value = 0.043, 95% CI; 1.019 - 3.379)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขควรฝึกอบรมและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายการขับขี่ นอกจากนั้นควรส่งเสริมและสร้างทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ดี พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างมีการจัดการและบำรุงรักษารถจักรยานยนต์ให้อยู่ในสภาพดี เพื่อจะได้ลดการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การลดการเกิดอุบัติเหตุ; การจัดการความเสี่ยง; การป้องกันอุบัติเหตุ; ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาระดับโลก ที่องค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญและมุ่งแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกลดลงเล็กน้อยเหลือ 1.19 ล้านคน โดยส่วนใหญ่ยังคงเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยได้ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในข้อ 3.6 ซึ่งตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการชนบนท้องถนนลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2573 และข้อ 11.2 ที่เน้นการจัดการให้มีการเข้าถึงระบบคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน เข้าถึงได้ ปลอดภัย และมีราคาที่สามารถจ่ายได้สำหรับทุกคน รวมถึงการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 18,218 ราย คิดเป็นอัตรา 25.4 รายต่อแสนประชากร ลดลงจากปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีอัตรา 26.65 รายต่อแสนประชากร แต่ยังคงอยู่ในระดับสูงและอยู่ในอันดับที่ 18 ของโลกถึงความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างหนักต่อเศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลยานพาหนะที่จดทะเบียนทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2566 รถจักรยานยนต์มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 78.94 หรือ 2,066,291 คัน(3) และเป็นประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.66 โดยกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์มีสัดส่วนผู้เสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 74. – 80 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ตามข้อมูลที่บูรณาการจาก 3 ฐานข้อมูลสาเหตุหลักของอุบัติเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับรุดด้วยความเร็วสูง การเมาสุรา การขับย้อนศร และการขับรุดตัดหน้ากระชั้นชิดปัญหานี้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล คิดเป็นร้อยละ 3 – 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product :GDP) หรือประมาณ 500,000 -

1,000,000 ล้านบาทต่อปี จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และความเสียหายต่อทรัพย์สิน

จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑลของประเทศไทย มีรายงานข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางถนนประจำปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า ในอำเภอเมืองนนทบุรี เกิดอุบัติเหตุรวม 1,765 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 2,021 คน และผู้เสียชีวิต 44 คน โดยพื้นที่ดังกล่าวมีการจราจรหนาแน่นในช่วงเวลาเร่งด่วน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง นอกจากนี้ อำเภอเมืองนนทบุรียังเป็นสถานที่ตั้งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการขนาดใหญ่เส้นถนนติวานนท์ อยู่ใกล้กับทางหลวงและถนนที่มีการจราจรคับคั่งและล้อมรอบด้วยถนนหลักทั้งสี่ด้าน จากข้อมูลของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 พบว่า เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 17 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567) จากการสำรวจของผู้วิจัย พบว่า ภายในรัศมี 20 กิโลเมตรจากพื้นที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุข มีวินรถจักรยานยนต์รับจ้าง จำนวน 10 วิน และมีผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง จำนวน 415 คน ซึ่งให้บริการแก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไป การใช้บริการรถจักรยานยนต์รับจ้างได้รับความนิยมเนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว และราคาประหยัด อย่างไรก็ตาม เส้นทางจราจรในบริเวณรอบกระทรวงสาธารณสุขบางพื้นที่ เช่น ขอยคับแคบที่มีสิ่งกีดขวางหรือการสัญจรที่ไม่สะดวก ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยเฉพาะการเฉี่ยวชนกับรถที่สวนมาอุบัติเหตุเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากความประมาทของผู้ขับขี่เพียงอย่างเดียว แต่ยังอาจเกิดจากช่องว่างทางความรู้ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง การขาดความเข้าใจในกฎจราจร และพฤติกรรมขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้ขับขี่และผู้ให้บริการ รวมถึงก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านอื่น ๆ ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

สามารถแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการขับขี่ ทักษะการตัดสินใจ ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร พฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ การขับแข่งอย่างไม่ปลอดภัย รวมถึงแรงกดดันจากเวลาหรือสภาพการทำงาน เช่น พนักงานส่งอาหารที่ต้องเร่งส่งให้ทันเวลา มีแนวโน้มขับรถด้วยความเร็วเกินกำหนด 2) ปัจจัยด้านการจัดการและการบังคับใช้กฎระเบียบ ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจรและการปฏิบัติตามกฎหมายมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสภาพถนน เช่น สภาพอากาศ ความปลอดภัยของถนน สัญญาณจราจร ไฟส่องสว่าง และสภาพแวดล้อมทางสังคม 4) ปัจจัยด้านยานพาหนะและสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ประเภทและสภาพของรถจักรยานยนต์ รวมถึงความถี่ในการบำรุงรักษา การตรวจสอบสภาพรถอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงจากยานพาหนะได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ทักษะการตัดสินใจ ความเข้าใจต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และจากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงของบุคคลเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและอัตราการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การขับรถเร็วเกินกำหนด การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร พฤติกรรมเสี่ยงบนถนน และวัฒนธรรมการขับขี่ที่เคยปฏิบัติ 2) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนนที่เป็นหลุมเป็นบ่อหรือขาดการบำรุงรักษา 3) ด้านประสบการณ์และผลกระทบจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ 4) ด้านการประพัตินอย่างระมัดระวัง รวมถึงทักษะการขับขี่ของแต่ละบุคคลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 5) ด้านการส่งเสริมกลยุทธ์จากภาครัฐ เช่น การส่งเสริมคุณค่าของชีวิต การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน 6) ด้านการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมายของรัฐ ซึ่งมีบทบาทสำคัญใน

การลดความเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยในการขับขี่ นอกจากนี้ โดยการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นใช้ทฤษฎีในการวิจัยเพื่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุได้แก่ ทฤษฎี Domino Theory ทฤษฎี Swiss Cheese Model ทฤษฎีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP Model) และทฤษฎีการเรียนรู้ ซึ่งนำมาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสภาพการจราจรที่หนาแน่นและจำนวนข้าราชการรวมถึงเจ้าหน้าที่ ที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ส่งเสริมความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องก็ตาม งานวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการจัดการความเสี่ยงในการป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ขับขี่ การรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านยานพาหนะและสภาพแวดล้อม รวมถึงทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย และข้อเสนอแนะจากการศึกษาจะนำไปสู่แนวทางการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเป็นต้นแบบสำหรับการดำเนินงานในองค์กรอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านยานพาหนะและสภาพแวดล้อม รวมถึงทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (Population) คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 415 คน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970)⁽¹⁶⁾ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 327 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่เพียงพอ รวมทั้งสิ้น 343 คน การเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) โดยจำแนกกลุ่มวินทั้งหมดรอบกระทรวงสาธารณสุขได้ 10 กลุ่มวิน ซึ่งทุกกลุ่มจะถูกเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 17 - 30 เมษายน พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน 45 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้จากการประกอบอาชีพขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง เพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุไรรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย และความรู้ด้านนโยบายด้านการบริหารจัดการการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0 - 1 คะแนน ดังนี้ ทราบ (ใช่) = 1 คะแนน, ไม่ทราบ (ไม่ใช่) หรือ ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสภาพรถจักรยานยนต์ จำนวน 13 ข้อ

3.1 ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน ดังนี้ ชำรุดมาก = 1 คะแนน ชำรุด = 2 คะแนน ค่อนข้างดี = 3 คะแนน ดี = 4 คะแนน ดีมาก = 5 คะแนน

3.2 ด้านสภาพถนน คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน ดังนี้ หมายถึง น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบ

มาตรฐานค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน ดังนี้ หมายถึง ไม่แน่ใจ = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 การป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรฐานค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 0-1 คะแนน ดังนี้ ทราบ (ใช่) = 1 คะแนน, ไม่ทราบ (ไม่ใช่) หรือ ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Denise F Polit, Cheryl Tatano Beck & Steven V Owen, 2007) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.73 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ตลาดบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.65 ส่วนที่ 3.1 เท่ากับ 0.80 ส่วนที่ 3.2 เท่ากับ 0.78 ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.74 และส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า 0.70 คือ มีค่าความเชื่อมั่นสูง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้จัดการรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และ

นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 306 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.21 จากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2025-041 รหัสโครงการ 19/2568 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และจุดตัด (Cut point) เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ขับขี่ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ ระดับการรับรู้ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ระดับการรับรู้การป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์

2) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและนโยบายขับขี่ การรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม ระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.50 ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือมัธยมศึกษาตอนต้น โดยร้อยละ 59.20 มีสถานะสมรส และร้อยละ 61.44 ประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.40 และมีระยะเวลาในการ

ประกอบอาชีพส่วนใหญ่อยู่ที่ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.20 เมื่อพิจารณาถึงประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงตุลาคม 2567 ที่ผ่านมามีผู้เคยประสบอุบัติเหตุถึงร้อยละ 34.60 โดยส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 27.10 เคยประสบอุบัติเหตุจำนวน 1 - 2 ครั้ง และส่วนใหญ่ มักมีอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย จนไม่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก คิดเป็นร้อยละ 25.20 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 306)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 306)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	286	93.50
หญิง	20	6.50
อายุ		
18-30 ปี	31	10.10
31-40 ปี	71	23.20
41-50 ปี	123	40.20
51-60 ปี	63	20.60
60 ปีขึ้นไป	18	5.90
Mean ($\bar{x}$)=44 ,Standard Deviation (S.D.) = 10.27 ,Maximum = 70 ,Minimum = 20		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าหรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	181	59.20
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	125	40.80
สถานภาพ		
โสด	73	23.86
สมรส	188	61.44
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	45	14.70
รายได้จากการประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง (บาท/เดือน)		
5,000 - 10,000	55	18.00
10,001 - 15,000	142	46.40

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 306)	ร้อยละ
15,001 - 20,000	98	32.00
20,001 - 30,000	11	3.60
Mean ($\bar{x}$)=14,501 ,Standard Deviation (S.D.) = 4,214 ,Maximum = 30,000 ,Minimum = 2,000		
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพวิชาชีพรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ปี)		
1 - 5 ปี	90	29.41
6 - 10 ปี	120	39.22
11-15 ปี	55	18.00
มากกว่า 16 ปี	41	13.37
Mean ($\bar{x}$)=9.83 ,Standard Deviation (S.D.) = 6.16 ,Maximum = 30,Minimum = 1		
ในรอบปีที่ผ่านมาเคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร		
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	200	65.40
เคยเกิดอุบัติเหตุ	106	34.60
ในช่วง ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - ตุลาคม 2567 (ระยะเวลา 1 ปีงบประมาณ) ที่ผ่านมา ท่านเคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ครั้ง)		
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	200	65.40
จำนวน 1 - 2 ครั้ง	83	27.10
จำนวน 3 - 5 ครั้ง	23	7.50
ความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับใด		
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	200	65.40
บาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องไปโรงพยาบาลหรือคลินิก	77	25.20
บาดเจ็บและรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแต่ไม่ต้องรับตัวไว้ในนอนโรงพยาบาล	23	7.40
บาดเจ็บและต้องรักษาตัวไว้รักษาตัวที่โรงพยาบาล	6	2.00

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง พบว่า ระดับการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ได้แก่ ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.27 ในขณะที่ผู้ที่มีรับรู้ในระดับต่ำมีร้อยละ 46.73 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจใน

นโยบายและการจัดการที่เกี่ยวข้องในระดับหนึ่ง ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.27 ในขณะที่ด้านสภาพถนน มีผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำและสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ขับขี่ส่วนใหญ่อาจยังไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจสอบสภาพรถและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการขับขี่มากนัก ด้านทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่ที่มีการรับรู้ในระดับสูง

ใกล้เคียงกับระดับต่ำ โดยมีผู้ที่มีการรับรู้ในระดับสูงร้อยละ 51.96 และระดับต่ำร้อยละ 48.04 แสดงให้เห็นว่าทัศนคติในการขับขี่ของผู้ขับขี่ค่อนข้างหลากหลาย ด้านการป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในระดับสูง อย่างชัดเจน คิดเป็นร้อยละ

66.01 ในขณะที่มีผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 33.99 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม(ถนน) ด้านสภาพแวดล้อม(รถจักรยานยนต์) ระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ และระดับการรับรู้การป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ	
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง	143 (46.73)	163 (53.27)
$\bar{X}$ การรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการฯ เท่ากับ 25.11 S.D. = 2.18 ,Max = 27.00 ,Min = 17.00 Cut point = 25.11		
ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (รถจักรยานยนต์)	163 (53.27)	143 (46.73)
$\bar{X}$ การรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (รถจักรยานยนต์) เท่ากับ 22.21 S.D. = 3.54 ,Max = 25.00 ,Min = 5.00 Cut point = 22.11		
ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (ถนน)	153 (50.00)	153 (50.00)
$\bar{X}$ การรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (ถนน) เท่ากับ 19.14 S.D. = 4.13 ,Max = 31.00 ,Min = 14.00 Cut point = 19.14		
ระดับการรับรู้ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข	147 (48.04)	159 (51.96)
$\bar{X}$ การรับรู้ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ฯ เท่ากับ 28.82 S.D. = 3.32,Max = 35.00 ,Min = 19.00 Cut point = 28.82		
ระดับการรับรู้การป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์	104 (33.99)	202 (66.01)
$\bar{X}$ การรับรู้การป้องกันตนเองฯ เท่ากับ 13.76 S.D. = 1.53,Max = 15.00 ,Min = 5.00 Cut point = 13.76		

หมายเหตุ*: Cut point by mean : น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย เท่ากับระดับต่ำ, สูงกว่าค่าเฉลี่ยเท่ากับระดับสูง

3.ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่

รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ทดสอบไคสแควร์ (Chi-

Square Test) พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้จากการประกอบอาชีพอาชีพที่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้านนโยบายการขับขี่ ปัจจัยการรับรู้ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ ปัจจัยการรับรู้สภาพ

ถนน ปัจจัยระดับทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี คือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ดังตามตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี (n = 306)

ตัวแปรที่ศึกษา	การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ				
	สูง n (%)	ต่ำ n (%)	X ²	df	p-value
เพศ			1.157	1	0.33
ชาย	191.00 (66.78)	95.00 (33.22)			
หญิง	11 (55.00)	9 (45.00)			
อายุ			10.342	4	0.04
18 - 30 ปี	16.00 (51.61)	15.00 (48.39)			
31 - 40 ปี	49.00 (69.01)	22.00 (30.99)			
41 - 50 ปี	74.00 (60.16)	49.00 (39.84)			
51 - 60 ปี	48.00 (76.19)	15.00 (23.81)			
60 ปีขึ้นไป	15.00 (83.33)	3.00 (16.67)			
ระดับการศึกษา			1.230	1	0.27
ต่ำกว่าหรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	57.00 (31.49)	124.00 (68.51)			
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	47.00 (37.60)	78.00 (62.40)			
สถานภาพสมรส			6.534	2	0.04
โสด	54.00 (73.97)	19.00 (26.03)			
สมรส	125.00 (66.49)	63.00 (33.51)			
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	23.00 (51.11)	22.00 (48.89)			
รายได้จากการประกอบอาชีพอาชีพที่รถจักรยานยนต์รับจ้าง (บาท/เดือน)			11.769	3	0.01
5,000 - 10,000	47.00 (85.45)	8.00 (14.55)			
10,001 - 15,000	90.00 (63.38)	52.00 (36.62)			
15,001 - 20,000	58.00 (59.18)	40.00 (40.82)			
20,001 - 30,000	7.00 (63.64)	4.00 (36.36)			

ตัวแปรที่ศึกษา	การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ				
	สูง n (%)	ต่ำ n (%)	X ²	df	p-value
ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข (ปี)			7.021	3	0.07
1 - 5 ปี	57.00 (66.33)	33.00 (36.67)			
6 - 10 ปี	79.00 (65.83)	41.00 (34.17)			
11 - 15 ปี	32.00 (58.18)	23.00 (41.82)			
16 ปีขึ้นไป	34.00 (82.93)	7.00 (17.07)			
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ			7.822	1	0.01
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	121.00 (60.50)	79.00 (39.50)			
เคยเกิดอุบัติเหตุ	81.00 (76.42)	25.00 (23.58)			
ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้านนโยบายขับขี่			26.794	1	0.00
ระดับต่ำ	73.00 (51.05)	70.00 (48.95)			
ระดับสูง	129.00 (79.14)	34.00 (20.86)			
การรับรู้ด้านสภาพรถจักรยานยนต์			24.834	1	0.00
ระดับต่ำ	87.00 (53.37)	76.00 (46.63)			
ระดับสูง	115.00 (80.42)	28.00 (19.58)			
การรับรู้สภาพแวดล้อมการขับขี่			3.729	1	0.05
ระดับต่ำ	93.00 (60.78)	60.00 (39.22)			
ระดับสูง	109.00 (71.24)	44.00 (28.76)			
ระดับทัศนคติในการขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข			23.433	1	0.00
ระดับต่ำ	77.00 (52.38)	70.00 (47.62)			
ระดับสูง	125.00 (78.62)	34.00 (21.38)			

*p-value < 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่

1. ประสบการณ์ การเกิด อุบัติ เหตุ ทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง โดยผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุจะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ 1.90 เท่า (p-value = 0.029, 95% CI; 1.069 - 3.379)
2. ระดับการรับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขีรถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ที่รับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหาร

จัดการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่ไม่มีการรับรู้ด้านกฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง 2.56 เท่า (p-value = 0.001, 95% CI; 1.459 - 4.487)

3. ระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ที่มีทัศนคติที่ดี จะมีการ

จัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดี 2.58 เท่า (p-value = 0.001, 95% CI; 1.492 - 4.461)

4.ระดับสภาพรถจักรยานยนต์ โดยผู้ที่มีสภาพรถจักรยานยนต์ที่ดี จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่มีสภาพรถจักรยานยนต์ที่ไม่ดี 1.86 เท่า (p-value = 0.043, 95% CI; 1.019 - 3.379) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี (n = 306)

ตัวแปรอิสระ	การจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี				
	B	p-value	Exp(B)	95% CI for Exp (B)	
				Lower	Upper
ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง (OR > 1 – ความสัมพันธ์เชิงบวก)	0.642	0.029	1.901	1.069	3.379
ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง (reference)			1		
ระดับการรับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข (สูง) (OR > 1 – ความสัมพันธ์เชิงบวก)	0.940	0.001	2.559	1.459	4.487
ระดับการรับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข (ต่ำ) (reference)			1		
ระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข (สูง) (OR > 1 – ความสัมพันธ์เชิงบวก)	0.948	0.001	2.580	1.492	4.461
ระดับทัศนคติในการขับขี่ (ต่ำ) (reference)			1		
ระดับสภาพรถจักรยานยนต์ (ดี) (OR > 1 – ความสัมพันธ์เชิงบวก)	0.618	0.043	1.855	1.019	3.379

ตัวแปรอิสระ	การจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี			
	B	p-value	Exp(B)	95% CI for Exp (B)
				Lower Upper
ระดับสภาพจักรยานยนต์ (ไม่ดี) (reference)			1	

**p-value<0.001, with Forward stepwise, Hosmer and Lemeshow, p=0.16

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยศึกษาในประชากร คือ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 วิน ประกอบไปด้วย วินหน้าโรงพยาบาลศรีธัญญา วินตรงข้ามหน้าโรงพยาบาลศรีธัญญา วินบาราคนราดูล วินซอยติวานนท์ 14 วินศิริชัย วินงามวงศ์วานซอย 4 วินงามวงศ์วานซอย 2 วินเรวดี วินบักชีติวานนท์ วินอค์นี โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นระยะเวลา 14 วัน ระหว่างวันที่ 17 – 30 เมษายน 2568 หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ได้รับการตอบกลับ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 306 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi square และสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพรถจักรยานยนต์ระดับการรับรู้ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ ระดับการรับรู้การป้องกันตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง 4 ด้านได้แก่ 1.ระดับการรับรู้ด้านนโยบายและการบริหารจัดการรถจักรยานยนต์รับจ้าง 2.ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (ถนน) 3.ระดับการรับรู้ทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข และ 4.ระดับการรับรู้การป้องกันตนเองในการลดอุบัติเหตุการขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งส่วนใหญ่มีคะแนนมากกว่า 25.11 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ขับขี่กลุ่มนี้มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับนโยบายและวิธีการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการใช้รถจักรยานยนต์รับจ้างเพื่อความปลอดภัย ส่วนระดับการรับรู้ในระดับต่ำได้แก่ ระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อม (รถจักรยานยนต์) ส่วนใหญ่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25.11 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ขับขี่กลุ่มนี้อาจมีความเข้าใจในเรื่องของสภาพแวดล้อมของรถจักรยานยนต์ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยน้อยกว่า ปัจจัยด้านอื่น ๆ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้าน

นโยบายการขับขี่ ปัจจัยการรับรู้ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการขับขี่ ปัจจัยระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยผลการศึกษาพบว่า

2.1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.04$) ผู้ขับขี่ที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและมีความระมัดระวังในการขับขี่มากกว่า หรืออาจมีประสบการณ์ที่ช่วยให้สามารถประเมินและจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงได้ดีกว่า ในขณะที่กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะมีความมั่นใจในทักษะของตนเองสูง หรืออาจมีพฤติกรรมที่ทำความเสี่ยงมากกว่า

สถานะภาพสมรรถของผู้นั่งขี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.04$) โดยผู้ที่สมรรถแล้วอาจมีความรู้สึกถึงความรับผิดชอบที่มากขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและคนในครอบครัว แรงจูงใจในการขับขี่อย่างปลอดภัยจึงอาจสูงกว่าผู้ที่ยังโสด ซึ่งอาจไม่ได้มีการผูกพันในลักษณะเดียวกัน

รายได้จากการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.04$) ซึ่งผู้ขับขี่ที่มีรายได้เพียงพอ อาจช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลรักษาจักรยานยนต์ให้อยู่ในสภาพที่ดี และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ความปลอดภัยต่าง ๆ ได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีรายได้น้อยอาจต้องทำงานหนักมากขึ้นและอาจจะเลยการบำรุงรักษา หรือไม่มีกำลังทรัพย์ในการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัย นอกจากนี้ ความเครียดและความกดดันจากภาระค่าใช้จ่ายอาจส่งผลกระทบต่อสมาธิและความรอบคอบในการขับขี่

ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.01$) ซึ่งน่าจะเป็นไปได้ว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุมาก่อน มักจะมีความตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบที่ตามมาอย่างลึกซึ้ง ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการขับขี่ด้วยความระมัดระวัง การปฏิบัติตามกฎจราจร หรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

2.2 ปัจจัยการรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้านนโยบายการขับขี่ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) งานวิจัยของ ภาวินี เอี่ยมตระกูล (2562) พบว่า การรับรู้ด้านกฎหมายส่งผลต่อพฤติกรรมนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในการลดความเสี่ยงอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในเชียงใหม่ และงานวิจัยของ อุไร ชุมภาวดี และคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ด้านกฎหมายและการรับรู้ด้านนโยบายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและนโยบายความปลอดภัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยและการลดอุบัติเหตุ โดยการที่ผู้ขับขี่มีความรู้และความเข้าใจในกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่รถจักรยานยนต์จะเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ขับขี่เข้าใจถึงข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการถูกจับปรับ และที่สำคัญคือการลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

2.3 ปัจจัยการรับรู้ด้านสภาพรถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ Yi Yi Win และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่

พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในกรุงเทพมหานคร เมียนมา คือ การตระหนักถึงสภาพรถ เช่น การบำรุงรักษา ยาง เบรก และระบบไฟ มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยและการลดอุบัติเหตุ ซึ่งงานวิจัยนี้ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างที่ตระหนักถึงสภาพรถที่ดีและพร้อมใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัย จะใส่ใจในการดูแลและบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสอบสภาพรถก่อนการใช้งาน การซ่อมแซมเมื่อพบความผิดปกติ และการเปลี่ยนอะไหล่ตามระยะเวลา เป็นการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากความบกพร่องของตัวเอง

2.4 ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการขับขี่ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอนัญญา หาบุญมี และคณะ (2567)⁽²⁰⁾ พบว่า สภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาจังหวัดหนองคาย และพบว่าพฤติกรรมการขับขี่ เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการขาดการรับรู้สภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมพร พงษ์อารีย์ (2565)⁽²¹⁾ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ดีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เป็นการสนับสนุนความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้สภาพแวดล้อมและการจัดการตัวเองเพื่อลดอุบัติเหตุ จากงานวิจัยครั้งนี้ การที่ผู้ขับขี่รับรู้และเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น สภาพถนนที่ไม่ดี สภาพอากาศที่แปรปรวน การจราจรที่หนาแน่น หรือสิ่งกีดขวางต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ขับขี่สามารถประเมินความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การลดความเร็ว การเพิ่มระยะห่างจากรถคันหน้า หรือการหลีกเลี่ยงเส้นทางที่มีความเสี่ยงสูง

2.5 ปัจจัยระดับทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณิศรา ประโคกกาญจน์ และคณะ (2567) พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนการปฏิบัติ ($r = 0.436$, $p\text{-value} < 0.01$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมพร พงษ์อารีย์ ซึ่งพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ดีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ อันเป็นการสนับสนุนความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้สภาพแวดล้อมและการจัดการตัวเองเพื่อลดอุบัติเหตุ ในงานวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ดี จะสามารถจัดการตนเองเพื่อที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นได้เช่นกัน

3. ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้าง ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่

3.1 ประสพการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์รับจ้าง โดยผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุจะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ 1.90 เท่า ($p\text{-value} = 0.029$, 95% CI; 1.069 - 3.379) ซึ่งสอดคล้องกับอุไร ชุมพวาดี และคณะ (2563) พบว่า ผู้ที่เคยมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ และมีแนวโน้มจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น เช่น การสวมหมวกนิรภัย หรือการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ เนื่องจากประสพการณ์การเกิดอุบัติเหตุช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความเสี่ยง

($p < 0.05$) การวิเคราะห์ด้วย Logistic Regression ยังระบุว่า ประสิทธิภาพการขับขี้นี้ที่มากกว่า 5 ปี และความรู้เกี่ยวกับการขับขี้นี้ที่ปลอดภัย ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่ง ประสิทธิภาพการเกิดอุบัติเหตุทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ขับขี้นี้ตระหนักถึงความเสี่ยง ดังนั้นการที่ผู้ขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุข ที่เกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์มาแล้วอาจจะมีภาระวังตนเองเอง และมีการจัดการตนเองเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นอีก

3.2 ระดับการรับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่ กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ที่รับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้าง จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่ไม่มีการรับรู้ด้านกฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้าง 2.56 เท่า ($p\text{-value} = 0.001$, 95% CI; 1.459 - 4.487) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Akihiro Nishi และคณะ (2018) พบว่า การรับรู้กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดส่งเสริมพฤติกรรมในการขับขี้นี้ที่ปลอดภัย เช่น การปฏิบัติตามกฎจราจร และการใช้เครื่องป้องกัน การรับรู้กฎหมายหมวกกันน็อกส่งเสริมพฤติกรรมในการขับขี้นี้ที่ปลอดภัย เช่น การสวมหมวกกันน็อกและการปฏิบัติตามกฎจราจร ค่า $p\text{-value} = 0.001$ และ $OR = 2.56$ (95% CI: 1.459 - 4.487) ดังนั้น ผู้ขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขที่รับรู้กฎหมายและนโยบายการบริหารจัดการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในระดับสูง จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุได้ดีกว่า ผู้ขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่ กระทรวงสาธารณสุขที่มีการรับรู้กฎหมายและนโยบายในระดับต่ำ

3.3 ระดับทัศนคติในการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ที่มีทัศนคติที่ดี จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ มากกว่า ผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดี 2.58 เท่า ($p\text{-value} = 0.001$, 95% CI; 1.492 - 4.461) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณนิสา ประโคภาญจน์ และคณะ

(2567) พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการขับขี้นี้ที่เหมาะสม เช่น การสวมหมวกกันน็อก และการปฏิบัติตามกฎจราจร ทัศนคติที่ดีต่อความปลอดภัย การเคารพกฎจราจร การมีน้ำใจต่อเพื่อนร่วมทาง และการควบคุมอารมณ์ขณะขับขี้นี้ นอกจากนั้นยังพบว่า การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงของอุบัติเหตุ (Odds Ratio = 1.754, 95% Confidence Interval : 1.117 - 2.752) ผลจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยสนับสนุนว่าผู้ขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างที่มีทัศนคติในการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์ที่ดีกว่า เช่น การสวมหมวกนิรภัยทำให้มีความปลอดภัย การขับขี้นี้โดยเคารพกฎหมาย จะเป็นผู้ที่สามารถจัดการตนเองในการลดอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้ที่มีทัศนคติในการขับขี้นี้รถจักรยานยนต์ในระดับต่ำ

3.4 ระดับสภาพรถจักรยานยนต์ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีสภาพรถจักรยานยนต์ที่ดี จะมีการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุได้ดีกว่า ผู้ที่มีสภาพรถจักรยานยนต์ที่ไม่ดี 1.86 เท่า ($p\text{-value} = 0.043$, 95% CI; 1.019 - 3.379) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของจินต์จุฑา ภาณุมาสวิวัฒน์ (2567) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ระดับสภาพรถจักรยานยนต์ที่ดี เช่น ระบบเบรกและยางเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุ (adjusted OR 1.67, 95% CI: 1.02 - 2.74) ดังนั้นการที่ผู้ขับขี้นี้รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุข มีความตระหนักและดูแลสภาพรถจักรยานยนต์ให้อยู่ในสภาพที่ดี โดยตระหนักถึงความสำคัญของการบำรุงรักษารถจักรยานยนต์อย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจเช็คสภาพยาง เบรก และไฟหน้าก่อนขับขี้นี้ จะเป็นแนวทางสำคัญซึ่งนำมาสู่การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าระดับการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อมและด้านรถจักรยานยนต์ อยู่ในระดับต่ำ กระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เปิดการฝึกอบรมและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความระมัดระวังในสภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยและผลกระทบของสภาพรถต่อความปลอดภัยในการขับขี่ นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากอุบัติเหตุ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างเห็นความสำคัญของการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุ

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการผลักดันนโยบายสนับสนุนให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างมีการจัดการและบำรุงรักษารถจักรยานยนต์ให้อยู่ในสภาพดี หรืออาจพิจารณามาตรการช่วยเหลือหรือส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจสภาพรถจักรยานยนต์ในราคาที่เหมาะสม

3. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการประชาสัมพันธ์ด้านกฎหมายและนโยบายการดำเนินงานด้านถนน หรือการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างอย่างสม่ำเสมอ

4. กระทรวงสาธารณสุข ควรสร้างความตระหนักรู้และสร้างทัศนคติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ดีแก่ผู้ขับขี่

รถจักรยานยนต์รับจ้าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขและชุมชนใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจถึงทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมของการจัดการตนเองเพื่อลดอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในแต่ละกลุ่มอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมขนส่งทางบกจังหวัดนนทบุรี ผู้จัดการวิน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรีทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aroonpakmongkol, P., Chardsumon, P., & Natnaree, A. (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.
- Chumpawadee, U., Homchampa, P., Thongkrajai, P., Suwanimitr, A., & Chadbunchachai, W. (2015). FACTORS RELATED TO Motorcycle Accident Risk Behavior Among University Students In Northeastern Thailand. 46.
- Fu, G., Xie, X., Jia, Q., Li, Z., Chen, P., & Ge, Y. (2020). The development history of accident causation models in the past 100 years: 24Model, a more modern accident causation model. *Process Safety and Environmental Protection*, 134, 47–82.
- Hernandez-Gamboa, A. E., Barceló-Prats, J., Villamizar Osorio, M. L., & Martorell-Poveda, M. A. (2024). Self-management of Risk for the Prevention of Traffic Accidents from a Health Perspective: A Qualitative Study. *Hispanic Health Care International*, 22(3), 254–256.
- Information Statistics Group Department of Highways, Ministry of Transport. (2023). *Traffic Accident on National Highways in 2023*. Retrieved May 16, 2025, from <http://bhs.doh.go.th/download/accident>

- Injury Prevention Division Department of Disease Control. (2024). *Road accident situation, Thailand*. Retrieved May 16, 2025, from <http://https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1587620240712091713.pdf>
- Krejcie, R. V. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Lwin, A. M. M., Win, Y. Y., Aung, T., & Lwin, T. (2016). 514 Factors influencing motorcycle accidents in Nay Pyi Taw, Myanmar. *BMJ*, 353, A185.3–A186.
- Nguyen-Phuoc, D. Q., Nguyen, H. A., De Gruyter, C., Su, D. N., & Nguyen, V. H. (2019, September 1). Exploring the prevalence and factors associated with self-reported traffic crashes among app-based motorcycle taxis in Vietnam. *Transportation Policy* (Oxford), 81, 68–74.
- Nonthaburi Provincial Disaster Prevention and Relief Office. (2024). Road safety action plan Prof. 2024. Retrieved May 16, 2025, from <https://nbi.disaster.go.th/nbi/cms/1935?id=111016>
- Ospina-Mateus, H., Jiménez, L. Q., & López-Valdés, F. J. (2021). The rider behavior questionnaire to explore associations of motorcycle taxi crashes in Cartagena (Colombia). *Traffic Injury Prevention*, 22(S1), S99–S103.
- Pathomporn Phongaree. (2022). *Motorcycle driving behavior and the risk of accidents of food delivery staff in Bangkok*. Retrieved May 16, 2025, from: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetdhttps://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6544>
- Prakobkarn, P., Luangwilai, T., Prempre, P., & Kunno, J. (2024, May 1). Prevalence of motorcycle accidents among food delivery drivers and its relation to knowledge, attitudes, and practices in urban areas in Bangkok, Thailand. *PLoS One*, 19(5).
- Prawpichcha Thelingphon. (2021). Management of motorbike mercenaries on the risk of accidents. Retrieved May 16, 2025, from [http:// so04.tcithaijo.org/index.php/WTURJ /article/view/256216](http://so04.tcithaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/256216)
- Safety Operation Center. (2022). *Thailand Road Safety Master Plan 2022-2027*. Retrieved May 16, 2025, from <https://cdn2.me-qr.com/pdf/17643656.pdf?time=1694680975>
- World Health Organization. (2023). Global status report on road safety 2023. Retrieved May 16, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Determinants of Health Affecting Accessibility to Primary Health Care Services for People in Nonthaburi Province.

Napatsorn Kampeera¹, Seo Ah Hong², Utoomporn Wongsin², Chardsumon Prutipinyo^{2*}

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Kampeera, N., Hong, S. A., Wongsin, U., & Prutipinyo, C. Determinants of Health Affecting Accessibility to Primary Health Care Services for People in Nonthaburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280683

Received: 6 May 2025

Revised: 26 May 2025

Accepted: 1 May 2025

Abstract

This cross-sectional analytic research, examining the accessibility of public health services in primary public health facilities in Nonthaburi Province. The sample consisted of 326 residents from Mueang Nonthaburi District, Bang Yai District, and Sai Noi District, selected through multi-stage sampling. A questionnaire was used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically binary logistic regression analysis with chi-square statistics. Odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) were calculated.

The study found that the overall level of access to primary health care services was low to moderate level (76.4%). The utilization rate of primary health care units was 0.86 (86.2%), with the highest usage observed in Bang Yai District (91.46%). Logistic regression statistics indicated that personal factors, specifically education and occupation, and structural factors such as frequency of receiving services at primary health care units, were significantly associated with access to services ($p < 0.05$).

Therefore, the findings of this study serve as baseline information for developing guidelines and policies aimed at improving public health service delivery. They can inform the planning and development of health service systems and contribute to the enhancement of service quality in a way that is comprehensive and tailored to the context of each area.

Keywords: Determinants of Health; Access; Primary Care

ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ในจังหวัดนนทบุรี

นภัสสร คำภีระ¹, Seo Ah Hong², อุทุมพร วงษ์ศิลป์², ฉัตรสุนน พฤตภิณูญ^{2*}

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*อีเมลติดต่อ: Chardsumon.pru@mahidol.edu

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันที่รับ 6 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข 26 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 1 พฤษภาคม 2568

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง นนทบุรี อำเภอบางใหญ่ และอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 326 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยสถิติไค-สแควร์ อัตราเสี่ยง (Odds ratio : OR) ประมาณค่าช่วงความ เชื่อมั่นที่ 95% (Confidence Interval : CI)

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับน้อย- ปานกลาง (ร้อยละ 76.4) สัดส่วนการใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ 0.86 (ร้อยละ 86.2) โดยพบ สัดส่วนการเลือกใช้บริการมากที่สุดในอำเภอบางใหญ่ (ร้อยละ 91.46) ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา และอาชีพ ปัจจัยเชิง โครงสร้างด้านความถี่ในการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการ เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางและวางแผนการ พัฒนานโยบายรวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพของหน่วยบริการได้ อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: ปัจจัยกำหนดสุขภาพ; การเข้าถึง; บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บทนำ

ประเทศไทยดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวถึง “บริการสาธารณสุข” ตามมาตรา 3 หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (National Health Security Act, 2002) และต่อมาได้มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเพิ่มสิทธิประโยชน์ทั้งด้านการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูอย่างรอบด้าน ส่งผลให้ประชาชนไทยมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่สำคัญของการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการขยายสิทธิประโยชน์ให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยที่อยู่ในเขตเมือง พื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท รวมทั้งเขตชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้มากยิ่งขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายตลอดจนความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล (Office of the National Economic and Social Development Council, 2021) โดยระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ถือเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในระดับเขตสุขภาพแยกตามเขตรับผิดชอบที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Department : OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2023) พบว่าในปีงบประมาณ 2566 เขตสุขภาพที่ 4 มีร้อยละการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นร้อยละ 45.74 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดในระดับเขตสุขภาพ เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดนนทบุรีมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบหน่วยงานปฐมภูมิ จำนวน 914,532 ราย และมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานปฐมภูมิที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 234,792 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 25.67 (ข้อมูล ณ 14

พฤศจิกายน 2566) ซึ่งเป็นอัตราที่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆในเขตสุขภาพเดียวกัน แสดงให้เห็นว่ามีสัดส่วนของประชาชนอีกร้อยละ 74.33 ของจังหวัดนนทบุรีที่ไม่ใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรืออาจเข้าไม่ถึงบริการ และเมื่อเข้าถึงข้อมูลรายงานผลในระดับเขตพื้นที่แยกรายอำเภอของจังหวัดนนทบุรี ทั้งหมด 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางกรวย อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางบัวทอง อำเภอไทรน้อย และอำเภอบางเกร็ด พบว่าไม่มีอำเภอใดเลยของจังหวัดนนทบุรีที่มีสัดส่วนของประชาชนที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิถึงค่าเป้าหมายที่กำหนด

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงสนใจศึกษาข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี และเนื่องจากยังไม่พบรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาสัดส่วนของการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีการศึกษาแยกตามบริบทของพื้นที่เขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพในปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางและวางแผนการพัฒนานโยบายรวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพของหน่วยบริการได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาสัดส่วนของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

2. เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. บริบทของพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรีที่แตกต่างกัน (พื้นที่ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทหรือชานเมือง) จะมีสัดส่วนการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ ในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรีทั้ง 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางกรวย อำเภอบางใหญ่ อำเภอบางบัวทอง อำเภอไทรน้อย และอำเภอบางบัวทอง จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ 296 คน (W.G. Cochran, 1953) และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามจำนวนที่ต้องการและเพื่อให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เลือกอำเภอจากลักษณะพื้นที่ตามบริบทชุมชนของ

จังหวัดนนทบุรีได้เป็น 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางใหญ่ และอำเภอไทรน้อย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ประชาชนอายุระหว่าง 20 - 70 ปี เป็นผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางใหญ่ และอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion criteria) ผู้ที่ส่งแบบสอบถามเกินช่วงระยะเวลาที่กำหนด และปฏิเสธการให้ข้อมูลหลังยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ชั้นพื้นฐาน ภาวะสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ระยะทางในการเดินทาง บริบทของพื้นที่อยู่อาศัย และสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วยด้านรายได้และสถานภาพการทำงาน จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงให้เหมาะสม จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.96 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษานี้จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดลาดปลาตุก อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เท่ากับ 0.85 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มากกว่า 0.70 คือ มีความเชื่อมั่นสูง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เรียนถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี และนายกเทศมนตรีนครนนทบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่การวิจัย พร้อมประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่หน่วยบริการ จำนวน 9 หน่วยบริการ แจ้งวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมขอตัวแทนแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล เพื่อลงพื้นที่ติดต่อประชาชนกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ โดยการยินยอมตอบกลับผ่าน Google form

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2025-030 รหัสโครงการ 3/2568 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม และปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยสถิติไค-สแควร์ อัตราเสี่ยง (Odds ratio : OR) ประเมินค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (Confidence Interval : CI) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.9) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 40.2) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (ร้อยละ 32.8) สถานภาพมีคู่และอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.4) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ห้างร้านเอกชน/รับจ้าง (ร้อยละ 29.7) สิทธิการรักษาพยาบาลชั้นพื้นฐานส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประเภทสิทธิบัตรทอง (30 บาท) (ร้อยละ 59.5) ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.9) และส่วนใหญ่คิดว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง-ไม่ดีมาก (ร้อยละ 46.6)

ด้านปัจจัยเชิงโครงสร้าง พบว่า ระยะทางในการเดินทางจากที่พักอาศัยของผู้ตอบแบบสอบถามถึงหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรือศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร (ร้อยละ 74.2) บริบทของพื้นที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (ร้อยละ 55.8) ด้านสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 86.2) และเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการไปหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (ร้อยละ 67.2) การเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (1-2 ครั้ง) (ร้อยละ 41.4) และคิดว่าจะเลือกรับบริการด้านตรวจรักษาโรค/ตรวจสุขภาพ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 52.1)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 15,000 บาท (ร้อยละ 43.0) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 56.4) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.6) คิดว่ารายได้ที่ได้รับมีความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 39.9) สถานภาพการทำงานลูกจ้าง (ร้อยละ 40.5) และจากสถานภาพการทำงาน คิดว่ามีสวัสดิการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ (ร้อยละ 80.4)

สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทสิทธิบัตรทอง (30 บาท) ร้อยละ 59.5 และการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่ามีการ

เลือกใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็นสัดส่วนของการใช้บริการ 0.86 (ร้อยละ 86.2) เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่แยกตามรายอำเภอพบว่าสัดส่วนของการเลือกใช้บริการมากที่สุดในอำเภอบางใหญ่ (ร้อยละ 91.46) รองลงมาคืออำเภอไทรน้อย (ร้อยละ 90.24) และอำเภอเมือง (ร้อยละ 83.25) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ในภาพรวมของประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับน้อย-ปานกลาง จำนวน 249 คน (ร้อยละ 76.4)

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแยกตามรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมาก โดยด้านที่มีการเข้าถึงในระดับมาก ได้แก่ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ($\bar{X}$ = 4.13, S.D. = 0.610) รองลงมา คือ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ ($\bar{X}$ = 4.09, S.D. = 0.592) ด้านการเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X}$ = 3.92, S.D. = 0.602) และด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ($\bar{X}$ = 3.49, S.D. = 0.391) และการเข้าถึงในระดับปานกลาง คือ ด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ($\bar{X}$ = 2.86, S.D. = 0.401)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการศึกษาและอาชีพ และปัจจัยเชิงโครงสร้างในด้านความถี่ในการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 รายละเอียดตาม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี (n=326)

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ		Chi-square (df)	p-value
	ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี			
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	71 (74.7)	24 (25.3)	0.201	0.654
หญิง	178 (77.1)	53 (22.9)	(1)	
อายุ				
20 – 39 ปี	52 (72.2)	20 (27.8)	1.388	0.500
40 – 59 ปี	93 (75.6)	30 (24.4)	(2)	
60 – 70 ปี	104 (79.4)	27 (20.6)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	54 (74.0)	19 (26.0)	7.902	0.048*
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (63.0)	20 (37.0)	(3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	74 (80.4)	18 (19.6)		
อนุปริญญา/ปวส./ปวศ.สูง				
ปริญญาตรีและสูงกว่า	87 (81.3)	20 (18.7)		
สถานภาพสมรส				
โสด	75 (76.5)	23 (23.5)	0.086	0.958
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	132 (75.9)	42 (24.1)	(2)	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	42 (77.8)	12 (22.2)		
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	9 (60.0)	6 (40.0)	12.333	0.030*
ข้าราชการ/พนักงาน	61 (81.3)	14 (18.7)	(5)	
รัฐวิสาหกิจ/ เกษียณ				
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน	75 (77.3)	22 (22.7)		
เอกชน/รับจ้าง				
ค้าขาย	45 (78.9)	12 (21.1)		
เกษตรกร/ทำนา/ทำสวน/ทำไร่	13 (52.0)	12 (48.0)		
อื่นๆ (แม่บ้าน, ว่างงาน)	46 (80.7)	11 (19.3)		

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี		Chi-square (df)	p-value
	น้อย-ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				
สิทธิบัตรทอง	143 (73.7)	51 (26.3)	2.399	0.494
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	51 (78.5)	14 (21.5)	(3)	
สิทธิประกันสังคม	47 (81.0)	11 (19.0)		
สิทธิประกันสุขภาพ	8 (88.9)	1 (11.1)		
รายบุคคล/รายกลุ่ม/อื่นๆ				
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	114 (77.6)	33 (22.4)	0.203	0.652
มีโรคประจำตัว	135 (75.4)	44 (24.6)	(1)	
ภาวะสุขภาพโดยรวม				
ดีมาก	28 (68.3)	13 (31.7)	2.343	0.310
ดี	106 (79.7)	27 (20.3)	(2)	
ปานกลาง-ไม่ดีมาก	115 (75.7)	37 (24.3)		
ระยะทางจากที่พักมาหน่วยบริการ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร	186 (76.9)	56 (23.1)	3.300	0.348
6-10 กิโลเมตร	54 (77.1)	16 (22.9)	(3)	
11-15 กิโลเมตร	4 (50.0)	4 (50.0)		
16 กิโลเมตรขึ้นไป	5 (83.3)	1 (16.7)		
เขตพื้นที่ตั้งของสถานที่อยู่อาศัย				
เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง	98 (77.8)	28 (22.2)	0.895	0.639
เทศบาลตำบล	15 (83.3)	3 (16.7)	(2)	
อบต.	136 (74.7)	46 (25.3)		
การเลือกใช้บริการสุขภาพ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเจ็บป่วย				
เลือกใช้บริการ	210 (74.7)	71 (25.3)	3.062	0.080
ไม่เลือกใช้บริการ	39 (86.7)	6 (13.3)	(1)	
การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย				
ซื้อยากินเอง	22 (88.0)	3 (12.0)	5.131	0.162
ไปหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่	160 (73.1)	59 (26.9)	(3)	
ไปรพ.รัฐบาล	46 (79.3)	12 (20.7)		
ไปรพ.เอกชน /คลินิกเอกชน	21 (87.5)	3 (12.5)		

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี		Chi-square (df)	p-value
	น้อย-ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในรอบปีที่ผ่านมา				
ไม่รับบริการเลย	29 (82.9)	6 (17.1)	7.856	0.049*
น้อย (1 – 2 ครั้ง)	111 (82.2)	24 (17.8)	(3)	
ปานกลาง (3 – 5 ครั้ง)	77 (72.0)	33 (28.0)		
มาก (มากกว่า 5 ครั้ง)	32 (65.3)	17 (34.7)		
ประเภทบริการที่คิดว่าจะใช้บริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ				
ตรวจรักษาโรค/ตรวจสุขภาพ	127 (74.7)	43 (25.3)	1.210	0.944
แพทย์นัดติดตามอาการ	40 (75.5)	13 (24.5)	(5)	
ฉีดยา/ทำแผล	32 (78.0)	9 (22.0)		
บริการทันตกรรม	20 (83.3)	4 (16.7)		
บริการแพทย์แผนไทย	25 (78.1)	7 (21.9)		
อื่นๆ	5 (83.3)	1 (16.7)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
600 – 1,500 บาท	16 (88.9)	2 (11.1)	4.137	0.388
1,501 – 5,000 บาท	37 (77.1)	11 (22.9)	(4)	
5,001 – 15,000 บาท	103 (73.6)	37 (26.4)		
15,001 – 20,000 บาท	41 (71.9)	16 (28.1)		
20,000 บาท ขึ้นไป	52 (82.5)	11 (17.5)		
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
600 – 1,500 บาท	6 (85.7)	1 (14.3)	2.081	0.721
1,501 – 5,000 บาท	11 (64.7)	6 (35.3)	(4)	
5,001 – 15,000 บาท	56 (78.9)	15 (21.1)		
15,001 – 20,000 บาท	37 (78.7)	10 (21.3)		
20,000 บาท ขึ้นไป	139 (75.5)	45 (24.5)		
ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพ				
เพียงพอและเหลือเก็บ	84 (73.0)	31 (27.0)	1.705	0.426
เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ	104 (80.0)	26 (20.0)	(2)	
ไม่เพียงพอ	61 (75.3)	20 (24.7)		
สถานภาพการทำงาน				
นายจ้าง	3 (75.0)	1 (25.0)	2.795	0.593
ผู้ทำงานส่วนตัว/ธุรกิจส่วนตัว	78 (80.4)	19 (19.6)	(4)	
ลูกจ้าง	102 (77.3)	30 (22.7)		

ตัวแปร	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ		Chi-square (df)	p-value
	ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี			
	น้อย-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ช่วยธุรกิจส่วนตัวในครัวเรือนโดย ไม่ได้รับค่าจ้าง	5 (62.5)	3 (37.5)		
ว่างงาน	61 (71.8)	24 (28.2)		
สวัสดิการรักษายาบาล				
เพียงพอกับสถานภาพการ ทำงาน	195 (74.4)	67 (25.6)	2.821	0.093
ไม่เพียงพอกับสถานภาพการ ทำงาน	54 (84.4)	10 (15.6)	(1)	

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติโค-สแควร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการศึกษาและอาชีพ และปัจจัยเชิงโครงสร้างในด้านความถี่ในการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ จึงนำตัวแปรดังกล่าวไปหาการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) และเพื่อให้มีความครอบคลุมของปัจจัยตัวแปรต้นตามกรอบการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมด้านรายได้ในการหาการถดถอยโลจิสติก

ตัวแปรด้านการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.048$) โดยระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีระดับการเข้าถึงบริการในระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.8 เมื่อพิจารณาโอกาสต่อการเข้าถึงบริการ พบว่าการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีโอกาสการเข้าถึงบริการในระดับมาก มากกว่าการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา 1.7 เท่า (95% CI; 0.78-3.58) และพบว่าระดับการศึกษาม.ปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปศ.สูง และปริญญาตรี

และสูงกว่า เป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการในระดับมากลดลง ร้อยละ 30

ตัวแปรด้านอาชีพ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.030$) โดยอาชีพเกษตรกร/ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ มีระดับการเข้าถึงบริการในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 48.0 เมื่อพิจารณาโอกาสต่อการเข้าถึงบริการ พบว่าอาชีพกลุ่มเกษตรกร/ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ เป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการในระดับมากลดลง ร้อยละ 30 และกลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เกษียณ กลุ่มพนักงานบริษัท/เอกชน/รับจ้าง และกลุ่มค้าขาย เป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการในระดับมากลดลง ร้อยละ 70 และกลุ่มอาชีพอื่นๆเป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการในระดับมากลดลงร้อยละ 80

ตัวแปรด้านความถี่ในการรับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า ความถี่ในการเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.049$) โดยพบความถี่ในการรับบริการมาก (มากกว่า 5 ครั้ง) มากที่สุด ร้อยละ 34.7 เมื่อพิจารณาโอกาสต่อการ

เข้าถึงบริการ พบว่า ความถี่ในการรับบริการระดับมาก (มากกว่า 5 ครั้ง) และระดับปานกลาง (3-5 ครั้ง) มีโอกาส การเข้าถึงบริการในระดับมาก มากกว่าการไม่ได้รับบริการ เลย 1.9 เท่า (95% CI; 0.62-5.51) และ 1.5 เท่า (95% CI; 0.53-3.97) ตามลำดับ และพบว่า การรับบริการน้อย (1-2 ครั้ง) เป็นปัจจัยป้องกันที่ทำให้โอกาสการเข้าถึง บริการในระดับมากลดลง ร้อยละ 20

ตัวแปรด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและรายได้ ครอบครัวยังเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการ เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนใน จังหวัดนนทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.388$ และ $p=0.721$) แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ ความถี่ในการเข้ารับบริการและรายได้ กับการเข้าถึงหน่วย บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ($n=326$)

ตัวแปร	จำนวน ตัวอย่าง	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพพระดบั					
		ปฐมภูมิ (n = 326)		Chi	95% CI for OR		
		น้อย-ปานกลาง	มาก	p-value	OR	Lower	Upper
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ระดับการศึกษา	326	249 (76.4)	77 (23.6)	0.048*			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ^{ef}	73	54 (74.0)	19 (26.0)				
มัธยมศึกษาตอนต้น	54	34 (63.0)	20 (37.0)		1.7	0.78	3.58
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ อนุปริญญา/ปวส./ปกศ.สูง	92	74 (80.4)	18 (19.6)		0.7	0.33	1.44
ปริญญาตรีและสูงกว่า	107	87 (81.3)	20 (18.7)		0.7	0.32	1.33
อาชีพ	326	249 (76.4)	77 (23.6)	0.030*			
นักเรียน/นักศึกษา ^{ef}	15	9 (60.0)	6 (40.0)				
ข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ/เกษียณ	75	61 (81.3)	14 (18.7)		0.3	0.08	0.97
พนักงานบริษัท/เอกชน/ รับจ้าง	97	75 (77.3)	22 (22.7)		0.3	0.09	1.05
ค้าขาย	57	45 (78.9)	12 (21.1)		0.3	0.07	0.97
เกษตรกร/ทำนา/ทำสวน/ทำ ไร่	25	13 (52.0)	12 (48.0)		0.7	0.18	3.03
อื่นๆ	57	46 (80.7)	11 (19.3)		0.2	0.06	0.79
การรับบริการ ณ หน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ	326	249 (76.4)	77 (23.6)	0.049*			
ไม่รับบริการเลย ^{ef}	35	29 (82.9)	6 (17.1)				
น้อย (1-2 ครั้ง)	135	111 (82.2)	24 (17.8)		0.8	0.29	2.22
ปานกลาง (3-5 ครั้ง)	107	77 (72.0)	33 (28.0)		1.5	0.53	3.97
มาก (มากกว่า5ครั้ง)	49	32 (65.3)	17 (34.7)		1.9	0.62	5.51

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	326	249 (76.4)	77 (23.6)	0.388		
600-1,500 บาท ^{ef}	18	16 (88.9)	2 (11.1)			
1,501-5,000 บาท	48	37 (77.1)	11 (22.9)	1.8	0.27	12.60
5,001-15,000 บาท	140	103 (73.6)	37 (26.4)	3.3	0.52	21.39
15,001-20,000 บาท	57	41 (71.9)	16 (28.1)	3.4	0.49	23.74
20,000 บาทขึ้นไป	63	52 (82.5)	11 (17.5)	1.7	0.24	12.68
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	326			0.721		
600-1,500 บาท ^{ef}	7	6 (85.7)	1 (14.3)			
1,501-5,000 บาท	17	11 (64.7)	6 (35.3)	2.0	0.13	32.13
5,001-15,000 บาท	71	56 (78.9)	15 (21.1)	0.7	0.05	8.86
15,001-20,000 บาท	47	37 (78.7)	10 (21.3)	0.6	0.04	8.72
20,000 บาทขึ้นไป	184	139 (75.5)	45 (24.5)	0.8	0.06	11.35

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 76.4) เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแยกตามรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องตามการศึกษาของ (Chansukree, P., Rungjindarat, N., and Jiwatan, P., 2017) ที่ ทำการศึกษาปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับประเทศแยกรายด้าน พบว่าด้านที่ประชาชนมีการเข้าถึงน้อยที่สุด คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการโดยมีผลอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ (Khuneepong, A., 2019) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลประเภทบัตรทอง (30 บาท) ร้อยละ 59.5 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงนับว่าเป็นนโยบายสำคัญ ที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการจัดบริการ

สุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับปานกลางถึงมากและมีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันที่มีการขับเคลื่อนนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ โดยทางรัฐบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ลดระยะเวลาในการเดินทาง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานได้มากขึ้น

ด้านสัดส่วนของการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็นสัดส่วนของการใช้บริการ 0.86 (ร้อยละ 86.2) เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่แยกตามรายอำเภอพบว่าสัดส่วนของการเลือกใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิพบมากที่สุดในอำเภอบางใหญ่ คือ 0.914 (ร้อยละ 91.46) อำเภอไทรน้อย 0.902 (ร้อยละ 90.24) และอำเภอ

เมืองนนทบุรี 0.832 (ร้อยละ 83.25) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสัดส่วนการใช้บริการในอำเภอเมืองจะน้อยที่สุด เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีจำนวนประชากรและความหนาแน่นของประชากรมาก จากข้อมูลรายงานสถิติของจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2567 (Nonthaburi Provincial Statistical Office, 2024) ด้านความหนาแน่นของประชากรจำแนกรายอำเภอ พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่าอำเภอเมืองนนทบุรีมีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 4,674.66 ต่อตารางกิโลเมตร อำเภอบางใหญ่มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 1,765.80 ต่อตารางกิโลเมตร และอำเภอไทรน้อย มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 410.97 ต่อตารางกิโลเมตร ดังนั้น เป็นไปได้ว่าความหนาแน่นของประชากรในพื้นที่อาจส่งผลให้เกิดการขยายจำนวนของสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเพื่อรองรับกับจำนวนประชากรดังกล่าว โดยข้อมูลทีกล่าวมานั้นก็มีความสอดคล้องตามข้อมูลของรายงานสถิติจังหวัดนนทบุรี ปี 2566 (Nonthaburi Provincial Statistical Office, 2023) โปะว่าอำเภอเมืองนนทบุรีมีจำนวนหน่วยบริการมากที่สุด ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เขตเมืองอาจมีทางเลือกในการเข้ารับบริการได้มากกว่าในอำเภออื่นที่มีจำนวนสถานพยาบาลน้อยกว่า โดยข้อมูลการเข้าถึงบริการดังกล่าว พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ (Sanguanprasith, B., et al., 2019) พบว่าวิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิ คือ การเอื้อการเข้าถึงบริการ โดยประกอบไปด้วยการเพิ่มจำนวนสถานบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ และการกำหนดพื้นที่การให้บริการแต่ละแห่งอย่างชัดเจน และการมีเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิอยู่ในระยะที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

การศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ระดับการศึกษาและอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Tassana Thammaros และ Nutta Taneepanichskul, 2024) ในการศึกษาปัจจัยด้านอาชีพ

(การมีสถานะการจ้างงาน) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีสถานะว่างงาน จะอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสาเหตุอาจมาจากปัจจัยด้านรายได้ของผู้ป่วยที่อาจไม่มีรายได้เพียงพอในการเข้าถึงระบบสุขภาพ และการศึกษาของ (Nantawattanakorn, S., 2023) ทำการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.เวียงแหง จ.เชียงใหม่ พบว่าปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ระดับศึกษาก็มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการศึกษาสูงขึ้นจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ทั้งในการดูแลสุขภาพและรับรู้ ประโยชน์ในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล โดยพบการศึกษาที่สอดคล้องกันของ (Mongkolsuebskul, W., 2022) ที่ทำการศึกษาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของไทย พบว่า การศึกษาเป็นหนึ่งในปัญหาของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่สำคัญ มีการกล่าวว่าการศึกษาที่สูงกว่าจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้ดีกว่า และการศึกษาของ (Thanwong, T., 2016) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพ อ.เขาย้อย จ.เพชรบุรี พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเชิงโครงสร้างในด้านความถี่ในการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ คิด

เป็นสัดส่วนของการใช้บริการ 0.86 (ร้อยละ 86.2) และพบว่าความถี่ในการรับบริการหรือการใช้บริการสุขภาพในปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (1-2 ครั้ง) (ร้อยละ 41.4) โดยความถี่หรือจำนวนครั้งในการรับบริการมีผลต่อการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ เพราะจำนวนครั้งที่ประชาชนเข้าใช้บริการสุขภาพเป็นตัวชี้วัดถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก หากมีจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการสูงแสดงว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งอาจบ่งบอกถึงคุณภาพบริการที่ดีหรือการมีระบบการจัดการที่ทำให้เข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Khuneepong, A., 2019) ที่ทำการศึกษาระดับจังหวัดที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข และการใช้บริการสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation : HA, 2021) ที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สธพ.) ได้พัฒนาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยมีหัวข้อด้านการเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry) เพื่อให้องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเชิงทางเศรษฐกิจสังคมด้านรายได้และสถานภาพการทำงานในการศึกษานี้ พบว่าเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thanwong, T., 2016) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้มีรายได้สูงมีศักยภาพในการเลือกใช้บริการจากสถานบริการอื่นได้ และ

การศึกษาของ (Tumthongkham, J., 2017) กล่าวว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคม ปัจจุบันที่สนองความต้องการด้านต่างๆ รวมถึงการศึกษาของ (Chaisawat, P., et al., 2016) พบว่ารายได้ประจำเดือน มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. บริบทของพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรีที่แตกต่างกัน จะมีสัดส่วนการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยตั้งอยู่ในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 55.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ คิดเป็นสัดส่วนของการใช้บริการ 0.86 (ร้อยละ 86.2) ในระดับพื้นที่ เมื่อแยกตามรายอำเภอพบว่าสัดส่วนการเลือกใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดในอำเภอบางใหญ่ (ร้อยละ 91.46) รองลงมาคืออำเภไทรน้อย (ร้อยละ 90.24) และอำเภอเมืองนนทบุรี (ร้อยละ 83.25) โดยสัดส่วนการใช้บริการในอำเภอเมืองจะน้อยที่สุด เนื่องมาจากในพื้นที่เขตเมืองมีความหนาแน่นของประชากรมากกว่า ส่งผลให้มีจำนวนของสถานพยาบาลมากเพื่อรองรับกับจำนวนประชากร ประชาชนในพื้นที่จึงมีทางเลือกในการเข้ารับบริการได้มากกว่าในเขตอำเภออื่น

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาและด้านอาชีพ ปัจจัยเชิงโครงสร้างในด้านความถี่ในการเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ แต่ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมายและวางแผนการพัฒนานโยบายรวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

2. จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงน้อยที่สุดคือด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพควรมีการกำหนดนโยบายหรือมาตรการเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังหน่วยบริการของประชาชน โดยอาจมีการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี Telemedicine เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำในการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

3. จากการศึกษาพบว่า ประเภทการบริการที่ประชาชนคิดว่าจะใช้บริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิน้อยที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้คือ บริการทันตกรรมและแพทย์แผนไทย หน่วยบริการจึงควรมีการสนับสนุนการจัดบริการพื้นฐานเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น เพราะปัจจุบันโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยจัดเป็นบริการพื้นฐานที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญให้ประชาชนไทยพึงได้รับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดนนทบุรีเพียงพื้นที่เดียว ควรมีการศึกษา

เปรียบเทียบในบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เช่น ในต่างเขตสุขภาพหรือจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงเพื่อที่จะได้ทราบถึงข้อมูลที่หลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ปัจจัยความต้องการ แรงจูงใจในการเข้ารับบริการ หรือการตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และควรมีการศึกษารูปแบบปัจจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ซึ่งจะช่วยให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการนำมาวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพของหน่วยบริการต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรในหลายกลุ่มวัยให้มากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนส่วนใหญ่ในการเข้ารับบริการสุขภาพจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงทำให้ข้อมูลไม่มีการกระจายและครอบคลุมประชากรกลุ่มอื่นๆ และเพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและทั่วถึง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี นายกเทศมนตรีนครนนทบุรี ผู้อำนวยการหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง ตลอดจนบุคลากรในการประสานงานและการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- National Health Security Act, B.E. 2545 (2002). (2002, November 11). *Royal Thai Government Gazette*, 119 (116 A), 1–24.
- Office of the National Economic and Social Development Council.(2021).*Thailand's sustainable development goals progress report 2016–2020* (1st ed., Vol.1).CD Media Guide Co., Ltd. <https://www.sdgport-th.org/2021/09/nescd-thailands-sdg-report-2016-2020/>
- Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health. (2023). *Percentage of outpatient (OPD) service utilization by population in primary care units*.https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=4ff86c66762cf5a37e04c12c8a_b08752
- Cochran, W.G. (1953) *Sampling Techniques*. New York : John Wiley & Sons.
- Chansukree, P., Rungjindarat, N., and Jiwatan, P. (2017). Inequality in access to public health services in Thailand: A case study of Universal Health Coverage beneficiaries (Research report). Bangkok: Research Center, National Institute of Development Administration.
- Khuneepong, A. (2019). Factors influencing access to health services among the elderly in Pathum Thani Province. *Journal of the Department of Medical Services*, 44(5), 75–80.
- Nonthaburi Provincial Statistical Office. (2024). Nonthaburi provincial statistical report 2024 (1st ed., Vol. 1). Nonthaburi Provincial Statistical Office. <https://form.jotform.com/242831328253454>
- Nonthaburi Provincial Statistical Office. (2023). Nonthaburi provincial statistical report 2023 (1st ed., Vol. 1). Nonthaburi Provincial Statistical Office. <https://form.jotform.com/233021740129445>
- Sanguanprasith, B., et al. (2019). Urban primary health care system for service accessibility: A systematic narrative literature review. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 20(3), 166–174.
- Tassana Thammaros, Nutta Taneepanichskul. (2024). The Levels and Factors Associated with Access to Primary Care Services among Hypertensive Patients in Muang District, Phetchabun Province, Thailand : A Cross-Sectional Study. *South Eastern European Journal of Public Health*, 24, 23-30.
- Nantawattanakorn, S. (2023). Access to health services among the elderly at Subdistrict Health Promoting Hospitals in Wiang Haeng District, Chiang Mai Province. Chiang Mai Provincial Public Health Office. <https://www.chiangmaihealth.go.th /document/231122170062611826.pdf>
- Mongkolsuebskul, W. (2022). Access to public health services in Thailand: Reflections and disparities among socially vulnerable groups. *Southeast Asia University Journal of Humanities and Social Sciences*, 6, 55–69.
- Thanwong, T. (2016). Factors associated with healthcare service utilization among patients with chronic diseases at Tambon Health Promoting Hospitals in Khao Yoi District, Phetchaburi Province. *Journal of Safety and Health*, 9(31), 26–36.
- Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2021). *Hospital and health service standards*, 5th edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); Tian Kuang Printing.
- Tumthongkham, J. (2017). *Factors affecting health behaviors of the elderly in Bang Lamung Municipality, Bang Lamung District, Chonburi Province* [Master's thesis, Burapha University]. Dspace Repository. <https://buuir.buu.ac.th/xmlui /handle/1234567890/8772>

Factors Associated with Digital Skills of Personnel in the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health

Onvika Kohyoor¹ Youwanuch Sattayasomboon² Jutatip Sillabutra³ Sarunya Benjakul⁴ Attasit Srisubat⁵

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

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

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

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

5. Independent scholar

Corresponding author: e-mail : youwanuch.s@gmail.com

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Kohyoor, O., Sattayasomboon, Y., Sillabutra, J., Benjakul, S., & Srisubat, A. Relationship Between Computer Program Usage and Digital Skills of Personnel in the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280666

Received: 6 May 2025

Revised: 2 June 2025

Accepted: 5 June 2025

This cross-sectional descriptive research aimed to assess the digital skills level of personnel, and to examine the relationships between personal factors, computer program usage, and digital skills among personnel of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. The sample consisted of 288 personnel who had been employed for at least six months and were not in administrative positions. Data were collected between July and August 2023, using a self-administered questionnaire. The questionnaire showed excellent validity (IOC = 1.0) and reliability (α = 0.955, 0.935). Data were analyzed for descriptive statistics and inferential methods, including Spearman's rank and point-biserial correlation coefficients.

The results indicated that personnel had a high level of digital skills (Mean = 4.02 ± 0.59). Factors significantly associated with digital skills included age ($r = -0.25$, p-value < 0.001), educational level ($r = 0.12$, p-value < 0.039), number of personal digital devices ($r = 0.27$, p-value < 0.001), and digital technology training ($r = 0.16$, p-value < 0.008). Additionally, the frequency of using MS Word ($r = 0.116$, $p = 0.049$), MS PowerPoint ($r = 0.221$, $p < 0.001$), email ($r = 0.187$, $p = 0.001$), Google for information searching ($r = 0.231$, $p = 0.001$), the HDC program ($r = 0.209$, $p < 0.001$), and online meeting platforms ($r = 0.151$, $p = 0.010$), were significantly correlated with the digital skills. The findings suggest that administrators should enhance personnel's digital skills by providing comprehensive digital training.

Keywords: Digital skills; digital program usage; healthcare personnel; the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อรรวิกา เกษะยอ¹ ยวนุช สัตยสมบุญ² จุฑาธิป ศีลบุตร³ ศรัณญา เบญจกุล⁴ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ⁵

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ประจำภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. อาจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. นักวิชาการอิสระ

ผู้ประสานงานวิจัย ติดต่ออีเมล : youwanuch.sat@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 6 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 2 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ 4 มิถุนายน 2568

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 288 คน ที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป และไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหาร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 1.0) และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ($\alpha = 0.955, 0.935$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และ ค่าควอร์ไทล์ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.02 ± 0.59) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.25, p\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา ($r = 0.12, p\text{-value} < 0.039$) จำนวนอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว ($r = 0.27, p\text{-value} < 0.001$) และการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ($r = 0.16, p\text{-value} < 0.008$) นอกจากนี้การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้แก่ MS Word ($r = 0.116, p = 0.049$) MS PowerPoint ($r = 0.221, p = < 0.001$) ใช้ Electronic mail ($r = 0.187, p = 0.001$) ใช้ google สืบค้นข้อมูล ($r = 0.231, p = 0.001$) ใช้โปรแกรม HDC ($r = 0.209, p = < 0.001$) และ โปรแกรมประชุมออนไลน์ ($r = 0.151, p = 0.010$) ผลวิจัยนี้เสนอแนะให้ผู้บริหารกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกวางแผนพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลแก่บุคลากรโดยเน้นการอบรมเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลให้ทั่วถึง

คำสำคัญ: ทักษะด้านดิจิทัล; การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์; บุคลากร; กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

บทนำ

ในยุคดิจิทัลปัจจุบัน เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรภาครัฐอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้โปรแกรมดิจิทัล (Digital Applications) ต่าง ๆ ในคอมพิวเตอร์ ที่สนับสนุนการทำงาน สิ่งเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ลดระยะเวลา และอำนวยความสะดวกในการสื่อสารข้อมูล (World Economic Forum, 2020) บุคลากรภาครัฐจำเป็นต้องมีทักษะด้านดิจิทัลอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถปรับตัวทำงานเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสนับสนุนการดำเนินนโยบาย "รัฐบาลดิจิทัล" (Digital Government) ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย (The National Board of Digital Economy and Society Office, 2022) อย่างไรก็ตาม การประเมินระดับความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐในปี 2566 พบว่า ศักยภาพด้านดิจิทัลของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (Digital Capability) ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา โดยเฉพาะด้านการจัดการข้อมูล ความปลอดภัยทางไซเบอร์ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน หนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบคือ บุคลากรภาครัฐจำนวนมากยังขาดความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะดิจิทัลของตนเอง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรเกิดความล่าช้า (Digital Government Development Agency (Public Organization), 2022)

ความรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (Ng, 2012) ทักษะดิจิทัล หมายถึง ความสามารถในการใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัล เทคโนโลยี และแอปพลิเคชัน สำหรับการทำงาน (Ministry of Digital Economy and Society, 2020) โดย

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) กำหนดให้บุคลากรภาครัฐได้รับการพัฒนา กลุ่มทักษะด้านความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ กลุ่มทักษะการควบคุมกำกับและปฏิบัติตามกฎหมาย นโยบายมาตรฐานการจัดการด้านดิจิทัล เป็นทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากรภาครัฐ (Office of the Civil Service Commission, 2019)

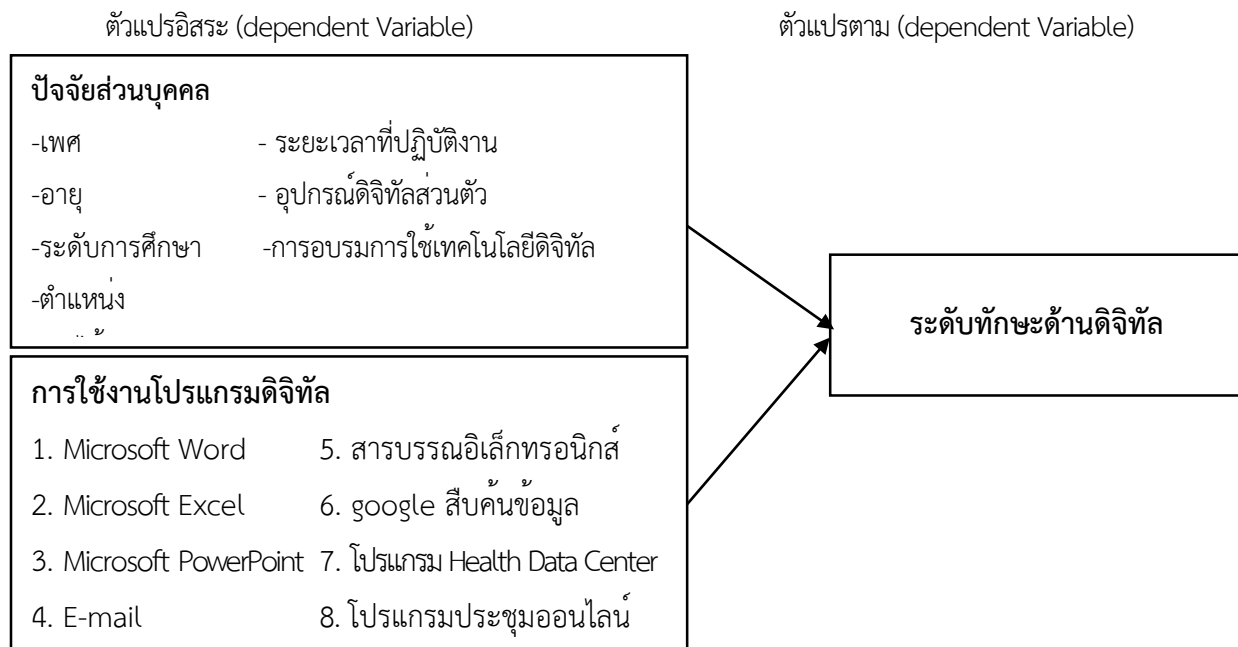
การมีทักษะด้านดิจิทัลที่เพียงพอจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรสามารถใช้งานซอฟต์แวร์ที่จำเป็น เช่น Microsoft Office โปรแกรมสืบค้นข้อมูลออนไลน์ หรือระบบประชุมออนไลน์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (Van Laar et al., 2017) ระบบปฏิบัติการในคอมพิวเตอร์ปัจจุบันเป็นระบบดิจิทัลทั้งหมดแล้ว การใช้โปรแกรมในคอมพิวเตอร์จึงเรียกว่าเป็นโปรแกรมดิจิทัลทั้งหมด บนอุปกรณ์รูปแบบต่างๆ ไม่ได้จำกัดเฉพาะโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ติดตั้งในเครื่อง (installed software) เท่านั้น แต่รวมถึงโปรแกรมประเภทเว็บแอปพลิเคชัน (web applications) เช่น Google Workspace หรือ Microsoft 365 Online ตลอดจนระบบงานดิจิทัลบนอุปกรณ์พกพา เช่น แอปพลิเคชันราชการ ระบบบันทึกข้อมูลผ่านมือถือ หรือระบบประชุมออนไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ (Redecker, 2017; OECD, 2021)

ในบริบทของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรภาครัฐซึ่งดำเนินการพัฒนาให้เป็นองค์กรดิจิทัล ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรต้องมีทักษะดิจิทัล เพื่อบริหารระบบงานที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นการใช้ระบบการดำเนินงานแบบเครือข่ายสารสนเทศ และนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการทำงาน เช่น การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ การใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ และการใช้โปรแกรมด้านงานเอกสารต่าง ๆ การขาดทักษะดิจิทัลนี้อาจนำไปสู่การทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดข้อผิดพลาดในการจัดการข้อมูล และเสี่ยงต่อปัญหาด้านความ

มั่นคงปลอดภัยของข้อมูล (OECD, 2021) ปัญหาการทำงานที่ผ่านมาในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพบว่า บุคลากรบางส่วนยังมีปัญหาการใช้งานคอมพิวเตอร์ ปัญหาติดขัดการใช้โปรแกรมต่างๆ ซึ่งต้องใช้เวลานานของบุคลากรด้านไอที มาช่วยแก้ปัญหา ถึง 621 ครั้งต่อปี (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2022) ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรของกรมฯให้มีทักษะดิจิทัลพื้นฐานในการทำงานที่สอดคล้องกับการเป็นองค์กรดิจิทัล ยังไม่มีการประเมินทักษะดิจิทัลพื้นฐานของบุคลากรในกรมฯมาก่อน การมีข้อมูลเบื้องต้น จึงมีความสำคัญสำหรับผู้บริหารด้านการพัฒนาบุคลากรเพื่อกำหนดมาตรการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของบุคลากรในปัจจุบันต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การอบรมเพื่อเพิ่มทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับระดับทักษะที่สูงขึ้น (Ministry of Digital Economy and Society, 2022) แต่งานวิจัยที่มีการประเมินทักษะดิจิทัลมักเน้นเฉพาะด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการอบรมเป็นหลัก ยังขาดการศึกษาในเชิงพฤติกรรมการใช้งานจริง เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

กรอบแนวคิดการวิจัย



อย่างสม่ำเสมอในการทำงานประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรอย่างแท้จริง และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลวิจัยพบว่า บุคคลที่มีการใช้งานซอฟต์แวร์บ่อยครั้งมักมีทักษะการใช้งานที่ดีกว่าผู้ที่ใช้งานน้อยกว่า (Alammary, 2019) อย่างไรก็ตามงานวิจัยในบริบทของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กับทักษะด้านดิจิทัลมาก่อน ซึ่งทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical evidence) สำหรับวางแผนการพัฒนาทักษะที่เหมาะสมกับพฤติกรรมจริง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาหน่วยงานในยุคดิจิทัล และให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical evidence) เพื่อพัฒนานโยบายหรือแนวทางการฝึกอบรมที่ตรงกับพฤติกรรมการใช้งานจริงของบุคลากรในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กับทักษะด้านดิจิทัลของ
บุคลากรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบ
ภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (Population) คือ บุคลากรที่
ปฏิบัติงานในกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารระดับสูง ผู้อำนวยการกอง และ
หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวนทั้งสิ้น 306 คน (Human Resources
Group Office of the Secretary of the Department,
2022)

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample) คือ บุคลากรที่
ปฏิบัติงานมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป เป็นข้าราชการ พนักงาน
ราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้างประจำ แต่
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหาร ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร
แบบทราบประชากรของ Daniel (Daniel, 2013) กำหนดค่า Z
ที่นัยสำคัญ 0.05 ความแปรปรวน 1.72 จากการวิจัยที่ผ่านมา
(Alipour and Payandeh, 2022) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ
เท่ากับ 275 คน เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการ
ตอบกลับแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่าง
ทั้งหมด 306 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม
ถึงสิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม
(Questionnaires) แบบให้ตอบด้วยตนเอง จำนวน 53 ข้อ

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง
ปัจจุบัน รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว
การอบรมเกี่ยวกับ PDPA การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยี
ดิจิทัล/สารสนเทศ และการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (สอบถาม
ความถี่ในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
ส่วนที่ 2 ทักษะด้านดิจิทัล จำนวน 43 ข้อ สร้างคำถามจากการ
ทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ทักษะพื้นฐานในการทำงาน
ของกรมฯ 6 ด้าน เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบแบบมาตร
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ให้ผู้ตอบ
ประเมินระดับทักษะดิจิทัลของตนเอง ระดับ 1 คือ ปฏิบัติ
ไม่ได้/ไม่มีความรู้เรื่องนี้ ระดับ 2 คือ ปฏิบัติด้วยตนเองไม่ได้
เป็นส่วนใหญ่ ต้องถามคนอื่น ระดับ 3 คือ ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
เป็นบางครั้ง ระดับ 4 คือ ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เป็นส่วนใหญ่
และระดับ 5 คือ ปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด แปลผลระดับ
ทักษะดิจิทัลจากคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 ระดับต่ำมาก 1.81
- 2.60 มีระดับต่ำ 2.61 - 3.40 ระดับปานกลาง 3.41 - 4.20
ระดับสูง และ 4.21 - 5.00 ระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรง = 1
ทุกข้อคำถาม 2) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของ
แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นบุคลากร
ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีคุณลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอล
ฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่า
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 การใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์ เท่ากับ 0.955 ส่วนที่ 2 ทักษะด้านดิจิทัล เท่ากับ
0.935

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นลายลักษณ์อักษร
2. ติดต่อขอพบหัวหน้ากลุ่ม และผู้อำนวยการกองด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลบุคลากร
3. ขออนุญาตพบและชี้แจงโครงการวิจัยแก่บุคลากรกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจกแบบสอบถาม โดยขอรับแบบสอบถามตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์หลังจากแจกแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2023-022 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และ ค่าควอร์ไทล์ เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และระดับทักษะดิจิทัล
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กับทักษะดิจิทัลของบุคลากร ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญ <0.05

ผลการวิจัย

1. จากผู้ตอบแบบสอบถาม 288 คน (อัตราตอบกลับ ร้อยละ 94.12) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 อายุอยู่

ระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 48.96 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.47 ปฏิบัติงานในตำแหน่งสายวิชาการ ร้อยละ 55.21 รายได้ (ต่อเดือน) ค่ามัธยฐาน (Median) 21,745 บาท ระยะเวลาปฏิบัติงานมีค่ามัธยฐาน (Median) 6 ปี การอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563 - 2566) พบว่า ไม่เคยอบรม ร้อยละ 56.30 ดังตารางที่ 1

2. ทักษะดิจิทัลของบุคลากร พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.02, S.D. = 0.59) โดยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.54, S.D. = 0.48) ส่วนอีก 5 ด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

3. การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ พบว่า ใน 1 สัปดาห์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ซอฟต์แวร์) ที่บุคลากรใช้ทุกวัน มากที่สุด อันดับแรก คือ ใช้ google สืบค้นข้อมูล ร้อยละ 87.80 ใช้ Microsoft Word ร้อยละ 71.50 Electronic mail (E-mail) ร้อยละ 47.90 และ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่บุคลากรใช้ทุกวัน น้อยที่สุด คือโปรแกรมประชุมออนไลน์ ร้อยละ 3.10 ดังตารางที่ 3

4. ผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะดิจิทัลโดยรวมของบุคลากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับทักษะดิจิทัลของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว (จำนวน) และการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีความสัมพันธ์กับทักษะดิจิทัลของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ใช้ MS Word ($r = 0.116, p = 0.049$) ใช้ MS PowerPoint ($r = 0.221, p < 0.001$) ใช้ Electronic mail ($r = 0.187, p = 0.001$) ใช้ google สืบค้นข้อมูล ($r = 0.231, p = 0.001$) ใช้โปรแกรม HDC ($r = 0.209, p < 0.001$) และใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์ ($r = 0.151, p = 0.010$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 288)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	22.22
หญิง	224	77.78
อายุ (ปี)		
20 – 29	67	23.26
30 – 39	141	48.96
40 – 49	57	19.79
50 – 59	23	7.99
Median = 34 ปี (Q1 = 30, Q3 = 41) Min = 22 ปี Max = 59 ปี		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	1.74
ปริญญาตรี	226	78.47
ปริญญาโท	52	18.05
ตำแหน่ง		
สายวิชาการ	159	55.21
สายสนับสนุน	129	44.79
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
Median = 21,745 (Q1 = 18,812.50, Q3 = 27,000)		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในกรมฯ (ปี)		
Median = 6 ปี (Q1 = 3, Q3 = 9) Min = 1 ปี Max = 31 ปี		
จำนวนอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว		
1 อุปกรณ์	31	10.76
มากกว่า 1 อุปกรณ์	257	89.24
การอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ใน 4 ปีที่ผ่านมา)		
ไม่เคยอบรม	162	56.30
เคยอบรม	126	43.80

ตารางที่ 2 ระดับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร จำแนกภาพรวมและรายด้าน (n =288)

ทักษะดิจิทัล	Mean	SD	ระดับ
ทักษะด้านดิจิทัล (ภาพรวม)	4.02	0.59	สูง
การใช้โปรแกรมพื้นฐานในการทำงาน	4.15	0.74	สูง
การใช้งานอินเทอร์เน็ต	3.94	0.85	สูง
การใช้สื่อสังคมออนไลน์	4.54	0.48	สูงมาก
การทำงานร่วมกันแบบออนไลน์	3.58	1.12	สูง
ใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับค้นหาข้อมูล	4.19	0.68	สูง
ความปลอดภัยทางไซเบอร์	3.92	0.80	สูง

ตารางที่ 3 การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของบุคลากร ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 288)

โปรแกรมคอมพิวเตอร์	การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน(ร้อยละ)			
	ใช้ทุกวัน	ใช้บ่อย (4 - 6 วัน)	ใช้ไม่บ่อย (1 - 3 วัน)	ไม่ใช้เลย
Microsoft Word	206 (71.50)	67 (23.30)	13 (4.50)	2 (0.70)
Microsoft Excel	122 (42.40)	86 (29.90)	72 (25.00)	8 (2.80)
Microsoft PowerPoint	19 (6.60)	80 (27.80)	162 (56.30)	27 (9.40)
Electronic mail (E-mail)	138 (47.90)	84 (29.20)	53 (18.40)	13 (4.50)
สารบรรณอิเล็กทรอนิกส์	66 (22.90)	60 (20.80)	87 (30.20)	75 (26.00)
โปรแกรม google สืบค้นข้อมูล	253 (87.80)	32 (11.10)	2 (0.70)	1 (0.30)
โปรแกรม Health Data Center	17 (5.90)	15 (5.20)	74 (25.70)	182 (63.20)
โปรแกรมประชุมออนไลน์	9 (3.10)	71 (24.70)	178 (61.80)	30 (10.40)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กับทักษะดิจิทัล (n = 288)

ตัวแปร	ทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ^A	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศชาย	0.06 ^B	0.299	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	-0.25	< 0.001	สัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ
ระดับการศึกษา	0.12	0.039	สัมพันธ์ระดับต่ำ
ตำแหน่งสายวิชาการ	0.09 ^B	0.122	ไม่มีความสัมพันธ์

ตัวแปร	ทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ^A	p-value	ระดับความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	0.11	0.070	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในกรมฯ (ปี)	-0.07	0.218	ไม่มีความสัมพันธ์
อุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว (จำนวน)	0.27	< 0.001	สัมพันธ์ระดับต่ำ
การอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	0.12	0.039	สัมพันธ์ระดับต่ำ
การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (ในสัปดาห์ที่ผ่านมา)			
Microsoft Word	0.116*	0.049	สัมพันธ์ระดับต่ำ
Microsoft Excel	0.098	0.098	ไม่มีความสัมพันธ์
Microsoft PowerPoint	0.221**	<0.001	สัมพันธ์ระดับต่ำ
Electronic mail (E-mail)	0.187**	0.001	สัมพันธ์ระดับต่ำ
สารบรรณอิเล็กทรอนิกส์	0.055	0.355	ไม่มีความสัมพันธ์
โปรแกรม google สืบค้นข้อมูล	0.231**	<0.001	สัมพันธ์ระดับต่ำ
โปรแกรม Health Data Center (HDC)	0.209**	<0.001	สัมพันธ์ระดับต่ำ
โปรแกรมประชุมออนไลน์	0.151*	0.010	สัมพันธ์ระดับต่ำ

A = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน, B= สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว (จำนวน) การอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยลง จะมีทักษะด้านดิจิทัลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น การมีอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัวมากขึ้นกว่า 1 ชิ้น และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล จะพบว่าบุคลากรมีระดับทักษะดิจิทัลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มบุคลากรที่อายุน้อยมีทักษะด้านดิจิทัลที่ดีกว่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนอุปกรณ์ดิจิทัลที่มีอยู่ โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว ($r = -0.16$, $p\text{-value} = 0.007$) บุคลากรที่อายุ

น้อยมักมีอุปกรณ์ดิจิทัลคนละ 3 - 4 ชิ้น ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งบุคลากรที่อายุน้อยยังมีความสนใจในเทคโนโลยีที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการทำงาน ด้านระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปมีโอกาสฝึกฝนการใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นหาข้อมูลและใช้งานโปรแกรม Microsoft Office ได้มากกว่า การอบรมมีส่วนช่วยให้บุคลากรตระหนักถึงความปลอดภัยของข้อมูลและการใช้งานคอมพิวเตอร์ให้ปลอดภัย รวมถึงช่วยพัฒนาทักษะในการตั้งรหัสผ่านและการออกจากระบบเมื่อใช้งานคอมพิวเตอร์ของผู้อื่นเสร็จ จากข้อมูลวิจัยนี้พบว่า ในกลุ่มบุคลากร 126 คน ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 97.62 ได้รับการอบรมด้านอินเทอร์เน็ต และร้อยละ 29.37 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยทางไซเบอร์ จึงทำให้พบว่า

บุคลากรที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีทักษะดิจิทัลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งเกียรติ รัตนบานชื่น (Ratanabanchuen, R., 2020) ที่พบว่า อายุและเจนเอเรชั่นมีความสัมพันธ์กับทักษะการใช้งานและความรู้ด้านดิจิทัลของประชากรไทย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Shiferaw ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถทางดิจิทัลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Shiferaw, K.B., 2020)

ทักษะดิจิทัลของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูงมาก ส่วนด้านอื่นอีก 5 ด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทักษะด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงมากเนื่องจากปัจจุบันการสื่อสารและการทำงานในกรมฯจำนวนมากผูกโยงกับการใช้งานโซเชียลมีเดีย เช่น การใช้ Line สื่อสารภายในองค์กร ในการรับส่งข้อมูลข่าวสารเพื่อการทำงาน ทั้งรูปภาพ ไฟล์เอกสาร อินโฟกราฟิก นอกจากนี้ในกรมฯ ยังมี Facebook Workplace ทำให้บุคลากรมีความคุ้นเคยและสามารถใช้งานได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ เพราะได้มีการใช้แอปพลิเคชันเหล่านี้อยู่แล้วจากการใช้งานในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ng (2012) ที่กล่าวว่า ทักษะดิจิทัลพื้นฐานของบุคลากรมักเกิดจากการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันมากกว่าการใช้งานเชิงการทำงานแบบเป็นระบบ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Neubaum et al. (2025) ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีมากขึ้นโดยเฉพาะโซเชียลมีเดียและซอฟต์แวร์วิดีโอคอลในช่วงโควิด-19 ทำให้ทักษะดิจิทัลของบุคคลพัฒนาเพิ่มขึ้นจริง โดยเฉพาะในด้านการสื่อสาร การค้นหาข้อมูล และการจัดการข้อมูลดิจิทัล ขณะที่ทักษะด้านการทำงานร่วมกันออนไลน์ แม้อยู่ในระดับสูง แต่เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องจากบุคลากรส่วนหนึ่งยังขาดความคุ้นเคยกับโปรแกรมประชุมออนไลน์ โดยเฉพาะ Cisco WebEx หรือ Zoom ซึ่งต้องอาศัยทักษะการตั้งค่า การเชิญเข้าร่วม การบันทึก และการจัดการ

ไฟล์ที่ซับซ้อน สอดคล้องกับ European Commission (2020) ที่ระบุว่า Digital Collaboration Skills เป็นหนึ่งในทักษะที่ “พัฒนาได้ยาก” ที่สุดใน workforce ยุคใหม่ และต้องการการอบรมที่ต่อเนื่องและบริบทการใช้งานจริงที่หลากหลาย

การใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์กับทักษะดิจิทัลโดยรวมของบุคลากร อธิบายได้ว่า บุคลากรที่ใช้งานโปรแกรมดิจิทัลบ่อยมากขึ้นในแต่ละสัปดาห์ จะมีทักษะด้านดิจิทัลสูงขึ้นตามไปด้วย โดยมีความสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องสอบถามผู้อื่น นอกจากนี้ตามแนวทางการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง (Experiential Learning) ของ Kolb (1984) อธิบายได้ว่า บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะได้จากการลงมือทำซ้ำ ๆ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมที่บุคลากรในกรมฯนี้ใช้งานทุกวันมาก ได้แก่ ใช้ google เพื่อค้นหาข้อมูลวิชาการ งานวิจัย หรือข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติงาน ใช้ Microsoft Word เพื่อจัดทำเอกสารราชการ บันทึกข้อความ และรายงานการประชุม ใช้ Electronic mail (E-mail) เพื่อติดต่อประสานงาน รับ-ส่งเอกสารทางราชการ และแบบฟอร์มต่าง ๆ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน ในขณะเดียวกันโปรแกรมที่มีการใช้ทุกวันแต่มีสัดส่วนน้อย ได้แก่ ใช้ Microsoft PowerPoint เพื่อจัดทำสไลด์นำเสนอในที่ประชุม ใช้โปรแกรม Health Data Center (HDC) เพื่อเข้าถึงและบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชาชน สำหรับนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนเชิงนโยบายด้านสุขภาพ และใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์ เพื่อลดความจำเป็นในการเดินทาง และช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Diniya et al. (2020) ที่พบว่า การใช้งานโปรแกรม Microsoft Office อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของนักศึกษาครูได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Adindu and Iwezor (2024) ที่พบว่า การใช้โปรแกรม Microsoft Office เช่น Word PowerPoint บ่อยครั้ง มีความสัมพันธ์กับการมีทักษะดิจิทัลที่สูงขึ้น และ

สามารถใช้ทรัพยากรสารสนเทศออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

ทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อุปกรณ์ดิจิทัลส่วนตัว (จำนวน) การอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้แก่ MS Word MS PowerPoint Electronic mail ใช้ google สืบค้นข้อมูล โปรแกรม HDC และโปรแกรมประชุมออนไลน์

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การประเมินทักษะดิจิทัลของบุคลากร ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากการประเมินตนเองที่สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารกรมฯ ควรวางแผนพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการอบรมในบุคลากรทุกกลุ่ม ที่ครอบคลุมทั้งการใช้งานโปรแกรมพื้นฐาน เช่น Microsoft Office และพิจารณาพัฒนาทักษะพื้นฐานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของกรมฯ ให้สามารถใช้งานได้ทุกคน เช่น การจัดประชุมออนไลน์ การทำงานร่วมกันแบบออนไลน์ และความปลอดภัยทางไซเบอร์ เพื่อเพิ่มความสามารถของ

บุคลากรให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนางานการดิจิทัลภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้บริหารกรมฯ ควรจัดทำสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และจัดทำแบบทดสอบทักษะ ในเชิงการปฏิบัติจริง เพื่อวัดความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์ และทักษะการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จำเป็นในการทำงาน เช่น ทักษะการทำงานร่วมกันแบบออนไลน์ การใช้งานอินเทอร์เน็ต และ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ ซึ่งผลวิจัยนี้พบว่าเป็นทักษะที่บุคลากรมีโอกาสพัฒนาให้สูงขึ้นได้อีก เพราะมีบุคลากรบางส่วนที่ยังปฏิบัติได้ด้วยตนเองเพียงบางครั้ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรประเมินความรู้ และทักษะ ของบุคลากรโดยใช้แบบทดสอบความรู้ และประเมินทักษะโดยใช้แบบทดสอบทักษะ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น
2. ควรมีการวิจัยแบบติดตาม เพื่อประเมินทักษะดิจิทัลของบุคลากรกรมฯ ซ้ำในระยะยาว เช่น ทุก 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ที่ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Adindu, L., & Ordu, I. (2024). Digital literacy skills and utilization of electronic resources by library and information science students in Rivers State University. *Intercontinental Academic Journal of Library and Information Science*, 6(1), Germany.
- Alammary, A. (2019). Blended learning models for introductory programming courses: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(3), e0212672. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212672>
- Alipour, J., & Payandeh, A. Assessing the level of digital health literacy among healthcare workers of teaching hospitals in the southeast of Iran. *IMU* 2022; 29:100868. doi.org/10.1016/j.imu.2022.100868
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for health sciences* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2022). Equipment Maintenance Request Report, Information Technology Center, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine.
- Digital Government Development Agency (Public Organization). (2022). Digital government readiness survey for Thai government agencies in 2022. <https://www.dga.or.th/policy-standard/policy-regulation/dg-readiness-survey/readinesssurvey65/81601/>
- Diniya, D., Permana, N. D., Susilawati, S., Nova, T. L., & Ilhami, A. (2020). Analysis of pre-service science teachers' digital literacy through workshop of optimization Microsoft Office software usage. *Thabiea: Journal of Natural Science Teaching*, 3(1), 70–78.
- European Commission. (2020). The Digital Economy and Society Index (DESI) 2020. https://ec.europa.eu/newsroom/dae/document.cfm?doc_id=67086
- Human Resources Group Office of the Secretary of the Department. (2022). Information on personnel types, recruitment, transfer/resignation of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, year 2019–2022.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Ministry of Digital Economy and Society. (2020). Digital literacy and workforce development annual report 2020.
- Neubaum, G., Chounta, I.-A., Gredel, E., & Wiesche, D. (2025). A pandemic for the good of digital literacy? An empirical investigation of newly improved digital skills during COVID-19 lockdowns. *arXiv preprint arXiv:2504.13852*. <https://arxiv.org/abs/2504.13852>
- Ng, W. (2012). Can we teach digital natives digital literacy?. *Computers & Education*, 59(3), 1065–1078. doi.org/10.1016/j.compedu.2012.04.016
- OECD. (2021). Digital transformation in the public sector: A toolkit. <https://www.oecd.org/gov/digital-transformation-toolkit/>
- Office of the Civil Service Commission. (2019). Digital skills for civil servants and government personnel (Digital Government). Retrieved August 15, 2022, from <https://dg-sa.tpqj.go.th/>

- Ratanabanchuen, R. (2020). Digital literacy of Thai people and their preference in digital banking. Chulalongkorn University Press.
- Redecker, C. (2017). European framework for the digital competence of educators: DigCompEdu (No. JRC107466). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/159770>
- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., & Endehabtu, B. F. (2020). Healthcare providers' digital competency: A cross-sectional survey in a low-income country setting. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–7.
- The National Board of Digital Economy and Society Office. (2022). National digital economy and society development plan and policy, Version 2 (2021–2025).
- Van Laar, E., Van Deursen, A. J., Van Dijk, J. A., & De Haan, J. (2020). Determinants of 21st-century skills and 21st-century digital skills for workers: A systematic literature review. *Sage Open*, 10(1), 2158244019900176.
- World Economic Forum. (2020). The future of jobs report 2020. <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2020>

Access to Cervical Cancer Screening Using Human Papillomavirus (HPV) Self-Testing in Pathum Thani Province Under the Ministry of Public Health Policy

Sirikanda Mangkala¹, Youwanuch Sattayasomboon^{2*}, Sariyamon Tiraphat³, Utoomporn Wongsin⁴

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Mangkala, S., Sattayasomboon, Y., Tiraphat, S. & Wongsin, U. Access to Cervical Cancer Screening Using Human Papillomavirus (HPV) Self-Testing in Pathum Thani Province Under the Ministry of Public Health Policy. *Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/XXXX

Received: 11 May 2025

Revised: 2 June 2025

Accepted: 5 June 2025

Abstract

This is a descriptive cross-sectional study aimed to analyze the level of access and the factors associated with access to HPV self-testing screening services among Thai women in Pathum Thani Province. The sample consisted of 315 Thai women aged 30 to under 60 years-old, residing in Pathum Thani Province. A multistage sampling was used. Data were collected from February to March 2025, using a self-administration questionnaire. The data were analyzed for descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square tests and binary logistic regression, at a statistical significance level of 0.05.

The results showed that the access to HPV self-testing screening services was at a high level of 65.1%, and factors with statistically significant associated with the access were age ($p=0.006$); educational level ($p<0.001$); occupation ($p=0.001$); and monthly income ($p=0.001$). Personal factors affecting the access to HPV self-testing screening services, were monthly income ($p\text{-value}=0.041$); and educational level ($p<0.001$).

Therefore, public health administrators and personnel who were responsible for the cervical cancer screening should consider project focusing on communication strategies appropriate for each group of women in the target population, in order to increase access to the self-testing screening services, to achieve the provincial-level screening targets.

Keywords: Access to Health care; Human Papillomavirus; Self-Testing; Cervical cancer

การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในจังหวัดปทุมธานี ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ศิริกานดา มังคะลา¹, ยูวนุช สัตยสมบูรณ์^{2*}, ศิริยามน ตีรพัฒน์², อุทุมพร วงษ์ศิลป์²

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่ออีเมล: youwanuch.sat@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันที่รับ 11 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไข 2 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ 5 มิถุนายน 2568

การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในสตรีไทย จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีไทย อายุ 30 - น้อยกว่า 60 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 315 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม พ.ศ.2568 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 65.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($p=0.006$) ระดับการศึกษา ($p<0.001$) อาชีพ ($p=0.001$) และรายได้ต่อเดือน ($p=0.001$) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้แก่ รายได้ ($p\text{-value}=0.041$) และระดับการศึกษา ($p\text{-value}<0.001$)

จากผลการศึกษาผู้บริหารสาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรพิจารณาหามาตรการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับกลุ่มสตรีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพิ่มขึ้นตามนโยบายจังหวัดต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ; ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส; การตรวจด้วยตนเอง; มะเร็งปากมดลูก

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาและโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้ทั่วโลกให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกันโรค (World Health Organization, 2024) จากสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยโรคมะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูงในสตรี ซึ่งในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยประมาณ 5,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 3,000 รายต่อปี พบมากในผู้หญิงที่อายุ 40 - 60 ปี (Pitakkankun S., 2024) แม้ว่าปัจจุบันสตรีไทยจะมีสิทธิในเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยก็ยังคงสูง กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดเป็นนโยบายหลักในการป้องกันโรคในกลุ่มสตรี อายุ 30-60 ปี ซึ่งทุกคนต้องได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุกๆ 5 ปี เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าป่วยจะได้รับการรักษาและส่งต่ออย่างทันท่วงที โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ร้อยละ 50 (Leenasmit, lamrasamee, Ketpradit, & Paisanuchapong, 2015) และต่อมาทำให้เกิดนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายมะเร็งครบวงจรครอบคลุมการดำเนินงานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง วินิจฉัย รักษา และบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างครบวงจร (Benjapolpitak., 2024) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA โดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง จากงานวิจัยพบว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยมีความไวประมาณร้อยละ 74-83 และความจำเพาะประมาณ ร้อยละ 86-90 ซึ่งมีความแม่นยำสูง (Kositamongkol, C., & et al, 2023) ใกล้เคียงกับการตรวจด้วยแพทย์ สะดวกรวดเร็ว และเป็นทางเลือกที่เพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่าง

ชัดเจน การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยนั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสตรีไทยวัยทำงาน อายุ 30 ปี จนถึง 60 ปี ทุกคน ในทุกสิทธิการรักษา สามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฟรีไม่มีค่าใช้จ่ายได้ทุก 5 ปี (National Health Security Office (NHSO), 2023) ในปีพ.ศ. 2567 ที่ได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากรายงานผลการดำเนินงานทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง ร้อยละ 51.94 (Office of the Inspector General, 2024) ซึ่งจะเห็นว่าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยเขตสุขภาพที่ 4 ดำเนินการตรวจคัดกรองในสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ ร้อยละ 39.9 ไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำของค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 40 เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดปทุมธานีมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำของเขตสุขภาพ

จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้ มีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2567 พบสตรีป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก 5.83 ต่อแสนประชากร เป็นลำดับที่ 4 ของมะเร็งในสตรีจังหวัดปทุมธานี และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก 0.58 ต่อแสนประชากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จึงเร่งดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการประชาสัมพันธ์ รณรงค์การตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง กำหนดเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประชากรกลุ่มเป้าหมายผ่านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 24.51 (Office of the Inspector General, 2024) และจากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้พบผู้ที่ติดเชื้อเอชพีวีที่เป็นสาเหตุหลักในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.01

ของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง แม้จะมีการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เพื่อลดการไม่มารับบริการจากความไม่สะดวก เพิ่มการเข้าถึงบริการ ร่วมกับการมีกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก และได้รับสนับสนุนชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองก็ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีผลต่อการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรม การวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ฯ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่นอายุ การศึกษา อาชีพ (Chalakorn Prommanil, 2024) มีประสบการณ์ การตรวจคัดกรอง ไม่เคยรับการตรวจคัดกรอง ความสามารถของเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจ (Chumnanborirak, & Uthainil, 2022) ช่วงเวลาในการให้บริการ การเดินทางมารับบริการ (Wangwonsin & Charuek, 2020) ในการวิจัยการใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้าถึงบริการ ฯ น้อยจะไปใช้บริการน้อยกว่าผู้ที่เข้าถึงบริการมาก แต่เนื่องจากปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการปรับมาใช้ตรวจโดยชุดตรวจด้วยตนเองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจด้วยตนเอง ได้รับทราบผลตรวจของตนเอง ซึ่งยังมีการวิจัยประเด็นการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองจำนวนน้อยในประเทศไทย เพราะเป็นวิธีตรวจใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย การวิจัยที่มีจากประเทศอื่นหลายประเทศที่มีบริบทสังคมที่แตกต่างกันไม่สามารถนำมาใช้พัฒนาการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองที่ รพ.สต. ของประเทศไทยได้ เนื่องจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่จังหวัดปทุมธานียังไม่ผ่านค่าเป้าหมายผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ใน

จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์สำหรับในการพัฒนาการจัดบริการของ รพ.สต. ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในสตรีไทยจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในสตรีไทยจังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสำรวจด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีไทยอายุตั้งแต่ 30 ปี ถึง น้อยกว่า 60 ปี (59 ปี 11 เดือน 29 วัน) อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 44,215 คน (Pathum Thani Provincial Public Health Office, 2566) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของแดเนียล (Daniel, 2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณ (d) เท่ากับ 0.05 สัดส่วนของอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เท่ากับ ร้อยละ 25 (Office of the Inspector General, 2024) จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 287 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งหมด 315 คน ซึ่งได้รับการตอบกลับนำมาวิเคราะห์ ร้อยละ 100

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) เป็นสตรีไทยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปี และน้อยกว่า 60 ปี (ไม่เกิน 59 ปี 11 เดือน 29 วัน) อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ที่เคยรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

2. เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ทุกระยะ 2) อยู่ในระยะหลังคลอดบุตรในช่วง 4 สัปดาห์แรก 3) มีประวัติป่วยเป็นโรคเมร็งปากมดลูก 3) สตรีที่ผ่าตัดมดลูกพร้อมกับปากมดลูกออกแล้ว 4) เคยทำหัตถการทางช่องคลอดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองตามแนวคิดเพนชานสกี (Penchansky and Thomas, 1981) คำตอบให้ตอบตามการรับรู้ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert, 1932) (1-5 คะแนน) แบ่งคะแนนระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จากคะแนนเฉลี่ยคำตอบ เป็น 3 ระดับ 1.00-2.33=ระดับน้อย 2.34-3.67=ระดับปานกลาง และ 3.68 - 5.00=ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level CVI: I-CVI) มี

ค่าเท่ากับ 1.00 และ ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI) เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลกระแซง จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่ได้เป็นตำบลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ซึ่งมากกว่า 0.70 คือ มีค่าความเชื่อมั่นที่น่าไปสอบถามได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2025-024 รหัสโครงการ 196/2568 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2568

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โดยขออนุมัติเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตหมายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางการลงพื้นที่ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

3. ผู้วิจัยจัดการอบรมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน เพื่อให้มีความเข้าใจในการเก็บข้อมูลและประเด็นข้อคำถามของแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีสม.นำทาง

5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนแจกแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และขอรับกลับภายในวันเดียวกัน

6. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบก่อนลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Squared Test) และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

1. สตรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 315 คน มีอายุน้อยกว่า 41 ปี ร้อยละ 36.5 มีสถานภาพสมรส สมสร้อยละ 67.0 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 43.2 อาชีพหลักทำงานประจำ ร้อยละ 55.2 มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 40.3 ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เคยตรวจ ร้อยละ 76.5

2. การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง พบว่า การเข้าถึงบริการ ฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.1 โดยพบว่าการเข้าถึงบริการ ฯ ระดับมากและมากที่สุดรวมกัน ด้านการยอมรับบริการ ร้อยละ 80.6 การเข้าถึงแหล่งบริการ ร้อยละ 72.7 ด้านการจ่ายค่าบริการ ร้อยละ 72.0 ด้านการอำนวยความสะดวก ร้อยละ 69.8 ด้านความพร้อม ร้อยละ 59.3 ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ด้วยไครสแควร์ ได้แก่ อายุ ($p=0.006$) ระดับการศึกษา ($p<0.001$) อาชีพ ($p=0.001$) และรายได้ต่อเดือน ($p=0.001$) ส่วนสถานภาพสมรสและประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ รายได้ และระดับการศึกษา โดย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทมีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากกว่า 2.88 เท่า ($p\text{-value}=0.05$) ส่วนรายได้ระดับอื่นการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองไม่แตกต่างกันกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษามีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากกว่า 2.88 เท่า ($p\text{-value}=0.003$) และผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากกว่า 1.42 เท่า ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

1. การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.1 เนื่องจาก สตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีบ้านอาศัยในจังหวัดปทุมธานี เป็นผู้ที่เคยใช้บริการที่ รพ.สต. มาก่อนแล้ว การไปรับบริการที่ รพ.สต. ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จึงเข้าถึงบริการได้สะดวก ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านการเข้าถึงบริการ ด้านที่เข้าถึงบริการมากที่สุดคือด้านการยอมรับ เนื่องจากด้านการยอมรับบุคลากรให้บริการสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่รพ.สต.อาจมาจากบุคลากรมีการบริการที่ดี และด้านที่เข้าถึงบริการน้อยที่สุด คือ ด้านความพร้อม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ารพ.สต.มีบุคลากรเพียงพอสำหรับให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 40.7 แสดงให้เห็นว่าสตรีในจังหวัดปทุมธานี บางส่วนยังไม่แน่ใจว่า รพ.สต. มีบุคลากรที่เพียงพอให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของเพ็ญนิภา ขำนาญบริรักษ์ และ เพ็ชรศักดิ์ อุทัยนิล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็ง

ปากมดลูกของสตรีในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสันติ จังหวัดมหาสารคาม (Chumnanborirak, P., Uthainil, P., 2022) พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อุปกรณ์ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งอยู่ใกล้บ้าน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ รพ.สต. ($p\text{-value} < 0.05$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ อธิบายได้ว่าอายุ 51-60 ปี เข้าถึงบริการระดับมากมากกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า เนื่องจากสตรีกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 51-60 ปี มีประสบการณ์ใช้บริการที่ รพ.สต. มานานกว่า มีสัดส่วนผู้ที่เคยรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาแล้วมากกว่า สัดส่วนในกลุ่มอายุ 30-40 ปี (83.2% และ 66.1% ตามลำดับ) อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการอธิบายได้ว่าผู้ที่มีอาชีพทำงานประจำและมีรายได้ต่ำกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้บริการที่ รพ.สต. เป็นบริการไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีความสะดวกที่รับบริการนอกเวลาราชการได้ ทำให้สามารถไปใช้บริการได้ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปรับรู้การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับมาก เป็นสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีความสนใจด้านสุขภาพมากกว่าจึงเข้าถึงบริการมากกว่า

ผล วิจัย นี้ สอดคล้องกับ ผล วิจัย ของ Chumnanborirak, & Uthainil (2022) พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} < 0.05$) และพบว่า อายุระหว่าง 50-60 ปี มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่รู้สึกลำบากหรืออายที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีที่มีอาชีพเกษตรกรจะมีเวลาและโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูง แต่ผลวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Sikud ,

Bangnimnoi, & et al. (2021) ที่ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาพบว่า การศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจาก

3. รายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีจังหวัดปทุมธานี หมายความว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทมีแนวโน้มเข้าถึงบริการ ๓ มากกว่า 2.88 เท่า ($p\text{-value}=0.05$) เนื่องจากสตรีกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาปริญญาตรี มีความคิดเห็นว่าการจัดบริการของ รพ.สต. สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ระดับมาก ส่วนระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาเมื่อเทียบกับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีแนวโน้มเข้าถึงบริการมากกว่า เนื่องจากสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาส่วนมากเป็นผู้มีอายุ 50 - 60 ปี ทำงานประจำ มีการใช้บริการที่ รพ.สต. สะดวก สามารถใช้บริการโดยไม่ต้องลางาน และมีความคิดเห็นว่าการที่ รพ.สต. ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่าย

ผล วิจัย นี้ สอดคล้องกับ ผล วิจัย ของ (Chumnanborirak, & Uthainil, 2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 50 – 60 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ประกอบอาชีพเกษตรกร จึงมีเวลาและโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสูง นอกจากนี้ยัง พบว่า เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ใกล้บ้าน ในเขตพื้นที่ชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความสะดวกและง่ายต่อการไปรับบริการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษา ส่งผลต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ประชาชนเข้ามารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น

สรุป การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ต่อเดือน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ รายได้ และ ระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารระดับจังหวัดควรพิจารณากำหนดนโยบายประชาสัมพันธ์การจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เชื่อมั่นได้ว่ารพ.สต. มีความพร้อมด้านบุคลากรในการบริการ
2. ผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน รพ.สต. พื้นที่จังหวัดปทุมธานี ควรประชาสัมพันธ์เรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เป็นบริการสำหรับทุกสิทธิ์การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อ

เพิ่มการรับรู้การเข้าถึงบริการด้านค่าใช้จ่าย เนื่องจากมียังมีสตรีบางส่วนยังไม่แน่ใจ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มสตรี อายุต่ำกว่า 40 เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีอัตราการเข้าถึงบริการน้อย เพื่อกระตุ้นให้สตรีมีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอบพระคุณนายแพทย์ภูษงค์ ไชยชิน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอบพระคุณผู้อำนวยการ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ และอสม.ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ตารางที่ 1 การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง พิจารณารายด้าน (n=315)

การเข้าถึงบริการ	ระดับการเข้าถึงบริการ						
	Mean	S.D.	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การเข้าถึงบริการโดยรวม							
1. การเข้าถึงด้านความพร้อม (Availability)	3.5	0.85	65 (20.6)	122 (38.7)	118 (37.5)	5 (1.6)	5 (1.6)
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)	4.05	0.95	125 (39.7)	104 (33.0)	70 (22.2)	10 (3.2)	6 (1.9)
3. การเข้าถึงด้านการอำนวยความสะดวก (Accommodation)	3.89	0.80	74 (23.5)	146 (46.3)	82 (26)	13 (4.1)	0 (0.0)
4. การเข้าถึงด้านการจ่ายค่าบริการ (Affordability)	3.86	1.03	87 (27.6)	140 (44.4)	63 (20.0)	6 (1.9)	19 (6.0)
5. การเข้าถึงด้านการยอมรับบริการ (Acceptability)	4.17	0.78	120 (38.1)	134 (42.5)	56 (17.8)	4 (1.3)	1 (0.3)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการด้วยตนเอง (n=315)

คุณลักษณะบุคคล	ระดับการเข้าถึงบริการ				Chi-Square (df)	P-value
	น้อย - ปานกลาง		มาก			
	n	(%)	n	(%)		
อายุ (ปี)					10.28(2)	0.006
<40	52	45.2	63	54.8		
41-50	35	33.3	70	66.7		
51-<60	23	24.2	72	75.8		
สถานภาพสมรส					1.15(2)	0.563
โสด	24	35.8	43	64.2		
หม้าย/ หย่า/แยกกันอยู่	10	27.0	27	73.0		
สมรส/มีคู่อยู่ด้วยกัน	76	36.0	135	64.0		
ระดับการศึกษา					23.44(2)	<0.001
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	5	11.6	38	88.4		
มัธยมศึกษา	25	25.5	73	74.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	80	46.0	94	54.0		
อาชีพหลัก(เพื่อหารายได้)					10.70(1)	0.001
อาชีพอิสระ	63	44.7	78	55.3		
พนักงานประจำ	47	27.0	127	73.0		
รายได้ต่อเดือน					16.29(1)	0.001
ต่ำกว่า 10,000 บาท	19	27.9	49	72.1		
10,001-20,000 บาท	35	27.6	92	72.4		
20,001-30,000 บาท	43	53.1	38	46.9		
มากกว่า 30,000 บาท	13	33.3	26	66.7		
ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					2.46(1)	0.246
ไม่เคยตรวจ	30	40.5	44	59.5		
เคยตรวจ	80	33.2	161	66.8		

*นัยสำคัญ <0.05, **นัยสำคัญ 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในจังหวัดปทุมธานี

ตัวแปร	B	S.E.	p-value	AOR	95%CI of AOR	
					lower	upper
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท			0.041	Ref		
10,001-20,000 บาท	0.71	0.40	0.074	2.03	0.94	4.41
20,001-30,000 บาท	0.17	0.47	0.726	1.18	0.47	2.97
มากกว่า 30,000 บาท	4.06	0.55	0.050	2.88	1.01	8.48
การศึกษา						
ปริญญาตรีขึ้นไป			<0.001	Ref		
มัธยมศึกษา	1.06	0.36	0.003	2.88	1.42	5.84
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	2.16	0.59	<0.001	6.65	2.70	27.69
Constant	-0.37	0.43	0.400	0.694		

AOR = Adjusted Odd Ratio, 95%CI of AOR= 95%Confidence Interval of Adjusted Odd Ratio

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Benjapolpitak, A. (2024). The Department of Medical Services reveals that 140,000 new Thais are diagnosed with cancer each year, resulting in 83,000 deaths. <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29679>
- Chumnanborirak, P., Uthainil, P. (2022). Factors Related to the Behavior of Receiving Cervical Cancer Screening Services of Women in the Responsible Area of Khwao Sub-district Health Promoting Hospital. Academic Journal of Nursing and Health Sciences. 2, 59–70. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/27>
- Daniel, W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health. Las Vegas.
- Kositamongkol, C., Kanchanasurakit, S., Mepramoon, E., Talungchit, P., Chaopotong, P., Kengkla, K., ..et al. (2023). Cost-utility and budget impact analyses of cervical cancer screening using self-collected samples for HPV DNA testing in Thailand. BMC Public Health. 23(1), 2413.
- National Health Security Office (NHSO). (2023). NHSO invites Thai women to get cervical cancer screening, free of charge. <https://www.nhso.go.th/news/4187>
- Office of the Inspector General, Ministry of Public Health. (2024). Summary of the Second Round of Government Inspection and Work Supervision for the Fiscal Year 2024. (2567). <https://shorturl.asia/YIUKS>
- Office of the Inspector General, Ministry of Public Health. Summary of Government Inspection and Supervision Report for Health Region 4. <https://shorturl.asia/072hj>
- Penchansky, R., Thomas, JW. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 19(2), 127-40.
- Pitakkankun, S. (2024). 5,000 Thai women get 'cervical cancer' every year, more than half die! Doctors say HPV vaccine is still necessary. https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_4649748

- Promnil, C. (2024). Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening among women aged 30-60 years in the area of responsibility Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*. 2, 79–96. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2547/1789>
- Sikud P, Bangnimnoi M, et al. (2021). Factors Related to Cervical Cancer Screening Service among Women Risk Group, Ban Mai Sub-District, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*. 2564; 37–47.
- Wangwonsin, A., Jaruk, M. (2563). Factors Effectuated to Cervical Cancer Screening Among Risk Group of Women in Nakhorn Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. *Boromarajonani College of Nursing. Uttaradit Journal*. 2020; 100–113.
- World Health Organization. (2024). *Cervical cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Leenasmit, W., Iamrasamee, W., Ketpradit, C., & Paisanuchapong, K. (2015). *Cervical cancer prevention in resource-limited settings* (4th ed.). Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health.

Effects of a Dietary Literacy Development Program on Uncontrolled Diabetic Patients in Khao Ya Subdistrict Community, Si Banphot District, Phatthalung Province

Sarita Chandaewa¹ Saowaluk Nung-arlee¹ Pornthip Ruengput² Boonruang Khaonuan³ Chamaiporn Thongphet³ Suttama Suwanmanee³

1 Student, Bachelor of Public Health, Faculty of Health and Sports Sciences, Thaksin University.

2 Department of Primary Care and Holistic Health, Sribunpot Hospital, Phatthalung Province.

3 Lecturer, Faculty of Health and Sports Sciences, Thaksin University.

Corresponding author: Boonruang@tsu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Chandaewa, S., Khaonuan, B., Nung-arlee, S., Ruengput, P., & Thongphet, C.. Effects of a Dietary Literacy Development Program on Uncontrolled Diabetic Patients in Khao Ya Subdistrict Community, Si Banphot District, Phatthalung Province. Public Health Policy and Laws Journal. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280649

Received: 5 April 2025

Revised: 28 June 2025

Accepted: 3 July 2025

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of health media for health literacy development to modify dietary behaviors among uncontrolled diabetic patients in Khao Ya Subdistrict Community, Si Banphot District, Phatthalung Province. The study applied health literacy theory and was used for a sample of 32 participants over a 3 month period. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics including Paired t-test and Wilcoxon Signed-Rank test.

The results showed that uncontrolled diabetic patients had significantly increased levels of health literacy regarding dietary consumption compared to pre-intervention ($p < 0.001$). The mean scores for dietary behavior also significantly improved compared to pre-intervention ($p < 0.001$). After the intervention, uncontrolled diabetic patients achieved better glycemic control than before the intervention, with statistical significance ($p < 0.001$). These findings demonstrated that the dietary literacy development program helped uncontrolled diabetic patients improved their health literacy regarding dietary consumption, modified their dietary behaviors, and achieved reduced blood glucose levels. Continuing follow-up with empowerment approaches for participants and documentation of implementation lessons for scaling up are recommended.

Keywords: Health Literacy; Food Consumption Behavior; Diabetic patients

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

สาริตา จังแตหว่า¹ เสาวลักษณ์ นุ่นอาหลี¹ พรทิพย์ เรืองพุทธ² บุญเรือง ขาวนวล³ ชไมพร ทองเพชร³
สุดตมา สุวรรณณิ³

1 นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

2 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลศรีบรรพต

3 อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

อีเมลติดต่อ Boonruang@tsu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 5 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 28 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ 3 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อสุขภาพสำหรับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ใช้เวลาดำเนินการจำนวน 3 เดือน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทั้งนี้ควรติดตามแบบเสริมพลังแก่ผู้เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง และถอดบทเรียนในการดำเนินการเพื่อการขยายผล

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมบริโภคอาหาร, ผู้ป่วยเบาหวาน

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านรายและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านราย และเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านราย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนรายต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบ 3.3 ล้านราย ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 ราย (Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022)

จากการศึกษาสถานการณ์อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 12 ในปี 2564 – 2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 421 437 และ 478 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ซึ่งกำหนดไว้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ต่อปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 27.08 26.61 และ 23.31 ตามลำดับ (Health Data Center, 2024) จะเห็นได้ว่าร้อยละผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

จากสถิติของจังหวัดพัทลุง ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 6.87 7.12 และ 7.66 ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน และ

ในปี 2566 มีอัตราป่วยรายใหม่ 705.50 รายต่อแสนประชากร และพบว่าในปี 2564 – 2566 จังหวัดพัทลุงมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับร้อยละ 39.08 34.37 และ 39.37 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ นอกจากนี้และตั้งแต่ปี 2564 – 2566 จังหวัดพัทลุง มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 1.80 2.34 และ 2.04 ตามลำดับ

ในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุงตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 533.81 427.71 และ 514.32 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลศรีบรรพต ในปี 2564 - 2566 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 108 115 121 ราย คิดเป็น 568.72 425.53 และ 377.39 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (Health Data Center, 2024)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดมักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ทั้งนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง ของสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้มีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีปริมาณแป้งและน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น จากกระบวนวิทย์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า สาเหตุของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ขาด

การออกกำลังกาย ความเครียด (Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) และในพื้นที่โรงพยาบาลศรีบรรพต เคยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และพบว่าสื่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารของผู้โรคเบาหวาน

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจความสำคัญของการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารของผู้ป่วย โดยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชนตำบลเขาย่า เพื่อใช้ในการติดตาม กระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารให้เหมาะสมและต่อเนื่อง ให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนด้วยตนเองเพื่อลดความเสี่ยงของโรค และให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานอย่างยั่งยืน รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนดำเนินการ
2. หลังการดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องดีกว่าก่อนการดำเนินการ
3. หลังการดำเนินการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนดำเนินการ

วิธีการศึกษา

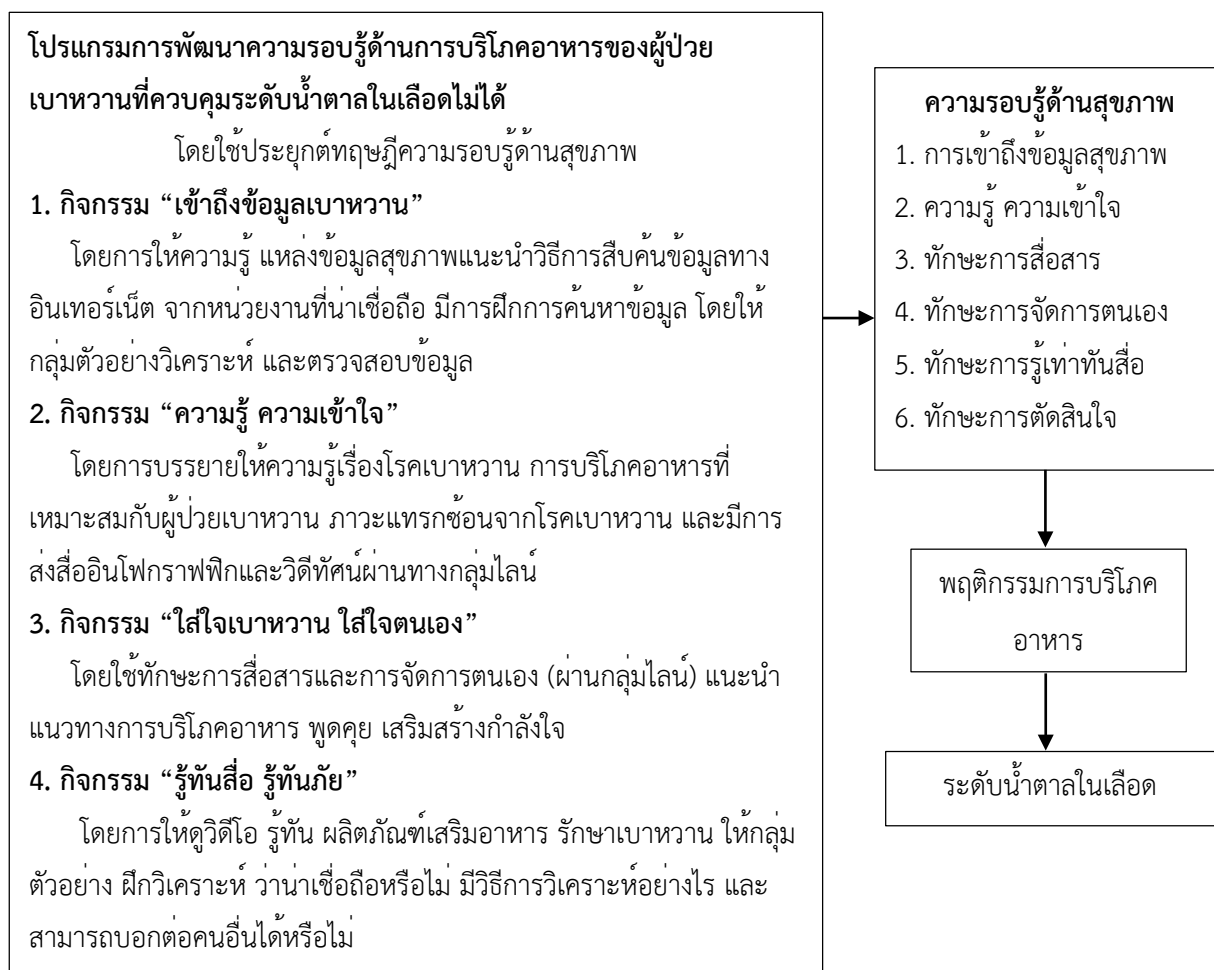
การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ (One Group Pre-Post Design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ที่ขึ้นทะเบียนที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีบรรพต ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 47 คนกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 35 – 69 ปี และมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับสลากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาย่า จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพตหยิบขึ้นมา 1 ใบ โดยไม่มีการใส่คืน

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม จากการศึกษาของงานวิจัยของ (Klarob et al., 2021) ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง เท่ากับ 9.01 (S.D. = 1.01) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนการทดลอง เท่ากับ 9.69 (S.D. = 1.44) และความแตกต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.225

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษานี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 20 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครึ่งนี้ เท่ากับ $26 + 5.2 = 31.2$ คน หรือ 32 คน การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 32 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ มีค่า HbA1c > 7 % เพศชายและเพศหญิง อายุ

ตั้งแต่ 35 - 69 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนตำบลเขาย่า
อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

2. ไม่มีความบกพร่องในสื่อสารการพูด การฟัง
การมองเห็น

3. สามารถเขียน อ่าน ด้วยภาษาไทย

4. มีความสามารถในการใช้งานโทรศัพท์มือถือขั้น
พื้นฐาน

5. สามารถใช้งาน Application Line เข้าถึง
อินเทอร์เน็ตได้

6. มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม
ต่าง ๆ ได้ตลอดการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาทางสุขภาพหรือมีภาวะความจำเป็นที่
ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือภาวะ
น้ำตาลในเลือดเกินที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน
เช่น เส้นเลือดในสมอง เส้นเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจ
ตาย อัมพฤกษ์ อัมพาต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ตอน
ดังนี้

**ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นลักษณะคำถามแบบเติมข้อความ
และเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ(ปี) ระดับการศึกษา
น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าระดับน้ำตาล
ในเลือด (Fasting Blood Sugar) สถานภาพสมรส อาชีพ
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการ
รับประทานยา การจัดหาอาหาร แหล่งการเลือกซื้ออาหาร
และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จาก
(Health Education Division, 2022) จำนวนทั้งหมด 18
ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า

5 ระดับ คือ ระดับทำได้ง่าย ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยาก
มาก และไม่เคยทำ

สรุปการแปลผลคะแนนรวม ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 18 ข้อ คะแนน
รวม เต็ม 90 คะแนน โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการแบ่งช่วง
คะแนนความรอบรู้ของ (Health Education Division,
2022) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี พอใช้ ควร
ปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภค
อาหาร โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ดัดแปลงแบบสอบถามจาก
(Health Education Division, 2022) จำนวนทั้งหมด 10
เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัด
ความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติ
ทุกวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ
(ความถี่ 6 - 7 วัน) ปฏิบัติบ่อย ๆ (ความถี่ 4 - 5 วัน)
ปฏิบัติบางครั้ง (ความถี่ 3 วัน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ความถี่
1 - 2 วัน) และไม่เคยปฏิบัติ แต่กรณีที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ
ให้คะแนนในทางกลับกัน ในการแปลผลคะแนน โดยข้อ
คำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10 ข้อคำถาม
เชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 7

สรุปการแปลผลคะแนน พฤติกรรมการบริโภค
อาหาร รวมจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 50 คะแนน ใช้
วิธีการบ่งชี้แบบอิงเกณฑ์ (Health Education Division,
2022) โดยแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ ควร
ปรับปรุง

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สื่อสุขภาพโดยใช้สตีกเกอร์ชุด “น้อง
หมอ Healthy พิชิตเบาหวาน” จำนวน 16 ภาพ

ส่วนที่ 2 สื่อวีดิทัศน์และสื่ออินโฟกราฟิก ผ่าน
แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบไปด้วย วิดีทัศน์ จำนวน 5 ตอน
มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรื่องหวานๆไม่เคยหวาน,
โรคภัยที่มากับเบาหวาน, โภชนาการสำหรับผู้ป่วย
เบาหวาน, อาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange) และรู้ทัน
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารรักษาเบาหวาน และอินโฟกราฟิก

จำนวน 9 เรื่อง ได้แก่ ข้อควรระวังในการสืบค้นข้อมูลจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต, วิธีการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต, ปริมาณอาหารเบาหวาน, สัญญาณเตือนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรระวัง, สัดส่วนผลไม้ที่ควรรับประทานสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, งานอาหารสุขภาพ 2:1:1, ลดหวาน มัน เค็ม, ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และเลือกกินตามสัญญาณไฟ

ส่วนที่ 3 แอปพลิเคชันไลน์ สำหรับการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสาร ใช้ส่งข้อความเตือนเพื่อกระตุ้นเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ติดตามสอบถามปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการทำเนินการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้เท่ากับ 0.85 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือในการใช้สื่อสารสุขภาพรูปแบบสตีกเกอร์ไลน์ อินโฟกราฟฟิก และวิดีโอ โดยการวิเคราะห์พิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือกับวัตถุประสงค์งานวิจัย ให้คำแนะนำเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม เนื้อหามีความถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือ ชัดเจน เข้าใจง่ายและเหมาะสม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาดำเนินการ จำนวน 3 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งหลังจากได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประสานไปยังกลุ่มตัวอย่างและจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยกิจกรรมในการเข้าร่วมการดำเนินการ

วิจัยใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ตั้งแต่ 16 ธันวาคม 2567 – วันที่ 31 มกราคม 2568

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม เข้าถึงข้อมูลเบาหวาน และกิจกรรมความรู้ ความเข้าใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ตลอดการดำเนินการวิจัย มีการลงนามยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือด Fasting Blood Sugar ของตนเอง จากทะเบียนข้อมูลของโรงพยาบาล และให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มไลน์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เริ่มกิจกรรม “เข้าถึงข้อมูลเบาหวาน” โดยการให้ความรู้แหล่งข้อมูลสุขภาพและนำวิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต จากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ มีการฝึกการค้นหาข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ และตรวจสอบข้อมูล และกิจกรรม “ความรู้ ความเข้าใจ” โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง เพื่อตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 – 5 ติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นด้วยการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ชุด "น้องหมอ Healthy พิชิตเบาหวาน" ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ และส่งสื่อวิดีโอจำนวน 5 คลิป สื่ออินโฟกราฟิกจำนวน 9 เรื่อง สอบถามการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยให้ดูคลิปวิดีโอสื่อโฆษณา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารรักษาเบาหวาน และการบรรยายสถานการณ์เมื่อมีการจัดงานเลี้ยง มีการเลี้ยงอาหาร จะมีวิธีการเลือกบริโภคอาหาร และแนะนำเพื่อน ๆ อย่างไร ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ มีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร สามารถบอกต่อคนอื่นได้หรือไม่ ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 7 ตรวจและทราบค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาลศรีบรรพต และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรม ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบประเมินประสิทธิภาพในการใช้สื่อออนไลน์ และสื่ออินโฟกราฟฟิคหลังการดำเนินการ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และกล่าวสิ้นสุดการวิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยทักษิณ โดยผ่านการอนุมัติตามเลขที่ COA No. TSU. 2024_317 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจและเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยขอมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภค

อาหาร และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

จากการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ตามแผนการดำเนินการและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดจนดำเนินการเสร็จสิ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.87 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 28.13 น้อยกว่าครึ่งอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 50-59 คิดเป็นร้อยละ 34.38 ค่าดัชนีมวลกายผู้เข้าร่วมโครงการน้อยกว่าครึ่งอยู่ในช่วง 23.0 – 24.9 (ท้วม) คิดเป็นร้อยละ 31.25 รองลงมาอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 (อ้วน) คิดเป็นร้อยละ 25.00 การประกอบอาชีพมากกว่าครึ่ง คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาอาชีพแม่บ้านและไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 15.63 และมีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่าครึ่ง อยู่ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี และ 5 – 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.25 โรคประจำตัว หรือโรคแทรกซ้อน น้อยกว่าครึ่งโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ไม่มีโรคอื่นหรือไม่มีโรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 15.62

1.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=32)

ความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
ก่อนการดำเนินการ	5 (15.62)	18 (56.65)	8 (25.00)	1 (3.13)
หลังการดำเนินการ	27 (84.38)	5 (15.62)	0	0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n =32)

ความรู้ด้านสุขภาพ	n	Mean	S.D.	95 % CI		df	t-test	p-value
				Lower	Upper			
ก่อนการดำเนินการ	32	65.84	6.41	-11.61	-7.83	31	-10.51	<0.001*
หลังการดำเนินการ	32	75.56	4.03					

* Paired t-test

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ ผลการศึกษพบว่า ก่อนการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.65 หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.38 ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารหลังการดำเนินการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 65.84 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.41 เป็น 75.56 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03 ดังตารางที่ 2

1.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n =32)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
ก่อนการดำเนินการ	12 (17.50)	18 (56.65)	2 (6.25)
หลังการดำเนินการ	25 (78.13)	7 (21.87)	0

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.65 หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี เป็นร้อยละ 78.13

จากการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการดำเนินการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนการดำเนินการค่ามัธยฐานเท่ากับ 38.03 และหลังการดำเนินการมีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นเป็น 44.09

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=32)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	n	Median	IQR	Z-test	p-value
ก่อนการดำเนินการ	32	38.03	7.75	-4.953	<0.001*
หลังการดำเนินการ	32	44.09	3.00		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

1.4 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จากการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินการค่ามัธยฐานลดลงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดของ

กลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 154.00 เป็น 132.00 ตามตารางที่ 5

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีเพียง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังการดำเนินการ (n=32)

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	Median	IQR	Z-test	p-value
ก่อนการดำเนินการ	32	154.00	48.00	-4.273	<0.001*
หลังการดำเนินการ	32	132.00	56.00		

* Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการดำเนินการของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n=32)

ระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	26	81.25
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง	6	18.75

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการดำเนินการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีระดับคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยผู้วิจัยเน้นการพัฒนาทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) การจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สัญญาณเตือนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรระวัง แนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้สื่ออินโฟกราฟฟิก สื่อวิดีโอทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ ดึงดูดความน่าสนใจ และได้มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการส่งข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ทำให้สะดวกในการทบทวนความรู้ เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยหรืออุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ และได้มีการกระตุ้นโดยใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ “น้องหมอ Healthy พิชิตเบาหวาน” จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลได้ถูกต้องและรู้เท่าทันสื่อมากขึ้น จัดการวางแผนและตั้งเป้าหมายในเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Klarob et al., (2021) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังได้รับ

โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Limrermsakul et al., (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) โดยก่อนดำเนินการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.50 หลังจากการดำเนินการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.13 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ กินอาหารมื้อหลัก เช่น ข้าว ขนมน้ำแข็ง ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว ไม่เกิน 2 ทัพพี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.88 เป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ กินผลไม้ต่าง ๆ เช่น แอปเปิ้ล กล้วย เงาะ มะม่วง มังคุด โดยจำกัดปริมาณเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.38 เป็นร้อยละ 28.13 ส่วนข้อที่มีคะแนนการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ได้แก่ รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ อย่าง เป็นอาหารหลัก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewpradab (2024) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มความรู้ด้านการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มความรู้ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Limrermsakul et al., (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังได้รับ

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$)

ระดับค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จากการดำเนินการโดยใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านการบริโภคอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการดำเนินการ มีค่ามัธยฐาน 154.00 หลังการดำเนินการมีค่ามัธยฐาน 132.00 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการดำเนินการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการดำเนินการ จะเห็นได้ว่าหลังการดำเนินการมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suphaiboonkit (2021) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rungcharoenareejit (2024) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังจากร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

เป้าหมายที่สำคัญ คือ การสร้างความตระหนัก พฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายในการควบคุมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. ควรติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 3 เดือน 6 เดือนหรือ 12 เดือน เพื่อศึกษาถึงระยะเวลาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการติดตามแบบเสริมพลังโดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพหรือทีมหมอครอบครัว
3. ควรเพิ่มสื่อสุขภาพให้หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนและสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และเพิ่มระยะเวลาในการทดลองเพื่อสะท้อนให้เกิดผลของโปรแกรมที่ชัดเจน
2. ควรมีการวัดผลเป็นค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ย (HbA1c) เป็นค่าของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพื่อให้มีค่าระดับน้ำตาลที่เหมาะสมมากขึ้น
3. ควรวิจัยแบบผสมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Boonthanapisarn, N. (2021). *Effects of self-management promotion program using LINE application on health behaviors and glycated hemoglobin levels in diabetic patients with uncontrolled blood sugar* (Thesis, Community Nurse Practitioner, Naresuan University).
- Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Department of Disease Control reveals diabetes situation*. Retrieved June 25, 2024, from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
- Department of Health Education, Department of Health Service Support. (2022). Strategies for health literacy and health behavior promotion. *Journal of Health Education and Health Communication*, 8(1), 8–10.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Development of health literate organization*. Retrieved July 25, 2024, from <https://mwi.anamai.moph.go.th/web.pdf>
- Diabetes and Endocrine Center, Phyathai Hospital. (2021). *Chronic complications in diabetes patients*. Retrieved July 25, 2024, from <https://www.phyathai.com/th/article/3572>
- Diabetes Association of Thailand & Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2023). *Clinical practice guidelines for diabetes 2023* (1st ed.). Bangkok: Srimuang Printing.
- Health Data Center, Information and Communication Technology Center, Ministry of Public Health. (2024). *New diabetes incidence rate*. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report_-_detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001
- Kaewpradab R. (2021). Effectiveness of health literacy enhancement program on food consumption behavior for type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar levels. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 9(2), 755-763.
- Klarop, R., Sikhao, O., & Prasertsong, C. (2021). Effects of health literacy program for type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar levels. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 274-283.
- Limrermasakul, S., Saneha, C., Wattanakitkileart, D., & Buranasupkajom, P. (2022). Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 84–98.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Subpaiboonkit, P., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2022). Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. *Nursing Journal*, 48(4), 80–92.
- Rungcharoenareejitta, M. (2024). Effects of health literacy program for type 2 diabetes patients with Uncontrolled blood sugar levels. *Journal of Primary Health Care (Northern Region)*, 34(2), 46-53.
- Saentecha, P. (2020). Effects of health literacy development program in patients with type 2 diabetes. *Journal of Health Education*, 43(2), 150-164.

- Siriwattanamethanon, Y., & Tophakam, A. (2018). Comparison of blood sugar control outcomes in type 2 Diabetes patients according to two treatment targets. *Srinagarind Medical Journal*, 33(6), 512–513.
- Sutthiphol, K. (2022). Factors affecting blood sugar control in type 2 diabetes patients at Prachanukroh Community Health Center, Ratchaburi Hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 5(2), 1–12.
- Ya-in, B. (2021). Effects of health literacy promotion program on self-care behaviors in type 2 diabetes Patients with uncontrolled blood sugar levels. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(1), 36-48.

Grounds for Divorce: A Case Study on Gaslighting

Supatida Sittirattanapong

Student in Master of Laws, Faculty of Law, Rangsit University

supatida.s63@rsu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS:

Sittirattanapong, S. Grounds for Divorce: A Case Study of Gaslighting. *Public Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281656

Received: 19 June 2025

Revised: 3 July 2025

Accepted: 10 July 2025

Abstract

The objective of this study was to examine the act of gaslighting between spouses as a potential ground for divorce under Section 1516 of the Thai Civil and Commercial Code. The research focused on the challenges related to the definition of gaslighting, the interpretive scope of divorce grounds in Thai law concerning such conduct, the process of proving gaslighting behavior as a ground for divorce, and the legal remedies available to victims after divorce. The study employed documentary research method, analyzing the Thai legal provisions in comparison with relevant legal theories, statutes, and judicial precedents from the United Kingdom and Singapore. The analysis sought to derive conclusions and propose a Thai legal reform.

The findings indicated that the current grounds for divorce under Section 1516 of the Civil and Commercial Code did not adequately encompass cases of gaslighting. This is because gaslighting involves psychological and emotional abuse, which may not always manifest through overt or severe acts, thus failing to align with the existing legal criteria. The study recommends amending the Civil and Commercial Code to explicitly recognize gaslighting as a valid ground for a divorce. Furthermore, it proposes the inclusion of legal entitlements for the affected spouse to receive psychological rehabilitation compensation from the liable party.

Keywords: Gaslighting ; Emotional or Psychological Abuse ; Grounds for Divorce

เหตุฟ้องหย่า : กรณีศึกษาการปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)

ศุภิดา สิริรัตนพงศ์

นักศึกษาลัทธิไตรสิกขาธรรมมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

supatida.s63@rsu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 19 มิถุนายน 2568

วันแก้ไข 3 กรกฎาคม 2568

วันตอบรับ 10 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการกระทำการปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ ระหว่างคู่สมรส ในการนำมาพิจารณาเป็นเหตุฟ้องหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1516 โดยเป็นการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในการกำหนดคำนิยามของการปั่นหัวหรือควบคุมจิตใจ ปัญหาขอบเขตการตีความเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายของประเทศไทยในกรณีการปั่นหัวหรือควบคุมจิตใจ ปัญหาการพิสูจน์พฤติการณ์การปั่นหัวหรือควบคุมจิตใจเพื่อนำมาใช้เป็นเหตุฟ้องหย่า และปัญหาการเยียวยาคู่สมรสที่ถูกปั่นหัวหรือควบคุมจิตใจภายหลังการหย่า ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเอกสารในการศึกษา โดยศึกษาเปรียบเทียบบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของไทย กับ แนวคิดทฤษฎี กฎหมาย และแนวคำพิพากษาของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปและเสนอแนวทางในการพัฒนากฎหมายของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่าเหตุฟ้องหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 ยังไม่ครอบคลุมถึงกรณีการปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ เนื่องจากลักษณะของการปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ เป็นการกระทำละเมิดต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ถูกกระทำ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีการกระทำที่รุนแรงหรือพฤติการณ์ที่ร้ายแรงเสมอไป จึงไม่สอดคล้องกับลักษณะการกระทำที่กฎหมายของประเทศไทยภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่กำหนดไว้ให้เป็นเหตุฟ้องหย่า ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยกำหนดให้การปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ สามารถนำมาพิจารณาเป็นเหตุฟ้องหย่าได้ และกำหนดให้คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าด้วยเหตุดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจจากคู่สมรสฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

คำสำคัญ : การปั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ ; การกระทำละเมิดต่ออารมณ์หรือจิตใจ ; เหตุฟ้องหย่า

บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา คำว่า “Gaslighting” กลายเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Merriam-Webster ได้ยกให้คำว่า “Gaslighting” เป็น “คำแห่งปี” ใน ค.ศ. 2022 (Italie, 2022) แม้คำว่า Gaslighting จะไม่มีการให้คำจำกัดความหรือความหมายที่แน่นอน แต่มักหมายถึงการกระทำความรุนแรงทางจิตใจรูปแบบหนึ่ง (Psychological Abuse) (Knapp, 2020; Sweet, 2019) ที่มีลักษณะเป็นการควบคุมหรือบิดเบือนความคิดของผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ถูกกระทำเกิดความสับสนในความทรงจำ การรับรู้ หรือการตัดสินใจของตนเอง (Cleveland Clinic, 2024) โดยลักษณะของ Gaslighting ไม่จำเป็นต้องมีการทำร้ายทางร่างกายหรือใช้คำพูดรุนแรง (Tager-Shafir et al., 2024) แต่ในระยะยาวอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ถูกกระทำได้ (Tobin, n.d) ทั้งนี้ การ Gaslighting อาจปรากฏขึ้นได้ในความสัมพันธ์รูปแบบต่าง ๆ แต่มักพบได้บ่อยในความสัมพันธ์แบบครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ที่เป็นคู่รักหรือคู่สมรส (Knapp, 2020) ซึ่งในปัจจุบันแม้ว่าการ Gaslighting จะถูกกล่าวถึงมากขึ้นในสังคมและได้รับการยอมรับว่ามีลักษณะเป็นการกระทำความรุนแรงทางจิตใจ (Psychological Abuse) รูปแบบหนึ่ง แต่ในส่วนของกฎหมายประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายครอบครัว

ในเรื่องของเหตุหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ความเข้าใจและการรับรองความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจยังคงมีข้อจำกัดอยู่มาก ดังเช่นในมาตรา 1516 (3) แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่กำหนดว่า “คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทำร้าย หรือทรมานร่างกายหรือจิตใจอีกฝ่ายหนึ่งอย่างร้ายแรง อีกฝ่ายสามารถฟ้องหย่าได้” ดังนั้น การทำร้ายหรือทรมานจิตใจระหว่างคู่สมรสที่จะพิจารณาเป็นเหตุหย่าได้นั้นต้องเป็นการทำร้ายหรือทรมานจิตใจอย่างร้ายแรง ซึ่งไม่แน่ชัดว่าการ Gaslighting เข้าข่าย

เป็นการกระทำที่ร้ายแรงอันอาจพิจารณาให้เป็นเหตุหย่าได้หรือไม่

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยการศึกษาวิจัยเรื่อง Gaslighting ยังมีจำนวนไม่มากนัก ในต่างประเทศพบว่าการศึกษาวิจัยเรื่อง Gaslighting ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาในเชิงจิตวิทยา และสังคมวิทยา โดย Gaslighting เป็นกระทำความรุนแรงทางอารมณ์และจิตใจ ผู้กระทำมักมีพฤติกรรมบิดเบือนความคิดหรือการรับรู้ของผู้ถูกกระทำให้เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ถูกกระทำเกิดความสงสัยในความคิด ความจำ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ รวมถึงความรู้สึกของตนเอง และสูญเสียความมั่นคงและความเชื่อมั่นในตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ถูกกระทำตกอยู่ภายในการควบคุมของผู้กระทำ (Cleveland Clinic, 2024; Podosky, 2021) มักเกิดขึ้นในความสัมพันธ์ที่มีการควบคุมอย่างไม่เท่าเทียม หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่สมดุล (Sweet, 2019) ตัวอย่างเช่น การปฏิเสธในสิ่งที่เกิดขึ้น การกล่าวโทษหรือกล่าวหาความคิดหรือความรู้สึกของผู้ถูกกระทำนั้นไม่ถูกต้อง การเบี่ยงประเด็น การพูดเสียดสีหรือด้อยค่า เป็นต้น (Klein et al., 2023) โดยผู้กระทำมักมีการกระทำซ้ำ ๆ ซึ่งเมื่อถูกกระทำในลักษณะนี้อย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลต่อสภาวะทางจิตของผู้ถูกกระทำ เช่น ความบอบช้ำทางจิตใจ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Quinn, 2023) โดยวิธีการที่ดีที่สุดที่จะป้องกัน รับมือหรือเยียวยาสภาพจิตใจจากการถูก Gaslighting คือการหลีกเลี่ยงการอยู่ในความสัมพันธ์หรือการยุติความสัมพันธ์กับผู้กระทำ (Klein et al., 2023) ทั้งนี้ เนื่องจากคำว่า Gaslighting ไม่มีการนิยามความหมายในภาษาไทยที่แน่นอน ในการศึกษาผู้ศึกษาจึงได้นิยามคำว่า Gaslighting ตามลักษณะพฤติกรรมของการกระทำโดยรวมว่า Gaslighting หมายถึง การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ

ดังนั้น จากเหตุผลข้างต้นการศึกษาเหตุฟ้องหย่าในการณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)

จึงมีความสำคัญที่ผลของการศึกษานี้อาจช่วยเป็นข้อมูลในการแก้ไขและปรับปรุงประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทย เพื่อให้คู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) มีทางเลือกในการยุติความสัมพันธ์กับผู้กระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาจากผู้กระทำอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ผลการศึกษาอาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการปกป้องสุขภาพทางจิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในสถาบันครอบครัวต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจ แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ นิยาม ความหมาย ที่เกี่ยวข้องกับกรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)
2. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจหลักเกณฑ์ของกฎหมายประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศในกรณีศาลจะพิพากษาให้คู่สมรสหย่ากันด้วยเหตุแห่งการถูกกระทำการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)
3. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของเหตุหย่าตามกฎหมายของประเทศไทย ในประเด็นการกำหนดนิยามการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ประเด็นขอบเขตการตีความเหตุฟ้องหย่ากรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ประเด็นแนวทางการพิสูจน์พฤติกรรมการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อนำมาใช้เป็นเหตุฟ้องหย่า และประเด็นแนวทางการเยียวยาสมรสที่ถูกบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ภายหลังการหย่า โดยศึกษาเปรียบเทียบกับแนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายของต่างประเทศ
4. เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงและแก้ไขหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับเรื่องของเหตุหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เพื่อให้เกิดความเหมาะสมแก่การปรับใช้ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากกฎหมายต่างประเทศ โดยมุ่งเน้นไปที่กฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักร และกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ หลักสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ แนวคำพิพากษาของศาล เอกสาร และผลงานทางวิชาการ ตลอดจนข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำมาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศไทยในประเด็นการกำหนดนิยามการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ประเด็นขอบเขตการตีความเหตุฟ้องหย่าในกรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ประเด็นแนวทางการพิสูจน์พฤติกรรมการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อนำมาใช้เป็นเหตุฟ้องหย่า และประเด็นแนวทางการเยียวยาคู่สมรสที่ถูกบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ภายหลังการหย่า เพื่อหาข้อสรุปและเสนอแนวทางในการพัฒนาข้อกฎหมายให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเหตุฟ้องหย่าในกรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) สามารถสรุปผลการศึกษาแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ประเด็นการกำหนดนิยามการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting)

เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทย โดยเฉพาะในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ไม่มีการกำหนดคำนิยามของคำว่า "Gaslighting" หรือ "การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ" ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งในส่วนของผู้ฟ้องหย่านั้นแม้ว่าจะมีบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 ที่บัญญัติให้การ "ทำร้ายจิตใจ" หรือ "ทรมาณจิตใจ" เป็นหนึ่งในเหตุฟ้องหย่า โดยอาจพิจารณาได้ว่าเป็นคำที่มีนัยยะใกล้เคียงกับคำว่า การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ

(Gaslighting) ก็ตาม แต่กฎหมายของประเทศไทยกำหนดให้ การทำร้ายหรือทรมานจิตใจดังกล่าวต้องเป็นการร้ายแรงด้วย โดยศาลไทยเคยมีคำพิพากษาในกรณีการทำร้ายหรือทรมาน จิตใจที่จะถือเป็นเหตุหย่าได้นั้นการกระทำต้องมีลักษณะเป็น กรณีที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างรุนแรง หรือ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตของคู่สมรสอย่างรุนแรงอย่างมาก (Simachokedee, 2016) ซึ่งการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) มีลักษณะพฤติกรรมที่แตกต่างออกไป โดย จากการศึกษาคำนิยามของคำว่า Gaslighting จาก นักวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาของ ต่างประเทศ พบว่าการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) มีลักษณะเป็นการกระทำที่เป็นการล่อลวงหรือ บั่นทอนผู้ถูกกระทำ (Cambridge University, n.d) โดย ผู้กระทำมักมีพฤติกรรมบิดเบือนความคิดหรือการรับรู้ของ ผู้อื่นให้เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ถูกกระทำ สูญเสียความมั่นใจและเกิดความสงสัยในความคิด ความจำ การรับรู้ สติสัมปชัญญะ (Cleveland Clinic, 2024) ซึ่งไม่ จำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างร้ายแรงหรือส่งผล กระทบต่อจิตใจของคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำอย่างรุนแรงใน ขณะนั้น (Tager-Shafir et al., 2024) จึงอาจกล่าวได้ว่า การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) มิได้มี ความหมายหรือนิยามเช่นเดียวกับคำว่า “ทำร้ายหรือทรมาน จิตใจ” ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1516

2. ประเด็นขอบเขตการตีความเหตุฟ้องหย่าใน กรณีการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting)

จากการศึกษาเหตุฟ้องหย่าตามประมวลกฎหมาย แพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 ที่บัญญัติเหตุฟ้องหย่า ไว้ถึง 10 ประการ พบว่าการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) อาจตีความให้เข้าข่ายเป็นเหตุหย่าตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 ในกรณีที่ โกล่เกลี่ยที่สุดคือเหตุหย่าที่ถูกกำหนดไว้ตามมาตรา 1516 (3) ในเรื่องการทำร้ายหรือทรมานจิตใจ และมาตรา 1516 (6) ใน

เรื่องการกระทำอันเป็นปฏิปักษ์ต่อการเป็นคู่สมรส อย่างไรก็ดี ทั้งสองกรณีกำหนดเรื่องความร้ายแรงของพฤติกรรมไว้ กล่าวคือ มาตรา 1516 (3) ในเรื่องการทำร้ายหรือทรมาน จิตใจที่จะถือเป็นเหตุหย่าได้นั้นต้องเป็นการกระทำที่ร้ายแรง ส่วนในมาตรา 1516 (6) การกระทำอันเป็นปฏิปักษ์ต่อการ เป็นคู่สมรสที่จะพิจารณาเป็นเหตุหย่าได้นั้นนอกจากจะต้อง เป็นการกระทำที่ร้ายแรงแล้ว กฎหมายยังกำหนดเงื่อนไข เพิ่มเติมด้วยว่าการกระทำนั้นถึงขนาดที่คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้อง หย่าต้องได้รับความเดือดร้อนเกินควรในเมื่อเอาสภาพ ฐานะ และความเป็นอยู่ร่วมกันฉันคู่สมรสมาคำนึงประกอบด้วย โดยศาลฎีกาเคยได้มีคำพิพากษาที่ 2943/2524 และคำ พิพากษาที่ 739/2528 ซึ่งวินิจฉัยไว้ว่าเพียงกรณีสามีภรรยา มีการทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ การมีปากเสียงหรือการ ด่าทอกันจนเป็นปกติวิสัย ยังไม่ถือเป็นเหตุร้ายแรงที่จะนำมา ฟ้องหย่าได้

อย่างไรก็ดี จากการศึกษากฎหมายและแนวคำ พิพากษาของประเทศสหราชอาณาจักรพบว่าศาลสูงของ อังกฤษและเวลส์เคยพิพากษาในคดี Re B-B (Domestic Abuse: Fact-Finding) [2022] EWHC 108 (Fam) โดย ยอมรับว่าการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นการกระทำละเมิดที่ชั่วร้าย และเป็นการกระทำทารุณ กรรมทางจิตใจอย่างร้ายแรง ซึ่งแต่เดิมก่อนที่จะพระราชบัญญัติ ว่าด้วยการสมรส ค.ศ. 1973 (Matrimonial Causes Act 1973) จะมีการแก้ไขใน ค.ศ. 2022 เรื่องการกระทำละเมิด ต่ออาชญากรรมหรือจิตใจของคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว อาจ ถือเป็นพฤติกรรมอันไม่สมควรที่ทำให้คู่สมรสอีกฝ่ายไม่ สามารถคาดหวังว่าจะอยู่ร่วมกันได้เมื่อพิจารณาอย่าง สมเหตุสมผล ซึ่งคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำสามารถนำมายื่นคำ ร้องต่อศาลเพื่อให้พิจารณาเป็นเหตุหย่าได้ (The Law Superstore Team, 2022) โดยถือว่าเป็นเหตุที่ทำให้การ สมรสสิ้นสุดลงอย่างไม่อาจแก้ไขได้ ทั้งนี้ ภายหลังปี ค.ศ. 2022 ประเทศสหราชอาณาจักรได้มีการแก้ไข

พระราชบัญญัติว่าด้วยการสมรส ค.ศ. 1973 (Matrimonial Causes Act 1973) ในเรื่องเหตุฟ้องหย่าโดยกำหนดให้เหตุหย่ามีอยู่เพียงประการเดียว คือการสมรสสิ้นสุดลงอย่างไม่มีทางแก้ไขกลับคืนได้ ซึ่งคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายมีสิทธิที่จะใช้เหตุผลดังกล่าวแถลงต่อศาลเพื่อขอให้ศาลมีคำสั่งให้หย่าขาดจากคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งได้โดยไม่ต้องระบุเหตุผลเฉพาะใด ๆ อีก ทั้งนี้ ในส่วนของกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ก็ได้มีการกล่าวถึงการกระทำที่มีพฤติกรรมในลักษณะที่ เป็นการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ในร่างกฎหมายว่าด้วยสตรี ความรุนแรงในครอบครัวและประเด็นที่เกี่ยวข้อง [Women's Charter (Family Violence and Other Matters)] ที่แก้ไขเพิ่มเติมว่าพฤติกรรมในลักษณะที่เป็นการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ถือเป็นการละเมิดทางอาชญากรรมและจิตใจ ซึ่งหากเกิดในครอบครัวก็ถือว่าเป็นความรุนแรงในครอบครัวประการหนึ่ง ซึ่งเรื่องการละเมิดทางอาชญากรรมและจิตใจและความรุนแรงในครอบครัวนั้น ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่ทำให้คู่สมรสอีกฝ่ายไม่สามารถคาดหวังว่าจะอยู่ร่วมกันได้เมื่อพิจารณาอย่างสมเหตุสมผล อันสามารถพิจารณาเป็นเหตุหย่าประการหนึ่ง (Tan, n.d.) ตามที่ถูกกำหนดไว้ใน Section 95 ของกฎหมายว่าด้วยสตรี ค.ศ. 1961 (Women's Charter 1961)

นอกจากนี้ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR) ข้อ 3 ที่ได้กำหนดถึงสิทธิในชีวิตของบุคคลว่า "บุคคลทุกคนมีสิทธิในการดำรงชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งตัวตน" และคำว่า "ชีวิต" นั้น ประกอบไปด้วยสุขภาพของมนุษย์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตประกอบกัน ปัจเจกบุคคลย่อมมีสิทธิที่จะดำเนินชีวิตด้วยสภาวะจิตใจที่เป็นปกติ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ด้วยเงื่อนไขทางกฎหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความร้ายแรงของพฤติกรรม ทำให้การตีความเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายของ

ประเทศไทยภายใต้ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์กระทำได้อย่างจำกัด และทำให้ไม่สามารถตีความเหตุฟ้องหย่าให้ครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เนื่องจากการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นการกระทำที่ไม่จำเป็นต้องมีการทำร้ายทางกายภาพ การทะเลาะด่าทอ หรือการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง แตกต่างจากกฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์ที่ไม่ได้กำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงของพฤติกรรมไว้ดังเช่นในกฎหมายของประเทศไทย ทำให้สามารถตีความเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายให้ครอบคลุมถึงการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ได้

3. ประเด็นแนวทางการพิสูจน์พฤติกรรมการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อนำมาใช้เป็นเหตุฟ้องหย่า

ด้วยการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นการกระทำความรุนแรงต่ออารมณ์ และจิตใจ (Emotional and Psychological Abuse) ซึ่งบาดแผลหรือความเสียหายที่เกิดขึ้นต่ออารมณ์และจิตใจ เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ยากกว่าบาดแผลทางกายภาพที่เกิดจากการทำร้ายร่างกาย อีกทั้งลักษณะของการกระทำการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ไม่จำเป็นต้องมีการกระทำที่แสดงออกทางพฤติกรรม อย่างรุนแรง จนแม้แต่ในบางครั้งผู้ถูกกระทำยังไม่ทราบว่าตนกำลังถูกกระทำการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) (Klein et al., 2023) ลักษณะความรุนแรงจากการบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) จึงสังเกตเห็นได้ยากกว่าความรุนแรงรูปแบบอื่น (Tager-Shafir et al., 2024) และดังที่กล่าวมาแล้วว่ากรณีที่ใกล้เคียงที่สุดที่อาจตีความให้การบั่นหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นเหตุหย่าได้ตามกฎหมายของประเทศไทย คือกรณีเหตุหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 (3) ในเรื่องการทำร้ายหรือทรมานจิตใจ และกรณีเหตุหย่ามาตรา 1516 (6) ในเรื่องการกระทำ

อันเป็นปฏิกิริยาต่อการเป็นคู่สมรส ซึ่งเหตุหย่าทั้งสองกรณี กฎหมายของประเทศไทยกำหนดเงื่อนไขเรื่องความร้ายแรงของพฤติกรรมไว้ในเหตุหย่าด้วย ดังนั้น แนวทางการพิสูจน์การปันหัวหรือควบคุมจิตใจ ตามกฎหมายของประเทศไทย ผู้ถูกระทำได้ซึ่งเป็นฝ่ายฟ้องคดีจึงจะต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมในระดับที่ศาลยอมรับว่าเป็นกรณีที่ร้ายแรง

ทั้งนี้ จากการศึกษากฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรพบว่า ประเทศสหราชอาณาจักรมีแนวทางในการพิจารณาการปันหัวหรือควบคุมจิตใจในรูปแบบของกลุ่มพฤติกรรมที่แม้ว่าจะไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง แต่หากมีการกระทำซ้ำ ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อความรับรู้ตามความเป็นจริง ความเชื่อมั่น รวมถึงสภาพจิตใจของผู้ถูกระทำได้ ถือได้ว่าเป็นการกระทำละเมิดทางอารมณ์และจิตใจที่ชั่วร้าย (High Court of Justice Family Division, 2022) และอาจนำเหตุดังกล่าวมาพิจารณาเป็นเหตุหย่าได้ (The Law Superstore Team, 2022) โดยศาลอาจพิจารณาพฤติกรรมในกลุ่มพฤติกรรม ว่ามีพฤติกรรมดังที่คู่สมรสผู้ฟ้องหย่ากล่าวอ้างจริงหรือไม่ (Beckett, 2022; Vaughan, 2022) รวมทั้งพิจารณาจากพยานหลักฐานแวดล้อมประกอบด้วย เช่น คำให้การจากพยาน หลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานการใช้จ่ายเงินและข้อความต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นการควบคุมหรือบงการโดยผู้ถูกระทำได้ เป็นต้น (High Court of Justice Family Division, 2022) ซึ่งต่อมากฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรได้มีการแก้ไขกฎหมายให้คู่สมรสฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดสามารถหย่าขาดจากกันได้โดยไม่ต้องอ้างเหตุผล หรืออ้างความผิดของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งทำให้คู่สมรสที่ถูกกระทำการปันหัวหรือการควบคุมจิตใจสามารถหย่าขาดจากคู่สมรสฝ่ายที่กระทำได้โดยไม่ต้องหาพยานหลักฐานมาพิสูจน์การกระทำ อันเป็นกรณีที่ช่วยลดกระบวนการพิสูจน์และกล่าวโทษกันระหว่างคู่สมรส ทำให้กระบวนการหย่าสามารถ

ดำเนินการได้ง่ายขึ้น ส่วนในกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ การพิจารณาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเป็นเหตุให้การสมรสสิ้นสุดลงนั้น ไม่ได้มีการกำหนดคำนิยามที่ชัดเจนว่าอะไรคือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแนวทางการพิจารณาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของประเทศสิงคโปร์ แนวทางการพิจารณาจึงเป็นไปในลักษณะการประเมินตามทฤษฎีอัตวิสัย (Subjectivity) หรือประเมินจากมุมมอง ความคิดเห็น ประสบการณ์ส่วนตัว หรือความรู้สึกส่วนตัวของคู่สมรสผู้ถูกระทำได้ในแต่ละรายการเป็นสำคัญ (Gloria James-Civetta & Co., n.d.) ว่าพฤติกรรมของคู่สมรสอีกฝ่าย ทำให้คู่สมรสผู้ถูกระทำได้รู้สึกว่าจะไม่อาจทนอยู่ด้วยต่อไปใช่หรือไม่ ดังนั้นแนวทางในการพิสูจน์การปันหัวหรือควบคุมจิตใจ เพื่อนำมาเป็นเหตุหย่า จึงให้ความสำคัญกับคำให้การของคู่สมรสผู้ฟ้องคดีเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งหลายที่ทำให้ผู้ถูกระทำได้รู้สึกว่าจะถูกละเมิดทางอารมณ์และจิตใจ ความถี่ในการกระทำ และผลกระทบต่อผู้ถูกระทำได้ เป็นหลักฐานที่สำคัญที่สุดในการพิสูจน์ โดยอาจมีการพิจารณาพยานหลักฐานอื่นร่วมด้วยเพื่อตรวจสอบข้อกล่าวหาของผู้ฟ้องคดี อย่างไรก็ตามการพิจารณาดังกล่าวมุ่งเน้นไปที่มุมมองของผู้ถูกระทำได้เป็นสำคัญ (Danker, 2023) ซึ่งในกรณีการปันหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) หากคู่สมรสที่ถูกกระทำรู้สึกว่าเป็นทุกข์จากพฤติกรรมและการกระทำดังกล่าว และเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่อาจอยู่ร่วมกันได้อีกต่อไป ก็สามารถร้องขอต่อศาลเพื่อขอให้หย่าขาดจากคู่สมรสของตนได้ โดยไม่ต้องมีการพิจารณาหรือพิสูจน์ว่าพฤติกรรมและการกระทำที่ทำให้คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องคดีไม่อาจทนอยู่ด้วยนั้นจะต้องเป็นการกระทำที่ร้ายแรงหรือไม่

4. แนวทางการเยียวยาผู้สมรสที่ถูกปันหัวหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ภายหลังการหย่า

เนื่องจากการปันหัวหรือควบคุมจิตใจอาจก่อให้เกิดความเสียหายและปัญหาต่อสภาพจิตใจของคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำขึ้นได้ ซึ่งนอกจากความเสียหายทางจิตใจที่

ผู้ถูกระทำได้แล้ว ผู้ถูกระทำอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาความเสียหายทางจิตใจดังกล่าวด้วย โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทยกำหนดแนวทางการเยียวยาคู่สมรสไว้ในรูปแบบค่าทดแทนตามมาตรา 1524 และค่าเลี้ยงชีพตามมาตรา 1526 และ 1527 โดยกรณีค่าทดแทนคู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าจะมีสิทธิได้รับค่าทดแทนต่อเมื่อเป็นเหตุหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 (3) (4) หรือ (6) ซึ่งต้องเกิดขึ้นเพราะฝ่ายผู้ต้องรับผิดชอบทำให้เกิดขึ้นโดยมุ่งประสงค์ให้คู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งไม่อาจทนได้จึงต้องฟ้องหย่า ส่วนกรณีค่าเลี้ยงชีพตามมาตรา 1526 นั้น คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าจะมีสิทธิได้รับหากมิได้เป็นฝ่ายผิดและต้องยากจนลงเพราะการหย่า โดยศาลจะพิจารณาให้หรือไม่ก็ได้โดยคำนึงในเรื่องความสามารถของผู้ให้และฐานะของผู้รับ ส่วนค่าเลี้ยงชีพตามมาตรา 1527 หากเหตุหย่าเกิดขึ้นเพราะเหตุที่คู่สมรสวิกลจริตหรือเป็นโรคติดต่ออย่างร้ายแรง คู่สมรสวิกลจริตหรือเป็นโรคติดต่ออย่างร้ายแรงจึงจะมีสิทธิได้รับค่าเลี้ยงชีพตามมาตรา

อย่างไรก็ดี ในส่วนของการเยียวยาคู่สมรสภายหลังการหย่าของประเทศสหราชอาณาจักรตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการสมรส ค.ศ. 1973 (Matrimonial Causes Act 1973) และของประเทศสิงคโปร์ตามกฎหมายว่าด้วยสตรี ค.ศ. 1961 (Women's Charter 1961) พบว่าทั้งสองประเทศไม่ได้กำหนดเรื่องค่าทดแทนและค่าเลี้ยงชีพไว้ดังเช่นกฎหมายของประเทศไทย แต่ประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์มีบทบัญญัติที่กำหนดเรื่องค่าเลี้ยงดูคู่สมรสภายหลังการหย่าไว้ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกฎหมายในเรื่องค่าเลี้ยงชีพของประเทศไทยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1526 ซึ่งกฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์มุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือและการสนับสนุนการใช้ชีวิตของคู่สมรสแต่ละฝ่ายภายหลังการหย่าร้างให้ดำเนินไปได้อย่างเป็นปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับก่อนการหย่าให้ได้มากที่สุด การกำหนดค่าเลี้ยงดู

ของทั้งสองประเทศจึงคำนึงถึงแง่มุมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ให้และผู้รับร่วมด้วย เช่น เงื่อนไขในเรื่องของรายได้ ฐานะ อายุ ระยะเวลาการสมรส ภาระหนี้สิน การดูแลจัดการครอบครัวรวมถึงบุตร ผลประโยชน์ที่คู่สมรสแต่ละฝ่ายต้องสูญเสียไปภายหลังจากการหย่ารวมถึงประเด็นความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพจิตของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ประกอบการพิจารณาด้วย

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR) ข้อ 3 ได้กำหนดถึงสิทธิในชีวิตของตนว่า "บุคคลทุกคนมีสิทธิในการดำรงชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งตัวตน" และคำว่า "ชีวิต" นั้นก็ประกอบไปด้วยสุขภาพทางกายและทางจิตใจประกอบกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าปัจเจกบุคคลย่อมมีสิทธิในชีวิตของตนที่จะมีสภาวะจิตใจที่เป็นปกติ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน และข้อ 8 กำหนดว่า "ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบำบัดอันเป็นผลจากศาลที่มีอำนาจแห่งชาติต่อการกระทำอันละเมิดสิทธิหลักมูล ซึ่งบุคคลได้รับตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย" โดย "สิทธิหลักมูล" นั้นคือ "สิทธิขั้นพื้นฐาน" ดังนั้น หากบุคคลใดถูกละเมิดสิทธิดังกล่าว จนทำให้สภาวะจิตใจไม่ปกติ บุคคลนั้นจึงพึงที่จะมีสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายทางจิตใจได้โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ

การอภิปรายผล

1. ประเด็นการกำหนดนิยามการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เห็นว่ากฎหมายของประเทศไทยยังไม่ตระหนักและให้ความสำคัญกับเรื่องการกระทำละเมิดต่ออารมณ์และจิตใจ (Emotional or Psychological Abuse) เท่าที่ควร โดยจะเห็นได้ชัดในส่วนของกฎหมายครอบครัวในเรื่องของเหตุหย่า ซึ่งการจะพิจารณาเป็นเหตุฟ้องหย่าได้นั้นกฎหมายกำหนดให้ต้องมีลักษณะการกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความร้ายแรง ทั้งที่กระทำละเมิดต่ออารมณ์

และจิตใจ ดังเช่นการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ แม้ไม่ต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมที่ร้ายแรงและไม่พบเห็นร่องรอยความเสียหายที่ชัดเจน ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ถูกกระทำได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ บทบัญญัติในส่วนของการครอบคลุตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทย โดยเฉพาะในบทบัญญัติเรื่องครอบครัว พบว่ายังไม่มีกำหนดคำนิยามของคำว่า "Gaslighting" หรือ "การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ" ivo อย่างชัดเจน อีกทั้งการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจมิได้มีความหมายเช่นเดียวกับการทำร้ายหรือทรมานจิตใจที่กำหนดไว้เป็นเหตุฟ้องหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1516 ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการตีความกฎหมายของศาล ที่ไม่อาจตีความให้การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจให้เป็นเหตุหย่าตามบทบัญญัติดังกล่าวได้ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงควรมีการกำหนดคำนิยามของการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ โดยศึกษาจากจากผลการศึกษาของนักวิชาการและหน่วยงานทางด้านสุขภาพจิตที่ได้เคยให้คำจำกัดความของคำว่า Gaslighting เอาไว้ โดยนิยามว่าการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจคือ รูปแบบของการลวงละเมิดทางอารมณ์หรือจิตใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นการบงการทางอารมณ์และความคิดโดยใช้การบิดเบือนการรับรู้ความจริงของผู้ถูกกระทำหรือเหยื่อ โดยมีการกระทำที่ซ้ำๆ เกิดขึ้นต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ถูกกระทำเกิดความสงสัยในความเป็นจริง ความจำ ความคิด สติสัมปชัญญะ หรือความสามารถในการตัดสินใจของตนเองจนสูญเสียความมั่นใจในตัวเอง ซึ่งทำให้ผู้กระทำมีอำนาจเหนือผู้ถูกกระทำและสามารถควบคุมผู้ถูกกระทำได้ง่ายขึ้น และควรกำหนดให้ลักษณะการกระทำตามคำนิยามดังกล่าวสามารถนำมาพิจารณาเป็นเหตุฟ้องหย่าได้ เพื่อเป็นการให้สิทธิแก่คู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ในการพิจารณายุติความสัมพันธ์กับคู่สมรสอีกฝ่ายที่เป็นผู้กระทำได้

2. ประเด็นขอบเขตการตีความเหตุฟ้องหย่าในการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) แม้กฎหมายของประเทศไทยกำหนดเหตุฟ้องหย่าไว้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 ถึง 10 เหตุ แต่ไม่อาจพิจารณาให้การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจเป็นเหตุหย่าในกรณีใดได้ ซึ่งจากการพิจารณาโดยเทียบเคียงกับมาตรา 1516 (3) และ (6) พบว่าบทบัญญัตินี้ดังกล่าวมีการกำหนดเงื่อนไขเรื่องความร้ายแรงของพฤติกรรมที่เป็นเหตุหย่าเอาไว้ ทำให้การตีความเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายของประเทศไทย ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์กระทำได้อย่างจำกัด และด้วยลักษณะของการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจที่ไม่จำเป็นต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมที่ร้ายแรง ทำให้ไม่สามารถตีความเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายของประเทศไทย ให้ครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจได้ นอกจากนี้ การพิสูจน์ให้เชื่อได้ว่าการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจเป็นการกระทำที่ร้ายแรงอันจะพิจารณาให้เป็นเหตุหย่าตามกฎหมายของประเทศไทยนั้น เป็นกรณีที่กระทำได้ยาก ซึ่งย่อมจะส่งผลเป็นการเพิ่มภาระการพิสูจน์ให้แก่ฝ่ายผู้ถูกกระทำที่เป็นฝ่ายฟ้องหย่า ในการพิสูจน์ถึงความร้ายแรงของการกระทำดังกล่าว ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์ที่บัญญัติไว้เพียงว่ากรณีพฤติกรรมที่ไม่สมควรหรือไม่เหมาะสม ซึ่งคู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าได้พิจารณาโดยสมเหตุสมผลแล้วเห็นว่าไม่สามารถคาดหวังว่าจะอยู่ร่วมกันได้นั้น สามารถเป็นเหตุหย่าในกรณีที่การสมรสสิ้นสุดลงอย่างถาวร ซึ่งมีลักษณะการบัญญัติกฎหมายไว้อย่างกว้าง ประกอบกับเหตุแห่งการหย่าไม่ได้กำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงของพฤติกรรม กฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์จึงมีขอบเขตการตีความที่สามารถตีความกฎหมายได้กว้างกว่าเหตุฟ้องหย่าตามกฎหมายของประเทศไทย และอาจพิจารณาให้การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นเหตุหย่าตามกฎหมายได้ อีกทั้ง กฎหมายของประเทศส

หราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์ในส่วนนี้ ยังมีความสอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR) มากกว่ากฎหมายของประเทศไทย เนื่องจากในกรณีของกฎหมายประเทศไทยคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำละเมิดด้วยการปันหัวหรือการควบคุมจิตใจไม่อาจได้รับสิทธิในการหย่าขาดจากคู่สมรสที่เป็นผู้กระทำ ด้วยเงื่อนไขของกฎหมายที่บัญญัติไว้อย่างจำกัด จึงอาจกล่าวได้ว่ากฎหมายของประเทศไทยกำหนดเงื่อนไขของกฎหมายอันเป็นการจำกัดสิทธิในการดำรงชีวิตของบุคคล ไม่เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR) ที่ประเทศไทยได้ให้การรับรอง ดังนี้ จึงควรมีการบัญญัติของกฎหมายที่กำหนดให้การปันหัวหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) สามารถเป็นเหตุหย่าได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยที่บทบัญญัติดังกล่าวต้องไม่มีเงื่อนไขความร้ายแรงของพฤติกรรมกำหนดไว้ เพื่อให้การตีความกฎหมายสามารถกระทำได้อย่างครอบคลุมกับการปันหัวหรือการควบคุมจิตใจที่เกิดขึ้นในทุกกรณี

3. ประเด็นแนวทางการพิสูจน์พฤติการณ์การปันหัวหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อนำมาใช้เป็นเหตุฟ้องหย่า สืบเนื่องจากการที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 (3) และ (6) กำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงของพฤติกรรมไว้ในเหตุฟ้องหย่า ทำให้ผู้ถูกกระทำซึ่งเป็นฝ่ายฟ้องคดีมีหน้าที่ต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมในระดับที่ศาลยอมรับว่าเป็นกรณีที่ร้ายแรง กฎหมายประเทศไทยจึงมีความยากในการรวบรวมพยานหลักฐานและการพิสูจน์ความร้ายแรงต่อศาล เนื่องจากความเสียหายเกิดแก่สภาพอารมณ์และจิตใจเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยาก หากผู้ถูกกระทำยังไม่ถึงขั้นได้รับความเจ็บป่วยทางจิตหรือมีอาการทางจิตเวช ความเสียหายดังกล่าวอาจยังไม่สามารถพบเห็นได้ นอกจากนี้ เนื่องจากการปันหัวหรือการ

ควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เป็นการกระทำละเมิดต่ออารมณ์ความรู้สึกและจิตใจของผู้ถูกกระทำ ซึ่งเป็นเรื่องของปัจเจกชนแต่ละบุคคลที่อาจมีสภาพจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ และสภาพแวดล้อม ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งในผู้ที่ถูกกระทำบางรายอาจรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่มองข้ามได้ แต่บางรายอาจเป็นทุกข์ทางจิตใจอย่างมาก แต่การกำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงไว้ในกฎหมายนั้น มีลักษณะเป็นการพิจารณาด้วยมุมมองหรือบรรทัดฐานของวิญญูชนหรือบุคคลโดยทั่วไปในชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ซึ่งในระบบกฎหมายแบบ Civil law ผู้พิพากษาถือเป็นตัวแทนของวิญญูชน (Johnson, 2024) การพิจารณาถึงความร้ายแรงแห่งพฤติกรรมอันจะสามารถนำมาเป็นเหตุหย่าได้นั้นจึงเป็นการพิจารณาโดยใช้ดุลยพินิจของผู้พิพากษาโดยแท้ ซึ่งการพิจารณาด้วยมุมมองดังกล่าวเป็นการพิจารณาด้วยมุมมองของบุคคลภายนอกที่มีได้อยู่ในความสัมพันธ์ มิใช่ผู้ถูกกระทำ และมีใช้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำละเมิดต่ออารมณ์หรือจิตใจโดยตรง การกำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงดังกล่าวของกฎหมายประเทศไทยจึงอาจเป็นการผลักภาระการพิสูจน์ที่เกินสมควรไปที่คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่า ซึ่งเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำละเมิดต่ออารมณ์และจิตใจ และอาจกำลังเผชิญกับปัญหาทางสภาพจิตใจจากการถูกกระทำละเมิดดังกล่าวตั้งแต่ก่อนการฟ้องหย่า ซึ่งแตกต่างจากประเทศสหราชอาณาจักรที่มีแนวทางในการพิสูจน์การปันหัวหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ในรูปแบบของกลุ่มพฤติกรรมที่มีลักษณะเป็นการกระทำซ้ำ ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง แต่หากส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ถูกกระทำโดยรวม ก็อาจนำเหตุดังกล่าวมาพิจารณาเป็นเหตุหย่าได้ และแตกต่างจากแนวทางการพิสูจน์ในกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ ที่เป็นการพิสูจน์ในเชิงอัตวิสัย (Subjectivity) หรือการพิจารณาจากมุมมองของคู่สมรสที่ฟ้องหย่าเอง โดยหากคู่สมรสที่ถูกกระทำรู้สึกว่าเป็นทุกข์จาก

พฤติกรรมและการกระทำดังกล่าว และเมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่อาจอยู่ร่วมกันได้อีกต่อไป ก็สามารถร้องขอต่อศาลเพื่อขอให้หย่าขาดจากคู่สมรสของตนได้ โดยไม่ต้องมีการพิจารณาหรือพิสูจน์ว่าพฤติกรรมและการกระทำที่ทำให้คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องคดีไม่อาจทนอยู่ด้วยนั้นจะต้องเป็นการกระทำที่ร้ายแรงหรือไม่

ดังนั้น แนวทางการพิสูจน์การบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อใช้เป็นเหตุหย่าของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์ไม่ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของพฤติกรรม จึงสามารถพิสูจน์การกระทำได้ง่ายกว่าในกรณีของกฎหมายประเทศไทย ที่กำหนดเงื่อนไขความร้ายแรงของพฤติกรรมไว้ ทำให้แนวทางการพิสูจน์การบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ของประเทศไทยต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นถึงความรุนแรงของพฤติกรรมในระดับที่วิญญูชนยอมรับว่าเป็นกรณีที่น่ารังเกียจ ทำให้มีความยากในการรวบรวมพยานหลักฐานและการพิสูจน์ความร้ายแรงต่อศาล อีกทั้งยังมีลักษณะเป็นการเพิ่มภาระในการพิสูจน์แก่ผู้ที่ฟ้องหย่าทั้งที่เป็นฝ่ายที่ถูกกระทำละเมิดอีกด้วย ดังนี้ ในการกำหนดบทบัญญัติให้การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) สามารถเป็นเหตุฟ้องหย่าได้นั้น จึงไม่ควรมีลักษณะเป็นการเพิ่มภาระการพิสูจน์ให้แก่ผู้ถูกกระทำ และมุ่งเน้นไปที่สภาพจิตใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ถูกกระทำเป็นหลักโดยในเบื้องต้นควรมีการพิสูจน์ว่ามีการกระทำอันมีลักษณะเป็นการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) จริงหรือไม่ และหากมีการกระทำดังกล่าวจริง ควรมีการพิจารณาจากมุมมองของผู้ถูกกระทำเองว่าด้วยการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ถูกกระทำไม่สามารถคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถอยู่ร่วมกันฉันคู่สมรสโดยปกติสุขได้อีกต่อไปหรือไม่

4. ประเด็นการเยียวยาคู่สมรสที่ถูกบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ภายหลังการหย่า เมื่อพิจารณากฎหมายของประเทศไทยแล้ว ในเรื่องของค่าทดแทนตาม

กฎหมายประเทศไทยถูกกำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1524 ซึ่งคู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าจะมีสิทธิได้รับค่าทดแทนตามมาตรา 1524 นี้ต่อเมื่อเป็นเหตุหย่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 (3) (4) หรือ (6) ซึ่งต้องเกิดขึ้นเพราะฝ่ายผู้ต้องรับผิดชอบทำให้เกิดขึ้นโดยมุ่งประสงค์ให้คู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งไม่อาจทนได้จึงต้องฟ้องหย่า (Sirisavad, 2021) ดังนั้น ค่าทดแทนในกรณีนี้จึงไม่ครอบคลุมถึงเหตุฟ้องหย่าจากกรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจในส่วนของการกำหนดค่าเลี้ยงชีพตามกฎหมายของประเทศไทยซึ่งบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มุ่งเน้นไปที่ การพิจารณาจากฐานะและความสามารถทางการเงินของแต่ละฝ่ายเป็นหลัก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและกฎหมายของประเทศสิงคโปร์ในเรื่องค่าเลี้ยงชีพคู่สมรสภายหลังการหย่าแล้ว เห็นว่ากฎหมายของประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศสิงคโปร์กำหนดให้ศาลพิจารณากำหนดจำนวนค่าเลี้ยงชีพโดยพิจารณาจากประเด็นในเรื่องความบกพร่องทางสภาพจิตของคู่สมรสด้วย ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับความเสียหายทางอารมณ์และจิตใจจากการถูกการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ที่อาจต้องมีค่าใช้จ่ายจากการที่ต้องบำบัดรักษาสภาพจิตใจ ภายหลังการหย่า สามารถยกประเด็นดังกล่าวในกรณีความบกพร่องทางสุขภาพจิตเพื่อขอให้ศาลกำหนดค่าเลี้ยงชีพให้ได้ (Singapore Personal Lawyers, n.d.)

ดังนั้น ด้วยเหตุที่การหย่าเนื่องจากการถูกกระทำ การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ไม่ใช่เหตุหย่าตามมาตรา 1516 (3) (4) หรือ (6) จึงไม่มีสิทธิได้รับค่าทดแทนตามมาตรา 1524 ประกอบกับผู้ถูกกระทำการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจในแต่ละรายอาจไม่ได้เข้าเงื่อนไขเป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าเลี้ยงชีพตามมาตรา 1526 และ 1527 ในทุกกรณี จึงอาจกล่าวได้ว่ากฎหมายของประเทศไทยยังไม่มีมาตรการหรือแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสมในการ

กำหนดให้คู่สมรสฝ่ายที่ฟ้องหย่าเนื่องจากถูกกระทำการบั่นทอนหรือควบคุมจิตใจมีสิทธิได้รับการเยียวยาที่เหมาะสมจากคู่สมรสฝ่ายที่กระทำละเมิด อันเป็นกรณีที่กฎหมายของประเทศไทยยังมิได้มีการแก้ไขให้สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR)

ดังนั้น เพื่อให้กฎหมายของประเทศไทยเป็นไปโดยสอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948 หรือ UDHR) ในส่วนของค่าเลี้ยงชีพจึงมีควรพิจารณาเฉพาะในเรื่องของฐานะและความสามารถทางการเงินของคู่สมรส แต่ควรพิจารณาให้ครอบคลุมในแง่มุมอื่น รวมถึงในเรื่องของความบกพร่องทางสุขภาพจิตของคู่สมรสด้วย เพื่อให้คู่สมรสที่ถูกกระทำการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจมีสิทธิได้รับค่าเลี้ยงชีพเพื่อช่วยสนับสนุนในเรื่องการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขต่อไป ประการต่อมากรณีที่ค่าทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1524 ที่ไม่ครอบคลุมถึงกรณีการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตเจ้านั้น เห็นควรกำหนดให้คู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) ซึ่งได้ฟ้องหย่าด้วยเหตุดังกล่าว มีสิทธิได้รับค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจจากคู่สมรสฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบ โดยค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจนั้นมีจุดประสงค์เพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อสภาพจิตใจของผู้ถูกระทำและครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการบำบัดรักษาสภาพจิตใจที่บกพร่องโดยการกำหนดค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจในลักษณะดังกล่าว เป็นการกำหนดตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง จึงควรให้ศาลมีอำนาจวินิจฉัยตามสมควรแก่ความบกพร่องของสภาพจิตใจของคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำ ประกอบกับระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาความบกพร่องของสภาพจิตใจของคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำ ทั้งนี้ ในกรณีที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นกรณีคู่สมรสฝ่ายผู้ต้องรับผิดชอบก่อให้เกิดขึ้น โดยมุ่ง

ประสงค์ให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่อาจทนได้จนต้องฟ้องหย่า ควรมีการนำแนวคิดในเรื่องการกำหนดค่าเสียหายเชิงลงโทษ (Punitive Damages) ซึ่งเป็นการกำหนดค่าเสียหายในลักษณะที่มีได้มุ่งประสงค์เพื่อการชดเชยตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงเพียงอย่างเดียว แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการลงโทษผู้ที่กระทำผิดและป้องปรามมิให้บุคคลอื่นมีพฤติกรรมเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดในอนาคต (Chomsevok, 2550) มากำหนดให้คู่สมรสฝ่ายที่กระทำผิดต้องชดเชยค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นให้แก่คู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำ ซึ่งนอกจากจะเป็นการป้องปรามการกระทำในลักษณะดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นในอนาคตแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้บุคคลในสังคมตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของสภาพจิตใจ และหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคู่สมรสอีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) สามารถพิจารณาเป็นเหตุหย่าได้ในทุกกรณี ประกอบกับการนำแนวคิดอติวิสัยมาใช้เป็นแนวทางการพิสูจน์การบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) เพื่อลดภาระการพิสูจน์ของคู่สมรสฝ่ายที่ถูกกระทำในการพิสูจน์พฤติการณ์หรือความร้ายแรงของการกระทำต่อศาล จึงควรมีการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 1516 (11) โดยบัญญัติว่า “คู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งกระทำละเมิดต่ออารมณ์และจิตใจของคู่สมรสอีกฝ่าย อันเป็นการทำให้คู่สมรสอีกฝ่ายเกิดความสงสัยในความเป็นจริงหรือสติสัมปชัญญะของตน หรือเป็นการบั่นทอนความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจของคู่สมรสอีกฝ่าย และคู่สมรสอีกฝ่ายไม่สามารถคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถอยู่ร่วมกันฉันคู่สมรสโดยปกติสุขได้อีกต่อไป อีกฝ่ายนั้นฟ้องหย่าได้”

2. เพื่อให้คู่สมรสที่ถูกกระทำการบั่นทอนหรือการควบคุมจิตใจ (Gaslighting) มีสิทธิได้รับการเยียวยาที่เหมาะสมตามกฎหมายจากคู่สมรสที่เป็นผู้กระทำซึ่งเป็นฝ่ายต้องรับผิดชอบภายหลังการหย่า ในเรื่องค่าเลี้ยงชีพควรกำหนดให้ศาลพิจารณาจากความบกพร่องของสภาพจิตใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพิจารณากำหนดค่าเลี้ยงชีพ อีกทั้งควรมีการกำหนดบทบัญญัติเพิ่มเติมในเรื่องค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยบัญญัติดังนี้

“มาตรา 1525/1 กรณีที่เหตุแห่งการหย่าตามมาตรา 1516 (11) เกิดขึ้นเพราะคู่สมรสฝ่ายผู้ต้องรับผิดชอบก่อให้เกิดขึ้น และทำให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่อาจทนได้จนต้องฟ้อง

หย่า อีกฝ่ายหนึ่งมีสิทธิได้รับค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจจากฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

หากกรณีตามวรรคหนึ่ง เกิดขึ้นเพราะคู่สมรสฝ่ายผู้ต้องรับผิดชอบก่อให้เกิดขึ้น โดยมุ่งประสงค์ให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่อาจทนได้จนต้องฟ้องหย่า อีกฝ่ายหนึ่งมีสิทธิได้รับค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจเป็นสองเท่าจากฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

ค่าฟื้นฟูสภาพจิตใจตามมาตรา นี้ ให้ศาลวินิจฉัยตามสมควรแก่ความบกพร่องของสภาพจิตใจของคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง โดยพิจารณาระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาความบกพร่องของสภาพจิตใจของคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งประกอบด้วย โดยศาลจะสั่งให้ชำระครั้งเดียวหรือแบ่งชำระเป็นงวดๆ มีกำหนดเวลาตามที่ศาลจะเห็นสมควรก็ได้”

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Beckett, P. (2022). *Fact finding hearing on domestic abuse*. Wilson Solicitors. Retrieved from <https://www.wilsonllp.co.uk/news/fact-finding-hearing-on-domestic-abuse>
- Cambridge University. (n.d.). *Gaslighting*. In *Cambridge Dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gaslighting>
- Chomsevak, P. (2007). *Punitive Damages in Torts* [Master's thesis, Thammasat University].
- Cleveland Clinic. (2024). *Understanding gaslighting: What it means, how to recognize it and what to do*. <https://health.clevelandclinic.org/gaslighting>
- Danker, G. (2023). *Proving unreasonable behaviour for a divorce in Singapore*. Titanium Law Chambers. Retrieved from <https://www.titaniumlaw.com.sg/proving-unreasonable-behaviour-for-a-divorce-in-singapore/>
- Gloria James-Civetta & Co. (n.d.). *Unreasonable behaviour – fault basis divorce and what it means*. Retrieved from <https://www.singaporedivorcelawyer.com.sg/unreasonable-behaviour-fault-basis-divorce-and-what-it-means/>
- High Court of Justice Family Division. (2022). *Re B-B (Domestic Abuse: Fact-Finding) [2022] EWHC 108 (Fam)*.
- Italie, L. (2022). *Gaslighting is Merriam-Webster's word of the year for 2022*. Associated Press. Retrieved from <https://apnews.com/article/word-of-the-year-2022-80d02a3e0a347e542466571ca9cdb2ef>
- Johnson, J. (2024). *Reasonable person standard: Legal definition and examples*. Forbes. <https://www.forbes.com/advisor/legal/personal-injury/reasonable-person-standard/>

- Klein, W., Li, S., & Wood, S. (2023). A qualitative analysis of gaslighting in romantic relationships. *Personal Relationships*, 30(4), 1316–1340. <https://doi.org/10.1111/pere.12510>
- Knapp, D. R. (2020). Fanning the flames: Gaslighting as a tactic of psychological abuse and criminal prosecution. *Albany Law Review*, 83(1), 313–337.
- Podosky, P.-M. C. (2021). Gaslighting, first and second order. *Hypatia*, 36(1), 207–227. <https://doi.org/10.1017/hyp.2020.54>
- Quinn, D. (2023). *Gaslighting*. Sandstone Care. Retrieved from. <https://www.sandstonecare.com/blog/gaslighting/>
- Simachokedee, N. (2016). *DIVORCE ON IRRETRIEVABLE BREAKDOWN OF MARRIAGE: COMPARED WITH FOREIGN LAW* [Master's thesis, Thammasat University].
- Singapore Personal Lawyers. (2024, May 31). *Understanding how Singapore courts determine wife maintenance during a divorce*. Retrieved from <https://yylee.sg/understanding-how-singapore-courts-determine-wife-maintenance-during-a-divorce/>
- Sirisavad, P. (2021). *Family torts under Section 420 of the Thai Civil and Commercial Code: A study of intrafamily liability*. [Master's thesis, Thammasat University].
- Sweet, P. L. (2019). The sociology of gaslighting. *American Sociological Review*, 84(5), 851–871. <https://doi.org/10.1177/0003122419874843>
- Tager-Shafir, T., Szepeswol, O., Dvir, M., & Zamir, O. (2024). The gaslighting relationship exposure inventory: Reliability and validity in two cultures. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(10), 3123–3146. <https://doi.org/10.1177/02654075241266942>
- Tan, D. (n.d.). *Grounds for divorce under the Women's Charter*. PKWA Law Practice LLC. Retrieved from <https://pkwalaw.com/grounds-for-divorce/>
- The Law Superstore Team. (2022). *8 common examples of unreasonable behaviour in a divorce*. The Law Superstore. Retrieved from <https://www.thelawsuperstore.co.uk/family/help-and-advice/unreasonable-behaviour-divorce-examples>
- Tobin, J. (n.d.). *Psychological and emotional abuse*. Retrieved from <https://jamestobinphd.com/psychological-and-emotional-abuse/>
- Vaughan, M. (2022). *Re B-B (Domestic Abuse Fact-Finding) (Rev 1) [2022] EWHC 108 (Fam)*. Oriel Chambers. Retrieved from <https://www.orielchambers.co.uk/news/re-b-b-domestic-abuse-fact-finding-rev-1-2022-ewhc-108-fam>

A Comparative Study of Medical Record Workload Based on the Competency of Public Health Officers (Medical Statistics) in Health Service Region 5: Expectations of Supervisors vs. Actual Workload

Rawiwan Hirun, Sirikarn Chanchuklin, Siriorn Buarapa

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: e-mail : siriorn@kmpht.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Hirun R., Chanchuklin S, & Buarapa S. A Comparative Study of Medical Record Workload Based on the Competency of Public Health Officers (Medical Statistics) in Health Service Region 5: Expectations of Supervisors vs. Actual Workload. *Public Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281470

Received: 12 June 2025

Revised: 3 July 2025.

Accepted: 15 July 2025

Abstract

This study aimed to: (1) assess the workload of public health officers specializing in medical statistics in Health Service Region 5, based on supervisors' expectations and actual performance; and (2) compare the expected and actual workloads. The sample population comprised of 43 supervisors. Data were collected using validated questionnaires (content validity = 1.00; reliability = 0.95). Descriptive statistics and a paired sample t-test were analyzed.

Results showed that supervisors' expectations for medical record workload were high overall. Among professional competencies, medical coding received the highest mean score, while performance competencies, integrity and ethics ranked highest. Actual workload performance was also rated high overall, with medical records management achieving the highest mean score in professional competencies, integrity, and ethics, leading in performance competencies. Information technology consistently received the lowest scores in both categories, though still rated high. The comparison between expected and actual workloads revealed that supervisors' expectations significantly exceeded actual performance ($p < 0.05$).

The findings suggest a need to strengthen competencies where performance lags behind expectations, particularly in information technology, achievement motivation, and professional expertise development. Hospitals should provide targeted training to address these gaps. Additionally, academic institutions offering programs in medical statistics should revise their curricula to emphasize practical skills in digital health tools, performance-driven work habits, and continuous professional development, in order to align with workplace expectations and improve future workforce readiness.

Keywords: medical records workload; personnel competencies; public health officers (medical statistics)

การเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง

ระวีวรรณ หิรัญ*, ศิริกาญจน์ จันทร์ชูกุล*, สิริอร บัวระพา**

*นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนบุรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนบุรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ติดต่อหลัก: อีเมล siriorn@kmpht.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 12 มิถุนายน 2568

วันแก้ไข 3 กรกฎาคม 2568

วันตอบรับ 15 กรกฎาคม 2568

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระงานตามความคาดหวังของหัวหน้างาน ระดับภาระงานที่ปฏิบัติจริง และเปรียบเทียบภาระงานตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หัวหน้างานที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (Paired Sample t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างาน มีระดับของความคาดหวังในภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการให้รหัสทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และระดับความคาดหวังของหัวหน้างานตามสมรรถนะในการปฏิบัติงาน รายด้านพบว่าสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนภาระงานด้านเวชระเบียนตามทีปฏิบัติจริง ในสมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน มีระดับภาระงานตามทีปฏิบัติจริงในภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ส่วนสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงพบว่า หัวหน้างานมีความคาดหวังในการปฏิบัติงานสูงกว่าการปฏิบัติงานจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรจัดอบรมหรือส่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เข้ารับการอบรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ให้ตามความคาดหวังของหัวหน้างานด้านเวชระเบียน โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ รวมทั้งสถานศึกษาด้านเวชระเบียนควรปรับปรุงหลักสูตรเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของหัวหน้างานและพัฒนากิจการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในอนาคต และการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาระงานด้านเวชระเบียน; สมรรถนะของบุคลากร; นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาลและลดขั้นตอนและเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการสุขภาพ โดยให้มีการปรับโครงสร้างหน่วยงานในโรงพยาบาล การจัดตั้งภารกิจสุขภาพดิจิทัล ในโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไป และชุมชน เพื่อเป็นหน่วยงานการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว โดยโครงสร้างภารกิจสุขภาพดิจิทัลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มงาน ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ 2) กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล และ 3) กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่บริการระบบเวชระเบียนและงานสิทธิ์ บริการรหัสทางการแพทย์และเวชสถิติ วิเคราะห์และจัดการข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ส่งข้อมูล รายงานและจัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศพัฒนามาตรฐานข้อมูลโรงพยาบาล (standard data set) พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล สำหรับผู้บริหารและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ ส่งผลให้องค์กรต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐาน โดยการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร และปัจจัยที่สำคัญองค์กรต้องก้าวให้ทันการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการทำงานในยุคดิจิทัล (Ministry of Public Health, 2022)

งานเวชระเบียนเป็นงานที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านเอกสารรายงานต่าง ๆ ทางการแพทย์ทุกประเภท ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้ป่วย อาทิ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการเข้ารับการรักษา เป็นต้น งานเวชระเบียน แบ่งออกตามหน้าที่สำคัญ 4 ส่วน คือ งานเวชระเบียน งานเวชสถิติ งานให้รหัสโรค และงานคอมพิวเตอร์ด้านเวชระเบียน ในการแบ่งงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่างโดยขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลที่ต่างกัน (Sangtien Youthao, 2013) โดยหลักการบริหารงานเวชระเบียน ประกอบด้วย 1) ความถูกต้องแม่นยำของงานเวชระเบียน 2) การ

ประสานงานของงานหน่วยงานด้านเวชระเบียน 3) การบริการงานเวชระเบียนที่ดี 4) การคัดกรองผู้ป่วย 5) การจัดการเวชระเบียนค้ำสรูป 6) การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการใบขึ้นสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ 7) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน 8) ความสมบูรณ์ของงานด้านเวชระเบียน 9) การบริหารจัดการระบบงานเอกสารของงานเวชระเบียน 10) ความรู้ความเข้าใจในงานเวชระเบียน และ 11) มาตรฐานการปฏิบัติงานเวชระเบียน (Sangtien Youthao, 2017) บุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ สามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ได้ เช่น การออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และบุคลากรเวชระเบียนควรมีความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Noppamas Kruasuwan, 2016)

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาเวชระเบียน มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 โดยผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ต้องมีสมรรถนะ 4 ด้าน คือ 1) การบริหารจัดการงานเวชระเบียน 2) การให้รหัสทางการแพทย์ 3) สถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ และ 4) เทคโนโลยีสารสนเทศ (วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, 2564) ซึ่งผู้สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ดังนั้นจึงต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นในความถูกต้อง

ขอบธรรม และจริยธรรม 5) การทำงานเป็นทีม (Office of the Civil Service Commission, 2010)

จากการสัมภาษณ์อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ซึ่งมีผู้บังคับบัญชาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) จาก 10 โรงพยาบาล พบว่า นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ยังมีปัญหาในปฏิบัติงาน เช่น ยังไม่แม่นยำในการตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน ไม่มีความละเอียดในการตรวจสอบเวชระเบียน การคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด การให้บริหารจัดการระบบงานเอกสารของงานเวชระเบียนไม่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในงานเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้งานเวชระเบียนไม่มีคุณภาพ ซึ่งหัวหน้างานมีความคาดหวังว่าผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีจะสามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทั้งสมรรถนะการบริหารจัดการงานเวชระเบียน การให้รหัสทางการแพทย์ สถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศ อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง โดยศึกษาในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ที่ 5 เพื่อนำข้อมูลไปใช้สำหรับออกแบบหลักสูตรการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนอย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้สำหรับเพิ่มพูนสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในส่วนที่ขาดและเพิ่มเติมในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำสมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียนตามหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (Kanchanabhishek college of Medical and Public Health Technology, 2021) และสมรรถนะในการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (Office of the Civil Service Commission, 2010) ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน และภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 มาใช้ในการศึกษา และเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires)

ประชากร

หัวหน้างานที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาระงานด้านเวชระเบียน และสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ตามความคาดหวังของหัวหน้างานและภาระงานที่ปฏิบัติจริง ของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) สามารถแบ่งได้ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภาระงานด้านเวชระเบียนของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน แบ่งเป็น ภาระงานตามสมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน 2) ด้านการให้รหัสทางการแพทย์ 3) ด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ และ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และภาระงานตามสมรรถนะในการปฏิบัติงาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน ลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รวมจำนวน 48 ข้อ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังของหัวหน้างานมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังของหัวหน้างานมาก

3 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังของหัวหน้างานปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังของหัวหน้างานน้อย

1 คะแนน หมายถึง ความคาดหวังของหัวหน้างานน้อยที่สุด

แปลผลค่าเฉลี่ยน้ำหนักของตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดน้ำหนักค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (Boonchom Srisaard, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง หัวหน้างานมีความคาดหวังระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง หัวหน้างานมีความคาดหวังระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง หัวหน้างานมีความคาดหวังระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง หัวหน้างานมีความคาดหวังระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง หัวหน้างานมีความคาดหวังระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระงานด้านเวชระเบียนที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) แบ่งเป็น ภาระงานตามสมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน 2) ด้านการให้รหัสทางการแพทย์ 3) ด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพและ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และภาระงานตามสมรรถนะในการปฏิบัติงาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม ตามการปฏิบัติจริง ลักษณะของแบบสอบถามที่ใช้เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รวมจำนวน 48 ข้อ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ปฏิบัติจริงมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ปฏิบัติจริงมาก

3 คะแนน หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ปฏิบัติจริงปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ปฏิบัติจริงน้อย

1 คะแนน หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด

แปลผลค่าเฉลี่ยน้ำหนักของตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดน้ำหนักค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (Boonchom Srisaard, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีการปฏิบัติจริงระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีการปฏิบัติจริงระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีการปฏิบัติจริงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีการปฏิบัติจริงระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีการปฏิบัติจริงระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชระเบียน ด้านการวิจัย และด้านสาธารณสุข ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับหัวหน้างานของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ผลการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลพบว่าทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1 ส่วนค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่าสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อจัดทำโครงร่างวิจัยและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และนำเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เพื่อขอความเห็นชอบ หลังจากนั้นดำเนินการจัดเตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วและแบบสอบถาม Google Form เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย ทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตส่งแบบสอบถามแบบ Google Form หลังจากกลุ่มตัวอย่างประเมินเรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เอกสารรับรองเลขที่ : KMPHT-67020038 โดยผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาของการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในหนังสือด้วยความสมัครใจ ระหว่างการดำเนินการรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในลักษณะของภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริง โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงโดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่าง (Paired Sample t- test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.11 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.89 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.53 รองลงมาคืออายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.58 และมีอายุระหว่าง 20-30 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.95 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.56 รองลงมาคือระยะเวลาในการปฏิบัติ 16-20 ปี ร้อยละ 30.23 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.32 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 53.49 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 37.21 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.30

2. ภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพ ที่ 5

ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน พบว่า มีระดับของความคาดหวังในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.33$, S.D.=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ($\bar{X}=4.30$, S.D.=0.80) รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน ($\bar{X}=4.28$, S.D.=0.66) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X}=4.20$, S.D.=0.87) ส่วนความคาดหวังของหัวหน้างานตามสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.52$, S.D.=0.58) รองลงมาคือ ด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.47$, S.D.=0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.24$, S.D.=0.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n=43)

ภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างาน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน			
ด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน	4.28	0.66	มาก
ด้านการให้รหัสทางการแพทย์	4.30	0.80	มาก
ด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ	4.26	0.82	มาก
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.20	0.87	มาก
สมรรถนะในการปฏิบัติงาน			
ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์	4.34	0.69	มาก
ด้านการบริการที่ดี	4.39	0.69	มาก
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	4.24	0.76	มาก
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม	4.52	0.58	มากที่สุด
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.47	0.58	มาก
รวม	4.33	0.71	มาก

3. ภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของ นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพ ที่ 5 ตามที่ปฏิบัติจริง ในสมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน พบว่า มีระดับภาระงานตามที่ปฏิบัติจริงในภาพรวม อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}=4.03$, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับมาก โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการ บริหารจัดการงานเวชระเบียน ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.72) รองลงมาคือด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.83) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศ ($\bar{X}=3.77$, S.D.=1.08) ส่วนสมรรถนะในการ ปฏิบัติงาน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้านที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.17 ($\bar{X}=4.17$, S.D.=0.75) รองลงมาคือด้านการ ทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.78) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ($\bar{X}=3.98$, S.D.=0.82) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n=43)

ภาระงานตามสมรรถนะด้านเวชระเบียนตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน			
ด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน	4.09	0.72	มาก
ด้านการให้รหัสทางการแพทย์	4.02	0.81	มาก
ด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ	4.02	0.83	มาก
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.77	1.08	มาก
สมรรถนะในการปฏิบัติงาน			
ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.98	0.82	มาก
ด้านการบริการที่ดี	4.09	0.79	มาก
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	4.02	0.77	มาก
ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม	4.17	0.75	มาก
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.12	0.78	มาก
รวม	4.33	0.71	มาก

4. เปรียบเทียบสมรรถนะตามความคาดหวังของ หัวหน้างานกับภาระงานที่ ปฏิบัติจริงของนักวิชาการ สาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่า สมรรถนะตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่

ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการ สุขภาพที่ 5 หัวหน้างานมีความคาดหวังในการปฏิบัติงานสูง กว่าการปฏิบัติงานจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบภาระงานด้านเวชระเบียนตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับการปฏิบัติงานจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 (n=43)

สมรรถนะตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับการปฏิบัติงานจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ความคาดหวังของหัวหน้างาน	43	4.33	0.71	2.88	0.006*
การปฏิบัติงานจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)	43	4.03	0.81		

*P-value = 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพ ที่ 5 ตามความคาดหวังของหัวหน้างาน พบว่า มีระดับของความคาดหวัง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียนทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการให้รหัสทางการแพทย์ รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน พบว่าสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบริหารการพัฒนางานเวชระเบียนในประเทศไทย ของนพมาส เครือสุวรรณ (Noppamas Kruasuwat, 2016) ที่พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าบุคลากรเวชระเบียนควรมีสมรรถนะหลักคือ ความรู้ความเข้าใจทางเวชระเบียน โรค รหัสทางการแพทย์ การเรียกเก็บค่าบริการพยาบาล (reimbursement) มีคุณลักษณะด้านการประสานงานที่ดี มีทัศนคติที่ดีและมีใจรักในวิชาชีพ สามารถดูแลและพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ หรือสารสนเทศสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์

(eHealth) ได้ เช่นการออกแบบ การสร้าง การปฏิบัติและสนับสนุนบริการ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และบุคลากรเวชระเบียนควรมีความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กฎหมายเกี่ยวกับธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งควรพัฒนาตนเองให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบรหัสทางการแพทย์ หรืองานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการงานเวชระเบียน และควรมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ และมีความคิดสร้างสรรค์

2. ระดับภาระงานด้านเวชระเบียนตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง พบว่า โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะวิชาชีพเวชระเบียน ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ส่วนสมรรถนะในการปฏิบัติงาน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการทำงานเป็นทีม ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านเวชระเบียน ของภัทร์ พลอยแหวน และสมบุรณ์ ศิริสรธร (Phut Ploywan and Somboon

Sirisunhirun, 2017) ที่มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงของสมรรถนะเฉพาะของบุคลากรด้านเวชระเบียน 2) วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของสมรรถนะเฉพาะของบุคลากรด้านเวชระเบียน และ 3) นำเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรด้านเวชระเบียนที่ได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรการศึกษา ด้านเวชระเบียนในประเทศไทยจำนวน 97 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ บุคลากรเวชระเบียนของโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความสำคัญของสมรรถนะเฉพาะของบุคลากรด้านเวชระเบียนโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นต่อสภาพที่เป็นจริงของสมรรถนะเฉพาะของบุคลากรด้านเวชระเบียนโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก และความต้องการจำเป็นเร่งด่วนเพื่อพัฒนาสมรรถนะเฉพาะของบุคลากรด้านเวชระเบียน มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ คือ ลำดับที่ 1 ด้านการบริหารจัดการในงานเวชระเบียน ลำดับที่ 2 ด้านการจัดการพื้นที่ในการปฏิบัติงาน ลำดับที่ 3 ด้านการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของงานเวชระเบียน และลำดับที่ 4 ด้านการจัดการเทคโนโลยีด้านเวชระเบียน ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านเวชระเบียนนั้นคือการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการในงานเวชระเบียน ด้านการจัดการพื้นที่ในการปฏิบัติงาน ด้านการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของงานเวชระเบียน และด้านการจัดการเทคโนโลยีด้านเวชระเบียน และสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเวชระเบียนของบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ของ จุฑามาต บัททุม และคณะ (Jutamas Pattum, Chadaporn Sooksai, Nayada Maikong and Sangtien Youthao. 2020) ซึ่งพบว่ามีระดับปัญหาในการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนจากสมรรถนะงานเวชระเบียนทั้ง 11 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านงานเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงสุด มีความแตกต่างจากด้านอื่น ๆ ทั้งหมด รองลงมาคือ ด้านการ

จัดการเวชระเบียนค้ำสรุป ด้านการบริหารจัดการระบบงานเอกสารของงานเวชระเบียน ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานเวชระเบียน, ด้านการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการใบขึ้นสูตรบาดแผล/พลิกศพ ด้านความรู้ความเข้าใจในงานเวชระเบียน, ด้านความถูกต้องแม่นยำของงานเวชระเบียน ด้านความสมบูรณ์ของงานด้านเวชระเบียน ด้านความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ด้านการประสานงานของาน/หน่วยงานด้านเวชระเบียน และด้านการบริการงานเวชระเบียนที่ดี ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ กบรัตน์ (2564) เรื่อง สมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานคดีศาลสูงภาค 4 ผลการวิจัย พบว่าระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานคดีศาลสูงภาค 4 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม รองลงมา คือด้านการบริการที่ดี ด้านการร่วมแรงร่วมใจ และด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ

3. การเปรียบเทียบภาระงานตามความคาดหวังของหัวหน้างานกับภาระงานที่ปฏิบัติจริงของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) เขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่าหัวหน้างานมีความคาดหวังในการปฏิบัติงานสูงกว่าการปฏิบัติงานจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานจริงไม่ตรงตามความคาดหวังของหัวหน้างาน โดยเฉพาะสมรรถนะด้านวิชาชีพเวชระเบียน ที่หัวหน้างานคาดหวังว่านักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) จะสามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการงานเวชระเบียน ด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ด้านสถิติและรายงานข้อมูลสุขภาพ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนา ศรีไกร และอภิสิทธิ์ ตั้งเกียรติศิลป์ (Prisana Sriki and Apisit Tungkiatsilp, 2018) ที่ศึกษาอิทธิพลของความคาดหวัง ในการทำงาน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่ส่งผลต่อ

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทผลิตเครื่องสำอางในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ความคาดหวังด้านความมั่นคงในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน โดยรวม และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ด้านความต้องการความสำเร็จ ด้านความต้องการผูกพัน และด้านความต้องการอำนาจ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่หรือภาระงานเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามความคาดหวังของหัวหน้างานด้านเวชระเบียน
2. มหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนด้านเวชระเบียน นำข้อมูลไปปรับปรุงการเรียนการสอนตามหลักสูตรให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน
3. ควรดำเนินการพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียนในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำให้บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น
4. นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ควรมีการวางแผนการปฏิบัติงานตนเอง และมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ) ในเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยต่อไป
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการปฏิบัติงานนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒนกุล ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่กรุณาให้คำแนะนำอันทรงคุณค่า และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ที่ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร ขอบพระคุณอาจารย์พีระ ดีเลิศ อาจารย์พินิจ ขอดสันเทียะ และอาจารย์สายฝน ตันตะโยธิน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ไขข้อคำถามและปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพมากขึ้น และขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ที่ได้พิจารณาและอนุมัติงานวิจัย ให้ความเห็นและคำแนะนำที่มีคุณค่า ทำให้งานวิจัยนี้ดำเนินไปตามหลักจริยธรรมและได้มาตรฐาน

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและให้ความกรุณาตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยความตั้งใจ และขอขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้กำลังใจและการสนับสนุนทางด้านจิตใจตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยนี้

ขอขอบคุณความดีในการวิจัยนี้แต่ครู อาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาแก่ผู้วิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทุกท่าน หากท่านมีข้อคิดเห็นต่อการวิจัยคณะผู้วิจัยขอน้อมรับเพื่อนำไปพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Boonchom Srisaard. (2017). *Basic research*. 10th edition revised. Bangkok. Suriyasan
- Jutamas Pattum Chadaporn Sooksai Nayada Maikong and Sangtien Youthao. (2020). A Guidelines for the Medical Record Staff Potential Development of Graduate in Medical Record Program, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. *Integrated Social Science Journal*. 7(2). 33-58
- Kanchanabhishek college of Medical and Public Health Technology. (2021). *Bachelor of Science Program in Medical Record*. Nonthaburi: college.
- Likert, R. (1967). *The human organization: its management and values*. New York: McGraw-Hill.
- Ministry of Public Health. (2022). *Government Order on the establishment of the Digital Health Office*. Nonthaburi: Office.
- Mitchell, T. R. & Larson, J. R. (1987). *People in Organizations: An Introduction to Organization Behavior* (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Noppamas Kruasuwan. (2016). Development Adminisration of Medical Record in Thailand. (Doctoral dissertation, Graduate School Silpakorn University).
<https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/20640?attempt=3&attempt=2>
- Noppamas Kruasuwan and Pasert Inrak. (2018). Development Adminisration of Medical Record in Thailand. *Suan Dusit Graduate School Academic Journal*. 14(2), 171-189.
- Office of the Civil Service Commission. (2010). *Civil Service Competency Guide: Core Competency Guide*. Nonthaburi: Prachumchang Company Limited.
- Office of the Civil Service Commission. (2021). *Positioning standards 1st revised edition*. Form
<https://www.ocsc.go.th/laws/laws-topic/position-workforce-management/position/position-standard/>
- Oranuch Kabrat. (2021). Work Capability of Personnel of Department of Appealate Litigation Region 4. *Journal of Mani Chettha Ram Wat Chommani*. 1(2). 30-40.
- Phut Ploywan and Somboon Sirisunhirun. (2017). Guidelines for Competency Development of Medical Records Personel. *Governance Journal*. 6(1). 110-128.
- Prisana Srikri and Apisit Tungkiatsilp. (2018). Effects of Work Expectation and Achievement Motivation on Performanc Efficiency of Employees in Cosmetics Manufacturing Companies in Bangkok. *Pathumthani University Academic Journal*. 13(2), 45-59.
- Sangtien Youthao. (2013). *Medical Record Science*. Bangkok: Mister copy (Thailand).
- Sangtien Youthao. (2017). *Medical Record Management*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Weerasak Intaraprawat. (2017). *Influence of Employee's Expectancy to Work Performance, Play Digital Co., Ltd.* (Independent Study, Rajamangala University of Technology).
<http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/handle/123456789/3239>
- World Health Organization. (2006). *Medical Records Manual: A guide for Developing Countries*. Geneva : World Health Organization.

The Influence of Health Belief Model Components on Safe Motorcycle Riding Behaviors among People Aged 18–24 Years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province.

Samsuwal Sa-ih¹ Chakkarin Parimanon^{2*} Chatchai Kwankaew² Sukhumaphorn Sriwisit²

1 Bachelor of Public Health students, majoring in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Trang

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

*Corresponding author: e-mail : chakkarin@scphtrang.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Sa-ih, S. ., parimanon, chakkarin, Kwankaew, C. ., & Sriwisit, S. . The Influence of Health Belief Model Components on Safe Motorcycle Riding Behaviors among People Aged 18–24 Years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281327.

Received: 5 June 2025

Revised: 9 July 2025

Accepted: 16 July 2025

Abstract

This cross-sectional study aimed to assess the level of safe motorcycle riding behavior and examine the health belief model factors influencing such behavior among individuals aged 18–24 years in Khuan Thani Subdistrict, Kantang District, Trang Province. The sample consisted of 327 participants selected through simple random sampling. Data were collected using the Health Belief Model Questionnaire and the Safe Motorcycle Riding Behavior Questionnaire. Data were analyzed for descriptive statistics and logistic regression.

The findings revealed that 62.69% of the participants exhibited a high level of safe riding behavior, while 34.25% demonstrated a moderate level. Logistic regression analysis indicated that three factors significantly influenced safe riding behavior ($p < .05$): perceived susceptibility ($B = .98$, $p = .007$, $OR = 2.66$), perceived barriers ($B = .97$, $p = .002$, $OR = 2.64$), and cues to action ($B = 1.09$, $p < .001$, $OR = 2.97$). These factors increased the likelihood of safe behavior by 2.64 to 2.97 times. Other variables showed no statistically significant influence. Therefore, it is recommended to enhance perceived susceptibility and barrier management through experiential activities such as simulated accident scenarios. Additionally, community-level cues—such as campaigns, online media, and testimonials from accident survivors—should be utilized to stimulate safe riding behavior among the target group.

Keywords: Health Belief Model, Safe Motorcycle Riding Behavior, People Aged 18–24 Years

อิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

ซัมซูล สะอิ¹ จักรินทร์ ปริมาณท์^{2*} ฉัตรชัย ขวัญแก้ว² สุพมากรณ์ ศรีวิศิษฐ์²

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

2 อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประพันธ์บทความ : chakkarin@scphstrang.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 5 มิถุนายน 2568

วันแก้ไข 9 กรกฎาคม 2568

วันตอบรับ 16 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยและเพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ระดับพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 62.69 ขณะที่ร้อยละ 34.25 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ($p < .05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($B = .98, p = .007, OR = 2.66$), การรับรู้อุปสรรค ($B = .97, p = .002, OR = 2.64$) และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ($B = 1.09, p < .001, OR = 2.97$) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย 2.64–2.97 เท่า ขณะที่ปัจจัยอื่นไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการจัดการอุปสรรคผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น สถานการณ์จำลองอุบัติเหตุ นอกจากนี้ควรใช้สิ่งกระตุ้นในระดับชุมชน เช่น การรณรงค์ สื่อออนไลน์ และการเล่าเรื่องจากผู้ประสบเหตุ เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย, ประชาชนอายุ 18–24 ปี

บทนำ

ความปลอดภัยทางถนนเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 5–29 ปี องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 1.19 ล้านคน และอีกหลายล้านคนได้รับบาดเจ็บหรือพิการอย่างถาวร อุบัติเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนผู้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90.00 ของทั่วโลก (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 ยังคงเผชิญกับความท้าทายด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้งานรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นรูปแบบการคมนาคมหลักของประเทศ ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบกชี้ให้เห็นว่ารถจักรยานยนต์มีสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 50.00 ของยานพาหนะทั้งหมดที่จดทะเบียนในประเทศ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออุบัติเหตุบนท้องถนน (Department of Land Transport, 2023) สถิติจากศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน ระหว่างช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 แสดงให้เห็นว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 106,588 ราย และผู้เสียชีวิต 675 ราย โดยพบวาร์้อยละ 88.60 ของอุบัติเหตุดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการใช้รถจักรยานยนต์ (Road Safety Directing Center, 2023) ปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีแนวโน้มที่สูงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย การสูญเสียงบประมาณแผ่นดินและการสูญเสียศักยภาพของทรัพยากรบุคคลจากปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการดำเนินนโยบายการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียประชากรในวัยเรียนซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยแรงงานผลิต กลุ่มประชากรดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในฐานะกำลังขับเคลื่อนหลักของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว (Phoyen, Chankhaw and Malarat, 2024) สถานการณ์อุบัติเหตุในภาคใต้แสดง

แนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2566 มีผู้ประสบอุบัติเหตุ 94,757 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 101,672 ราย ในปี 2567 อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ยังคงเป็นสาเหตุหลัก คิดเป็นร้อยละ 77.00 ของอุบัติเหตุทั้งหมด โดยกลุ่มวัยรุ่น 15-24 ปี ประสบอุบัติเหตุสูงสุดประมาณร้อยละ 30.00 สำหรับจังหวัดตรังในปี 2567 มีผู้ประสบอุบัติเหตุ 8,477 ราย อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 93.38 โดยเฉพาะในอำเภอกันตัง ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ร้อยละ 100.00 เพศชายประสบอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง (58.33% : 41.67%) และวัยทำงาน 36-60 ปี เป็นกลุ่มที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรวัยผลิตของประเทศ (Thai Road Safety Collaboration, 2567)

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อาศัยกระบวนการทางปัญญาและการใช้เหตุผลเชิงตรรกศาสตร์ซึ่งได้รับการยอมรับในวงวิชาการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการวิเคราะห์และอธิบายพฤติกรรมและการป้องกันตนเองของบุคคล นักวิชาการและนักวิจัยจำนวนมากได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารอบแนวคิดและโมเดลเชิงทฤษฎี เพื่อประโยชน์ในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยของบุคคล ในบริบทกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในวงวิชาการ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ถือเป็นกรอบแนวคิดที่มีความโดดเด่นและได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Cheawae, Prateepko and Chumgchow, 2021) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคในการดำเนินการ (Perceived Barriers) และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเชิงป้องกัน (Cues to Action) (Jones et al., 2015) กลุ่มประชากรที่มี

อายุระหว่าง 18-24 ปี เป็นช่วงวัยที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะทางพฤติกรรมและจิตวิทยาที่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะในแง่ของการรับรู้ความเสี่ยงและกระบวนการตัดสินใจ (Steinberg, 2022) วัยนี้เป็นช่วงที่เริ่มมีอิสรภาพในการใช้ชีวิต มีโอกาสขับขี่ยานพาหนะด้วยตนเอง และมักมีพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การใช้ความเร็วสูง การฝ่าฝืนกฎจราจร และการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ ดังนั้น การวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18-24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในเพื่อค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุจากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาและการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ตัวแปรต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย
- 4) การรับรู้อุปสรรคของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย
- 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย
- 6) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของเยาวชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18-24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยอาศัยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย (4) การรับรู้อุปสรรคของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย (5) การรับรู้ความสามารถของตนเองของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย และ (6) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของเยาวชนอายุ 18–24 ปีในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบทฤษฎีในการศึกษา กลุ่มประชากรเป้าหมายคือเยาวชนในช่วงอายุที่กำหนดจำนวน 1,150 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1967) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 297 คน และเพิ่มอีก 10% (Chaimay, 2013) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 327 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อทั้งหมดของประชากรเป้าหมาย ซึ่งมีการจัดเรียงและกำหนดหมายเลขเพื่อให้กระบวนการสุ่มมีความเป็นธรรมและเป็นระบบ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างสม่ำเสมอ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มอย่างเป็นทางการ ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่กระทบต่อข้อมูล ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทย หรือให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เช่น เพศ อายุ ใบอนุญาตขับขี่ และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกัน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย จำนวน 30 ข้อ รูปแบบ

คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งข้อคำถามเป็นเชิงบวกและเชิงลบ สำหรับข้อบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 และข้อลบให้คะแนนกลับกันจาก 1 ถึง 5 การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 แสดงว่าการรับรู้อยู่ในระดับสูง 2.34–3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 อยู่ในระดับต่ำ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การขับขี่อย่างปลอดภัย การสวมหมวกนิรภัย การไม่ดื่มสุราเมื่อขับขี่ และ การใช้ความเร็วที่เหมาะสม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 2, 4, 6, 9) และเชิงลบ (ข้อ 3, 5, 7, 8, 10) รูปแบบคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อบวกให้คะแนน 3–0 และข้อลบให้คะแนนกลับกันจาก 0–3 การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึงพฤติกรรมปลอดภัยอยู่ในระดับเหมาะสม, 1.67–2.33 อยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00–1.66 อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ทั้งนี้เครื่องมือทั้งหมดพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ตรงในด้านการเกี่ยวข้องกับเนื้อหาการวิจัย ทำหน้าที่ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งข้อคำถามที่ได้ค่ามากกว่า 0.50 ถือว่าเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริง นอกจากนี้ยังได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการยื่นเสนอขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จากนั้นผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย และได้จัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมเพื่อแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามซึ่งใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยมีรหัสการรับรองจริยธรรมการวิจัยที่ P162/2567 ซึ่งได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2568 ในกระบวนการดำเนินงานวิจัย คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมอย่างชัดเจนก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเมื่อผู้เข้าร่วมได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) อย่างเป็นทางการแล้วเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วม

จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเฉพาะในลักษณะภาพรวม เพื่อป้องกันการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นสองส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแนวโน้มของตัวแปรที่ศึกษา ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับชีรธจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.97 ขณะที่เพศชายมีร้อยละ 33.03 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 78.29) โดยมีอายุเฉลี่ย 20.39 ปี (S.D. = 1.39) มีอายุระหว่าง 18-24 ปี นอกจากนี้ ร้อยละ 82.57 ของกลุ่มตัวอย่างมีใบอนุญาตขับชีรธจักรยานยนต์ และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การขับชีรธจักรยานยนต์ระหว่าง 1-2 ปี (ร้อยละ 38.23) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 5.48 ปี (S.D. = 2.89) และมากที่สุดที่ 16 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=327)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	108	33.03
หญิง	219	66.97
2. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	71	21.71
20 ปีขึ้นไป	256	78.29
Mean $\pm$ S.D. (Min, Max)	20.39 $\pm$ 1.39 (18, 24)	
3. การมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์		
มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์	270	82.57
ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์	57	17.43
4. ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ (ปี)		
1-2 ปี	125	38.23
3-6 ปี	80	24.46
7-9 ปี	77	23.55
มากกว่า 9 ปี	45	13.76
Mean $\pm$ S.D. (Min, Max)	5.48 $\pm$ 2.89 (1, 16)	

2. ระดับแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน จำแนกตามองค์ประกอบต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 95.41) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (ร้อยละ 93.88) สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และโอกาสเสี่ยงจากการขับขี่ ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 92.97 และ 88.99 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีระดับปานกลางมากที่สุดในบรรดาทุกองค์ประกอบ (ร้อยละ 12.54 อยู่ในระดับปานกลาง) ขณะที่

สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมีผู้รับรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 82.87 รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ระดับพฤติกรรมในการขับขี่รถจักรยานยนต์

ระดับพฤติกรรมในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการขับขี่ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 62.69 ขณะที่ร้อยละ 34.25 มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2.75 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับไม่ปลอดภัย รายละเอียดดังตารางที่ 3

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมที่ดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแบบแผนความ

เชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่า มี 3 ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในระดับสูง มีค่า B เท่ากับ .98, $p = .007$, $OR = 2.66$ (95% $CI = 1.31-5.39$) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้ว่ามีอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์อาจเกิดขึ้นได้มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมขับขี่อย่างปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางถึง 2.66 เท่า สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุในระดับสูง มีค่า B เท่ากับ .97, $p = .002$, $OR = 2.64$ (95% $CI = 1.42-4.89$) พบว่า ผู้ที่สามารถตระหนักและจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยได้ดี มี

แนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำถึงปานกลาง 2.64 เท่า ในส่วนของสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง พบว่ามีค่า B เท่ากับ 1.09, $p < .001$, $OR = 2.97$ (95% $CI = 1.65-5.35$) แสดงว่าผู้ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นเหล่านี้มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยมากกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ต่ำกว่าเกือบ 3 เท่า ขณะเดียวกัน ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ ($p = .274$), การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเอง ($p = .191$) และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างปลอดภัย ($p = .223$) ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระดับแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=327)

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	36	11.01
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	291	88.99
การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	23	7.03
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	304	92.97
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	15	4.59
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	312	95.41
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	8	2.45
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	41	12.54
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	278	85.02
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	20	6.12

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	307	93.88
สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	56	17.13
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	271	82.87

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ (n=327)

ระดับพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ปลอดภัย	9	2.75
ระดับปานกลาง	112	34.25
ระดับปลอดภัย	205	62.69

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย (n=327)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% CI
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.98	.36	7.39	1	.007	2.66	1.31-5.39
การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.48	.43	1.19	1	.274	1.61	0.69-3.77
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.69	.53	1.71	1	.191	2.00	0.71-5.67
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับต่ำถึงปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.97	.32	9.46	1	0.002	2.64	1.42-4.89
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	.56	.46	1.48	1	.223	1.78	0.71-4.35
สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์							
ระดับปานกลาง						Ref.	
ระดับสูง	1.09	0.30	13.05	1	<.001	2.97	1.65-5.35

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18-24 ปีในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนอายุ 18-24 ปีในพื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ร้อยละ 62.69 มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับปลอดภัย ร้อยละ 34.25 อยู่ในระดับปานกลาง และเพียงร้อยละ 2.75 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับไม่ปลอดภัย ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีในด้านพฤติกรรมการขับขี่ของเยาวชนในพื้นที่ศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม ยังมีสัดส่วนที่น่ากังวลของผู้ที่มีพฤติกรรมขับขี่ในระดับปานกลางและไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การศึกษาของ ปฐมพร พงษ์อารีย์ และเกษม ชูจารุกุล (Pongarree and Chujarukul, 2023) พบว่า พฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วเกินกำหนดและการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ การศึกษาของ อนัญญา หาบุญมี และคณะ (Haboonmee, Jirapornkul and Maneenin, 2024) พบว่า นักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในจังหวัดหนองคายที่มีพฤติกรรมการขับขี่ในระดับต่ำมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์สูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับดีถึง 9.76 เท่า จากข้อมูลดังกล่าว การส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการสร้างแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้นให้เยาวชนตระหนักถึงความสำคัญของการขับขี่อย่างปลอดภัย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน พบว่ามี 3 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่า การตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับ การประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจที่ได้รับ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย โดยผู้ที่รับรู้ถึงความเสี่ยงในระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมปลอดภัยมากกว่าผู้ที่รับรู้ในระดับต่ำถึง 2.66 เท่า ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Laphrom et al. (2024) ที่ศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของผู้ส่งอาหารในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการขับขี่ที่เสี่ยง โดยผู้ที่รับรู้ถึงความเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะขับขี่อย่างปลอดภัยมากขึ้น ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีนัยสำคัญ โดยผลวิเคราะห์แสดงว่า ผู้ที่สามารถตระหนักและจัดการกับอุปสรรคได้ดีมีแนวโน้มปฏิบัติตามอย่างปลอดภัยมากกว่า 2.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับรู้อุปสรรคในระดับต่ำถึงปานกลาง สำหรับสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม พบว่ามีอิทธิพลสูงสุดในแบบจำลอง โดยผู้ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นในระดับสูงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยกว่าเกือบ 3 เท่า โดยสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย ได้แก่ ประสบการณ์ตรงจากอุบัติเหตุและเหตุการณ์ที่เกิดกับคนใกล้ชิดรวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสื่อรณรงค์ด้านความปลอดภัยที่ช่วยเสริมสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎจราจร ในขณะเดียวกัน ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และความสามารถของตนเอง ไม่แสดงอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงสถานะ ความคุ้นชินหรือ การลดทอนความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มประชากรที่ ศึกษา โดยรวมแล้ว ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเชิง รับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความตระหนักในความเสี่ยง การจัดการอุปสรรค และ สิ่งกระตุ้นภายนอก ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญในการวางแผนและ ออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมขับขี่อย่าง ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนหรือประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะใน พื้นที่ที่มีอัตราอุบัติเหตุจากการจราจรยานยนต์สูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยเรื่องอิทธิพลขององค์ประกอบ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการขับขี่ รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในประชาชนอายุ 18–24 ปี พื้นที่ตำบลควนธานี อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง สามารถ เสนอแนะแนวทางการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยโดยการพัฒนา โปรแกรมสุขศึกษาเชิงพฤติกรรมในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) ควรออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ขับขี่ปลอดภัย โดยอิงจากองค์ประกอบของแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการจัดการกับอุปสรรค เช่น การให้ความรู้ผ่าน สถานการณ์จำลองของอุบัติเหตุ การสร้างสิ่งกระตุ้น พฤติกรรมในระดับชุมชน เนื่องจากสิ่งกระตุ้น เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลสูงสุดในแบบจำลอง ควรมีการดำเนินกิจกรรมที่

กระตุ้นให้เยาวชนมีพฤติกรรมปลอดภัย เช่น การจัด กิจกรรมรณรงค์ในสถานศึกษา การเชิญผู้ประสบเหตุจริงมา แบ่งปันประสบการณ์ การใช้สื่อโซเชียลมีเดียที่เข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นเกิดแรงกระตุ้นในเชิง อารมณ์และสังคมในการปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากผลการศึกษาคครั้งนี้ ซึ่งมุ่งเน้นศึกษา กลุ่ม ประชาชนอายุ 18–24 ปี ในพื้นที่ตำบลควนธานี จังหวัดตรัง แนะนำให้การวิจัยในอนาคตขยายขอบเขตการศึกษาไปยัง กลุ่มประชากรต่างวัย เช่น วัยรุ่นตอนต้นและผู้สูงอายุ เพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างขององค์ประกอบด้านความเชื่อที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัย อีกทั้งควรศึกษา ปัจจัยแวดล้อมเพิ่มเติม เช่น อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และสื่อออนไลน์ ซึ่งอาจมีบทบาทต่อการกระตุ้นพฤติกรรม เชิงบวก ควรใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกทั้งในด้านปริมาณและ คุณภาพ และหากเป็นไปได้ควรออกแบบการวิจัยแบบ ติดตามผล (longitudinal study) เพื่อศึกษาการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึงประเมินผล ของการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธี ทางสุขศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้เชิง ประจักษ์ในระดับชุมชนและนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

- Chaimay, B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. Thaksin University Journal, 16(2), 9-18. [in Thai]
- Cheawae, S., Prateepko, T. and Churngchow, C. (2021). Selected factors affecting helmet use behaviors for accidental prevention following Health Belief Model of students at Yala Institute of Physical Education. Academic Journal of Thailand National Sports University, 13(3), 211-222. [in Thai]
- Department of Land Transport. (2023). Vehicle registration statistics. Department of Land Transport. Retrieved on 2 August 2024 from <https://www.dlt.go.th>
- Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K. (2015). Health behavior: Theory, research, and practice (5th ed.). Jossey-Bass.

- Haboonmee, A., Jirapornkul, C., and Maneenin, N. (2024). Prevalence and factors affecting motorcycle accidents among students of the Vocational Education Institutes in Nongkhai Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 10(1), 179–191. [in Thai]
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., and Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication*, 30(6), 566–576.
- Laphrom, W., Champahom, T., Se, C., Nanthawong, S., Wisutwattanasak, P., Ratanavaraha, V., and Jomnonkwao, S. (2024). Assessing Risky Riding Behaviors Among Food Delivery Motorcyclists in Thailand: Insights from the Motorcycle Rider Behavior Questionnaire and Health Belief Model. *Logistics*, 8(4), 125.
- Phoyen, K., Chankhaw, S., and Malarat, A. (2024). Motorcycle Riding Safety Awareness among Undergraduate Public Health Students. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 28(2), 1-14. [in Thai]
- Pongarree, P., and Chujarukul, K. (2023). Motorcycle riding behavior and accident risk of delivery riders in Bangkok. Paper presented at the 28th National Convention on Civil Engineering (NCCE28), Phuket, Thailand.
- Road Safety Directing Center. (2023). Traffic accident statistics report in Bangkok. Road Safety Directing Center. Retrieved on 16 December 2024 from <https://www.thairath.co.th>
- Steinberg, L. (2022). Adolescence and risk-taking behavior: Psychological perspectives on decision making. *Annual Review of Psychology*, 73, 239–264
- Thai Road Safety Collaboration. (2567). Home. Thai Road Safety Collaboration. Retrieved on 16 December 2024 from <https://www.thairsc.com/>
- World Health Organization. (2023). Global status report on road safety 2023. Retrieved on 8 May 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>
- World Health Organization. (2023). Road safety. Retrieved on 8 May 2025 from https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper & Row.

Evaluating the Accuracy and Causes of Discrepancies in Recording Disease Codes and Procedure Codes, A Case Study of a Community Hospital in Lopburi Province

Suwiyakorn Phooratsamee¹, Sirima Mongkolsomlit², Chalobon Treesak^{3*}

¹ Graduate Student in Master of Public Health, Faculty of Public Health, Thammasat University, THAILAND.

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University, THAILAND.

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Thammasat University, THAILAND.

*Corresponding author: chalobon.t@fph.tu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Phooratsamee, S., Treesak, C. ., & Mongkolsomlit, S. . . Evaluating the Accuracy and Causes of Discrepancies in Recording Disease Codes and Procedure Codes, A Case Study of a Community Hospital in Lopburi Province . *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281978

Received: 1 July 2025

Revised: 19 July 2025

Accepted: 21 July 2025

Abstract

This study aimed to assess the accuracy of disease and procedure coding, analysis of coding discrepancies, and identifying their causes in a community hospital in Lopburi Province. A mixed-methods approach was employed using a convergent parallel design. Quantitative data were collected from 7,381 inpatient records discharged between October 1, 2022, and September 30, 2023. Qualitative data were gathered through interviews with 12 physicians and 3 medical coders. Descriptive statistics were used to analyze the quantitative data, while content analysis was applied for the qualitative responses.

Results showed that a total of 7,197 records (97.5%) were accurately coded in accordance with ICD standards, while 184 records (2.5%) contained coding errors. Of these, 121 records (65.8%) involved inaccurate diagnosis summaries provided by physicians, and 63 records (34.2%) resulted from coding errors by coders. The primary causes of discrepancies included a lack of understanding of NISO diagnostic criteria, incomplete medical documentation, and insufficient ICD knowledge among staff. These issues affected reimbursement processes, statistical reporting, budget assessments, treatment planning, and the overall quality of medical records.

The findings underscore the need for ongoing ICD training, the development of joint documentation guidelines between physicians and coders, and the implementation of a pre-submission verification system to enhance coding accuracy and improve data quality.

Keywords: disease coding; discrepancy; ICD; medical records

การประเมินความถูกต้องและสาเหตุความคลาดเคลื่อนของการบันทึกโรคและรหัสหัตถการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี

สุวิยากร ภูริสมบัติ¹, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์², ชโลบล ตรีศักดิ์^{3*}

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*ผู้เขียนประสานงานติดต่อ: chalobon.t@fph.tu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 1 กรกฎาคม 2568

วันแก้ไข 19 กรกฎาคม 2568

วันตอบรับ 21 กรกฎาคม 2568

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของการบันทึกโรคและรหัสหัตถการ วิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของการบันทึกโรค และอธิบายสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 7,381 ฉบับ ที่จำหน่ายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ 12 คน และผู้ให้รหัสโรค 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าเวชระเบียนจำนวน 7,197 ฉบับ (ร้อยละ 97.5) มีการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการถูกต้องตามมาตรฐาน ICD ขณะที่ 184 ฉบับ (ร้อยละ 2.5) พบความคลาดเคลื่อน ได้แก่ การสรุปวินิจฉัยไม่ถูกต้องโดยแพทย์ 121 ฉบับ (ร้อยละ 65.8) และการให้รหัสผิดโดยผู้ให้รหัส 63 ฉบับ (ร้อยละ 34.2) สาเหตุหลัก ได้แก่ ความไม่เข้าใจเกณฑ์การสรุปวินิจฉัยของ สปสช. เอกสารเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และความรู้เกี่ยวกับ ICD ที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระการเบิกค่าใช้จ่าย การจัดทำสถิติ การประเมินงบประมาณ การวางแผนการรักษา และคุณภาพเวชระเบียนโดยรวม

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ควรมีการอบรม ICD อย่างต่อเนื่อง จัดทำแนวทางการบันทึกเวชระเบียนร่วมระหว่างแพทย์และผู้ให้รหัส และพัฒนาระบบตรวจสอบเวชระเบียนก่อน

คำสำคัญ : การบันทึกโรคและรหัสหัตถการ; ความคลาดเคลื่อน; ICD; เวชระเบียน

บทนำ

ระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) เป็นระบบพื้นฐานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย โดยมีจุดเริ่มต้นในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1970 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน เพิ่มความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดูแลสุขภาพ(Kun et al., 2020) โดยระบบ DRG จะจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะการใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกัน ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยแต่ละกลุ่มจะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ซึ่งสะท้อนต้นทุนในการให้บริการตามความรุนแรงของโรค โรครวม กระบวนการรักษา และปัจจัยอื่น ๆ (Jinghui et al., 2021) ดังนั้นโรงพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายในแต่ละครั้งจากการจัดกลุ่มโรคที่ถูกกำหนดไว้ตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 82 กำหนดให้รัฐจัดและส่งเสริมระบบสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง(National Health Security Office, 2002) ซึ่งรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผ่านระบบเหมาจ่ายตามเกณฑ์ DRG โดยเฉพาะภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่เริ่มในปี พ.ศ. 2545 ส่งผลให้ระบบการเบิกจ่ายและจัดสรรงบประมาณค่ารักษาพยาบาลต้องพึ่งพาข้อมูลจากเวชระเบียนที่ถูกต้องและเชื่อถือได้(Phenprapha Phomsrimet, 2017) คุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้ไม่เพียงใช้ในการวางแผนงบประมาณและการรักษา แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการเบิกจ่ายจากกองทุนสุขภาพทั้งสาม ได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การประเมินคุณภาพของเวชระเบียนจึงถือเป็นกลไกหนึ่งของการควบคุมคุณภาพการให้บริการ (Bureau of Policy and Strategy, 2012) และเพื่อการเรียกเก็บและการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่าย เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามระเบียบหลักเกณฑ์ และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน(Working Group on the Development of Joint Audit and Regulatory Mechanisms for Service Reimbursement and Healthcare Quality among the Three Health Insurance Funds, 2020) การบันทึกเวชระเบียนจึงสอดคล้องกับการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขใน

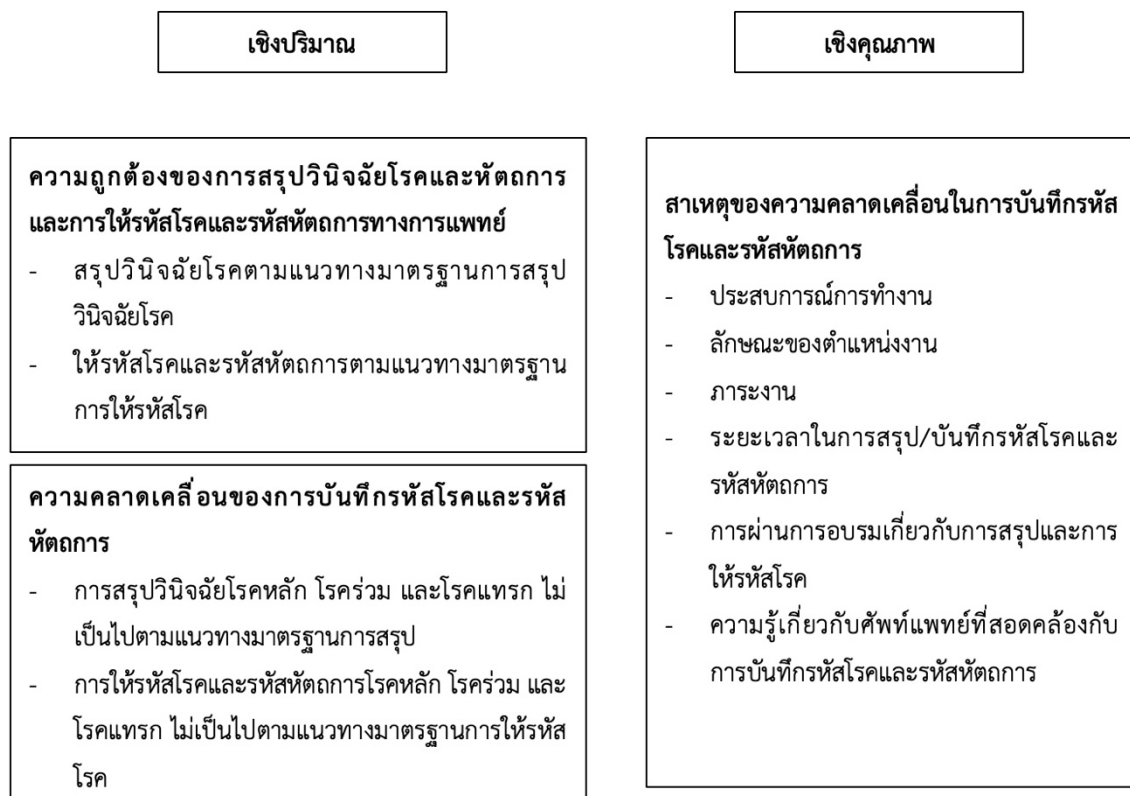
ด้านของกองทุนที่เข้ามาสนับสนุนระบบงานสาธารณสุขทั้ง 3 กองทุนหลัก ซึ่งได้แก่ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการ(Organization, 2020) ซึ่งร้อยละ 90 ของประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Chanokporn Phumikaree et al., 2020)

จากรายงานการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกจ่ายค่าชดเชยผู้ป่วยในตามระบบ DRG ปี 2565 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี พบว่า เวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรีที่ สุ่มตรวจ 40 ฉบับ มีความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการโดยแพทย์เพียงร้อยละ 15.00 ขณะที่การให้รหัสโรคและหัตถการโดยผู้เข้ารหัสถูกต้องเพียงร้อยละ 32.50 โดยพบข้อผิดพลาดจากการสรุปโรครวมและโรคแทรกโดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนในเวชระเบียนถึงร้อยละ 52.50 และ 15.00 ตามลำดับ (Wannaporn Sriuthai, 2022) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขตในหลายด้าน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนของการให้รหัสโรคและหัตถการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ อายุงาน และความรู้ในการจัดทำเวชระเบียน ทั้งนี้ การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพนอกจากจะสะท้อนมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานโรงพยาบาลแล้ว ยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นหลักฐานทางการแพทย์ วางแผนการดูแลผู้ป่วย จัดสรรทรัพยากร และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ด้วยเหตุนี้งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องและวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและหัตถการ โดยศึกษากรณีตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ประเมินความถูกต้องของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ
2. วิเคราะห์ประเด็นความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ
3. อธิบายสาเหตุของความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) รูปแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลการบันทึกวินิจฉัยโรคและการให้รหัสโรคทางการแพทย์ผู้ป่วยใน เชื่อมโยงฐานข้อมูลในระบบ HOSxP กับโปรแกรม RCM และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แพทย์จำนวน 12 คน และผู้ให้รหัสโรคจำนวน 3 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) ประกอบด้วยประชากร 2 กลุ่ม คือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี และ 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ได้แก่ แพทย์ ผู้ให้รหัสโรค

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การศึกษาเชิงปริมาณ คือ เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 7,381 ฉบับ

การศึกษาเชิงคุณภาพ คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ 1) แพทย์จำนวน 12 คน 2) ผู้ให้รหัสโรคจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรม

RCM (Relative Coding Management) เพื่อประเมินความถูกต้องของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยดึงข้อมูลจากโปรแกรมให้อยู่ในรูปแบบไฟล์ Excel ซึ่งแสดงผลการตรวจจบัรหัสที่ผิดปกติในเวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ที่จำหน่ายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 7,381 ฉบับ จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

ส่วนที่ 2 สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview

Guide) เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) การสรุปโรคและหัตถการทางการแพทย์ ตามแนวทางการสรุปเวชระเบียนมาตรฐานการให้รหัสโรค (Standard Coding Guidelines) และ 2) การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์ ตามแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค (Standard Coding Guidelines)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยโดยอ้างอิงจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นได้นำแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวเสนอให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของแบบบันทึกกับตัวแปรที่ต้องการศึกษารวมถึงตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และการใช้ภาษาของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งค่า IOC รายข้อมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่พร้อมให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชนทำการศึกษาที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย และฝึกฝนเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล และการใช้เครื่องมือจากนักวิจัยแล้ว เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่ จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลที่ใช้โปรแกรม RCM และประสานงานในการดึงข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลเพื่อการดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มาใช้ในการประเมินความถูกต้องของการบันทึกรหัสโรคและหัตถการของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วงระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 3 ธันวาคม 2567

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการตอบคำถามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เครื่องมือวิจัยจากแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้วิธีการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่อง ในห้องประชุมองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมไม่พลุกพล่านมีความเป็นส่วนตัว ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์โดยประมาณ 30 นาทีต่อ 1 ท่าน และในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัย ช่วงระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 – 31 มกราคม 2568

4. หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ และนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณตามวิธีการทางสถิติที่กำหนด และสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อวิเคราะห์ประเด็นและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้ผ่านการอนุมัติการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 112/2567 รหัสโครงการวิจัย 67PU110 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายความถูกต้องของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยวิเคราะห์จากจำนวนและร้อยละของความถูกต้องในการสรุปโรคและหัตถการโดยแพทย์ และความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการโดยผู้ให้รหัสทางการแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ถูกนำมาถอดเทปและวิเคราะห์ในรูปแบบพรรณนา (Descriptive Analysis) โดยใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข (Criterion-

Based Selection) ข้อมูลที่ได้จะถูกจัดกลุ่มตาม ประเด็นหลัก (Major Themes) และ ประเด็นย่อย (Sub-themes) ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคำถามที่กำหนดไว้ จากนั้นจึงดำเนินการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์และ อธิบายประเด็นและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึก รหัสโรคและรหัสหัตถการ โดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ได้จากกลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์ ตามแนวทาง มาตรฐาน (n=7,381)

การบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์	จำนวน(ฉบับ)	ร้อยละ
การบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์ที่ถูกต้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	7,197	97.5
การบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้องตามแนวทาง มาตรฐาน ICD	184	2.5
- แพทย์สรุปวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง	121	65.8
- ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง	63	34.2

ความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการ

จากการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 7,381 ฉบับ พบว่าเวชระเบียนจำนวน 184 ฉบับ (คิดเป็นร้อยละ 2.5) มีความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม หรือ โรคแทรก และ/หรือการให้รหัสโรคไม่สอดคล้องกับแนวทาง มาตรฐานการให้รหัสโรค (ICD) โดยสามารถจำแนกความ คลาดเคลื่อนออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ความถูกต้องของการบันทึกรหัสโรคและรหัส หัตถการ

พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 7,381 ฉบับ มีการ บันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการทางการแพทย์ที่ถูกต้องตาม แนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค (ICD) จำนวน 7,197 ฉบับ คิด เป็นร้อยละ 97.5 ในขณะที่เวชระเบียนที่พบความไม่ถูกต้องใน การบันทึกรหัสมีจำนวน 184 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 2.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

- ประเภทที่ 1 คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสรุป วินิจฉัยหรือการให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้องจำนวน 1 รายการ พบ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.1 ของเวชระเบียนที่คลาดเคลื่อน
- ประเภทที่ 2 คือ ความคลาดเคลื่อนจากการสรุป วินิจฉัยหรือการให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้องจำนวน 2 รายการ คิด เป็นร้อยละ 14.7
- ประเภทที่ 3 คือความคลาดเคลื่อนจากการสรุป วินิจฉัยหรือการให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้องจำนวน 3 รายการ คิด เป็นร้อยละ 2.2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน (n=184)

ความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน	ความคลาดเคลื่อนของการบันทึกรหัสโรค และรหัสเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องตามแนวทาง มาตรฐาน ICD	
	จำนวน(ฉบับ)	
	ร้อยละ	
ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1	153	83.1
แพทย์สรุปวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	102	66.7
ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	51	33.3
ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2	27	14.7
แพทย์สรุปวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	17	63.0
ผู้ให้รหัสโรคให้รหัสโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	10	37.0
ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 3	4	2.2
แพทย์สรุปวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD ผู้ให้รหัสโรค	2	50.0
ให้รหัสโรคไม่สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐาน ICD	2	50.0

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ คือ แพทย์และผู้ให้รหัสโรคขาดความเข้าใจในแนวทางหรือหลักเกณฑ์มาตรฐานของการสรุปวินิจฉัยโรค ทำให้ข้อมูลเวชระเบียนขาดความครบถ้วนหรือเกิดความคลาดเคลื่อน รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของโรคที่ไม่เหมาะสมในการระบุโรคหลัก โรคร่วม หรือโรคแทรกลงในเวชระเบียน

สาเหตุความคลาดเคลื่อนของการสรุปวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ทางการแพทย์

ความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ทางการแพทย์มีสาเหตุหลักจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. แพทย์ผู้สรุปวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในหลักเกณฑ์และแนวทางการสรุปวินิจฉัยที่มีการปรับปรุงและอัปเดตทุกปี ส่งผลให้ไม่สามารถนำแนวทางมาตรฐานไปใช้ได้ถูกต้องการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในทีมสหสาขา มีข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างแพทย์หรือระหว่างแพทย์

กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลบางส่วนตกหล่น หรือสื่อสารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

2. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในทีมสหสาขา มีข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างแพทย์หรือระหว่างแพทย์กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลการสรุปวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์บางส่วนตกหล่น หรือสื่อสารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

3. เวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือไม่สมบูรณ์ ข้อมูลในเวชระเบียนบางส่วนขาดความชัดเจน ไม่ครอบคลุมรายละเอียดที่จำเป็น เช่น อาการแสดง ผลตรวจ หรือข้อมูลสนับสนุนอื่นที่จำเป็นต่อการสรุปวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์

4. การขาดการทบทวนเวชระเบียนอย่างละเอียด ในขั้นตอนก่อนการสรุปเวชระเบียน แพทย์อาจไม่มีเวลาหรือระบบสนับสนุนในการตรวจสอบ วิเคราะห์ หรือกลั่นกรองข้อมูลอย่างลึกซึ้ง ทำให้การสรุปวินิจฉัยขาดข้อมูลที่สนับสนุนที่เพียงพอ

5. แพทย์ขาดแนวทางหรือระบบสนับสนุนภายในโรงพยาบาล ยังไม่มีแนวทางที่เป็นระบบ เช่น คู่มือหรือ

แนวปฏิบัติในการสรุปโรคที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงไม่มีการอบรมหรือทบทวนความรู้เรื่องการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการอย่างสม่ำเสมอ

ผลกระทบที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่าความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการส่งผลกระทบใน 4 ด้านหลัก ได้แก่

1. ผลกระทบต่อโรงพยาบาลและหน่วยบริการ: ความคลาดเคลื่อนทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องหรือได้รับชดเชยไม่สอดคล้องกับทรัพยากรที่ใช้จริง ส่งผลต่อการวางแผนงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร และอาจทำให้หน่วยบริการประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยในอนาคต

2. ผลกระทบต่อผู้ป่วย: เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์อาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำในการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาในครั้งถัดไป หากข้อมูลคลาดเคลื่อน อาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่ตรงจุด และผู้ป่วยอาจไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพ

3. ผลกระทบต่อผู้ให้รหัสโรค: เมื่อแพทย์สรุปวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ย่อมนำไปสู่ความผิดพลาดในการเข้ารหัสโดยผู้ให้รหัสโรค ส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลในระบบ และกระทบต่อกระบวนการเบิกจ่ายและรายงานทางการแพทย์

4. ผลกระทบต่อระบบข้อมูลและการวางแผนขององค์กร: ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลที่ได้จากเวชระเบียนที่คลาดเคลื่อนอาจไม่สะท้อนสถานการณ์จริง ส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำนโยบายสาธารณสุข และการวางแผนการป้องกันโรคในระดับพื้นที่

แนวทางในการแก้ไข ป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์

ทั้งแพทย์และผู้ให้รหัสโรคเห็นพ้องว่า การอบรมอย่างต่อเนื่อง การสร้างแนวปฏิบัติร่วม และการสนับสนุนระบบสารสนเทศที่แม่นยำและเป็นปัจจุบัน จะเป็นกลไกสำคัญในการลดข้อผิดพลาด เพิ่มคุณภาพของเวชระเบียน และยกระดับ

ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางสำหรับแพทย์: การสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับแพทย์ โดยเน้นการอัปเดตแนวทางการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ สปสช. และ ICD ที่ปรับปรุงทุกปี เพื่อให้สามารถสรุปวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามมาตรฐาน

2) การสนับสนุนเชิงระบบ ควรมีคู่มือหรือแนวทางการสรุปวินิจฉัยที่ชัดเจน เข้าถึงง่าย และจัดตั้งทีมตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อช่วยกลั่นกรองและลดข้อผิดพลาดก่อนการเบิกจ่าย

3) ส่งเสริมการสื่อสารภายในทีม ควรมีช่องทางหรือระบบการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างแพทย์และผู้ให้รหัส เพื่อลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนและป้องกันข้อมูลตกหล่นในเวชระเบียน

2. แนวทางสำหรับผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

1) แนวทางการให้รหัสโรค ผู้ให้รหัสโรคควรยึดตาม *ICD-10-TM Standard Coding Guidelines* โดยให้รหัสจากคำวินิจฉัยที่ชัดเจนในเวชระเบียน และหลีกเลี่ยงการตีความที่ไม่แน่นอน

2) การส่งเสริมความรู้และทักษะการตีความรหัส ควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการวิเคราะห์และตีความรหัสซับซ้อน เช่น กลุ่มโรคเฉพาะทาง หรือกรณีคำวินิจฉัยไม่ชัดเจน

3) พัฒนาเครื่องมือและระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลควรมีระบบหรือซอฟต์แวร์ที่ช่วยให้การเข้ารหัสแม่นยำ รวดเร็ว และสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐาน รวมถึงสนับสนุนให้มีระบบตรวจสอบก่อนส่งข้อมูลเบิกจ่าย

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งประเมินความถูกต้องและวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการในเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรี ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการในเวชระเบียนเกิดจากหลายสาเหตุ โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้และแสดงประเด็นสำคัญดังนี้

ความถูกต้องของการบันทึกโรคและรหัส
หัตถการทางการแพทย์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเวช
 ระเบียนร้อยละ 97.5 มีการบันทึกโรคและรหัสหัตถการได้
 อย่างถูกต้องตามแนวทาง ICD และเพียงร้อยละ 2.5 ที่มี
 ข้อผิดพลาด โดยในกลุ่มเวชระเบียนที่ผิดพลาด ร้อยละ 65.8
 เกิดจากการสรุปวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องโดยแพทย์ และร้อยละ
 34.2 เกิดจากการให้รหัสที่ไม่ถูกต้องโดยผู้ให้รหัสโรค ซึ่ง
 สอดคล้องกับการศึกษาของส้มแป้น ศรีหนูขำ และคณะ
 (Sompae Srinukham et al., 2017) พบความคลาดเคลื่อน
 ของการสรุปคำวินิจฉัยโรค และแก้ไขคำวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมให้
 ถูกต้องครบถ้วน และหลังจากที่ผู้ตรวจสอบเวชระเบียน
 (Auditor) ทบทวนและแก้ไขคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการ
 ผ่าตัดเพิ่มเติมให้ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว และพบการสรุปคำ
 วินิจฉัยโรคที่ต่างกัันมีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
 (Diagnosis Related Group : DRG) ส่งผลต่อค่า Adj.RW ซึ่งมี
 ผลกระทบต่อจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดต้องจ่ายคืน
 ให้กับโรงพยาบาลฯ และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ
 วงษ์ฝุ่ง ที่พบว่า มีเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่ตรวจพบความ
 คลาดเคลื่อนคลี่ ่อนคลี่ ่อนที่ ส่งผลต่อ Adj.RW (Kamonwan
 Wongfung, 2022) รวมถึงการศึกษาของเฮนดรา โรห์มัน ที่พบ
 ความไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อผิดพลาดในการระบุรหัส ข้อผิดพลาด
 ในการระบุรหัส ICD-10 ตัวอักษรที่ 4 ไม่เพิ่มตัวอักษรที่ 4 และ
 5 ไม่รวมสาเหตุภายนอก และโรคหลายโรค สรุปได้ว่า ปัจจัยที่
 ทำให้การบันทึกเวชระเบียนไม่ถูกต้อง ได้แก่ แพทย์เขียนคำ
 วินิจฉัยที่ไม่สมบูรณ์ บุคลากรที่ทำการบันทึกเวชระเบียนไม่มี
 การฝึกอบรม ไม่มีการทบทวนและตรวจสอบเวชระเบียนอย่าง
 เป็นระบบ และในขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับการอบรม
 ความรู้เกี่ยวกับการให้รหัสวินิจฉัยโรค(Hendra Rohman,
 2022)

ความคลาดเคลื่อนของการบันทึกโรคและรหัส
หัตถการ จำแนกความคลาดเคลื่อนเป็น 3 ระดับ (ประเภทที่ 1
 ถึง 3) ซึ่งพบว่าเวชระเบียนส่วนใหญ่ผิดพลาดประเภทที่ 1 ซึ่ง
 สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี วันศรีสุธน และคณะ
 (Wandee Wansrisuthon et al., 2020) ที่ระบุว่าความ

ผิดพลาดในการสรุปวินิจฉัยหรือการให้รหัสเพียง 1 ประเด็น ก็
 สามารถส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของ DRG ได้

สาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการบันทึกโรค
และรหัสหัตถการ มีทั้งในระดับบุคลากรและระดับระบบ ได้แก่
 ขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือการอัปเดตแนวทางมาตรฐาน (เช่น
 เกณฑ์ของ สปสช. และ ICD) ขาดระบบตรวจสอบภายในเวช
 ระเบียนแบบ real-time การใช้คำวินิจฉัยที่ไม่ชัดเจนหรือคำย่อ
 ที่ไม่เป็นทางการ การสื่อสารที่ไม่สมบูรณ์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ
 และความเร่งรีบจากภาระงานและกำหนดเวลาการส่งข้อมูล
 เช่นเดียวกับการศึกษาของเมห์ตาด์ ฟาร์ซันดิปูร์ และอับบาส เซด
 ตาเฮรี ที่พบการใช้หลักการให้รหัส ICD-9CM สำหรับการ
 ตรวจสอบรหัสซ้ำจะช่วยลดข้อผิดพลาด ส่งผลต่อการให้รหัสโรค
 หัตถการที่ความถูกต้อง (Mehrddad & Abbas, 2009) และ
 การศึกษาของฟาร์คอนเดห์ อาซาดี และคณะ ที่พบว่า การไม่
 ปฏิบัติตามหลักการวินิจฉัยของแพทย์ การบันทึกทางการแพทย์
 ที่ไม่ถูกต้อง และไม่ได้ศึกษาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมด ซึ่งถือ
 เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดข้อผิดพลาดในการสรุปวินิจฉัยโรคที่
 ไม่ถูกต้อง(Farkhondeh Asadi et al., 2022) หากสามารถลด
 ความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกโรคและรหัสหัตถการจะ
 ส่งผลให้การเบิกชดเชยและขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข
 เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถดำเนินงานไปอย่างมี
 ประสิทธิภาพและยั่งยืน(Chanokpoom Phumikaree et al.,
 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมแพทย์และผู้ให้รหัสโรคอย่าง
 สม่ำเสมอเกี่ยวกับแนวทางการสรุปวินิจฉัยและการให้รหัสโรค
 ตามมาตรฐาน ICD เพื่อให้สามารถปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลง
 ของหลักเกณฑ์ในแต่ละปีได้อย่างทันเวลา
2. ส่งเสริมการทำงานแบบทีมร่วมระหว่างแพทย์
 พยาบาล และผู้ให้รหัสโรค โดยมีการประชุมทบทวนกรณี
 ตัวอย่าง และจัดตั้งกลไกตรวจสอบเวชระเบียนร่วมกันอย่าง
 ต่อเนื่อง
3. จัดให้มีระบบตรวจสอบและทบทวนเวชระเบียน
 ก่อนการส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมอบหมายให้
 ทีมแพทย์ พยาบาล และเวชสถิติร่วมกันพิจารณา

4. ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องให้บรรจุเนื้อหาเรื่องการสรุปวินิจฉัยและการให้รหัสโรคตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม

5. ส่งเสริมการนำเทคโนโลยี เช่น โปรแกรมช่วยตรวจสอบความถูกต้องของรหัสโรค มาใช้สนับสนุนการทำงานเพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการบันทึกเวชระเบียน

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลประเภทอื่น เช่น โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความ

คลาดเคลื่อนในการบันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรีทุกท่าน ที่อนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการอนุเคราะห์การดำเนินการวิจัยและผู้สนับสนุนทุกท่าน ทำให้การเก็บข้อมูลวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bureau of Policy and Strategy, O. o. t. P. S., Ministry of Public Health. (2012). *Guidelines for Medical Record Documentation for Physicians*. (1 ed.). Office of Printing Affairs, War Veterans Organization of Thailand.
- Chanokporm Phumikaree, Rapot Promsatyaprot, & Phadoongsit Chamnamborirak. (2020). Development of the Reimbursement Process for Public Health Services under the Diagnosis Related Groups (DRG) System at Prasimahabodi Hospital, Ubon Ratchathani Province. *Community Public Health*. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247450>
- Farkhondeh Asadi, Ahmadi Hosseini Maryam, Gomar Tahereh, & Sabahi Azam. (2022). Factors Affecting Clinical Coding Errors. <https://brieflands.com/articles/semj-122161>
- Hendra Rohman. (2022). Accuracy and Validity Outpatient Diagnosis Code Base On ICD-10 at Imogiri I Health Center Bantul Yogyakarta. *Proceeding International Conference on Medical Record*, 2, 26-31. <https://doi.org/10.47387/icmr.v2i1.151>
- Jinghui, L., Daniel, C., Anthony, N., & Karin, V. (2021). Early prediction of diagnostic-related groups and estimation of hospital cost by processing clinical notes. *NPJ Digital Medicine*, 4.
- Kamonwan Wongfung. (2022). A study on Summary of Discharge Diagnosis on Neurosurgery at Thammasat University Hospital. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 7(2), 18-30. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHH/article/view/258451>
- Kun, Z., Hong-Ying, L., Die, Z., & Zai-Jun, L. (2020). The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review. (1472-6963 (Electronic)).
- Mehrdad, F., & Abbas, S. (2009). Evaluation of factors influencing accuracy of principal procedure coding based on ICD-9-CM: an Iranian study. (1559-4122 (Electronic)). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2682663/>
- National Health Security Office. (2002). *History of the National Health Security Office and the National Health Security Act, B.E.* . <https://www.nhso.go.th/page/history>
- Organization), H. A. I. P. (2020). *Manual for Quality Assessment of Medical Record Documentation, 2020* (1 ed.). Sahamit Printing and Publishing Co., Ltd.

- Phenprapha Phornsrimet, K. S. (2017). Improvement of the Efficiency of Reimbursement in the Drug Related Groups' System *Journal of Health Science* 25(5), 865-871.
<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/371>
- Sompaen Srinukham, Waraporn Panngoen, Thani Raknam, & Yupaporn Wattanakun. (2017). A Study on the Coding of Diagnoses, Procedures, and Surgeries for Medical Expenses under the Diagnosis Related Groups (DRG) System at the Hospital for Tropical Diseases. *Journal of Integrated Social Sciences, Mahidol University*, 1(2), 125-143. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/issmu/article/view/145985>
- Wandee Wansrisuthon, Supachok Singhakan, & Sudsabai Chulakatappa. (2020). A Study on the Discrepancies in Diagnostic and Procedural Summarization Affecting ICD Coding from Real-Time ICD Audit of Inpatients at the Department of Psychiatry, Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, 5(2), 62-68. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/242222>
- Wannaporn Sriuthai. (2022). *Results of the Medical Record Coding Audit for Inpatient Reimbursement under the DRG System, 2022, NHSO Region 4 Saraburi* [Meeting Documents](Presentation of the Report of the National Health Security Office, Saraburi, Issue.
- Working Group on the Development of Joint Audit and Regulatory Mechanisms for Service Reimbursement and Healthcare Quality among the Three Health Insurance Funds. (2020). *Guidelines for the Audit of Supporting Documents for Public Health Service Reimbursement under the Collaboration of the Three Health Insurance Funds, 2020*

The Relationship between Digital Health Competency and Literacy among Public Health Personnel in Sub-District Health Promoting Hospital in an Upper Southern Province

Suppanat Phonpichai¹, Kuntida Boonchoodum¹, Jiruntanin Paleevol¹, Thayawadee Kaewkhwan¹,
Kodchamonnakorn Champangoen², Sasithorn Thanapop^{2*}

1 Department of Community Public Health, School of Public Health, Walailak University.

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University.

**Corresponding author: e-mail: Sasithorn.Tha@stou.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Phonpichai, S. ., Boonchoodum, K. ., Paleevol, J. ., Kaewkhwan, T., Champangoen, K. ., & Thanapop, S. (2025). The Relationship between Digital Health Competency and Literacy among Public Health Personnel in Sub-district Health Promoting Hospital in an Upper Southern Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 697–711. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/281878

Received: 28 June 2025

Revised: 14 July 2025

Accepted: 21 July 2025

Abstract

Sub-district Health Promoting Hospitals utilize diverse digital technologies in providing healthcare services, necessitating digital literacy and operational competency among their healthcare personnel. This cross-sectional analytical study investigated the relationship between personal characteristics, digital health technology literacy and competency among 257 public health personnel at Sub-district Health Promoting Hospitals in an upper southern province, selected through a multi-stage random sampling process. Data were collected using a self-administered questionnaire with content validity (0.67-1) and reliability (0.97). Pearson's Chi-square and Fisher's exact tests were analyzed for correlation.

Findings revealed that most participants were female (84.4%), with an average age of 38, and 51.3% were public health academics. A notable 61.1% had not received digital health training for the past three years. Digital tool utilization varied by services: 87.5% used the HDC website for health promotion, 80.5% used Line application for disease prevention, and the JHCIS program was used for primary healthcare (89.9%) and rehabilitation (79.0%). Both digital health technology literacy (80.9%) and competency (89.5%) were high. Age and digital health literacy were significantly related to competency.

This study highlights the imperative for provincial public health agencies and primary healthcare service networks to prioritize promoting digital literacy among healthcare personnel across all job positions.

Keywords: Literacy; Competency; Digital Health; Health Personnel

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้กับสมรรถนะการใช้สุขภาพดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนึ่งภาคใต้ตอนบน

ศุภณัฐ พลพิชัย¹, กุลธิดา บุญชูดำ¹, จิรินัน พาสีวล¹, ธยาน์วดี แก้วขวัญ¹,
กชนมนนกร จำปาเงิน², ศศิธร ธนะภพ^{2*}

1 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อีเมลล์ : Sasithom.Tha@stou.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 28 มิถุนายน 2568

วันแก้ไข 14 กรกฎาคม 2568

วันตอบรับ 21 กรกฎาคม 2568

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ ที่หลากหลาย บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความรอบรู้และสมรรถนะในการดำเนินงาน การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะบุคคล ความรอบรู้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลกับสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของบุคลากร สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 257 คน สุ่มตัวอย่างแบบ หลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.67-1 และค่าความ เชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.97 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Chi-Square test และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 อายุเฉลี่ย 38 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 51.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ สุขภาพดิจิทัลในช่วง 3 ปี ร้อยละ 61.1 บริการส่งเสริมสุขภาพ ใช้เว็บไซต์ HDC ร้อยละ 87.5 การป้องกันและควบคุมโรคใช้แอปพลิเคชัน Line ร้อยละ 80.5 การรักษาโรคเบื้องต้นและการ พินฟูสภาพ ใช้โปรแกรม JHCIS ร้อยละ 89.9 และ 79.0 ตามลำดับ ความรอบรู้และสมรรถนะ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.9 และ 89.5 ตามลำดับ กลุ่ม อายุ และความรอบรู้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

โดยสรุปหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมนุกิจควร ส่งเสริมความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกตำแหน่งงาน เพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะให้สอดคล้องกับความหลากหลายในการจัดบริการ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ ; สมรรถนะ ; สุขภาพดิจิทัล ; บุคลากรสาธารณสุข

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคเทคโนโลยีดิจิทัล และมีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและเทคโนโลยีในการจัดบริการด้านสุขภาพให้ทันสมัยตามมาด้วย โดยการเพิ่มคุณค่า ประสิทธิภาพและศักยภาพในการทำงานของระบบบริการด้านสุขภาพ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในการจัดการบริการด้านสุขภาพนั้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น (Ministry of Public Health, 2021) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อช่วยพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียม รวดเร็ว ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง รวมถึงให้บุคลากรด้านสาธารณสุขมีการดำเนินงานและปฏิบัติงานที่ทันสมัยเท่าทันเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลและทันสถานการณ์สุขภาพในยุคปัจจุบัน สำหรับประโยชน์ของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพนั้นมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานได้มากขึ้น และบุคลากรสามารถทำงานร่วมกันได้ตลอดเวลาโดยการเชื่อมโยงผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน (Wilaiapan, 2019)

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (2564-2568) 5 ด้าน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 “การเสริมสร้างธรรมาภิบาลด้านสุขภาพดิจิทัล” ยุทธศาสตร์ที่ 2 “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพ” ยุทธศาสตร์ที่ 3 “การส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพดิจิทัลและแอปพลิเคชัน” ยุทธศาสตร์ที่ 4 “การสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพแห่งชาติ” และยุทธศาสตร์ที่ 5 “การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัล” ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเสริมสร้างขีดความสามารถและทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสำหรับบุคลากรสุขภาพ

และผู้รับบริการ เพิ่มขีดความสามารถผ่านการศึกษาและฝึกอบรม ปรับปรุงหลักสูตรให้รวมรูปแบบสุขภาพดิจิทัล สร้างและขยายโอกาสพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ทีมสุขภาพมีความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเพื่อดูแลประชาชน โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานในระบบสุขภาพเร่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเสริมสร้างบริการสุขภาพ เสริมสร้างบทบาทของนวัตกรรมสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถด้านสุขภาพในการดำเนินงานสาธารณสุข รวมไปถึงการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2021)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลนั้น หมายถึง ความสามารถในการค้นหา การทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลออนไลน์หรือแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Kayser et al, 2018) ดังนั้น หากบุคลากรสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลจะสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ และสามารถจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค บำบัดรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมและทันการณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนสมรรถนะการดำเนินงานของบุคลากรได้ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การดำเนินการเชิงรุก และการสร้างสัมพันธภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) อย่างไรก็ตาม Leethongdissakul et al. (2020) ได้เสนอว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านหน้าของระบบสุขภาพควรมีสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ประกอบด้วย การบริหารและกฎหมายสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรค การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการวิจัยสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและชุมชน และการดูแลทาง การแพทย์พื้นฐาน การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วย

บริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับภาระงานที่หลากหลาย หากต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพเข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในการพัฒนา ดังนั้นการมีสมรรถนะด้านดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขนับเป็นความท้าทายใหม่ ซึ่งหมายถึงการที่บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความสามารถในการใช้งานและมีปฏิสัมพันธ์กับเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมั่นใจ มีวิจรรย์ญาณ และรับผิดชอบทั้งในด้านการเรียนรู้ การทำงาน และการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งโดยสรุปประกอบด้วยความรู้ด้านข้อมูลและสารสนเทศ การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน การสร้างสรรค์เนื้อหาดิจิทัล ความปลอดภัย และการแก้ปัญหา (Vuorikari et al., 2016) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการด้านสุขภาพยังพบปัญหาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในบุคลากรสาธารณสุข เช่น ประสิทธิภาพการใช้งานน้อย ความเข้าใจในระบบน้อย การสะสมความรู้และการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลน้อยและขาดความต่อเนื่อง (Punsil, 2020) ขณะเดียวกันบุคลากรมีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่รวดเร็วเกินไป จากเดิมที่เคยใช้กระดาษในการเขียนมีการเปลี่ยนมาใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานร่วมกับมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารใหม่ๆ ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้ (Dumsiri et al., 2023)

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าการนำเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินับเป็นเรื่องใหม่และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงนับว่ามีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในมุมของการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จำเป็นต้องมีความรอบรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการดำเนินงานในหลากหลายมิติ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับการนำยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์กรสุขภาพดิจิทัลทำให้มีการนำรูปแบบที่หลากหลาย

ของเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมาใช้ในการดำเนินงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาระดับความรู้และสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการศึกษาถึงความรู้และสมรรถนะของบุคลากรจะเป็นพื้นฐานสำคัญนำไปสู่การพัฒนาองค์กรสุขภาพดิจิทัลได้ตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะบุคคล รูปแบบการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ความรอบรู้และสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณลักษณะบุคคล ความรอบรู้กับสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา (Materials and Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1,080 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ตัวอย่างจำนวน 284 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ บุคลากรสาธารณสุขตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

มีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลในการให้บริการสุขภาพ มีอายุการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยไทยและต่างประเทศ (Kayser et al, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 35 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น ระดับต่ำ 35-81 คะแนน ระดับปานกลาง 82-128 คะแนน และระดับสูง 129-175 คะแนน

ส่วนที่ 4 สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 18 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น ระดับต่ำ 18-41 คะแนน ระดับปานกลาง 42-65 คะแนน และระดับสูง 66-90 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ที่คำนวณได้ข้อที่น้อยที่สุด – มากที่สุดของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.67-1 และทำการทดสอบทดลองใช้ (Try out) เพื่อตรวจสอบความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตลอดทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

นำโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยเพื่อขอรับการรับรองให้ดำเนินงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเชิญชวนเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัยและขอเก็บรวบรวมข้อมูลถึงอาสาสมัครตามที่ได้ทำการสุ่มรายชื่อไว้โดยตรงทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งโทรศัพท์ประสานเพื่อติดตามการได้รับเอกสารและการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอรับคืนแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ หลังจากได้ข้อมูลครบแล้ว นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จัดการข้อมูล จัดทำรหัสตัวแปร แบบสอบถามมีอัตราการตอบกลับอย่างครบถ้วนถูกต้อง จำนวน 257 ฉบับ (ร้อยละ 90.5)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-233-01 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายคุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) และส่วนที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์การกระจายปกติของข้อมูลตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ

ตัวแปรกลุ่มด้วยสถิติ Pearson's chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 257 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.9 มีอายุระหว่าง 24-35 ปี ร้อยละ 66.5 มีวุฒิการศึกษาเป็นสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต/วิทยาศาสตร์

บัณฑิต ร้อยละ 60.3 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 51.3 อายุงานเฉลี่ย 15.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.81 มีอายุงาน 1-11 ปี ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้สุขภาพดิจิทัลอยู่ที่ 1-7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.5 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ.2564 - 2567 ร้อยละ 61.1 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 38.9 จำนวนการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ.2564 - 2567 เฉลี่ย 1 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.04 ได้รับการอบรม 1-6 ครั้ง ร้อยละ 33.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข (n = 257)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n = 257)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	40	15.6
	หญิง	217	84.4
อายุ (ปี)	24-35	171	66.5
	36-47	49	19.1
	48-50	37	14.4
	Max = 60 ปี, Min = 24 ปี, $\bar{X}$ = 38.01, S.D. = 10.90		
วุฒิการศึกษา			
พยาบาลศาสตรบัณฑิต/ประกาศนียบัตรวิชาชีพพยาบาลศาสตร์/ประกาศนียบัตรวิชาชีพพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง		69	26.8
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต		110	42.8
ทันตสาธารณสุข		12	4.7
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต		21	8.2
วิทยาศาสตร์บัณฑิต		45	17.5
ตำแหน่งงาน			
พยาบาลวิชาชีพ		69	26.8
นักวิชาการสาธารณสุข		132	51.4
เจ้าพนักงานสาธารณสุข		20	7.8
ทันตสาธารณสุข		16	6.2
แพทย์แผนไทย		20	7.8

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 257)	ร้อยละ
อายุงาน (ปี)		
1 - 11	122	47.5
12 - 23	43	16.7
24 - 38	92	35.8
Max = 38 ปี, Min = 1 ปี, $\bar{X}$ = 15.60, S.D. = 11.81		
ความถี่ในการใช้สุขภาพดิจิทัล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
1 - 7	81	31.5
8 - 14	61	23.8
15 - 21	54	21.0
22 - 28	35	13.6
29 - 35	26	10.1
ประวัติการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ.2564-2567		
เคยอบรม	100	38.9
ไม่เคยอบรม	157	61.1
ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ.2564-2567		
0	157	61.1
1-6	85	33.1
7-13	10	3.9
14-20	5	1.9
Max = 20 ครั้ง, Min = 0 ครั้ง, $\bar{X}$ = 1.47, S.D. = 3.04		

2. รูปแบบการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

รูปแบบการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล จำแนกตามประเภทการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างมีการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลในการจัดบริการสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้เว็บไซต์ HDC (Health Data Center) ร้อยละ 87.5 ด้าน

การป้องกันและควบคุมโรค ส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชัน Line ร้อยละ 80.5 ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนใหญ่ใช้โปรแกรม JHCIS (Java Health Care Information System) ร้อยละ 89.9 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้โปรแกรม JHCIS ร้อยละ 79.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลจำแนกตามประเภทการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 257)

รูปแบบดิจิทัลสุขภาพ	ประเภทบริการสุขภาพใน รพ.สต. (ร้อยละ)			
	ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	ด้านการบำบัด/รักษาโรคเบื้องต้น	ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
Mobile Phone	83.3	61.1	48.6	53.7
Line	67.7	80.5	62.6	69.3
Facebook	45.1	55.3	34.6	47.5
Website	53.7	38.1	34.6	36.2
Application 3 หมอรู้จักคุณ	74.7	30.7	31.1	35.4
Application หมอพร้อม	80.2	45.9	44.7	50.6
เว็บไซต์ HDC	87.5	61.1	56.8	53.7
โปรแกรม JHCIS	65.4	78.2	89.9	79.0
Authentication code	57.2	41.2	56.8	45.5
เว็บไซต์ E-Claim	83.3	28	45.1	34.2

3. การวิเคราะห์ระดับความรู้และสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.9 โดยด้าน ที่ 5 การมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมกับการดิจิทัลมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 90.3 ($\bar{x}$ 2.90, S.D. 0.30)

สมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลใน ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยสมรรถนะที่ 2 ด้านการดำเนินการเชิงรุกมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 89.9 ($\bar{x}$ 2.89, S.D. 0.30) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้และสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขรายด้าน (n = 257)

ความรู้และสมรรถนะ	ระดับ		$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)				
	สูง	ต่ำ-ปานกลาง			
ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล					
ด้านที่ 1 การใช้เทคโนโลยีในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพ	222 (86.4)	35 (13.6)	2.86	0.34	ระดับสูง
ด้านที่ 2 ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานทางสุขภาพและศัพท์ทางการแพทย์	226 (87.9)	31 (12.1)	2.88	0.33	ระดับสูง
ด้านที่ 3 ความสามารถในการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังกับบริการดิจิทัล	197 (76.7)	60 (23.3)	2.77	0.42	ระดับสูง
ด้านที่ 4 ความมั่นใจและความปลอดภัยของสุขภาพดิจิทัล	198 (77.0)	59 (23.0)	2.77	0.42	ระดับสูง
ด้านที่ 5 การมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมกับบริการดิจิทัล	232 (90.3)	25 (9.7)	2.90	0.30	ระดับสูง
ด้านที่ 6 การเข้าถึงแหล่งสุขภาพดิจิทัลที่มีความน่าเชื่อถือ	229 (89.1)	28 (10.9)	2.89	0.31	ระดับสูง
ด้านที่ 7 การเข้าถึงสุขภาพดิจิทัลที่ตรงตามความต้องการ	220 (85.6)	37 (14.4)	2.85	0.35	ระดับสูง
รวม	208 (80.9)	49 (19.1)			
สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล					
สมรรถนะที่ 1 ด้านการคิดวิเคราะห์	228 (88.7)	29 (11.3)	2.88	0.32	ระดับสูง
สมรรถนะที่ 2 ด้านการดำเนินการเชิงรุก	231 (89.9)	26 (10.1)	2.89	0.30	ระดับสูง
สมรรถนะที่ 3 ด้านการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ	222 (86.4)	35 (13.6)	2.86	0.34	ระดับสูง
รวม	230 (89.5)	27 (10.5)			

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

ผลการความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.035) อย่างไรก็ตาม เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุงาน ความถี่ในการใช้

สุขภาพดิจิทัล ประวัติการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ. 2564-2567 ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ. 2564-2567 ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ทั้งนี้ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล
ของบุคลากรสาธารณสุข (n = 257)

ปัจจัย	สมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล		รวม	x ²	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง			
เพศ				-	0.78**
ชาย	3 (7.5)	37 (92.5)	40 (100)		
หญิง	24 (11.1)	193 (88.9)	217 (100)		
อายุ (ปี)				6.68	0.04
24-35	15 (8.8)	156 (91.2)	171 (100)		
36-47	10 (20.4)	39 (79.6)	49 (100)		
48-50	2 (5.4)	35 (94.6)	37 (100)		
วุฒิการศึกษา				1.973	0.37
กลุ่มพยาบาลศาสตร์	10 (14.5)	59 (85.5)	69 (100)		
กลุ่มสาธารณสุขศาสตร์	15 (9.7)	140 (90.3)	155 (100)		
กลุ่มการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ	2 (6.1)	31 (93.9)	33 (100)		
ตำแหน่งงาน				0.161	0.69
ด้านการสาธารณสุขชุมชน	15 (9.9)	137 (90.1)	152 (100)		
ด้านสุขภาพอื่น ๆ	12 (11.4)	93 (88.6)	105 (100)		
อายุงาน				4.177	0.12
1 – 11	8 (6.6)	114 (93.4)	122 (100)		
12 – 23	7 (16.3)	36 (83.7)	43 (100)		
24 – 38	12 (13)	80 (87)	92 (100)		
ความถี่ในการใช้สุขภาพดิจิทัล				1.755	0.78
1 - 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	8 (9.9)	73 (90.1)	81 (100)		
8 - 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	8 (13.1)	53 (86.9)	61 (100)		
15 - 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	6 (11.1)	48 (88.9)	54 (100)		
22 - 28 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	4 (11.4)	31 (88.6)	35 (100)		
29 - 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	1 (3.8)	25 (96.2)	26 (100)		
ประวัติการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพดิจิทัลในช่วงปี พ.ศ.2564-2567				2.14	0.14
เคยอบรม	7 (7)	93 (93)	100 (100)		
ไม่เคยอบรม	20 (12.7)	137 (87.3)	157 (100)		

ปัจจัย	สมรรถนะในการใช้เทคโนโลยี		รวม	χ^2	P-value
	สุขภาพดิจิทัล				
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ต่ำ-ปานกลาง	สูง			
ความรู้ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล					<0.01**
ต่ำ - ปานกลาง	18 (52.9)	16 (47.1)	34 (100)		
สูง	9 (4)	214 (96)	223 (100)	-	

หมายเหตุ ** Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระดับความรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลในระดับสูง แม้บุคลากรส่วนใหญ่จะไม่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพดิจิทัลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) จากการใช้งานระบบงานประจำ อาทิ โปรแกรม JHCIS และเว็บไซต์ HDC ที่เป็นเครื่องมือดิจิทัลที่สำคัญในการดำเนินงานในระดับรากฐานของระบบสุขภาพไทย (Ministry of Public Health, 2021; Wilaipan, 2019) อย่างไรก็ตาม การที่บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่มีโอกาสเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพดิจิทัลในระยะเวลา 3 ปีหลัง ถือเป็นข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการจัดระบบการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (lifelong digital capacity building) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระดับชุมชนที่มักจะมีทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยีจำกัด (Songpoj, 2020; Punsil, 2020)

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจำแนกตามประเภทการจัดบริการสุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของบุคลากรสาธารณสุขในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในปฏิบัติงานจริง และแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการใช้เครื่องมือดิจิทัลที่แตกต่างกันไปตามบริบทของบริการ ภาพรวมพบว่าบุคลากรมีการนำ

เทคโนโลยีดิจิทัลหลากหลายรูปแบบมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีบางแพลตฟอร์มที่ได้รับความนิยมสูงเป็นพิเศษ และมีการใช้ที่แตกต่างกันไปตามประเภทของบริการ เว็บไซต์ HDC และ โปรแกรม JHCIS พบว่ามีการนำมาใช้งานอย่างกว้างขวางในเกือบทุกประเภทบริการ โดย HDC มีการใช้สูงสุดในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทในการเป็นศูนย์รวมข้อมูลสุขภาพระดับชาติสำหรับการวางแผนและประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่โปรแกรม JHCIS เป็นระบบสารสนเทศหลักสำหรับการบันทึกและบริหารจัดการข้อมูลการบริการและการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ แอปพลิเคชัน Line แสดงบทบาทสำคัญในการสื่อสารและประสานงาน โดยเฉพาะในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสะท้อนการเป็นเครื่องมือที่บุคลากรนิยมใช้ในการเผยแพร่ข้อมูล ประสานงานเครือข่าย และติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นแนวโน้มที่สอดคล้องกับยุคปัจจุบันที่การสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียมีบทบาทสูงในการสาธารณสุข โดยมีงานวิจัยหลายการศึกษาที่สนับสนุนการใช้แอปพลิเคชัน Line ในการสื่อสารด้านสุขภาพ ดังที่กิตติยา และคณะ (2563) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแรงจูงใจและทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Line ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Mahaviriyotai, Wattanakitkrileart, & Pongkaew, 2021) รวมถึงงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงการใช้แอปพลิเคชัน Line เพื่อติดตามผู้ป่วยวัณโรค (Boonchert, 2018)

สำหรับโทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone) ยังคงเป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้แพร่หลายในทุกบริการ โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและการใช้แอปพลิเคชันเสริมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศไทยที่ประชาชนสามารถเข้าถึงสมาร์ตโฟนได้อย่างแพร่หลาย แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” มีการใช้งานสูงในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับฟังก์ชันที่เน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน นอกจากนี้ เว็บไซต์ E-Claim และ Authentication code ถูกนำมาใช้ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งบ่งชี้ถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายและยืนยันตัวตนผู้รับบริการตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้บุคลากรจะมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่การเลือกใช้เครื่องมือจะมีความจำเพาะเจาะจงตามประเภทของงานและลักษณะของแพลตฟอร์มที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละบริการ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลจึงควรได้รับการออกแบบให้มีความจำเพาะเจาะจงกับบริบทการทำงาน และแพลตฟอร์มที่บุคลากรใช้งานบ่อยครั้ง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลที่เน้นการประยุกต์ใช้ทักษะให้ตรงกับความต้องการของงาน

สมรรถนะที่โดดเด่นที่สุดของบุคลากร คือความสามารถในการดำเนินการเชิงรุก ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพในชุมชนได้อย่างยืดหยุ่นและทันทั่วถึง โดยเฉพาะเมื่อมีเครื่องมือเทคโนโลยีสนับสนุนการสื่อสาร การติดตาม และการบันทึกข้อมูล (Leethong-dissakul et al., 2020; Dumsiri et al., 2023) เพื่อช่วยให้การจัดบริการมีความสะดวก คล่องตัวและครอบคลุมประชากรในพื้นที่การให้บริการ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ว่าการขาดการพัฒนากระบวนโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องในระดับท้องถิ่น เป็น

ปัจจัยที่ส่งผลให้การนำเทคโนโลยีดิจิทัลไปใช้ในพื้นที่ยังไม่เต็ม ประสิทธิภาพ (Chongsuwat et al., 2019; Juntarawijit, 2020) ดังนั้น การสนับสนุนโดยหน่วยงานระดับจังหวัดควรมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ด้านดิจิทัลผ่านรูปแบบการฝึกอบรมที่มีความเฉพาะเจาะจง (targeted training) ตามกลุ่มอายุ หน้าที่ และบริบทการทำงาน พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการประเมินสมรรถนะอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมดิจิทัลสำหรับใช้ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการใช้งานเทคโนโลยีในระบบบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง (Kostkova, 2015; WHO, 2021)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคล ความรอบรู้กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล พบว่า อายุและระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vuorikari et al. (2016) และ Kayser et al. (2018) ที่พบว่า eHealth literacy มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพของบุคลากรได้ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนกลาง (24–35 ปี) ยิ่งสะท้อนความจำเป็นในการเร่งพัฒนาทักษะให้ครอบคลุมทุกช่วงวัยในองค์กร เพื่อสร้างสมดุลระหว่างประสบการณ์และความสามารถด้านดิจิทัล

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านการวิจัยได้แก่ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล (Cause-and-effect relationship) ระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาได้ดำเนินการในบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในจังหวัดแห่งหนึ่งเพียงจังหวัดเดียว ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงกับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศได้ นอกจากนี้ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองซึ่ง

อาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากการรายงานตนเอง (Self-report bias)

สรุปและขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Conclusions and Recommendations)

สรุป

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ได้สำรวจบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิจำนวน 257 คนในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 38 ปี และมีสัดส่วนนักวิชาการสาธารณสุขในระดับสูง อย่างไรก็ตาม บุคลากรจำนวนมากยังไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพดิจิทัลในช่วงสามปีที่ผ่านมา แม้จะมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหลากหลายรูปแบบในงานบริการสุขภาพ อาทิ HDC สำหรับส่งเสริมสุขภาพ แอปพลิเคชัน Line สำหรับป้องกันโรค และ JHCIS สำหรับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพก็ตาม ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าบุคลากรมีความรอบรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมกับการบริการดิจิทัลและการดำเนินการเชิงรุกซึ่งสอดคล้องกับการค้นพบว่าอายุและความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล การค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นที่หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดจะต้องส่งเสริมความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับสมรรถนะบุคลากรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการสุขภาพ

ขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่บ่งชี้ว่าบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิมีความรอบรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีความจำเป็นในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

ดิจิทัลที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามบทบาทหน้าที่และการบูรณาการในแผนงานประจำปี ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการฝึกอบรมภาคปฏิบัติที่เอื้อต่อเข้าถึงของบุคลากรในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ควรเร่งสร้างระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการใช้งานจริงตามบริบทงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความหลากหลายและประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเทคโนโลยีตามความต้องการหรือปัญหาที่หน่วยงานของตนเองประสบ ทั้งนี้ควรมีกำหนดตัวชี้วัดและกลไกการประเมินมาตรฐานด้านสุขภาพดิจิทัลทั้งในระดับบุคคลและระดับหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการติดตามและขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิในยุคดิจิทัลอย่างแท้จริง

ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาสมรรถนะดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยอาจศึกษาความแตกต่างของความรอบรู้และสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัลระหว่างพื้นที่เขตเมืองกับชนบท หรือระหว่างระดับบริการ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ) ทั้งนี้ควรมีการวิจัยปฏิบัติการในบริบทของตำบล หรืออำเภอเกี่ยวกับรูปแบบหรือแนวทางการใช้เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสำหนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล กระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Boonchert, C. (2018). Follow-up of bedridden disabled patients, cancer patients, and primary pharmaceutical operations using LINE application in Phon Ngam, Nong Mee Kam Maet Sub-district, Kut Chum District, Yasothon Province. *Journal of Public Health*, 27(5), 920-926.
- Chongsuwat, R., Sittitong, P., & Jintananon, S. (2019). Digital transformation readiness of primary health care units in Thailand. *Journal of Community Health Development*, 7(1), 25-36.
- Dumsiri, K., Yodying, N., & Pongsatrasart, P. (2023). The effect of digital technology adoption on work performance among Thai health personnel. *Journal of Health Informatics*, 19(1), 45-56.
- Juntarawijit, Y. (2020). Barriers to e-health implementation in Thai public hospitals. *Thai Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 43(2), 90-98.
- Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G., & Osborne, R. H. (2018). A multidimensional tool based on the eHealth literacy framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.8371>
- Mahaviriyotai, K., Wattanakitkrileart, D., & Pongkaew, A. (2021). The Effect of Information Provision, Motivation, and Self-monitoring Skill Program through LINE Application on Self-care Behaviors in Patients with Heart Failure. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(1), 47-63. retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/244777>
- Kostkova, P. (2015). Grand challenges in digital health. *Frontiers in Public Health*, 3, 134. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00134>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Leethongdissakul, P., Saengruang, K., & Khunhan, A. (2020). Core competencies for primary care public health personnel: A cross-sectional study. *Journal of Community Health Development*, 8(2), 112-124.
- Mahaviriyotai, K., Wattanakitkrileart, D. ., & Pongkaew, A. . (2021). The Effect of Information Provision, Motivation, and Self-monitoring Skill Program through LINE Application on Self-care Behaviors in Patients with Heart Failure. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(1), 47-63. retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/244777>
- Ministry of Public Health. (2021). *Digital Health Strategy of the Ministry of Public Health (2021-2025)*. <https://bit.ly/47CmGhe>
- Nutankul, R. (2021). Assessment of e-health system performance in Thai rural health units. *Rural Health Research Journal*, 6(2), 74-85.
- Punsil, S. (2020). *Digital health literacy and competency among public health workers in primary care* [Master's thesis, Burapha University].
- Songpoj, P. (2020). *Opinions towards factors promoting digital technology adoption on working of personnel in Chonburi Provincial Public Health Office* [Master's thesis, Burapha University].

- Techakittiroj, R., & Srithamrongsawat, S. (2020). Health workforce readiness for digital health: Perspectives from Thai policy makers. *Journal of Health Systems Research*, 14(4), 391–404.
- Vuorikari, R., Punie, Y., Carretero, S., & Van den Brande, L. (2016). *DigComp 2.0: The digital competence framework for citizens. Update phase 1: The conceptual reference model*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/38842>
- Wilaipan, S. (2019). Application of eHealth technologies in Thai primary health services. *Journal of Thai Health Promotion*, 13(1), 15–23.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- Wongpinunwatana, N. (2022). Digital transformation challenges in Thailand's public sector. *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 44(3), 203–219.

Influence of Media on Risk Perception During the COVID 19 Pandemic: Qualitative Case Study from Thailand

William J. Jones

*Assistant Professor, Mahidol University International College
999 Buddhamonthon 4 Road, Salaya Nakorn Pathom Thailand 73170*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Jones, W. J. (2025).

Influence of Media on Risk Perception During the COVID 19 Pandemic: Qualitative Case Study from Thailand. Public Health Policy and Laws Journal, 11(3), 713–729. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280884

Received: 14 May 2025

Revised: 12 July 2025

Accepted: 1 August 2025

Abstract

This empirical study of the effects of media on risk perception during the Covid 19 pandemic in Thailand was carried out during the first 9 months of the Covid pandemic from March-December 2020. Media as a tool and medium for public consumption of information is becoming more complex with more diverse outlets and mediums. However, during the Covid pandemic, especially the early phase, media was in conformity with government sources to get fast, accurate and up to date information to the public. The study sought to identify channels of communication during emergencies, perceived trustworthiness of sources, emotional connotation and how this impacted perceptions and degree of risk among the case study population. Coding was used to evaluate participants level of perception towards trust and risk in media during the pandemic and how this impacted behavior among the participant population. This study finds that during the pandemic people's consumption of information were similar. Their perception of the trustworthiness of the source did influence their behaviors in order to mitigate risk associated with Covid as a deadly pathogen. Lastly, while sources of information were similar, the occupation of the consumer had a marked impact on their risk mitigation behavior. Research findings can be utilized by researchers and policy makers in fine tuning their approaches public perception in future crisis events as well as refine different approaches for varying media platforms which have different consumption patterns.

Keywords: *Risk Perception; Media and Risk; Covid 19; Covid Pandemic; Health Crisis and Risk*

Introduction

According to WHO (2013), an emerging infectious disease outbreak is considered as the appearance of disease that is not generally expected to exist in a particular community, geographical area, or time period. Emerging infectious diseases can be either diseases that were previously unknown such as Ebola, or existing diseases that spread to new areas/regions such as West Nile Virus (Holmes, 2008). On December 31, 2019, the Wuhan Municipal Health Commission of China announced that they have found a cluster of suspected cases of pneumonia in the Wuhan city, Hubei Province. These suspected cases eventually turned out to be the novel coronavirus. Coronavirus Disease-19 (Covid-19) has significantly and completely altered the life of people around the world. On March 11, 2020, the World Health Organization officially declared the COVID-19 disease as a global pandemic. As of January 2021, there were more than 100 million confirmed cases, and more than 2 million people died from effects of Covid infection around the world.

COVID-19 also rapidly spread in Thailand. In March 2020, the report from the Department of Disease Control in Thailand revealed that there were more than 20,000 confirmed cases, and around 80 people had died from the disease. Starting from January 2020, Thailand was considered a hotspot for the virus. Due to the high number of infections both in Thailand and around the world Covid-19 raised considerable anxiety and panic among the population. The Thai government employed many policies to combat the virus.

The Thai government utilized a containment strategy which was adopted at the beginning of the pandemics' spread. The government intensified its control measures by

declaring a nationwide "State of Emergency" to mitigate the spread of Covid-19. Within 2 months, Thailand reduced its global infection rate. However, the government did not relax restrictions. Social distancing policies remained strictly enforced and practiced throughout the country. Free alcohol cleansing gel was available throughout all public areas. Facial masks are worn by most all when in public.

When any public health issue emerges, it is necessary to communicate the health information to the public so that they can understand and respond effectively. The media disseminated information has played a significant role in affecting the risk perception and anxiety of the public during the spreading of this pandemic (Brug et al., 2004). There is evidence that people have a tendency to interpret information depending on their information processing mode (Kosicki & McLeod, 1990; Eveland, 2005). Thus, the way people process all information is likely to influence their perception and cognition, such as perception of risk of particular issues (Lee & Oh, 2013). It is important for individuals in the case of public health issues to feel or believe that they can confidently cope with public health conditions. This belief can influence how people form and their perception of risk.

There are extensive debates discussing risk perception during the Covid-19 situation globally, but when it comes to Thailand, there are few studies. This study then attempts to fill the gap by examining the influence of the media on Thai people's risk perception during the Covid-19 outbreak in Thailand. This study is beneficial in that it can help improve people's understanding of the influence/impact of the media on the formation of risk perceptions during an infectious disease outbreak.

Theoretical Framework

During the Covid pandemic, people around the world including Thailand adopted the widespread practice of using hand sanitizer, social distancing and wearing face masks to prevent the spread of the virus. But while some individuals strictly follow the restrictions, others ignore or delay following the rules and regulations. The fact that some individuals act so differently indicates that the risk perception relating to this pandemic strongly differs between different individuals and other factors. The authors believe that this arises from risk perception which may be a strong determinant or modifier of human behavior.

Social Amplification of Risk Framework or SARF was developed to explore the implications of interactions between risk communications, media attention, and the public responses, this conceptual framework then was developed (Frewer, Miles, and Marsh 2002). In short, the media coverage has a tendency to increase the magnitude of their perceived risks if people are frequently exposed to news (Wahlberg & Sjoberg, 2000). Some studies about health risk-related have shown that there was a positive relationship between the frequency of media exposure and people's risk perceptions during the smoke haze in Singapore (Ng et al., 2018).

Protection Motivation Theory (PMT) assumes that adopting protective behavior against any health threats is largely dependent on personal motivation for self-protection. People are more likely to protect themselves when they encounter negative consequences, to have the desire to avoid those situations, and to feel that they have capabilities to adopt preventive measures. In PMT, fear is appraised to predict and encourage protective behaviors and explain the cognitive processes involved in threat and coping appraisals (Roger, 1975). Threat appraisals consist of 3 factors: perceived severity, perceived vulnerability, and

perceived rewards (belief in positive aspects of risky events) (Roger, 1975). Thus, if the perceived severity and vulnerability are high, and the perceived rewards are low, there is a stronger motivation for engagement in health-promoting behaviors. Coping appraisals involve 3 factors: response efficacy, self-efficacy, and the response costs (Roger, 1975). Previous research found that response efficacy and self-efficacy are expected to increase the coping appraisals, while response cost is expected to decrease it (Taheri et al., 2020). In general, fear acts as a mediator between vulnerability, severity, and threat appraisal. As a consequence, if people feel vulnerable to hazard events, their level of fear will increase and they tend to be motivated to adopt some preventive behaviors (Rad et al., 2021). The theory can be suggested that risk perception and adoption of personal protective behavior increase when people have reason for concern.

Dimensions of Risk Perception

Previous studies have shown that there are two main dimensions of perceived risks; the cognitive and emotional dimensions (Dohle, S., Keller, C., & Siegrist, M. 2010; Coleman, 1993; Dunwoody & Neuwirth, 1991). These two dimensions are significant in that they help contribute to shaping people's perception of risk characteristics (Coleman, 1993; Dunwoody & Neuwirth, 1991). The cognitive dimension is usually associated with the probability and severity of consequences which are evaluated based on available scientific information and objective assessment (Bonnet et al., 2012; Lee et al., 2010). The cognitive dimension includes knowledge, familiarity and controllability. Knowledge can be explained as perception of the public in regard to how well they know of a risk (Slovic, 1999). First, people are more likely to consider events to be risky if they are unknown or unfamiliar with those events (Chung & Yung,

2013). Second, familiarity can be defined as how people become accustomed to a risk (Slovic, 1999). Last, controllability is people's perception of how confident they are towards control of the hazard. If people believe that they are able to control the risky events, they will consider it as less dangerous (Renn, 2006).

Alternately, the emotional dimension expresses the feeling of worry, concern, and dread about a hazard (Coleman, 1993; Lee et al., 2010). The emotional dimension includes dread and immediacy. Dread is described as a fearful reaction that occurs when people perceive the consequences of encounter with a hazard to be extreme. People who experience more dread are more likely to perceive a hazard as having greater risk (Slovic, 1987). Immediacy is defined as the extent to which the effect is immediate or might occur at some later time (Marris et al., 1997, p. 303). It has been argued that immediacy should be grouped with cognitive or emotional dimension. Emerging infectious diseases are usually perceived to have more immediate consequences than ordinary diseases. It typically attracts widespread media coverage, which helps to make the public aware of the disease and its effects over a limited period of time (Reynolds & Seeger, 2005). Within this context, evaluating the immediate effects may not be part of a cognitive process. The previous study has suggested that immediacy is considered as the emotional dimension that is closely linked to the perception of a disease's possible harmfulness (Sandman, 1989).

Media and Risk Perception

Media is considered as a primary medium for delivering thematic and detailed explanations about risks and hazards. Information is argued to influence the cognitive dimension of perceived risk (Fung et al., 2011). Traditional media such as

television, radio, and newspapers are often chosen to be the primary sources of information when obtaining the details about the health hazard (Coleman, 1993; Morton & Duck, 2001; Dudo, Dahlstrom, & Brossard, 2007; Paek, Oh, & Hove, 2016). As people rely on the media as a source of information, the media then plays a considerable role to help people understand and shape their perception of risks. Chang has been found that television exposure to H1N1 flu is correlated with the development of people's risk perception of a possible pandemic (Chang, 2012). Fung et al. has linked the cognitive dimension and people's perception of risk. Fung et al. argues that as media coverage of disease increases, the public will be more likely to recognize the prevalence and seriousness of the disease being reported (Fung et al., 2011).

Globalization has caused a shift in technologies associated with communication, there is increased use of social media such as Facebook, Instagram, and Twitter as health information sources (Mano, 2014; Lin et al., 2016). Social media transforms the way people interact with media in which they are able to obtain and share health information from others. Also, they can post their own health-related information or comments as well as joining the health-related group in order to keep updated with the news (Fox, 2011). Davies (2009) revealed that people used social media as a public discussion platform in order to discuss and exchange information during the H1N1 flu outbreak. In addition, it is evident that people's risk perceptions of health-related issues can be influenced by social media (Chung, 2016). Social media can also have an influence on people's emotional perception in terms of the feeling of worry, anxiety, and fear toward the disease (Chew and Eysenbach, 2010; Signorini, Segre, and Polgreen, 2011).

Many studies have shown the association between media exposure and risk perception during the pandemic. During H1N1 in South Korea, the researchers found that exposure to news media is positively correlated with the cognitive dimension, but exposure to entertainment media could indirectly affect personal levels of risk perceptions through the emotional dimension (Oh, Paek and Hove, 2015). Another study during Mad Cow disease revealed that reports from the media could affect risk behavior as well as knowledge and attitude toward MCD (Park and Sohn, 2013). During the MERS outbreak, social media exposure was positively correlated to forming risk perceptions among the public (Choi et al., 2017).

Existing literature covers the assessment of risk perception and preventive behaviors, with some having media among their primary factors. Most studies are conducted by employing quantitative approaches. However, there is no relevant study in Thailand about risk perception on the Covid-19 situation. This study then attempts to fill the gap by examining the influence of the media on Thai people's risk perception during the Covid-19 outbreak in Thailand. The central research question in this study is –*How does the media influence Thai people's perception of risks during the Covid-19 situation in Thailand? And How does it affect their lives?*

Methodology

This study utilizes quotas sampling in which 20 of participants will be selected to participate in interviews. Quotas sampling is considered as a non-random sample selection in which the researcher is able to control the characteristics of the participants. As a non-probability sampling, there is always a chance of personal bias because the researcher is the one who recruits the certain group of participants. However, it allows the

researcher to control the qualifications and the knowledge of the interviewees more effectively as this study requires the participants who have experienced the Covid-19 situation in Thailand. In addition to quota sampling, snowball technique was used for referral of possible participants.

The primary purpose was to stratify small samples across five different groups based on macro employment characteristic; from unemployed university students to freelancers. This is an exploratory study with very limited preparation time and limited connectivity due to health procedures which were prevalent during the first months of the Covid pandemic. Ethics approval was not obtained due to disruptions to the ethics time procedures which were not updated for expedited approval until well into the pandemic. It should be noted that due to Covid protocols, ethics protocols needed to be updated to deal with lack of physical meeting, document signing and this took much longer than normal. Given the urgency of the situation the researcher carried out this short exploratory study in preparation for a larger study, post Covid protocol regulatory updating. Inclusion into the study was voluntary and expressed to the researcher after initial screening of employment at the time of the study.

Primary data for this study will be qualitative data collection by conducting semi-structured interviews. The qualitative data collection requires approaches on subjectivism which will help gain an in-depth social understanding by getting the opinions and perceptions of the participants. The qualitative approach is more exploratory interns of understanding at a general level as well as the intensity of perceptions. Semi-structured interviews allow for approaches to gain information which would not be gathered from a rigid structural approach, instead allowing respondents to speak to their thoughts on a particular topic whilst allowing the interviewer

flexibility to follow different lines of pertinent inquiry (Henrirk et al, 2020). Interviews were conducted using Zoom online platform due to Covid protocols which discouraged on site physical interaction. Each interview lasted approximately 30 minutes where participants were questions on the media consumption patterns and preferences, perceptions of the evolving Covid situation, trust in information

provided and how this influenced their behavior due to risk perception.

Secondary data will help support the empirical primary research and enhance analysis of the study. As the situation of the Covid-19 is a recent phenomenal topic in which the number of studies has just been published, this study then required the secondary data relating to the topic to be the supportive information.

Table: Findings of the Study

Demographic background and media consumption

Group	Participant	Age	Gender	Media Consumption		
1	Participant A	20	F	Facebook	BBC News	Twitter
1	Participant B	23	F	Facebook	Line Group	
1	Participant C	23	M	Facebook	BBC News	Twitter
2	Participant D	26	F	Facebook	Twitter	Television
2	Participant E	55	F	Facebook	Thai online newspaper	Television
2	Participant F	25	M	Facebook	Line (Hospital group)	Instagram
3	Participant H	20	F	Facebook	BBC	Instagram
3	Participant I	24	M	Facebook	Thai online newspaper	Twitter
3	Participant J	30	M	Facebook	Instagram	Television
4	Participant K	28	M	Facebook		
4	Participant L	35	M	Facebook		
4	Participant M	45	M	Facebook	Television	
5	Participant Q	29	M	Facebook	Twitter	
5	Participant R	24	M	Facebook	Youtube	Blockdit
5	Participant S	32	F	Facebook	Twitter	

Group 1 are university students. 1 male and 2 females are selected. All of them are university students between 20-23 years old. The findings show that Facebook is the most popular channel for this group, following BBC online news and Twitter.

Group 2 are the medical staff. 1 male and 2 females are selected. Still, Facebook is the most consumed channel for them. Interestingly, 2 out of 3 participants in this group choose television as one of their media channel consumptions. Participant D said that she still watches television because it is one part of her everyday life. For

instance, she said that “when I work at the hospital, televisions are everywhere so I cannot avoid it, so when I have a break, I sometimes watch it.” (Participant D, 2021).

Group 3 are office workers. 1 female and 2 males are selected. All of them are office workers in private companies, which at the time of interview, there was no work from home policy. They all have to go outside for work. Facebook is still the main channel for them to receive the news. Participant J who chooses television claimed that “during the 1st phase, everyone needed to stay at home, right...so when I stayed at home, I watched TV every morning.” (Participant J, 2021).

Group 4 are entrepreneurs. 3 males are selected. All of them have their own businesses, which can be considered as small businesses. 2 participants consume information and news from only Facebook. They believed that Facebook could cover everything, so they do not need to consume from other channels. For participant M, he said that he would watch television only when there was a lockdown, but after the lockdown, Facebook is his main platform.

Group 5 is freelancers. 1 female and 2 males are selected. All participants in this group choose Facebook as their main channel, followed by Twitter, YouTube, and Blockdit. From 15 participants, there is only 1 participant mentioning Blockdit. Participant R said that “it is a new social media platform in which there will be only news, knowledge or articles without fake news.” (Participant R, 2021).

By interpreting the data, it seems that ages are not the influential factor in choosing the media platforms. Even though the participants who are older such as participant E (55 yrs.) and participant

M (45 yrs.), their main channel of consumption is still Facebook as same as the younger generation. Also, the findings suggest that the main reason why people choose television is not because of its fast and accurate information.

Knowledge and understanding of the Covid-19

This part of the interview two questions was asked based on the participants' responses; What is the Covid-19? and How would you describe the Covid-19 situation? Most participants had some general knowledge about the situation. They all knew that the Covid-19 is one kind of virus that can spread easily, and they could prevent it by wearing masks. Some participants also mentioned that this virus can damage lungs when they get infected. However, participants who belong to the medical staff group could give more specific details and information. For instance, participant D said that “This virus can cause the infection in your respiratory system and also affect other systems as well. The symptom is very versatile from dry cough, high fever up to severe respiratory distress.” (Participant D, 2021). Similarly, participant E claimed that “As it is the new emerging infectious disease, it allows the virus to spread more easily, and people also don't have immunity to this disease. For the symptom, it is similar to normal flu, having fever, cough but the most different symptom from normal flu would be your sense of smell and taste will be destroyed.” (Participant E, 2021).

Discussion

By interpreting the data, this would support the ideas that risk perception is usually shaped by one's knowledge. It is associated with the cognitive dimension of risk assessment. If people are unknown or unfamiliar with the events, they are more likely to perceive events to be risky

(Chung & Yung, 2013). In this study, it is evident that all people know some basic information about the Covid-19. They know what the Covid-19 is, how it can spread, and how to prevent themselves. These findings imply that the media play a constructive role in shaping the knowledge of Thai people. It helps reduce the probability and uncertainty about the disease. However, assessing knowledge might offer a limited explanation of the influence on risk perception. Only knowledge might not be enough to ensure the risk perception of people. It needs to consider the understanding of people from what they have received so far. The findings show some knowledge gaps between different groups of people. These knowledge gaps, if not addressed urgently, may lead to serious consequences for the public. It is important that public health interventions incorporate COVID-19-related education for different groups. The government also needs to investigate the specific knowledge needs so that it can help shaping one's risk perception effectively.

Media channels, frequency and coverage of consumption

Facebook is the first platform that all fifteen participants choose. It is the most convenient channel and always up to date. For instance, participant J said that “Facebook it's also real time which makes it very accessible.” (Participant J, 2021). Participant B also supported that “it's fast and self-updated so I can keep up with them.... you can find everything on Facebook...I think like they share their information to every channel they have including Facebook, so I don't need to go to many sources.” (Participant B, 2021).

Six participants also keep updated with the news through Twitter and 3 participants used Instagram. These social media are considered to be daily platforms that participants use every day.

By using Twitter, most participants search for news through #hashtags about the Covid. For those who choose Instagram supported that “like from Instagram I heard it from friends who post in their stories.” (Participant C, 2021). Four participants consumed traditional media such as television to keep updated with the news. They claimed that television was their main source of information during the first phase of the Covid-19 in Thailand because everyone could not go outside. For participants who did not choose television as their main sources claimed that sometimes, information from television was not real time, and they could not choose information they would like to know instantly. Participant J supported that “on the tv, sometimes it is quite hard to catch all information you receive, and I think it needs to be interpreted more than on social media.” (Participant J, 2021).

Three participants mentioned global online newspapers such as BBC as a main channel for them to get the global news and information related to the Covid-19 situation. They believed that BBC posts a standard when reporting the global news. Participant A supported that *...in order to keep updated on the worldwide pandemic situation the broadcasting company like BBC will be able to give better information.* (Participant A).

All participants claimed that for last year when the Covid-19 first hit Thailand, they tended to check and keep updated with the news every day. However, nowadays most people are quite used to the situation. The Covid-19 disease became the normal situation for them in which they need to adapt themselves to live with this disease.

“at that time, I read all about Covid like every day...searching a lot like what are they, where are they come from...I've been watching Youtube video a lot...but

now I'm like yeah I know it exists, I know how it goes so nowadays I just want to know how many people get infected each day...that's it" (Participant H).

"Well actually last year and now I check it regularly, but if you look closer at the daily basis, for last year I checked almost 24 hours. But now I check like only in the morning and at night...that's it to keep update what happened yesterday night and what might happen tomorrow" (Participant K).

Moreover, 5 participants further emphasized that by checking the news every day since the first phase of the Covid-19, it made them develop new habits in keeping updated with the information. *It's same for me...Everyday, I think it became my habit looking at how much new cases in Thailand, which countries receive vaccines and reading article that analyze how long will we be able to go back to our life before the pandemic.* (Participant A).

Media contents and trustworthiness

This section the contents of media people choose to consume which can cause shifts in cognition and emotion. All participants always keep updated with the number of active cases, the number of fatalities, and the number of recoveries. For the official government Facebook pages, they tend to post the numbers of new cases and the information about where they came from (abroad or domestic) which are mostly presented in the format of infographics, posters, and pictures. Some participants did mention using Facebook as a main channel for them because they intended to follow the official government pages which are the most reliable sources from them. Participant A

supported that "there are many fake news during the pandemic so by reading the information or statistics from the government's Facebook page is more reliable compared to other Facebook pages." (Participant A, 2020). Also, Facebook and Twitter provide informal information including the debate and discussion of the current situation, the short and precise conclusion of the symptoms from the experienced patients, and other points of views.

"For example, when the US got the vaccine there are some Thai people that talk about they are Thais living in the USA and they also receive the vaccine like other US citizens or reviews about Thai people receiving vaccines in other countries". (Participant A).

In addition, whenever a new topic related to Covid-19 comes up, such as the vaccine's topic, participants go directly to the BBC website in order to search for more information about that topic due to perception of reliability and accuracy. Reliable, by no means, is not always trustworthy, some participants claimed. They do believe that there is no trustworthy media every way, however, the media do not show bias or attacking anyone as far as they are concerned. Reliable does not mean completely trustworthy. That is why many participants choose to gather information from more than one source.

"I mean I'd rather have news than not knowing anything especially during the pandemic. There I say they are reliable, but that doesn't mean that they are completely trustworthy. I don't gather news from only one source, I tend to find the same information from different sources so I can conclude what's going on". (Participant I).

The public yes they cover...just enough...but then for my business industry (spa) I think it's not enough...like what are the procedures that we can conduct our business, what is the preventive measurement to prevent like my customers....they don't give us enough guideline...I have to create by my own. I made infographics and gave them to my customers. I have everything prepare. (Participant K).

Media and emotional dimension

In this section emotional dimensions help to evaluate how people's risk perception is shaped and influenced. The interview results are quite varied. Most feelings since the beginning of the Covid-19 in Thailand are all expressed in a negative way. Participant C accepted that since the beginning of the Covid-19 in Thailand, every time he watched/looked at the news about the Covid, he began to feel fear. Participant L also claimed that "I feel hopeless...you know...it seems like there is no ending for this situation and I'm concerned about how long this situation will last...when we can go back to the normal situation." (Participant L, 2021).

By assessing each platform of media, it was evidence that Twitter can pose the most impact on people's emotion. Participants A said all information from Twitter mostly comes from individuals' minds and thoughts. Thus, it made the participant feel more emotional than consuming another media. She supported that-

"there are several that I never knew about because it's not on the official news platform. For example, there will be some people who tweet about how they got affected by the crisis, after reading about it

by knowing that there are chances that it may be fake new but I still feel bad for them for experiencing those things without any help". (Participant A).

For participants who belonged to medical groups, they did not have much emotional influence from the news. Participant E said that she just felt that she needed to increase her protection or to be more cautious, but she did not feel scared or anxious. She also supported that "I have medical knowledge and public health so it's not that influence me." (Participant E, 2021). Participant F also supported that

"At the beginning I felt like the media portrayed the situation to be more dangerous than usual...but it did not that affect me because last year as I worked at the hospital, the area was designed to be the safe zone". (Participant F).

When the participants were asked to give some examples of types of news that can cause them to feel worried or anxious, the answers were quite varied. For the participants who have their own business would feel anxious when they saw news about the implementation of lockdown measures. This was because the measures directly affected their businesses which caused them such a hard time to deal with the situation. For example, participant M said that "if there are some news related to my business, like lockdown or ease lockdown...I would feel anxious sometimes if they're bad news." (Participant M, 2021). Other participants were more concerned and began feeling fear when they saw the news about there being new spreading of the virus near their place of living. Participant J supported that-

I think the news that said about covid-19 is back and it is transmitted in the place where my home is near. For example, Food Villa has more people

who are infected covid-19. Thus, this kind of news makes me anxious. (Participant J).

Risk Perception

Perceived vulnerability, also called perceived susceptibility or perceived likelihood, is defined as the belief of individuals about the likelihood of a health threat's occurrence. Participants were asked "How likely they think that they will develop or contract disease, after they have all information from the media? All participants agreed that they still have a chance to be contracted with a disease even though they protect themselves seriously. For example, participant B said that

"I think risk is always with us at this time, but it depends on how serious you would protect yourself and how serious people nearby you are as well...for me I think it might be low." Some people also mentioned that they were always at the high risk but up until now they are still fine.

Participant Q said that

"I am always at the high risk. You know I'm fat, having a high blood pressure. I have a risk of diabetes...I worked in the hospital, frontline...I drink I smoke...but I'm still fine." (Participant Q, 2021).

Participants aged between 20-30 years old insisted that their health might have a stronger immune system than the older people, so this could be one of the main factors to help them have lower possibility of developing a disease. In addition, participants who are medical staff all said that they are unlikely to develop the disease because of their behaviors. For example, participant D claimed that

"I think for myself the risk is low since I'm not going out a lot and my job is in strictly clean area." (Participant D, 2021)

Self-efficacy can be explained as the individuals' beliefs in their own capabilities to manage a risk or threat they are facing. Participants were asked how confident they are that they can prevent the disease in the case of an outbreak. Participants all know how to protect themselves from the virus; wearing face masks, using alcohol gel or washing hands frequently, avoiding crowded places, having social distancing. They are confident in what they have been doing to prevent the disease. Participant I supported that

"I am pretty certain that as long as I am aware of wearing a mask and cleaning my hand as well as stay 3 feet apart from strangers, it is unlikely that I will contact any diseases at all" (Participant I, 2021).

However, many participants claimed that they are not sure about the other people's sides. As long as they still have to go outside and meet a lot of people, they are still concerned. Participant A supported that

I think by going outside the house it means there is a higher chance of getting Covid-19. I knew as a fact that that by going outside the house does not mean I will get Covid-19 but there are many things to be concerned about. (Participant A).

Discussion of the Findings

The findings partly support and validate the media amplification of the public risk perceptions. Especially during the beginning of the outbreak, they did not have sufficient information about this new emerging infectious disease. Thus, people

then rely on different media as their main sources of information to satisfy their information needs. The findings revealed more than 5 platforms as their sources of information, namely Facebook, Twitter, Line, Instagram, Television, online newspaper and Youtube.

Also, the findings could indicate the high frequency of media consumption, especially during the first phase of the pandemic. People were more exposed to the media because they would like to know as much as they can about this new emerging disease. There are some differences between traditional media like television and social media according to the findings. The findings show that traditional media such as television sometimes do not provide sufficient information about the disease and they are too slow in presenting the information. Thus, they need to rely on social media such as Facebook as their main sources of information. Findings could support the previous finding that when people are unable to obtain contents from traditional media, they are more likely to turn to the Internet to generate and disseminate information (Austin et al., 2012). In this case, the findings suggest that Thai people are more exposed to social media which can positively affect the formation of risk perception. It can be noticed that in the future, traditional media will become outdated, and social media will become the main source of information.

By interpreting the data, it shows that the type of sources that are used in media coverage influence the people's thoughts. People's risk perceptions will be affected by their perceptions of sources' trustworthiness. The findings suggest that people tend to rely on the government official sources such as the Covid-19 center Facebook page and the Ministry of Public Health Facebook page.

The main reason for selecting these media channels is that because of its reliability and trustworthiness. This implies that Thai people still believe in the government in dealing with this pandemic. The belief that information is accurate because it comes from reliable sources would influence the level of risk perception. This would support the study of Vaughan & Tinker (2009) that trust has been found to be the main factor in influencing people's risk perceptions, risk-preventive behaviors, and support for the government. However, Thai media channels still could not fulfill the information needs in some certain aspects. For example, the news about the vaccines. Some participants mentioned that Thai sources are not able to provide detailed information for them to have a better understanding of the products, so they need to rely on the global media channels such as BBC. It is clearly seen that for uncertain health risk issues, people may rely on the scientists, experts or government officials who present as reliable sources in media coverage. This point of argument can support the previous findings that people are more likely to accept certain risks if the institutions that deal with the risk issues are trustworthy (Peter et al., 1997). The results show that some people need to rely on global media channels for more specific and accurate information.

The findings show that the media has positively influenced the emotional dimension of people which can affect the level of perceived risks. These findings support the notion that perceiving risks is essentially an emotional experience (Sinaceur, Heath, & Cole, 2005). It is also suggested that emotion might play a more crucial role than knowledge in evaluating risks. The interview results emphasize the feeling of fear and anxiety amongst Thai people when they consume the news related to the Covid-19. However, the self-rated anxiety can be varied depending on the type of information they receive.

Some Covid-19 information increased the public anxiety, while others decreased it. The findings reveal that people tend to have stronger emotions when they perceive risks that are related to themselves. Information about new spreading of the disease near their places positively increases people's anxiety level. This can influence people to adopt more serious preventive behavior.

Apart from the type of information, the media platforms could possibly influence the emotional dimension as well. The findings indicate that if people choose to consume media from informal platforms such as Twitter, which is opened for the public to discuss and talk about experience related to the Covid-19, it can influence the perception of people more than usual. Interestingly, information about the number of reported Covid-19 cases is negatively associated with anxiety and fear. Instead, it actually lowers the uncertainty level because uncertainty level often arises with lack of information (Anderson et al., 2019). The findings imply that people tend to have stronger emotions when they perceive risks that are more self-relevance, which causes them to adopt more serious preventive behaviors (increasing risk perceptions). On the contrary, people are likely to feel less anxious when they get to know more information about the seriousness of the disease through the media.

People's decisions and actions pursued are influenced by their self-efficacy values. Most people tend to do things in which they are knowledgeable and assured and avoid those in which they are not (Pajares, 1996). All media channels they choose to consume can provide adequate details and information that they need to know in order to develop the protective behaviors. This could also affect the level of confidence in self-protection. This would support the previous research that optimistic confidence from an

individual's self-efficacy is a significant predictor of risk perceptions (Rimal & Real, 2006). Information from the media is evident to help people have more self confidence in dealing with the disease. People, on the other hand, claim that their confidence might be affected by the external factors which are out of their controls.

Conclusion and Recommendations

The study sheds light on the influence of the media in shaping risk perception of Thai people during the Covid-19 outbreak period. Notably, there are four influential factors revealed according to the results. The first influence found is the level of social media exposure. Thai people tend to rely on different social media platforms to access information which can influence the formation of people's risk perception. Secondly, the source's trustworthiness has positively influenced the risk perception. If they receive information from the trustworthy sources, they tend to accept the risk easily. Thirdly, the study reveals that media has influenced the emotional dimension of people when assessing risks. They are more likely to have stronger emotions when they perceive risks that are related to themselves, which can increase the risk perception of the people. Because when they receive this kind of information, they would adopt more preventive behaviors. Fourthly, the media influence the level of self-efficacy. The findings suggest that Thai people have a high level of self-efficacy which can decrease the risk perception of the people. This is because information from the media enables people to have more confidence to deal with the disease. However, the study also suggests that external factors such as preventive behaviors of other people, can decrease the level of self-efficacy because it has a negative impact on people's confidence.

The overall satisfaction of people on the role of the media in Thailand indicates that the media plays a good role in informing people about the situation. Without media, people cannot know what is going on in society. Even though some people might not be interested in the news, they still have some sources where they can receive the information every time. Moreover, media help prevent people from going to risk places, and to be more aware of themselves and everything around them. On the other hand, people suggest that information from the media must be interpreted seriously and critically. There is some fake news everywhere, so believing in fake news might be more dangerous. Consuming too much information could affect their emotions as well. Some people tend to be more anxious, panic, paranoid, and concerned when receiving the news. Open communication between the government and the general public, experts, and relevant industries is essential for successful risk communication during a health emergency. Furthermore, risk communication should not be

handled by a single agency but rather in partnership with the media, health experts, the government, and other industries.

The findings in this study can serve as a marker for future research and application. In the future when crisis occur it is essential for information from government sources to be unbiased and carry authority. Thais tend to give way to authority claims and have a predilection for government support in times of distress. Authority sources must use alternative media mediums including social media to broaden their information coverage. Each medium also has segmented viewing habits. Youtube is candidate for longer form whilst Facebook and Reddit are short forms which require differentiated media cultivation. Trust is essential in the first instance as Thais show a high degree of self-efficacy when managing risk. To establish trust in the initial stages of a crisis is essential and this must come from authoritative sources as was seen in the pandemic response.

References

- Anderson, Christina M., DeFries, Ruth S, Litterman, Robert, Matson, Daniel P., Nepstad, Daniel P., Schlesinger, M, Shaw, Rebecca, Smith, Pete, Weber, Christopher, Field B. (2019). Natural climate solutions are not enough. *Science*, 363(6430), 933-934. doi:10.1126/science.aaw2741.
- Austin, Robert, Devin, Louis, & Sullivan, Edward. (2012). Accidental innovation: Supporting valuable unpredictability in the creative process. *Organization Science*, 23, 1505-1522. doi:10.2307/23252320.
- Bonnet, Emmanuel, Amalric, Marion, Chevé, Morgane, Travers, Muriel. (2012). Hazard and living environment: Combining industrial risk and landscape representations. *Journal of Risk Research*, 15(10), 1281-1298. doi:10.1080/13669877.2011.646289.
- Brug, Johannes, Aro, Arja R., Oenema, Anke, de Zwart, Onno, Richardus, Jan H., & Bishop, George D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1486-1489. doi:https://dx.doi.org/10.3201/eid1008.040283.
- Chang, Chingching. (2012). News coverage of health-related issues and its impacts on perceptions: Taiwan as an example. *Health Communication*, 27(2), 111-123. doi:http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.569004.
- Chew, Cynthia, & Eysenbach, Gunther. (2010). Pandemics in the age of Twitter: Content analysis of Tweets during the 2009 H1N1 outbreak. *Plos One*, 5(11), 14118. doi:10.1371/journal.pone.0014118

- Choi, Doo-Hun, Yoo, Woohyun, Noh, Ghee-Young, & Park, Keeho. (2017). The impact of social media on risk perceptions during the MERS outbreak in South Korea. *Computers in Human Behavior*, 72, 422-431. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.004>.
- Coleman, Cynthia-Lou. (1993). The influence of mass media and interpersonal communication on societal and personal risk judgments. *Communication Research*, 20(4), 611-628. doi:10.1177/009365093020004006.
- Davies, Melissa. (2009). Swine flu as social media epidemic: CDC tweets calmly online. Retrieved from <https://www.nielsen.com/us/en/insights/article/2009/swine-flu-as-social-media-epidemic-cdc-tweets-calmly/>
- Dudo, Anthony D., Dahlstrom, Michael F., & Brossard, Dominique. (2007). Reporting a potential pandemic: A risk related assessment of avian influenza coverage in U.S. Newspapers. *Science Communication*, 28(4), 429-454. <http://dx.doi.org/10.1177/1075547007302211>.
- Dunwoody, Sharon, & Neuwirth, Kurt. (1991). Coming to terms with the impact of communication on scientific and technological risk judgments. In L. Wilkins & P. Patterson (Eds.), *Risky business: Communicating issues of science, risk, and public policy* (11-30). New York, NY: Greenwood
- Eveland, William P., Jr. (2005). Information processing strategies in mass communication research. In S. Dunwoody, L. B. Becker, G. Kosicki, & D. McLeod (Eds.), *The Evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack McLeod* (217-248). Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Fox, Susannah. (2011). The social life of health information, 2011. *Pew Research Center*. Retrieved from <https://www.pewresearch.org/internet/2011/05/12/the-social-life-of-health-information-2011/>.
- Frewer, Lynn J., Miles, Susan, & Marsh, Roy. (2002). The media and genetically modified foods: Evidence in support of Social Amplification of Risk. *Risk Analysis*, 22(4), 701-711. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.00062>.
- Fung, Timothy K. F., Namkoong, Kang, & Brossard, Dominique. (2011). Media, social proximity, and risk: A Comparative analysis of newspaper coverage of Avian flu in Hong Kong and in the United States. *Journal of Health Communication*, 16, 889-907. doi:10.1080/10810730.2011.561913.
- Holmes, Bev. J. (2008). Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health, Risk & Society*, 10(4), 349-360. doi:10.1080/13698570802166431.
- Kosicki, Gerald M., & McLeod, Jack M. (1990). Learning from political news: Effects of media images and information-processing strategies. In S. Kraus (Ed.), *Mass communication and political information processing* (69-83). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lee, Jennifer E. C., Lemyre, Louise, & Krewski, Daniel. (2010). A multi-method, multi-hazard approach to explore the uniqueness of terrorism risk perceptions and worry. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 241-272. doi:10.1111/j.1559-1816.2009.00572x.
- Lee, Eun-Ju, & Oh, Soo Youn. (2013). Seek and you shall find? How need for orientation moderates knowledge gain from Twitter use. *Journal of Communication*, 63(4), 745-765. <http://dx.doi.org/10.1111/jcom.12041>.
- Lin, Wan-Ying, Zhang, Xinzhi, Song, Hayeon, & Omori, Kikuko. (2016). Health information seeking in the web 2.0 age: Trust in social media, uncertainty reduction, and self-disclosure. *Computers in Human Behavior*, 56, 289-294. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.055>.
- Mano, Rita S. (2014). Social media and online health services: A health empowerment perspective to online health information. *Computers in Human Behavior*, 39, 404-412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.07.032>.
- Marris, Claire., Langford, Ian, Saunderson, Thomas, & O'Riordan, Timothy. (1997). Exploring the "psychometric paradigm": Comparisons between aggregate and individual analyses. *Risk Analysis*, 17, 303-312. doi:10.1111/j.1539-6924.1997.tb00868.x.

- Ministry of Tourism and Sports. (2020). Tourism Statistics 2020. Retrieved from https://www.mots.go.th/more_news_new.php?cid=592.
- Morton, Thomas A., & Duck, Julie M. (2001). Communication and health beliefs: Mass and interpersonal influences on perceptions of risk to self and others. *Communication Research*, 28(5), 602–626. doi:10.1177/009365001028005002.
- Ng, C. P., Law, T. H., Mohd Jakarni, F. M., & Subramaniam, K. (2020). *Transportation Research Part A General*, 117, 292–301.
- Ng, Yu Jie, Yang, Janet, and Vishwanath, Arun. (2017). To fear or not to fear? Applying the social amplification of risk framework on two environmental health risks in Singapore. *Journal of Risk Research*, 21(12), 1487–1501. doi:<https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1313762>.
- Oh, Sang-Hwa, Paek, Hye-Jin, & Hove, Thomas. (2015). Cognitive and emotional dimensions of perceived risk characteristics, genre-specific media effects, and risk perceptions: the case of H1N1 influenza in South Korea. *Asian Journal of Communication*, 25(1), 14–32. <http://dx.doi.org/10.1080/01292986.2014.989240>.
- Paek, Hye-Jin, Oh, Sang-Hwa., & Hove, Thomas. (2016). How fear-arousing news messages affect risk perception and intention to talk about risk. *Health Communication*, 31(9), 1051–1062. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2015.1037419>.
- Pajares, Frank. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66(4), 543–578. <https://doi.org/10.3102/00346543066004543>.
- Park, Jee-Eun, & Sohn, Aeree. (2013). The influence of media communication on risk perception and behavior related to Mad Cow disease in South Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 4(4), 203–208. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2013.06.005>.
- Rad, Roghayeh. Ezati, Mohseni, Shokrollah, Takhti, Hesmaddin. Kamalzadeh, Azad, Mehdi. Hassani, Shahabi, Nahid, Aghamolaei, Teamur, & Norozian, Fatemeh. (2021). Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 466. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10500-w>.
- Reynolds, Barbara, & Seeger, Matthew (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43–55. doi: 10.1080/10810730590904571.
- Rimal, Rajiv, & Real, Kevin. (2006). Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change. *Human Communication Research*, 29, 370–399. doi: 10.1111/j.1468-2958.2003.tb00844.x.
- Sandman, Peter M. (1989). Hazard versus outrage in the public perception of risk. In V. T. Covello, D.B. McCallum, & M. T. Pavlova (eds.), *Effective risk communication: The role and responsibility of government and nongovernment organizations* (45–49). New York, NY: Plenum Press.
- Signorini Alessio, Segre Alberto. Maria, & Polgreen Philip. M. (2011) The use of Twitter to track levels of disease activity and public concern in the U.S. during the Influenza A H1N1 pandemic. *Plos One*, 6(5), 19467. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019467>.
- Sinaceur, Marwan, Heath, Chip, & Cole, Steve. (2005). Emotional and deliberative reactions to a public crisis Mad Cow disease in France. *Psychological Science*, 16, 247–54. doi: 10.1111/j.0956-7976.2005.00811.x.
- Slovic, Paul. (1999). Trust, emotion, sex, politics, and science: Surveying the risk-assessment battlefield. *Risk Analysis*, 19, 689–701. <https://doi.org/10.1023/A:1007041821623>.
- Slovic, Paul, & Peters, Ellen. (2006). Risk perception and affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>.

- Taheri-Kharameh, Zahra, Bashirian, Saeed, Heidarimoghadam, Rashid, Poorolajal, Jalal, Barati, Majid, & Rásky, Éva. (2020). Predictors of fall protective behaviors among Iranian community-dwelling older adults: An application of the protection motivation theory. *Clin Interv Aging, 15*, 123-129. <https://doi.org/10.2147/CIA.S224224>.
- Vaughan, Elaine, & Tinker, Timothy. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American Journal of Public Health, 99*, S324-22. doi: 10.2105/AJPH.2009.162537.
- Wahlberg, Anders, & Sjöberg, Lennart. (2000). Risk perception and the media. *Journal of Risk Research, 3*(1), 31-50, doi: 10.1080/136698700376699.
- WHO praises Thailand for tackling bug. (2020). Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2037147/who-praises-thailand-for-tackling-bug>.
- World Health Organization. (2013). Health Topic: Disease outbreaks. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/en/>.
- World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus disease (COVID-19) dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int>.

An Operational Model for the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community by Village Health Volunteers: A Case Study of Sukhothai Province

Yutthana Yaebkai¹, Tawatchai Sunthonnon^{2*}

1 Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Phitsanulok, Thailand.

2 Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Trang, Thailand.

**Corresponding author: e-mail : tawatchai.sun006@hu.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Yaebkai, Y. ., & Sunthonnon, T. (2025). An Operational Model for the Prevention and Resolution of Drug Addiction Problems in the Community by Village Health Volunteers: Case Study of Sukhothai Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 731–746. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282319

Received: 16 July 2025

Revised: 6 August 2025

Accepted: 8 August 2025

Abstract

This mixed-methods research design aimed to study an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community by village health volunteers in Sukhothai Province. The research was conducted in two phases: Phase 1 developing an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community and Phase 2 evaluating an operational model for the prevention and resolution of drug addiction problems in the community.

The results found six key parts of the model: (1) Developing good data system; (2) Developing peaceful approaches rehabilitation system; (3) Create an atmosphere of understanding and communication according to the community; (4) Developing varieties of good activities; (5) Creating participatory approaches for networks; and (6) Encouraging ownership and transformational leadership. The evaluation results indicated that the overall quality was at a high level, beneficial was rated at the highest level, feasibility was at a high level, appropriation was at a moderate level, and accuracy coverage was at a high level.

Keywords: Model; Problem prevention and resolution; Drug addiction; Village Health Volunteers

รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย

ยุทธนา แยกคาย¹ ธวัชชัย สุนทรนนท์^{2*}

1 อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*อีเมลติดต่อ: tawatchai.sun006@hu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 16 กรกฎาคม 2568
วันแก้ไข 6 สิงหาคม 2568
วันตอบรับ 8 สิงหาคม 2568

การวิจัยเชิงผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การวิจัยระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการวิจัยระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) สำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก 2) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี 3) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน 4) พัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง และผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: รูปแบบ; การป้องกันและแก้ไขปัญหายา; การติดยาเสพติด; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ยาเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ ทั้งในระดับโลก ระดับชาติ และระดับชุมชน จากรายงานของ United Nations Office on Drugs and Crime (2022) ระบุว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.0 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่การใช้สารเสพติดเร็วขึ้น และมีพฤติกรรมเสพติดที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาเสพติดกลายเป็นภัยคุกคามในมิติสุขภาพจิต สุขภาพกาย และสังคมอย่างชัดเจนส่วนประเทศไทยยังคงเผชิญกับแนวโน้มปัญหาเสพติดที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 12–24 ปี ที่มีอัตราการเข้าสู่ระบบการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราการเข้าสู่ระบบการบำบัดยังอยู่ในระดับต่ำ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้รายงานว่าการแพร่ระบาดในชุมชนชนบทเป็นปัญหาหลัก ที่ยากต่อการควบคุม เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และกลไกติดตามกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงไม่อาจอาศัยมาตรการทางกฎหมายหรือการปราบปรามเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องบูรณาการการดำเนินงานเชิงป้องกันและฟื้นฟูในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถเข้าถึงและเข้าใจบริบทชุมชนได้อย่างลึกซึ้ง (Office of the Narcotics Control Board, 2023) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสุขภาพภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในทุกพื้นที่ มีบทบาทตามภารกิจอย่างน้อย 23 ลักษณะงานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข (Yaebkai & Wongsawat, 2020) อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงถือเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างครอบคลุม รวมถึงปัญหาเสพติดซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะยาว แม้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการขยายให้ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพจิต การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง แต่จากการศึกษาของ Chuaychu (2024) และ Somaboot (2023) ยังพบว่าการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านยาเสพติดยังคงไม่มีกรอบแนวทางที่ชัดเจน ขาดเครื่องมือ คู่มือ หรือแบบแผนที่เป็นระบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานตามความสามารถเฉพาะตัว หรืออาศัยความร่วมมือเฉพาะกิจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีทัศนคติและความตั้งใจที่ดีในการทำงาน แต่ยังต้องการการสนับสนุนทั้งองค์ความรู้ ทักษะ และกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับพื้นที่เฉพาะ (Yaebkai & Wongsawat, 2023) ในเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้พัฒนาหลักสูตรการดำเนินการติดตามยาเสพติดในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแนวคิด อสม.ที่ดี ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อ (Department of Health Service Support, 2020) แนวทางนี้สะท้อนการพัฒนาเชิงรุกของรัฐในการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนบำบัด (Community-based treatment) ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการฟื้นฟูผู้เสพยาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ จังหวัดสุโขทัยเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท และมีระบบเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็งและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนมีศักยภาพด้านสุขภาพชุมชนสูงทั้งในด้านการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างภาวะผู้นำสุขภาพ และการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนกลางในการ

ดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบข้อมูลรูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านอื่น ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะด้านที่เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ครอบคลุมตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นพึ่งตนเองในชุมชน อาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ซึ่งสามารถใช้ได้จริงในพื้นที่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือขยายผลต่อยอดในพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนทั้งในระดับนโยบายระดับวิชาการ และระดับปฏิบัติการทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Mixed methods research design with an exploratory sequential design) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น โดยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 4 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดสุโขทัย ประจำปีพุทธศักราช 2565 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 2 ประจำปีพุทธศักราช 2564 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับภาค ภาคเหนือ ประจำปีพุทธศักราช 2561 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชน จำนวน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับชาติ ประจำปีพุทธศักราช 2562 สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชน จำนวน 1 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีข้อมูลตรงตามประเด็นการวิจัยมากกว่าปกติโดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนที่มีความโดดเด่นและมีหลักฐานเชิงประจักษ์จนได้รับการคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป (Miles & Huberman, 1994)

3. เกณฑ์การคัดเลือกคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสถานภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชนระดับจังหวัดขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูลในโครงการวิจัยครั้งนี้

4. เกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในระยะนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดีในชุมชน 2)

ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และ 3) ด้านปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง ปากกาหรือดินสอ และสมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 2 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และดำเนินการทดสอบแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างโดยการทดลองสัมภาษณ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 4 คน โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้มาซึ่งข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย ความกำกวมของคำถามหรือข้อสนทนา และปฏิกิริยาสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าตามวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวกและปลอดภัยต่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นลงพื้นที่ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต โดยเริ่มจากแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครและสิทธิของอาสาสมัครในการให้สัมภาษณ์หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล หากยินยอมให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในระหว่างการให้ข้อมูล ถ้ามีความไม่สบายใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสามารถ

แจ้งผู้วิจัยให้รับทราบและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและจบการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์เชิงลึก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในเดือนเมษายน 2568 ภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงดังกล่าวได้นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสรุปสาระสำคัญจากเนื้อหาที่ถอดเทปแล้วส่งให้อาสาสมัครตรวจสอบอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าเนื้อหาดังกล่าวตรงกับ การสัมภาษณ์ไว้หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างร่างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จัดจำแนกประเภทย่อยของคำและข้อความให้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย จัดจำแนกประเภทย่อยของแนวคิด กำหนดหน่วยของการแจกนับ และกำหนดวิธีแจกนับ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัยเพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันหรือไม่อย่างไร และด้านข้อมูลเพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูล 3 แหล่งที่มา (เวลา สถานที่ และบุคคล) ที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่

ทั้งนี้ผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 คือ รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะนำไปประเมินคุณภาพในระยะที่ 2 ต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยนำผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 มาประเมินคุณภาพเพื่อยืนยัน

รูปแบบและสร้างความมั่นใจในการนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้างต่อไป

ประชากร

1. ประชากรคือ กลุ่มภาคีเครือข่ายสำคัญในการร่วมดำเนินการเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงระดับจังหวัดในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2568 จำนวนทั้งสิ้น 2,621 คน โดยการวิจัยในระยนี้ใช้การเก็บข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาทุกคนหรือการสำมะโนประชากร (Population census)

2. เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้มีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญในการร่วมดำเนินการเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งแต่ระดับตำบลจนถึงระดับจังหวัด ในฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2568 และยินดีให้ข้อมูล

3. เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ประเภทของผู้ตอบแบบประเมิน เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์คุณภาพทางการศึกษา จำนวน 4 หมวด ได้แก่ ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม (Madaus, Scriven & Stufflebeam, 1983) เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์

การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับจำนวน 16 ข้อ การแปลความหมายคะแนนผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Boone & Boone, 2012) คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 2 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 หลังจากนั้นนำแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน (Browne, 1995) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินรูปแบบ ส่วนที่ 2 โดยใช้สูตรประสิทธิภาพของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินรูปแบบ เท่ากับ 0.75

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตอบแบบประเมินผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ ในเดือนมิถุนายน 2568 ซึ่งภายในแบบประเมินมีการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน และมีคำชี้แจงในการตอบแบบประเมิน วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนำผลการวิจัยไปใช้ รวมถึงปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะไม่มี การระบุชื่อของอาสาสมัครในฐานข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ ผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมี การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงถึงอาสาสมัคร หากไม่ได้รับอนุญาต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบโครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 2/2568.1.3 วันที่รับรอง 18 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลจากการสร้างรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ รูปแบบ DRUG NO Model ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1. การสำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก (Data Systems: D) เป็นรากฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นเสมือนตาสับปรดหรือสายสืบภายในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในทุกพื้นที่ทำให้สามารถเข้าถึงและรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง ลึกซึ้ง เป็นระบบ และเชิงรุกอย่างแท้จริง ไม่เพียงแต่รอรับแจ้งข้อมูลแต่จะลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอในแต่ละคุ้มบ้านเพื่อ สอดส่องดูแลพฤติกรรมประชาชนในชุมชนและปูพรมค้นหาผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในละแวกคุ้มบ้านตนเอง วิธีการที่ใช้มีความหลากหลายและเป็นไปตามหลักการที่เคารพสิทธิส่วนบุคคลและรักษาความไว้วางใจ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การสอบถามสารทุกข์สุกดิบ การใช้เทคนิคในการพูดคุย ซักถาม การสังเกตอาการ ซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้แบบคัดกรองและวินิจฉัย ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของยาเสพติด ความรุนแรงของปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างรอบด้าน โดยการวิเคราะห์นี้ครอบคลุมถึงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ) ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา (ชนิด วิถีเสพ อายุที่เริ่มปริมาณ ความถี่ อาการเมื่อใช้/หยุดใช้ ผลกระทบ) ประวัติการใช้ในครอบครัว (ปัจจัยทางพันธุกรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัว) และข้อมูลทางสังคม (สภาพความเป็นอยู่ แหล่งขาย กลุ่มเพื่อนติดยา) การมีระบบข้อมูลที่เข้มแข็งยังรวมถึงการจัดตั้งทีมงานระดับหมู่บ้านหรือคุ้มบ้านที่ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมสามหมอ กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนแม่ของแผ่นดิน หัวหน้าคุ้มบ้าน หัวหน้าครอบครัว ผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน (25 ตาสับปรด) ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน อาสาสมัครตำรวจบ้าน นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกรวบรวมจากหลากหลายช่องทาง เช่น กล้องข่ายยาเสพติด Re X-ray ของหน่วยงานภาครัฐ และจากการลงพื้นที่เคาะประตูบ้าน

แบบไม่เป็นทางการ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกนำมาตรวจสอบและ
กลั่นกรองเพื่อความถูกต้องและนำไปสู่การช่วยเหลือที่
เหมาะสม

2. การพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติ

วิธี (Rehabilitation with peaceful approaches: R)
เป็นหัวใจสำคัญที่เน้นแนวทางสันติวิธีในการแก้ไขปัญหามิ
เน้นการลงโทษ แต่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ การให้
โอกาส และการฟื้นฟูอย่างรอบด้านเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องกับยา
เสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน โดย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) การคัดแยกเพื่อ
การช่วยเหลือมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการคัดแยก
กลุ่มผู้ขายและสารเสพติด (กลุ่มผู้ขายยาเสพติด ผู้เสพยาเสพ
ติด ผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน) ตามหลัก
วิชาการเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง โดยมีแนวคิด
หลักคือ คัดแยกเพื่อให้การช่วยเหลือมิใช่เพื่อนำมาลงโทษ
2) กระบวนการบำบัดรักษามีบทบาทในการสนับสนุน
กระบวนการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอนตามแนวทางของ
กระทรวงสาธารณสุข เช่น การเตรียมการโดยสร้างแรงจูงใจ
ให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของตนและตั้งใจเข้ารับการรักษา
ภายใน 7 วัน การถอนพิษโดยสนับสนุนการดูแลใกล้ชิด
การให้ยาตามอาการหรือการแพทย์ทางเลือก ภายใน 45
วัน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะชีวิตที่
ช่วยให้ไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก ภายใน 180 วัน และการ
ติดตามโดยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ให้
คำปรึกษา แนะนำ สร้างกำลังใจ และป้องกันการติดซ้ำ 3)
การบำบัดโดยชุมชน มีนวัตกรรมที่โดดเด่นคือ การใช้บำบัด
กันเองในหมู่บ้านด้วยใจแลกใจ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจะไม่นำผู้เสพยาเสพติดไปบำบัดที่อื่นและจะ
ไม่ให้ถูกลงโทษ หากให้ความร่วมมือ 4) การจัดค่าย
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการจัดค่าย
ต่าง ๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นทั้งการสนับสนุน
วิทยากร การบริจาคสิ่งของ การทำอาหาร การอยู่เวรยาม
และการร่วมกิจกรรม เช่น ค่ายชุมชนอุ่นใจได้ลูกหลาน
กลับคืน 9 วัน 9 คืน ค่ายชุมชนบำบัดและบำบัดโดยชุมชน
และค่ายกาย จิต สังคมบำบัดประยุกต์ในชุมชน และ 5)

การติดตามและสนับสนุนหลังการบำบัด มีบทบาทสำคัญใน
การติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีการเยี่ยม
บ้าน ให้คำแนะนำเสริมสร้างกำลังใจทั้งผู้เกี่ยวข้องและ
ครอบครัว และช่วยหาอาชีพเพื่อสร้างรายได้

3. การสร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตาม อัตลักษณ์ ชุมชน (Understanding and Communi- cation: U) เป็นการเสริมสร้างความตระหนักและภูมิคุ้มกัน ให้แก่คนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและกลุ่ม เปราะบางผ่านการถ่ายทอดความรู้และกิจกรรมที่เข้าถึงง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดผู้เสพยาใหม่ และลดจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับยา เสพติดเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องยาและสารเสพติด 2) การผลิตและใช้สื่อชุมชนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมถึงการ กระจายข่าวสารผ่านหอกระจายข่าว และการประชุม หมู่บ้าน และการพูดคุยกลุ่มย่อย 3) การสร้างภูมิคุ้มกันผ่าน กิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และ ห่างไกลยาเสพติดทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา และ 4) การประยุกต์ใช้ศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญา มี นวัตกรรมที่โดดเด่น เช่น ร้อง เล่น เต้น รำ (ลิเก Just Say No) ที่ถ่ายทอดความรู้เรื่องยาเสพติดผ่านการแสดงลิเก นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมโครงการหมู่บ้านรักษาศีลห้าซึ่ง นิมนต์พระมาแสดงธรรม สวดมนต์ และนั่งสมาธิ เพื่อนำ หลักธรรมมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

4. การพัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย (Good Activity: G) เป็นการริเริ่มและขับเคลื่อนกิจกรรม ที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของชุมชน ป้องกันยา เสพติดอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ซึ่งมีเป้าหมายในการ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ปราศจากยาเสพ ติด โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) การ รณรงค์และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้เห็นความสำคัญของ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดี เช่น การเชิญชวนกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนใช้เวลาว่างให้เกิด

ประโยชน์ในการเล่นกีฬา การจัดตั้งชมรมปั่นจักรยานออกกำลังกายต่อต้านยาเสพติด การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพคนพิการและด้อยโอกาส

2) การส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ เพื่อป้องกันการกลับไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนการสร้างอาชีพและรายได้เสริมให้กับคนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้เสพยาและผู้ที่เสี่ยง มีการประสานงานขอรับงบประมาณการฝึกอบรมฝีมือแรงงาน เช่น ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ช่างก่อสร้าง การค้าขาย เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ที่ต้องการโอกาส นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลืองานในพื้นที่เพื่อสร้างการยอมรับจากชุมชนและส่งเสริมบทบาทใหม่ในสังคม

3) การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการปรับใช้และพัฒนานวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยผสมผสานรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับแนวทางการทำงานสมัยใหม่ เช่น ทีมนางฟ้าเป็นนวัตกรรมทีมงานที่รวมผู้นำทางธรรมชาติ ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น วัด โรงเรียน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ให้มาบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ชาญเมืองพัฒนาโมเดลเป็นนวัตกรรมกระบวนการ 9 ส. (สืบเสาะ สุ่มหว่า เสริมสร้าง สนทนา สมานใจ สอดส่อง สัญลักษณ์ สร้างอาชีพ และสุขใจ) และการทำธนาคารนมแม่ และ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจพอเพียง มีการริเริ่มโครงการรักษาสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน เช่น การคัดแยกขยะ การนำถุงพลาสติกมาแลกไข่ การทำน้ำหมักชีวภาพจากเศษอาหารในครัวเรือน การทำหมู่บ้านปลอดถังขยะ และการปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษ และมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

5. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Network Participation: N) เป็นการดึงพลังของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มาร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและ

ครอบคลุมทุกมิติ 1) การทำงานเป็นทีมและบูรณาการมีบทบาทในการเป็นแกนนำในการจัดทำประชาคมและแผนชุมชนเพื่อให้เพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชาวบ้านร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และจัดทำแผนงาน มีการทำงานแบบผสมผสานและบูรณาการกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง 2) การสร้างมาตรการทางสังคมและกฎกติกาของชุมชน มีการจัดเวทีให้ชาวบ้านทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการทางสังคมและกฎกติกาของหมู่บ้านที่ทุกฝ่ายยอมรับด้วยความสมัครใจ มีการใช้ธงตราสัญลักษณ์กองทุนแม่ของแผ่นดินหรือป้ายครอบครัวสีขาวเป็นนวัตกรรมที่โดดเด่นเพื่อรับรองครัวเรือนปลอดยาเสพติด กฎกติกาเหล่านี้มักจะถูกประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรและถือเป็นธรรมนูญหมู่บ้านที่ทุกฝ่ายยอมรับ 3) การบริหารจัดการกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ มีความสามารถในการจัดทำแผนงานโครงการและเสนอขอรับงบประมาณจากแหล่งทุนต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งจากภายนอกและภายในชุมชน 4) การคืนข้อมูลและการติดตามผล มีการคืนข้อมูลของการดำเนินงานในเวทีประชุม/ประชาคมของหมู่บ้าน และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดตามลำดับ และมีระบบติดตามผู้ผ่านค่ายและระบบติดตามผลการดำเนินงานของทีมอย่างต่อเนื่อง

6. การส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Ownership and Transformational Leadership: O) เป็นมากกว่าผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่แต่เป็นเจ้าของในฐานะผู้ที่ใช้ชีวิตเป็นแบบอย่างและเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในการขับเคลื่อนชุมชนด้วยความมุ่งมั่นและจิตอาสา โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความขยันหมั่นเพียรและเห็นคุณค่าของการศึกษา แม้มีข้อจำกัดในการศึกษาภาคบังคับแต่ก็ยังคงศึกษาต่อการศึกษาออกระบบ และสนใจศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือ คู่มือ การเข้าร่วมฝึกอบรม และการประชุมจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอแล้วนำความรู้ที่ได้รับมา

ถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนผ่านเวทีประชุมหมู่บ้าน หอกระจายข่าว หรือการพูดคุยกลุ่มย่อย 2) การเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับอบายมุขทุกประเภท (ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน) มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และดูแลตนเองและครอบครัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา) อย่างเคร่งครัด 3) มนุษย์สัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีเป็นผู้ที่มีความเสียสละ เต็มใจในการให้การช่วยเหลือผู้อื่น มีความเป็นผู้หน้าที่ดี และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านและบุคคลอื่น มีความเพียรพยายามเสียสละอุทิศตนให้กับสังคมด้วยความจริงใจ จริงจัง และยึดถือคำพูดมาโดยตลอด ทำให้ได้รับความรัก ความศรัทธา และความไว้วางใจจากชาวบ้าน และเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ครอบครัวอบอุ่นและสนับสนุนให้มีความสำคัญกับครอบครัวเป็นอย่างมากถือเอาความรักความอบอุ่นของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากัน ได้รับประทานอาหารร่วมกัน มีกิจกรรมไปทำบุญด้วยกันในงานประเพณีสำคัญต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวมีความรักสามัคคี เอาใจใส่ดูแลกันอย่างสม่ำเสมอ การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสและบุตรทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกำลังใจและสามารถทำงานให้กับส่วนรวมได้อย่างเต็มที่และสม่ำเสมอ และ 5) ทำงานด้วยจิตอาสาและความสุข มีความสุขและความภาคภูมิใจจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นและเห็นรอยยิ้มของคนในหมู่บ้านซึ่งถือเป็นรางวัลจากการปฏิบัติงานจิตอาสา

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่คือ รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ “DRUG NO Model” ประกอบด้วย สำรวจและพัฒนาด้านข้อมูลเชิงลึก (Data Systems: D) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี (Rehabilitation with peaceful approaches: R) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน

(Understanding and Communication: U) พัฒนา กิจกรรมที่ดีและหลากหลาย (Good Activity: G) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Network Participation: N) และส่งเสริมความเป็นเจ้าของ และ ผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (Ownership and Transformational Leadership: O) ดังภาพที่ 1

2. ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

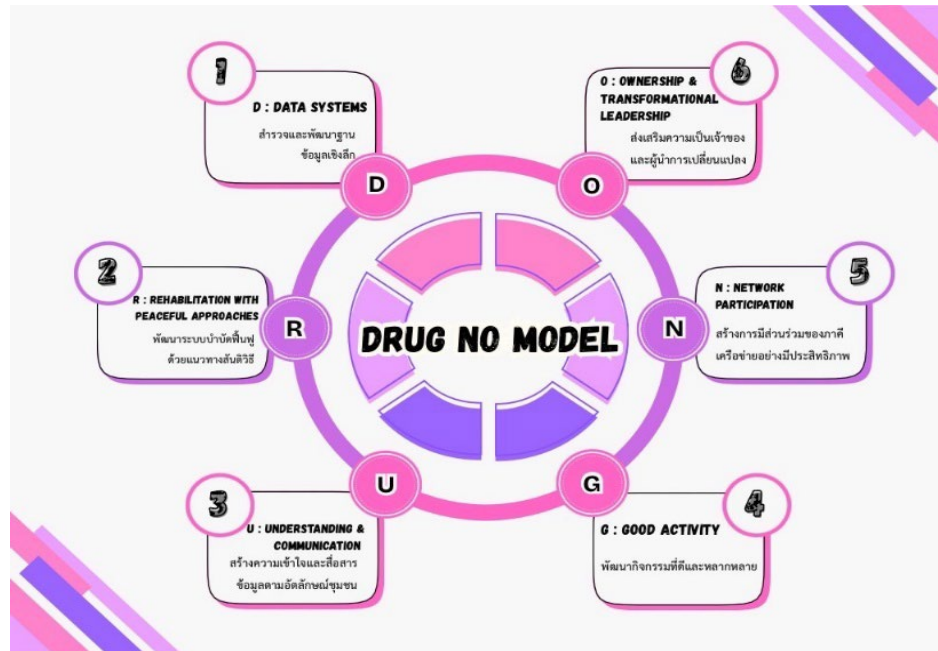
กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุดร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 16.2 และน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร้อยละ 0.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ 60–69 ปี ร้อยละ 23.7 และน้อยที่สุดคือ 15–19 ปี ร้อยละ 1.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 26.3 และน้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 0.4 และประกอบอาชีพเกษตรกร/เลี้ยงสัตว์มากที่สุด ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.1 และน้อยที่สุดคือนักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 1

2. การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง

ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง ในภาพรวมมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.72) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.69) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.68, S.D. = 0.74) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปาน

กลาง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.76) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = 0.74) ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : DRUG NO Model
(พัฒนาโดย ยุทธนา แยมคาย และธวัชชัย สุนทรนนท์ ผู้วิจัย)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 2,621)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง		
ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	205	7.8
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	100	3.8
ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	101	3.9
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	21	0.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	38	1.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	9	0.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น ระดับอำเภอ/จังหวัด/เขตสุขภาพ/ชาติ	200	7.6
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับอำเภอ/จังหวัด	98	3.7
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล/หน่วยบริการสุขภาพ	106	4.0

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน	425	16.2
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	263	10.0
สมาชิกในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1,054	40.2
เพศ		
เพศชาย	402	15.3
เพศหญิง	2,219	84.7
อายุ (ปี)		
15–19 ปี	49	1.9
20–29 ปี	57	2.2
30–39 ปี	216	8.2
40–49 ปี	526	20.1
50–59 ปี	998	38.1
60–69 ปี	621	23.7
70–79 ปี	154	5.8
$(\bar{X} = 52.71, S.D. = 11.37, \text{Minimum} = 17, \text{Maximum} = 79)$		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	30	1.1
ประถมศึกษา	1,065	40.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	568	21.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	690	26.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	113	4.3
ปริญญาตรี	144	5.5
สูงกว่าปริญญาตรี	11	0.4
อาชีพ		
เกษตรกร/เลี้ยงสัตว์	1,258	48.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	395	15.1
ข้าราชการ	343	13.1
รับจ้าง/ประกอบอาชีพอิสระ	215	8.2
พนักงานที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ	202	7.7
พนักงานส่วนท้องถิ่น/พนักงานของรัฐ/พนักงานของรัฐวิสาหกิจ	154	5.9
ว่างงาน/งานบ้าน/เกษียณอายุ	44	1.7
นักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น	10	0.4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้จริง (n = 2,621)

เกณฑ์คุณภาพของรูปแบบ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ความเป็นประโยชน์ (Utility standards)	4.23	0.69	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ (Feasibility standards)	3.68	0.71	มาก
ความเหมาะสม (Propriety standards)	3.32	0.76	ปานกลาง
ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards)	3.95	0.74	มาก
ภาพรวม	3.85	0.72	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลตาม
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ “DRUG NO Model” ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) สำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึก 2) พัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูด้วยแนวทางสันติวิธี 3) สร้างความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลตามอัตลักษณ์ชุมชน 4) พัฒนากิจกรรมที่ดีและหลากหลาย 5) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าจากการดำเนินงานเฉพาะด้านไปสู่กรอบการทำงานที่เป็นระบบแบบบูรณาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยบูรณาการอย่างลึกซึ้งซึ่งเข้ากับวิถีชีวิตของหมู่บ้าน/ชุมชน ใช้ประโยชน์จากค่านิยมเชื่อถือและความไว้วางใจจากหมู่บ้าน/ชุมชน ตลอดจนองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างยั่งยืนที่มีความละเอียดอ่อนต่อความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา

และรักษาสถานะสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและเป็นแกนหลักของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีจำนวนจำกัด ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างชาวบ้านกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (Khanthavudh et al., 2025; Krassanairawiwong et al., 2021; World Health Organization, 2023) ใช้นวัตกรรมที่โดดเด่น เช่น ร้อง เล่น เต้น รำ (ลิเก Just Say No) ค่ายชุมชนอุ่นใจได้ลูกหลาน กลับคืน 9 วัน 9 คืน ค่ายชุมชนบำบัดและบำบัดโดยชุมชน และค่ายกาย จิต สังคมบำบัดประยุกต์ในชุมชน เป็นประจักษ์พยานของแนวทางที่ปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น ซึ่งช่วยเพิ่มการยอมรับและการมีส่วนร่วมจากชุมชน มุ่งเน้นกลไกภายในชุมชนในการระบุปัญหา การจัดกิจกรรมแทรกแซง และการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ที่สำคัญจากการควบคุมยาเสพติดแบบเดิมที่มักเป็นแบบบนลงล่างไปสู่แนวทางที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและเน้นสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายยาเสพติดของประเทศไทยที่เปลี่ยนจากการเน้นการลงโทษไปสู่การบำบัดฟื้นฟูและการลดอันตราย นอกจากนี้ ยังช่วยลดการพึ่งพาหน่วยงานภายนอก ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและความยั่งยืนในของชุมชนระยะยาว (Department of Health Service Support, 2020; Office of the Narcotics Control

Board, 2023; The Nation Thailand, 2025; United Nations Office on Drugs and Crime, 2022)

2. การประเมินคุณภาพของรูปแบบการปฏิบัติงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้

ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบปฏิบัติงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนนำไปใช้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า ผลการประเมินนี้บ่งชี้ถึงการรับรู้เชิงบวกในภาพรวมต่อรูปแบบปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยได้รับคะแนนในระดับมากจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คะแนนมากที่สุดในด้านความเป็นประโยชน์เป็นการยืนยันอย่างชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องในทางปฏิบัติและประสิทธิภาพของรูปแบบในการตอบสนองความต้องการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้จริง ครอบคลุมถึงการรับรู้ว่าการแบบนี้จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้ดีขึ้นสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนได้จริง และมีประโยชน์ต่อทั้งหน่วยงานที่กำกับดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ นอกจากนี้ ด้านความเป็นไปได้มีคะแนนอยู่ในระดับมากซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ และมีความคุ้มค่าสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ในทำนองเดียวกัน ด้านความถูกต้องครอบคลุมยังได้รับคะแนนอยู่ในระดับมากซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้มีระบบที่ถูกต้อง ครอบคลุม น่าเชื่อถือ มีเนื้อหาสาระถูกต้อง ชัดเจน และสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และสภาพการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ สอดคล้องกับมาตรฐาน

การประเมินโครงการที่เน้นความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องของผลลัพธ์ (Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983) อย่างไรก็ตาม ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้บางแง่มุมของการนำไปปฏิบัติอาจยังคงก่อให้เกิดข้อกังวลเกี่ยวกับความเหมาะสมทางจริยธรรม ความเป็นธรรม หรือการยอมรับทางสังคมในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม และความสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นโยบายของรัฐบาล กฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความเหมาะสมกับเวลา ทรัพยากร และบริบทของพื้นที่ แม้รูปแบบนี้จะส่งเสริมแนวทางสันติวิธีและไม่เน้นการลงโทษ รวมถึงเคารพสิทธิส่วนบุคคลอย่างชัดเจน ทั้งนี้ อาจเกิดจากความตึงเครียดโดยธรรมชาติระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม (เช่น ประวัติส่วนบุคคล การสังเกตอาการ การตรวจร่างกายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) กับความเป็นส่วนตัวของบุคคล แม้จะมีการขอความยินยอมแล้วก็ตาม การดำเนินการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตาสืบประวัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสอดส่องและรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดเชิงลึกอาจถูกตีความว่าเป็นการรุกล้ำความเป็นส่วนตัว ความตระหนักรู้เกี่ยวกับข้อกังวลด้านความเป็นส่วนตัว และความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเต็มใจในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพ (Srisawatsakul & Boontarig, 2021) นอกจากนี้ การใช้มาตรการทางสังคม เช่น ป้ายครอบคร้วสีขาว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคร้วเรือนปลอดยาเสพติดก็อาจสร้างแรงกดดันทางสังคมหรือการตีตราโดยไม่ตั้งใจสำหรับครอบครัวยุคใหม่ที่มีป้ายดังกล่าว แม้จะระบุว่าเป็นการยอมรับโดยสมัครใจ แต่พลวัตทางสังคมของการรับรองสาธารณะเช่นนี้จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้แน่ใจว่ามีความเท่าเทียมและหลีกเลี่ยงผลกระทบเชิงลบที่ไม่ได้ตั้งใจ การตีตราทางสังคมต่อผู้ใช้ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่แพร่หลายในประเทศไทย (Geoffroy et al., 2025; Camacho-Ruiz et al., 2023; World Health Organization, 2024) ผู้ใช้ยาเสพติดยังคงเผชิญกับการถูกแปลกแยกจากครอบครัวและ

ชุมชน การได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกันในสถานพยาบาล และความยากลำบากในการสร้างความไว้วางใจ การตีตรานี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการบำบัดและสามารถนำไปสู่การแยกตัวทางสังคมซึ่งขัดขวางการฟื้นฟู คณะที่อยู่ในระดับปานกลางสำหรับด้านความเหมาะสมนี้จึงเน้นย้ำถึงความท้าทายอย่างต่อเนื่องในการสร้างสมดุลระหว่างประสิทธิภาพของการแทรกแซงทางสาธารณสุขกับการพิจารณาด้านสังคมและจริยธรรมที่ละเอียดอ่อนภายในชุมชนที่ใกล้ชิดกัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โปร่งใส และการมีมาตรการป้องกันที่แข็งแกร่ง เพื่อให้มั่นใจว่าการนำรูปแบบไปใช้ได้รับการรับรู้ว่ามีเป็นธรรม เคารพ และเหมาะสมโดยสมาชิกชุมชนทุกคน ไม่ใช่เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงหรือได้รับประโยชน์เท่านั้น (Dwikumaningsih, Waruwu & Wardani, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบนี้ไปพัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมด้านการปฏิบัติงานหรือคู่มือปฏิบัติงานมาตรฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะในการสำรวจเชิงรุก การใช้แนวทางสันติวิธีในการบำบัด การสร้างมาตรการทางสังคม และการบริหารจัดการเครือข่าย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกรอบแนวทางที่ชัดเจนและเครื่องมือที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

2. ควรพิจารณานำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทหรือชุมชนที่มีปัญหาหายาเสพติด รวมถึงปรับใช้กับกลุ่มอาสาสมัครประเภทอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษชายแดนภาคใต้ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (อสส.กฟผ.) อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) และอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวงกว้าง

3. ควรส่งเสริมและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาหายาเสพติดในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างและแรงบันดาลใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ รวมถึงบุคคลในหมู่บ้าน/ชุมชน การสร้างเวทีให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และนวัตกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับต่าง ๆ จะช่วยยกระดับขีดความสามารถของกลไกสุขภาพภาคประชาชนในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรนำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว โดยใช้การวิจัยเชิงประเมินผล หรือการวิจัยเชิงทดลอง หรือวิจัยกึ่งทดลองในพื้นที่ที่มีบริบทและขนาดที่แตกต่างกัน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบในการลดจำนวนผู้แพร่ยาใหม่ การคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟู และอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงผลลัพธ์เชิงบวกอื่น ๆ ที่มีต่อชุมชน

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือเชิงผสมผสานเพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการนำรูปแบบการปฏิบัติงานนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านทรัพยากร การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ความร่วมมือของชุมชน และความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อรูปแบบที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและความท้าทายในแต่ละพื้นที่

3. ควรพัฒนานวัตกรรมและเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนแต่ละขั้นตอนสำคัญของรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เครื่องมือดิจิทัลสำหรับการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดในชุมชน สื่อการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์สำหรับสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเยาวชนหรือแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการประสานงานเครือข่าย

และการติดตามผู้ผ่านการบำบัด เพื่อให้การปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความทันสมัยและ
เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ

ปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ทุก
ท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย
เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *The Journal of Extension*, 50(2), Article 48.
<https://doi.org/10.34068/joe.50.02.48>.
- Browne, R. H. (1995). On the use of a pilot sample for sample size determination. *Statistics in Medicine*, 14(17), 1933–1940.
- Chuaychu, T. (2024). Participation of village health volunteers in the prevention and resolution of drug addiction problems in the community. *Journal of Graduate Studies for Lifelong Learning*, 1(1), 19-36.
- Camacho-Ruiz, J. A., Galvez-Sánchez, C. M., Galli, F., & Limiñana Gras, R. M. (2024). Patterns and Challenges in Help-Seeking for Addiction among Men: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 6086.
<https://doi.org/10.3390/jcm13206086>.
- Dwikumaningsih, Y., Waruwu, M., & Wardani, K. W. (2022). A combination of context input process product and Kirkpatrick evaluation model to determine the effectiveness of e-training for principals during COVID-19 pandemic. *European Journal of Educational Research*, 11(4), 2087-2100. <https://doi.org/10.12973/eujer.11.4.2087>.
- Department of Health Service Support. (2020). *Curriculum for community-based drug monitoring operations for village health volunteers*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Geoffroy, A., Sirirungsri, W., Jongpajitsakul, P., Chamjamrat, W., Ruklao, C., Kongka, M., Sukhaphan, U., Sathan, S., Thina, S., Khayanchoomnoom, T., & Le Coeur, S. (2025). Stigma and discrimination against adolescents living with perinatal HIV in Thailand: Caregivers' perceptions. *Frontiers in Public Health*, 13, 1535004.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1535004>.
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLoS ONE*, 20(3), e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>.
- Krassanairawiwong, T., Suvannit, C., Pongpirul, K., & Tungsanga, K. (2021). Roles of subdistrict health office personnel and village health volunteers in Thailand during the COVID-19 pandemic. *BMJ Case Reports*, 14(9), e244765. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244765>.
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (8th ed.). Boston, MA: Kluwer-Nijhoff.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Office of the Narcotics Control Board. (2023). *Report on the implementation of the action plan under the national policy and plan on the prevention, suppression, and resolution of drug problems, fiscal year 2023*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board.
- Pimpasorn, W., & Yaebkai, Y. (2025). A model for the prevention and solution of maternal and child health problems in ethnic groups by village health volunteers, Tak Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 34(2), 301–311.
- Somaboot, N. (2023). Development of village health volunteers to experts in community-based treatment and rehabilitation, Satuek District, Buriram Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 38(1), 269–277.
- Srisawatsakul, C., & Boontarig, W. (2021). An assessment of privacy concerns on personal health information: Thailand case study. *Current Applied Science and Technology*, 21(4), 774–787.
- The Nation Thailand. (2025, June 26). *PM Paetongtarn declares drug prevention national priority*. Retrieved from <https://www.nationthailand.com/news/general/40051801>.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>.
- Wanthakaen, R., Yaebkai, Y., & Lopradit, T. (2024). A model for rabies surveillance, prevention, and control performance of village health volunteers under the PBRI model concept. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 4(3), e268642.
- World Health Organization. (2023, December 1). *Bridging healthcare in Huai Hom Village: Panaeloi, a devoted VHV*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/ethnic-community-engagement>.
- World Health Organization. (2024, May 21). *Mental health and social connection in Thailand*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2020). Main role performances of village health volunteers. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 269-279.
- Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2023). The model of performance development for village health volunteers. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 50(3), 651-668.

Developing a Multidisciplinary Wellness Coaching Curriculum for Personalized Health Promotion in Thailand's Health Service System

Orawan Quansri¹ Supattra Srivanichakorn² Chaisiri Angkurawaranon³ Piyachatr Tragoolvongse^{4*}

1. Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University: orawan.qua@mahidol.ac.th

2. The Royal College of Family Physicians of Thailand and The General Practitioners/Family Physicians Association of Thailand

3. Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

4. Community based Health Research and Development Foundation

* Corresponding author: e-mail: piyachatr.tra@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Author name: Quansri, O, Srivanichakorn, S, Angkurawaranon, C, & Tragoolvongse, P. (2025). Developing an Interprofessional Wellness Coach Curriculum for Personalized Intensive Lifestyle Modification Services: A Policy Innovation to Advance Health Promotion in Thailand's Health System. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 749-760. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282779

Received: 6 August 2025

Revised: 30 August 2025

Accepted: 4 September 2025

Abstract

Amidst the growing demand for personalized and value-based health promotion, this study developed and evaluated a multidisciplinary wellness coaching curriculum tailored for Thailand's health service system. Grounded in wellness coaching principles, behavioral psychology, and interprofessional collaboration, the curriculum was designed to enhance the competencies of health professionals in delivering Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) services for working-age populations at risk of non-communicable diseases (NCDs). The blended learning model included a two-day onsite workshop, monthly interactive online sessions, and a six-month peer mentoring system, coach-for-coach to promote reflective practice and real-world application.

Thirty-four multidisciplinary professionals including nurses, dietitians, physiotherapists, and public health officers from 11 local service units were purposively selected to participate. Evaluation tools included a knowledge test, a wellness coaching confidence scale, and an open-ended questionnaire. All instruments were validated for content (IOC = 0.67–1.00) and reliability (Cronbach's alpha = 0.90). Quantitative analysis showed a significant increase in knowledge (pre = 5.85, post = 8.32, $t = 8.43$, $p < 0.001$), with 79.41% showing improved scores. Participants reported high confidence (mean = 8.65, SD = 1.04) and effectively applied skills in nutrition planning, physical activity coaching, and motivational communication. Qualitative feedback emphasized the relevance and feasibility of curriculum content. This study demonstrates that a structured, context-specific wellness coaching curriculum can enhance workforce capacity for person-centered care and support the operationalization of value-based health promotion. The model offers a policy-relevant innovation for Thailand's primary health system, with strong potential for scale-up through local and governmental service networks.

Keywords: wellness coaching; personalized intensive lifestyle modification; multidisciplinary training; personalized health services; value-based care

การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล ในระบบบริการสุขภาพไทย

อรวรรณ ขวัญศรี¹, สุกัญญา ศรีวณิชชากร², ชัยสิริ อังกระวรรณ³, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์^{4*}

1. ภาควิชาบริหารการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : orawan.qua@mahidol.ac.th

2. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

3. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมลติดต่อ: piyachatr.tra@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 6 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข 30 สิงหาคม 2568

วันตอบรับ 4 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

ในบริบทที่ระบบสุขภาพต้องการประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการออกแบบ และให้บริการรายบุคคล และเน้นคุณค่าการดูแล (value-based care) จึงเป็นความต้องการเร่งด่วนจากทุกภาคส่วน การศึกษานี้มุ่งพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นเฉพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) สำหรับประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพ 34 คน จากหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ 11 แห่ง ได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้แบบประเมินความมั่นใจในบทบาทโค้ชสุขภาพ และแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.90) ผลการวิเคราะห์พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนอบรม = 5.85, หลังอบรม = 8.32; $t = 8.43$, $p < 0.001$) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง (เฉลี่ย = 8.65, S.D. = 1.04) ทั้งนี้หลักสูตรได้รับการประเมินว่าสอดคล้องกับบริบทหน่วยบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ และมีศักยภาพในการนำไปใช้ขยายผลในเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: โค้ชสุขภาพ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบุคคล; ทีมสหวิชาชีพ; ระบบบริการสุขภาพ; บริการสุขภาพเชิงคุณค่า

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยเผชิญกับความท้าทายจากภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยมีพฤติกรรมเสี่ยง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค NCDs สูง ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (56.9%) ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (50.0%) การขาดกิจกรรมทางกาย (42.7%) การดื่มแอลกอฮอล์ (29.7%) และการสูบบุหรี่ (16.6%) (Vichitkunakorn, 2025) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ที่ระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรวัยแรงงานทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการออกแบบบริการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมด้านการรักษาโรค แต่การสร้างเสริมสุขภาพเชิงลึกในระดับรายบุคคล ยังคงเป็นความท้าทายด้านนโยบายและการจัดบริการ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบบริการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้น “สุขภาวะ” ไม่ใช่เพียงการลดความเสี่ยงทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมดุล (Dodge et al., 2012; WHO, 1948) ซึ่งสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน (Chida & Steptoe, 2008; Kruk, 2014) ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ว่า “คนไทยมีสุขภาวะดีอย่างยั่งยืนในทุกมิติ” โดยเน้นระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Health System) มีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาเครื่องมือบริการใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ขณะเดียวกัน ในระดับสากล เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ข้อ 3.4 ขององค์การสหประชาชาติ ก็เน้นการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ผ่านการป้องกันและ

สร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนภายในปี ค.ศ. 2030 (United Nations, 2015)

แนวคิดสุขภาวะ (Well-being) จึงเป็นเป้าหมายหลักในการออกแบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน โค้ชสุขภาพ (Wellness Coach) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็น “ผู้เสริมพลัง” ไม่ใช่เพียง “ผู้ให้คำปรึกษา” โดยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ สะท้อนตนเอง และสร้างแรงจูงใจภายในอย่างลึกซึ้ง ผ่านทักษะการฟัง การตั้งคำถาม และการให้การสนับสนุนเชิงบวก (Wolever et al., 2016; Jordan et al., 2021) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการโค้ชสุขภาพสามารถช่วยลดระดับความเครียด พัฒนาความสามารถในการจัดการอารมณ์ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Huffman, 2009) การส่งเสริมสุขภาพผ่านรูปแบบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นจำเพาะคน (Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM)) ใช้กระบวนการโค้ชสุขภาพเป็นแกนกลาง จึงถือเป็นทางเลือกที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้ตอบโจทย์เชิงคุณค่า (Value-Based Care) เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ (Porter, 2010; Berwick et al., 2008) อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนบุคลากรที่มีสมรรถนะในการเป็น โค้ชสุขภาพ และบุคลากรขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในบทบาทโค้ชสุขภาพ ยังคงเป็นข้อจำกัดเชิงระบบที่ต้องได้รับการแก้ไข

ในบริบทประเทศไทย บทบาทของโค้ชสุขภาพยังเป็นแนวคิดใหม่ ที่ไม่ได้ถูกรวมเข้าในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะในหน่วยบริการภาครัฐระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่บุคลากรสุขภาพยังเน้นบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงวิชาการ มากกว่าการสื่อสารเชิงเสริมพลังใจ การพัฒนา “หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ” จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถยกระดับการทำงานของทีมสุขภาพ ในมิติของการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การตั้งเป้าหมายร่วม (collaborative goal-setting) และการสนับสนุนเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง (non-directive support) ซึ่งสะท้อนหลักการของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อมั่นตนเอง (Self-efficacy theory, Bandura, 1997; Rogers, 1961) ในการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพได้

การพัฒนาหลักสูตรนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาแนวทางการขยายผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน” (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) ที่ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 11 แห่งทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาชุดบริการการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลที่มีประสิทธิภาพ พร้อมระบบสนับสนุนที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่ ทั้งในแง่ของต้นทุน ระบบบุคลากร และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพจึงเป็นกลไกต้นแบบ (prototype mechanism) ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพไทยในการพัฒนาเครื่องมือบริการสุขภาพแบบใหม่อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ สำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพและบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นของหลักสูตรในการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อมั่น และความพร้อมในการปฏิบัติงานในบทบาทโค้ชสุขภาพในพื้นที่จริง
3. เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้หลักสูตรในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งในหน่วยบริการภาครัฐ และหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด Wellness Coaching for Lasting Lifestyle Change ของ Michael Arloski (2014) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาโดยอิงจากฐานความรู้ด้านจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ทฤษฎีความสามารถในตนเอง (self-efficacy theory; Bandura, 1997) และแนวคิดมนุษยนิยม (humanistic psychology; Rogers, 1961) โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ผ่านกระบวนการโค้ช (coaching) ที่เน้นการเสริม

พลัง (empowerment) และการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ระหว่างโค้ชกับผู้รับบริการองค์ประกอบสำคัญของแนวคิด Arloski ประกอบด้วย 3 แกนหลัก ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและเสริมแรงจิตใจ (Coaching Relationship & Motivational Presence) โค้ชสุขภาพจะมีบทบาทในการสร้างพื้นที่ทางจิตวิทยาที่ปลอดภัย (psychological safety) ที่เอื้อต่อการสะท้อนตนเอง (self-reflection) การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นแกนหลัก ตามแนวทางของคาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers, 1961)
2. การตั้งเป้าหมายและการวางแผนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Goal Setting & Value-Aligned Action Planning) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (collaborative goal-setting) โดยมีความสอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคล (value alignment) ช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายใน และลดความรู้สึกต่อต้านจากการควบคุมภายนอก อันเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
3. การติดตาม สะท้อนตนเอง และการสนับสนุนเชิงระบบ (Self-Monitoring & Systemic Support) การสร้างระบบ feedback และการสนับสนุนจาก peer-coach หรือ mentor ช่วยเสริมความต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในระดับบุคคลและในทีมสุขภาพ (Wolever et al., 2016)

จากแนวคิดข้างต้น การศึกษานี้ได้พัฒนาเป็น “หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ” ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบเชื่อมโยงกัน ได้แก่

1. การเรียนรู้เชิงปฏิบัติผ่านการอบรม (onsite workshop) จำนวน 2 วัน
2. การเรียนออนไลน์แบบมีปฏิสัมพันธ์ และการแลกเปลี่ยนหลังกลับไปทำงานจริง (interactive online coaching sessions) เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง
3. ระบบพี่เลี้ยง “Coach for Coach” เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ข้ามวิชาชีพและสนับสนุนการสะท้อนตนเองอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

หลักสูตรนี้ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) และแนวคิดจิตวิทยาการเสริมสร้างสมรรถนะ (psychological empowerment) ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับบุคลากรสหวิชาชีพในระบบสุขภาพ ที่ต้องรับบทบาทใหม่ในการสร้าง

เสริมสุขภาพรายบุคคล กรอบแนวคิดนี้ยังเชื่อมโยงกับ
แนวนโยบายของระบบสุขภาพไทย ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริม
สุขภาพเฉพาะบุคคล (personalized care) ภายใต้แนวทาง
Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM)
ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (NCDs) โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึก
ที่ออกแบบเฉพาะบุคคล (Lianov & Johnson, 2010;
Oberge & Frank, 2009) การนำแนวคิด Wellness
Coaching มาบูรณาการในระบบบริการสุขภาพ จึงไม่
เพียงแต่เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร แต่ยังเป็นการ
วางรากฐานของระบบบริการเชิงคุณค่า (Value-Based
Care) และระบบสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
(person-centered health system) ซึ่งสอดคล้องกับ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG: 3) และแผนสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570

การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยโครงการพัฒนาแนวทางการ
ขยายผลระบบการเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน
(Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM)
ซึ่งดำเนินงานโดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานวิชาการ
ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ และองค์กรสนับสนุน
ระดับชาติ วัตถุประสงค์หลักของโครงการ PILM คือ การ
ยกระดับมาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในระดับ
ปฐมภูมิ ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของ
ประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาชุดบริการ
สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นองค์รวม (integrated service
package) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะบุคคล (personalized), มี
ระบบติดตามต่อเนื่อง (longitudinal support system)
และสามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทั้ง
ภาครัฐและภาคเอกชนได้ครบถ้วนทั้งใน การนี้ การ
พัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ จึงถือเป็นกลไก
เชิงยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนเป้าหมายของโครงการ PILM
โดยตรง โดยมีบทบาทในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากร
สหวิชาชีพ ให้สามารถดำเนินบทบาท “โค้ชสุขภาพ” ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่
บูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยากับบริบทการบริการสุขภาพ
และวางรากฐานเชิงระบบ สำหรับการพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ทั้งนี้ โครงการ
PILM ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่บริการสุขภาพจำนวน

11 แห่ง ทั่วประเทศ โดยครอบคลุมการประเมินทั้งในด้าน
ประสิทธิภาพของการออกแบบ (efficacy), ประสิทธิภาพใน
การใช้งานจริง (effectiveness), ความเหมาะสมกับบริบท
(contextual relevance), และความคุ้มค่าทางเศรษฐ-
ศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness analysis) เพื่อให้ได้ชุด
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่รอบด้านสำหรับการขยายผลเชิง
นโยบายในระดับประเทศ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงไม่เพียงเป็นการออกแบบ
หลักสูตรเพื่อเสริมทักษะบุคลากรในระดับจุลภาค (micro-
level) เท่านั้น แต่ยังมีบทบาทเชิงนโยบายในระดับมหภาค
(macro-level) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพ
ของประเทศไทยสู่ระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า
(Value-Based Health System) และการดูแลสุขภาพแบบ
รายบุคคลที่ยั่งยืน (Sustainable Person-Centered
Health Promotion) อย่างเป็นระบบ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental
Research) ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อออกแบบและพัฒนา
หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ให้เป็นต้นแบบ
นวัตกรรมด้านการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ
สำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล
ตามแนวทาง Personalized Intensive Lifestyle
Modification (PILM) ที่สอดคล้องกับบริบทระบบบริการ
สุขภาพของประเทศไทย หลักสูตรนี้ได้รับการพัฒนาโดย
ประยุกต์แนวคิด Wellness Coaching for Lasting
Lifestyle Change (Arloski, 2014) ควบคู่กับองค์ความรู้
ทางจิตวิทยาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น
Self-Efficacy Theory และ Positive Psychology) การ
สื่อสารแบบเสริมพลัง (Empathic Communication) และ
การทำงานแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Colla-
boration) โดยมีกระบวนการพัฒนาอิงตามกรอบแนวคิด
ของ Richey และ Klein (2007) ที่เสนอว่า การวิจัยเชิง
พัฒนาควรออกแบบนวัตกรรมที่สามารถเชื่อมโยงทฤษฎี
(theory) เข้ากับการใช้งานจริงในบริบทเฉพาะ (practice-
based setting) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก

ระยะที่ 1: การออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design
Phase)

- 1.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- 1.2 สังเคราะห์แนวคิดทางจิตวิทยาและสุขภาวะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 1.3 พัฒนาองค์ประกอบหลักสูตรประกอบด้วย การอบรม onsite 2 วัน การเรียนรู้ออนไลน์ (online) รายเดือน จำนวน 6 ครั้ง และระบบพี่เลี้ยง 6 เดือน

ระยะที่ 2: การดำเนินการอบรมและการประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของหลักสูตร (Pilot Evaluation Phase)

- 2.1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพจำนวน 34 คน จาก 11 หน่วยบริการ
- 2.2 เก็บข้อมูลก่อนและหลังอบรมโดยใช้
 - 2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ Wellness Coaching (pre-post test)
 - 2.2.2 แบบวัดความมั่นใจในบทบาทโค้ช (self-efficacy)
 - 2.2.3 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความพร้อมในการนำไปใช้จริง
- 2.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะเชิงเนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ได้แก่ บุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งทำงานในพื้นที่เป้าหมายของโครงการพัฒนาแนวทางการขยายผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM)

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพจำนวน 34 คน จากหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 แห่งในพื้นที่ศึกษา โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เป็นบุคลากรสหวิชาชีพที่มีบทบาทหรือภารกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ หรือการดูแลประชากรวัยทำงาน

กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การกีฬา และนักกายภาพบำบัด

2. มีความสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการอบรมและพัฒนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน

3. ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานต้นสังกัดให้สามารถนำองค์ความรู้จากการอบรมไปใช้ในงานบริการจริง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงครั้งนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพัฒนา ที่มุ่งเน้นการทดลองใช้ต้นแบบหลักสูตรในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีศักยภาพในการขยายผลเชิงระบบในอนาคต (Richey & Klein, 2007)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. หลักสูตรอบรม “โค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ” (Interprofessional Wellness Coach Curriculum) หลักสูตรนี้ พัฒนาขึ้นโดยอิงแนวคิด Wellness Coaching for Lasting Lifestyle Change ของ Arloski (2014) ซึ่งผสมหลักจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) การเสริมพลัง (empowerment) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โครงสร้างของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ (onsite workshop) ระยะเวลา 2 วัน 2) เนื้อหาหลักตาม 7 Steps of Wellness Coaching โดยเน้นทักษะสำคัญ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การตั้งคำถามเชิงเสริมพลัง (powerful questioning) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) 3) กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learning) และการสะท้อนตนเอง (reflection-based learning) เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้ (awareness) และทักษะของผู้เข้าอบรม และ 4) การฝึกปฏิบัติในกลุ่มย่อย และการจำลองสถานการณ์การโค้ช (coaching) เพื่อฝึกทักษะในบริบทจริง

หลักสูตรถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับแนวทาง Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคลากรสามารถออกแบบและดำเนินการ coaching สำหรับประชาชนรายบุคคล ในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือประเมินผลและแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลเบื้องต้นของหลักสูตร ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิด Wellness Coaching และ PILM พัฒนาโดยทีมวิจัยจากเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยคำถามปรนัย 10 ข้อ (multiple choice)

2.2 แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่โค้ชสุขภาพ (Self-efficacy Scale) ดัดแปลงจากแนวคิด Self-Efficacy ของ Bandura (1997) วัดความเชื่อมั่นของผู้เข้าอบรมในด้านทักษะ coaching เช่น การตั้งเป้าหมาย การสื่อสาร และการจัดการอารมณ์

2.3 แบบสอบถามความพร้อมและความตั้งใจในการนำไปใช้จริง (Intention to Use and Readiness Assessment) เพื่อวัดระดับความตั้งใจ (intention) และความพร้อมด้านทรัพยากร สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากองค์กร

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของหลักสูตรและระบบพี่เลี้ยง (Program Satisfaction and Mentoring Feedback) วัดความพึงพอใจในด้านเนื้อหา วิธีการสอน และระบบ mentoring มีคำถามปลายเปิดสำหรับสะท้อนข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถาม ดำเนินการโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index: IOC) ผลการประเมินพบว่ามีความเที่ยงตรง ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทีมวิจัยทดสอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 30 คน นำคำตอบมาหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามภาพรวม

ทั้งหมดมีค่า Cronbach's Alpha = 0.90 แสดงถึงระดับความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ด้วยขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมืออย่างเป็นระบบดังกล่าว จึงสามารถยืนยันได้ว่า เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในการวิจัยนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการอบรมแบบ Onsite Workshop เป็นเวลา 2 วัน พร้อมเก็บข้อมูล pre-test และ post-test

2. ติดตามผลผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แบบ Online เดือนละ 1 ครั้ง และระบบพี่เลี้ยง (coach for coach) เป็นเวลา 6 เดือน

3. เก็บข้อมูลหลังจบกระบวนการอบรม

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (หมายเลข 187/2566) โดยผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean, S.D.) และสถิติเปรียบเทียบ (paired t-test) สำหรับผลก่อนและหลังการอบรม ส่วนข้อมูลความคิดเห็นวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และสัดส่วน ข้อมูลปลายเปิด และข้อเสนอแนะวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 34 คน เป็นบุคลากรสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 11 แห่ง ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข (41.18%) พยาบาลวิชาชีพ (35.30%) แพทย์ (11.77%) นักโภชนาการ (5.88%) และอื่นๆ (5.88%) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (91.18%) มีอายุเฉลี่ย 36.91 ปี และมีประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ย 11.15 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) อายุ และประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	31	91.18
หญิง		
ชาย	3	8.82
อายุ (เฉลี่ย)	36.91 ปี	
ประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (เฉลี่ย)	11.15 ปี	
วิชาชีพ		
แพทย์	4	11.77
พยาบาล	12	35.30
นักวิชาการสาธารณสุข	14	41.18
นักโภชนาการ	2	5.88
อื่นๆ	2	5.88
รวม	34	100

2. ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ onsite 2 วันหลังการอบรม พบว่าความรู้ของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม

	ก่อนอบรม ($\bar{X}$)	หลังอบรม ($\bar{X}$)	t	Df	p-value
ความรู้	5.85 (S.D. = 2.21746)	8.32 (S.D. = 1.73591)	8.43	33	< .001

ผู้เข้าร่วมจำนวน 27 คน (79.41%) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยหัวข้อที่มีคะแนนพัฒนาสูงสุด ได้แก่ การวางแผนโภชนาการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.62 เป็น 4.65 การออกแบบกิจกรรมทางกาย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.38 เป็น 4.59 และจิตวิทยาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.35 เป็น 4.50 ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติ

หน้าที่ได้สุขภาพะ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.65, S.D. = 1.04) โดยเฉพาะในมิติของการนำไปใช้จริงในพื้นที่ การสื่อสารกับประชาชน และการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ทีมในองค์กร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรม แยกรายประเด็น และความมั่นใจในการนำไปใช้ประโยชน์

	การอบรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผลคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรม			
การสร้างเสริมสุขภาพวิถีใหม่	ก่อน	3.35	0.88360
	หลัง	4.56	0.50399
การสร้างเสริมสุขภาพด้วยโภชนาการและการประเมินพฤติกรรม บริโภค และหลักการออกแบบการบริโภคเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแบบ เข้มข้นจำเพาะคน	ก่อน	3.62	0.77907
	หลัง	4.65	0.48507
กิจกรรมทางกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การประเมินสมรรถนะทาง กาย และหลักพื้นฐานการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ การออกแบบกิจกรรมทางกาย รายบุคคลและกลุ่ม	ก่อน	3.38	0.77907
	หลัง	4.59	0.49955
จิตวิทยากับการสร้างเสริมสุขภาพ ศาสตร์และศิลป์ทางจิตวิทยาและ การเรียนรู้เพื่อสุขภาพที่ดีผ่านประสบการณ์ตนเอง และการ ออกแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบเข้มข้นจำเพาะคน	ก่อน	3.35	0.88360
	หลัง	4.50	0.56408
ความมั่นใจในการนำไปใช้ประโยชน์		8.65	1.04105

3. ผลการติดตามจากระบบ mentoring และการใช้จริงในพื้นที่ ในระยะ 6 เดือนหลังการอบรม มีการสนับสนุนผ่านกิจกรรม online (1 ครั้งต่อเดือน) และระบบ “coach for coach” พบว่า ผู้เข้าร่วมจำนวน 28 คน (82.35%) ได้ทดลองใช้ทักษะโค้ชในพื้นที่จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 91.18 รายงานว่า ได้รับประโยชน์จากระบบที่เลี้ยง ร้อยละ 82.35 แสดงความต้องการให้มีระบบ mentoring อย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถามปลายเปิดสะท้อนว่า ผู้เข้าอบรมรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการตั้งคำถามแบบเจาะลึก (questioning) มีทักษะการฟังเชิงลึก (active listening) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) การโค้ชช่วยให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ

4. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จากแบบสอบถามความคิดเห็น พบว่า ร้อยละ 94.12 ของผู้เข้าอบรมเห็นว่า หลักสูตรมีความเหมาะสม กับบริบทการทำงานในพื้นที่จริง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ควรเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์ กรณีศึกษาจริงจากพื้นที่ ควรมีการสนับสนุนจากผู้บริหารในพื้นที่อย่างเป็น

ระบบ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่า หลักสูตรนี้มีศักยภาพสูงในการขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิในภาครัฐและภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและการดูแลแบบเฉพาะบุคคล

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด Wellness Coaching และ Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) สามารถเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และความพร้อมในการนำไปประยุกต์ใช้จริงในหน่วยบริการระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่สองและสาม ในด้านความรู้ พบว่าผู้เข้าอบรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะหัวข้อการวางแผนโภชนาการ การออกแบบกิจกรรมทางกาย และการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแนวทาง PILM (Lianov & Johnson, 2010; Wolever et al., 2016) ผลการ

เพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้สนับสนุนแนวคิดของ Arloski (2014) ที่เสนอว่าการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (experiential learning) และการฝึกสะท้อนตนเอง (reflective practice) ช่วยเชื่อมโยงความรู้สู่สมรรถนะที่ใช้ได้จริง ด้านความมั่นใจในบทบาทโค้ชสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และผู้เข้าร่วมสามารถนำทักษะไปใช้ในพื้นที่จริง เช่น การสื่อสารกับประชาชนและการถ่ายทอดสู่ทีมงานในองค์กร ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนา self-efficacy ตามแนวคิดของ Bandura (1997) เมื่อบุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง จะสามารถลงมือปฏิบัติและสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้

ผลจากการติดตามในระยะ 6 เดือน ยืนยันว่าผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปใช้จริง โดยมีผู้ที่ได้ทดลองโค้ชในพื้นที่จริงมากถึง 82.35% และกว่า 91.00% รายงานว่าระบบพี่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงการพัฒนาทักษะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การตั้งคำถาม การฟังเชิงลึก และการสร้างแรงจูงใจ ความสำคัญของพื้นที่ปลอดภัย (psychological safety) (Rogers, 1961) และ non-directive support ที่เป็นหัวใจของการโค้ชสุขภาพ นอกจากนี้ การเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ถึง 94.12% บ่งชี้ว่า แนวทางนี้มีศักยภาพในการขยายผลสู่นโยบายระดับชาติ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยบริการสำคัญตามแผนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

การที่บุคลากรสหวิชาชีพได้เรียนรู้ร่วมกันในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิด inter professional collaboration ซึ่งช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มการเข้าถึงการบริการ ส่งเสริมการวางแผนดูแลแบบองค์รวม และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงในระดับปฐมภูมิ (WHO, 2010; Reeves et al., 2017) การศึกษานี้ยังตอบโจทย์เชิงนโยบายด้าน Value-Based Care ที่มุ่งเน้นการจ่ายตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) มากกว่าปริมาณบริการ โดยการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะโค้ชที่สามารถดูแลประชาชนแบบรายบุคคล ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ลดภาระโรค และลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระยะยาว (Porter & Lee, 2013)

ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้หลักสูตรในระดับพื้นที่

ผลการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพสะท้อนว่าหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ มีระดับความเหมาะสมสูงต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุก และมีทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย โดยผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าอบรมร้อยละ 94.12 รายงานว่าหลักสูตรสอดคล้องกับงานบริการสุขภาพในพื้นที่ และเสนอแนะให้มีการเพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษา และการออกแบบให้บริการในสถานการณ์จริงในชุมชน ซึ่งช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงกับผู้รับบริการในพื้นที่ชัดเจนมากขึ้น (Wolever et al., 2016)

จากมุมมองเชิงระบบ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จริง โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยง (mentor system) ที่ต่อเนื่อง 6 เดือน จะช่วยให้บุคลากรสามารถฝึกฝน ปรับใช้ และให้บริการได้อย่างมั่นใจ (Bodenheimer & Sinsky, 2014) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การจัดสรรเวลาอบรม การไม่มีภารกิจงานประจำที่รองรับบทบาทโค้ชสุขภาพ และภาระงานเดิมของบุคลากรที่ไม่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบรายบุคคล ที่ต้องใช้เวลามากขึ้น

การวิเคราะห์เชิงนโยบายชี้ให้เห็นว่า การขับเคลื่อนหลักสูตรนี้จำเป็นต้องมีการบูรณาการเข้าสู่ “ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ” ผ่านการกำหนดบทบาทภารกิจของโค้ชสุขภาพ ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารในพื้นที่ เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อปท.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สอดคล้องกับข้อเสนอของ United Nations (2015) และแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

นอกจากนี้ แนวคิด Value-Based Care (Porter, 2010) ชี้ให้เห็นว่า การเพิ่ม “คุณค่า” ของระบบบริการสุขภาพไม่จำเป็นต้องอิงจากปริมาณบริการเพียงอย่างเดียว แต่ควรวัดจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน การมีบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านโค้ชสุขภาพ จึงเป็นกลไกที่มี

ความเป็นไปได้ และควรได้รับการลงทุนเชิงระบบในอนาคต ทั้งนี้ความสำเร็จของการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จะต้องอาศัย “การปรับระบบสนับสนุน” (enabling system) และ “การออกแบบระบบงาน” (task redesign) เพื่อบูรณาการบทบาทโค้ชสุขภาพเข้ากับภารกิจสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพตามกรอบแนวคิด Wellness Coaching และ PILM มีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ หลักสูตรนี้สามารถเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการนำไปใช้จริงในพื้นที่ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ และหน่วยบริการสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ เพิ่มพูนความร่วมมือระหว่างสาขา และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ และยั่งยืน การใช้กระบวนการโค้ชสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงการพัฒนาบุคลากร แต่ยังเป็นการวางระบบบริการที่เน้นคุณค่า และผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย

(Policy Implications) หลักสูตรโค้ชสุขภาพ ควรเป็นส่วนหนึ่งของชุดบริการการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสนอให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชากรวัยทำงาน ในระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าต่อไป

เชิงปฏิบัติ (Practice Implications) หน่วยบริการสุขภาพควรนำหลักสูตรนี้ไปใช้เป็นเครื่องมืออบรมบุคลากรสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) ควรพัฒนาให้เกิดขึ้น และดำเนินการอย่างต่อเนื่องในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการนำทักษะโค้ชไปใช้จริง และสร้างเครือข่ายโค้ชสุขภาพระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบของการโค้ชสุขภาพต่อผู้รับบริการโดยตรง เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดทางชีวภาพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดบริการโค้ชสุขภาพ เช่น Cost-Effectiveness และ Pay-for-Outcomes Models จะเป็นหลักฐานสำคัญ ในการขยายผลเชิงระบบ
3. พัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Wellness Outcomes) ที่เหมาะสมกับบริบทของการโค้ชสุขภาพ เพื่อประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายและการจัดสรรงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

- Arloski, M. (2014). *Wellness coaching for lasting lifestyle change* (2nd ed.). Whole Person Associates.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/am.1713>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- Huffman, M. H. (2009). Health coaching: A fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions. *Home Healthcare Nurse*, 27(8), 490–496. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000360921.64474.09>
- Jordan, M. A., Wolever, R. Q., Lawson, K., Moore, M., & Fikkan, J. (2021). Health coaching: An overview of the field, definition, and practice. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/27536130211051057>
- Kruk, M. E. (2014). Healthy living: Prevention and promotion for chronic disease. *The Lancet*, 384(9945), 452–453.
- Lianov, L., & Johnson, M. (2010). Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*, 304(2), 202–203. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.903>
- National Health Commission Office. (2023). Draft of the 2nd National Health Plan, 2023–2027. National Health Commission Office.
- Oberg, E. B., & Frank, E. (2009). Physicians' roles in promoting healthy lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(1), 16–21. <https://doi.org/10.1177/1559827609334961>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Richey, R. C., & Klein, J. D. (2007). *Design and development research: Methods, strategies, and issues*. Routledge.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-NELSON.
- Sunguya, B. F., Hinthong, W., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2014). Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their implications for developing countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 9(5), e96724.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of Testing*, 3(2), 163–171.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

- Vichitkunakorn, P. (2025). Prevalence of non-communicable disease risk factors in Thailand: Findings from the 2021 Health Behavior of Population Survey. *PLOS Global Public Health*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.000017>
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- Wolever, R. Q., Simmons, L. A., Sforzo, G. A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. M., ... & Yang, N. (2016). A systematic review of the literature on health and wellness coaching: Defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(4), 38–57. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.061>
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Lessons learned from the Interprofessional Education (IPE) primary health care system at Praboromarajchanok Institute in Mae Hong Son Province

Vichai Thianthavorn¹ Dusit Sakulpiyathewan¹ Natpalin Ninpeng¹ Penphan Pitaksongkram¹
Narong Chaitiang^{1*}

Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: narong@pi.ac.th, kongkangku69@gmail.com

Academic article

OPEN ACCESS

Citation: Thianthavorn, V. ., Chaitiang, N., Sakulpiyathewan, D. ., Ninpeng, N. ., & Pitaksongkram, P. . Lessons learned from the Interprofessional Education (IPE) primary health care system at Praboromarajchanok Institute in Mae Hong Son Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3).
retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280833

Received: 13 May 2025

Revised: 24 May 2025

Accepted: 31 May 2025

Abstract

The health and illness situation of people in this era is complex and multidimensional. Therefore, the care guidelines must be adjusted to keep up with the changes. The World Health Organization recognizes the importance and recommends that the teaching of health professions be improved to be more integrated. Inter-professional Education was therefore invented to give students of the Praboromarajchanok Institute the opportunity to learn together through the perspectives and experiences of health care from other professions under the current situation and health conditions, with cooperation and support to achieve the results of universal health.

The Praboromarajchanok Institute provides interdisciplinary education in Mae Hong Son Province. There are students in medicine, nursing, community health, dental health, emergency medicine, Thai traditional medicine, applied Thai traditional medicine, communication technology innovation, radiological technology, medical records, and occupational health and safety to prepare for the primary health care system under the policy, plan for the project to produce doctors and health innovation teams for family medicine, responding to the primary health care system throughout Thailand (9 doctors), in line with the Primary Health Care System Act of 2019 from the mechanism of primary health care provision, primary health care services with standards, reducing inequality in access to primary health care, and holistic, continuous, and integrated health care, resulting in good health and fewer illnesses, creating fairness and health security in society and the country.

Keywords: Primary Health Care System Act; Inter-professional Education;
Mae Hong Son Province

การถอดบทเรียนการเรียนรู้ระบบสุขภาพปฐมภูมิแบบสหวิชาชีพ สถาบันพระบรมราชชนก ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิชัย เทียนถาวร¹, ดุลิต สกฤพิยะเทวัญ¹ ณัฐपालิน นิลเป็ง¹ เพ็ญพรรณ พัทธกิจสงคราม¹ ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*}

สถาบันพระบรมราชชนก

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

บทความวิชาการ

วันรับ 13 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข: 24 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

สถานการณ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้คนยุคนี้ มีความซับซ้อนหลายมิติ แนวทางการดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนให้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญและแนะนำให้ยกระดับการจัดการเรียนการสอนกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพให้เกิดการบูรณาการมากขึ้น การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ จึงถูกจุดประกายขึ้น เพื่อให้ให้นักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันผ่านมุมมองและประสบการณ์การดูแลสุขภาพของวิชาชีพอื่น ๆ ภายใต้สถานการณ์ และภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยความร่วมมือสนับสนุนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ สุขภาพดีถ้วนหน้า

สถาบันพระบรมราชชนก จัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีนักศึกษาแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข ฉุกเฉิน การแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ เทคโนโลยีนวัตกรรมการสื่อสาร รังสีเทคนิค เวชระเบียน และอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อเตรียมรองรับกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้นโยบาย แผนงานโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จากการมีกลไกการบริหารสุขภาพปฐมภูมิ การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง เจ็บป่วยลดลง เป็นการสร้างความเป็นธรรมและความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมและประเทศ

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ; การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ; จังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทนำ

สถานการณ์ทางสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้คนในยุคนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันเร่งด่วน และสลับซับซ้อนในหลายมิติ แนวทางการรักษาพยาบาลจึงต้องปรับเปลี่ยนให้เท่าทัน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บุคลากรทางสุขภาพ ต้องมีการไขว่คว้าความรู้ ทักษะ จากหลายศาสตร์มาบูรณาการ เชื่อมโยงกันในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ(Inter-professional Education) เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันผ่านมุมมอง และประสบการณ์การดูแลสุขภาพของวิชาชีพอื่น ๆ ผู้เรียนมีโอกาสในการใช้ศักยภาพที่เรียนมาให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการเรียนเพียงวิชาชีพเดียว และที่สำคัญ คือได้เห็นคุณค่าต่อวิชาชีพของผู้อื่น

มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพของตน และวิชาชีพอื่น เกิดการประสานความร่วมมือสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายใต้สถานการณ์เดียวกัน โดยมีเป้าหมายสุดท้ายตรงกัน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งพาตนเองได้ การเตรียมบุคลากรทางสุขภาพที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลก จึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับสถาบันการศึกษา (Thanida Phumtha-it and Narin Sankrakha, 2022). ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2545 มาตรา 22 กำหนดแนวทางในการจัดการศึกษาไว้ว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่า ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ มาตรา 24 (3) ในกระบวนการเรียนรู้ กำหนดไว้ว่า ให้จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง มาตรา 24 (4) กำหนดให้สถานศึกษาจัดการเรียนการสอนโดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่าง ๆ ได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชา การ

จัดการเรียนการสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ มีประสบการณ์ใหม่เกิดการพัฒนาสู่การเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ด้วยปัญญาหรือเป็นบัณฑิตที่สมบูรณ์นั้น สามารถทำได้ โดยการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน จึงส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง มีสมรรถนะทางวิชาการดีขึ้น พัฒนาการคิด วิเคราะห์ได้ดีขึ้น พัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ สร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ (Somjinda Chompunud & Wanpen Inkaew, 2017)

บทความนี้คณะผู้เขียน จึงมีความตั้งใจในการถ่ายทอดบทเรียนให้ผู้เรียน และผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การเตรียมตัวสำหรับการปฏิบัติตนสำหรับการฝึกภาคสนามบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ โดยร่วมกันผ่านการฝึกปฏิบัติงานที่จังหวัดมอฮอกสอน มี ผอ.รพสต. และอาจารย์พี่เลี้ยงแต่ละแห่ง กำหนด requirement และ เกิดการสะท้อนผล การคิดวิเคราะห์ (Reflection) นำไปสู่การปฏิบัติงานที่ดีตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายในอนาคต

การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ (Inter-professional Education)

การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำกิจกรรมการเรียนรู้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งนี้เมื่อบัณฑิตเหล่านี้ได้ สำเร็จการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพจะสามารถปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพพร้อมกันเป็นทีม การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นหนึ่งในสมรรถนะของวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ระบบสุขภาพ ซึ่งถูกยกระดับขึ้นมาให้เป็นหนึ่งในองค์ ความรู้ของแพทยศาสตรศึกษาในศตวรรษที่ 21ความหลากหลายด้านวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Parinya Phum-Uthawirat, 2020). ช่วงศตวรรษที่ 21 ที่ผ่านมาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็ นรูปธรรม ปพ.ศ. 2545 มีการประกาศพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการ

สาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง มีนโยบายปฏิบัติเชิงรุกในการดูแลประชาชนในแต่ละพื้นที่มากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การป้องกันรักษาโรคเมื่อเกิดภัยคุกคามหรือเกิดภาวะโรคระบาด (Royal Gazette, 2002).การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ คือ แนวทางการศึกษาที่มุ่งหวังให้เกิดแก้ปัญหาอย่างครบวงจรโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ เป็นการเรียน การสอนที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาด้านสุขภาพและ สาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักสาธารณสุข นักรังสีเทคนิค เป็นต้น ได้เรียนรู้ร่วมกัน ทำกิจกรรมการเรียนรู้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เมื่อบัณฑิตเหล่านี้ได้สำเร็จการศึกษาออกไป ประกอบวิชาชีพจะสามารถ ปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพพร้อมกันเป็นทีม มีเป้าหมาย ร่วมกันในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ ดีขึ้นเกิดเป็นทีมสุขภาพ (collaborative practice) ที่แข็งแกร่ง (Chuenkongkaew W., 2020).

พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้มีข้อเสนอแนะเพื่อให้ประเทศสมาชิกทำการประเมินทบทวนสถานการณ์ การจัดการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ หนึ่งในแนวทางการปฏิรูปการศึกษาคือการจัดการศึกษาแบบ สหวิชาชีพ โดยเสนอแนวทางปฏิบัติไว้ว่า “การจัดการ ศึกษาแบบสหวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสอง วิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้จาก และเรียนรู้ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและ พัฒนา ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ., 2010). องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การศึกษาแบบสหวิชาชีพ (IPE) คือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อนักศึกษาจากสองอาชีพหรือมากกว่าเรียนรู้เกี่ยวกับ จาก และร่วมกันแม้ว่าการให้นักศึกษาเรียนรู้ร่วมกันจะช่วยปรับปรุงสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ แต่จอร์จ ทิโบลต์ สมาชิกคณะกรรมการวางแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการจากมูลนิธิโกลด์วอเตอร์ เมซี จูเนียร์ ซึ่งเป็นผู้กล่าวเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ เน้นย้ำว่า IPE ไม่ใช่การทดแทนการศึกษาเฉพาะสำหรับ

แต่ละอาชีพ “นี่ไม่ใช่การเอาอาชีพต่างๆ มารวมกันแล้ว บอกว่าทุกอาชีพเหมือนกันหมด” เขากล่าว และเสริมว่า แต่ละอาชีพเป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือระหว่าง อาชีพ เพื่อให้ได้สิ่งที่คนอื่นไม่สามารถให้ได้ “เราจะต้อง ปกป้องและปรับปรุงการศึกษาเฉพาะสำหรับแต่ละ อาชีพอย่างเข้มงวดในขณะที่เราดำเนินการศึกษาแบบสหวิชาชีพ” เขากล่าว ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่ Thibault หยิบยกขึ้นมาคือ วิชาชีพด้านสุขภาพ แต่ละสาขาก็มีเอกลักษณ์เฉพาะของตนเองและมีความภูมิใจในสิ่งที่ตนเองทำ ซึ่งเอกลักษณ์ของวิชาชีพต่างๆ ไม่ได้เข้ามาแทนที่ แต่กลับเข้ามาเสริมเอกลักษณ์ของวิชาชีพ นอกจากนี้ Thibault ยังกล่าวอีกว่า IPE ไม่ใช่เพียงนวัตกรรมเดียวที่จำเป็นต่อการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นนวัตกรรมสำคัญที่โต้ตอบกับนวัตกรรมด้านการศึกษาอื่นๆ เพื่อปรับปรุงการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชน แต่ก็ไม่ใช่ยาครอบจักรวาลสำหรับปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมด ยังมีสิ่งอื่นๆ อีกมากมายที่ต้องได้รับการแก้ไข บางครั้ง IPE ช่วยให้เห็นปัญหาอื่นๆ เหล่านั้นได้ (เช่น กฎระเบียบ การเงิน กำลังคน) แต่ IPE เพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ นอกจากนี้ Thibault ยังเน้นย้ำว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็น องค์ประกอบสำคัญของ IPE การเรียนรู้จาก ประสบการณ์ หมายถึงการที่ นักศึกษาเข้าสู่ สภาพแวดล้อมการปฏิบัติจริงเพื่อทำความเข้าใจถึง วิธีการทำงานร่วมกันในสถานการณ์ “ในชีวิตจริง” ได้ดียิ่งขึ้น Thibault ยังอธิบายด้วยว่าการเรียนรู้แบบสห วิชาชีพนั้นแตกต่างจากการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชา ซึ่ง นักศึกษาจากอาชีพต่างๆ จะเรียนรู้หรือแม้แต่ทำงาน เป็นกลุ่ม เขากล่าวว่าเพื่อให้เป็นแบบสหวิชาชีพอย่าง แท้จริง ปฏิสัมพันธ์ต้องอาศัยการบูรณาการและการ ทำงานร่วมกันอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างสาขาวิชาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในสภาพแวดล้อมทางการศึกษาหรือการ ปฏิบัติจริงก็ตาม วิทยากรใน Mark Earnest จาก มหาวิทยาลัยโคโลราโด เห็นด้วยกับ Thibault การ ทำงานเป็นกลุ่มไม่เหมือนกับการเรียนรู้เป็นทีม ผู้เข้าร่วมหลายคนสังเกตว่านักการศึกษาและผู้ให้บริการ

ดูแล้มักจะบอกว่าพวกเขาให้การศึกษาหรือทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ แต่เมื่อประเมินแล้ว หลักฐานของการทำงานร่วมกันนั้นไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลย ลูซินดา เมน ผู้ร่วมเป็นประธานการประชุมเชิงปฏิบัติการจากสมาคมวิทยาลัยเภสัชศาสตร์แห่งอเมริกาได้อธิบายไว้ กระบวนการสำคัญบางอย่าง เช่น การสื่อสาร ความร่วมมือ การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาอาชีพต่างๆ ครอบคลุมการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพและสามารถนำไปใช้กับสภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกันที่หลากหลายได้ ผู้เข้าร่วมการประชุมโจดี พรอสต์ ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเน้นที่ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่รวมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทุกคนที่จำเป็นต้องอยู่ที่นี่พร้อมกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน (WHO, 2010)

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับ อำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถ ของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและ พื้นที่ขาดแคลน ตั้งแต่ พ.ศ. 2513–2523 (Wirot Tangcharoensathian, Woranan Wittayaphiphobsakul, Warisa Panichkriangkrai, Walaiporn Patcharanarumon and Anne Mills, 2018). จนนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2545 เริ่มต้นจากแนวคิด สร้างนำซ่อมถูกนำมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการประสานงานในระดับอำเภอมีเป็นระบบอยู่ ก่อนแล้วเรียกว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) เป็นเรื่องการติดตามงานและการประสานงาน หรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ (Suphat Hasuwanakit, 2007). ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดคือ "ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดี" โดยเชื่อมโยงกับโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถบริหารจัดการในภาพรวม ทั้งการวางแผนคน แผนเงิน และแผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพการบริหารและการ

บริการดีขึ้น การร่วมบริหารจัดการงบประมาณ ให้เป็นหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care: CUP) ตามเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) แต่ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โดย CUP ในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่สภาพปัญหาและ สิ่งท้าทาย เช่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนโลก การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ล้วนส่งผลต่อบรรยากาศภาครัฐและคุณภาพบริการ (Rungruang Kittipat, 2020). กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ (district health system: DHS) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2555 เป็นการประสานพลังร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรอง คุณภาพสถานบริการ (สรพ.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) (Yongyut Phongsuphap, 2014). ภายใต้แนวคิดประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง คนไทยมีสุขภาพดี และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน ให้เป็นระบบ การทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญาสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุข ที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน โดยปรับกลไกการทำงานเชื่อมโยงไปถึงตำบล หมู่บ้านและชุมชน (Department of Public Health Administration, 2014). ซึ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอได้ต้องทำให้เกิดความ เข้มแข็งของแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

โครงการผลิตแพทย์ฯ เป็นโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ

สุขภาพได้อย่างทั่วถึง (เช่น สถานีชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น) โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะขับเคลื่อนด้วยทีมหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ รวม 9 สาขาวิชาชีพ (ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ พยาบาล นักวิชาการ

สาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยสาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร นักฉุกเฉินการแพทย์ และแพทย์แผนไทย) โดย สธ. ตั้งเป้าหมายให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 6,500 แห่ง ในปี 2572 เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

ระยะเวลา ดำเนินการ	ปีการศึกษา พ.ศ. 2568 - 2577				
แผนการผลิต	ครอบคลุมระยะเวลา 10 ปี ระหว่างปีการศึกษา 2568 - 25677 โดยมีรายละเอียดดังนี้				
	สายวิชาชีพ	หลักสูตร	อัตรา (บาท/คน/ปี)	แผนการผลิต ปีละ (คน)	แผนการผลิต 10 ปี (คน)
	แพทย์เวชศาสตร์	แพทยศาสตรบัณฑิต	300,000	1,000	10,000
	พยาบาล (ชุมชน)	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	120,000	1,000	10,000
	นักวิชาการ สาธารณสุข	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน	120,000	500	5,000
		สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข	150,000	500	5,000
	ผู้ช่วยพยาบาล	ประกาศนียบัตรผู้ช่วย พยาบาล	45,000	1,000	10,000
	ผู้ช่วยสาธารณสุข	ประกาศนียบัตรผู้ช่วย สาธารณสุข	40,000	1,000	10,000
	ทันตแพทย์ (ชุมชน)	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	208,000	300	3,000
	เภสัชกร (ชุมชน)	เภสัชศาสตรบัณฑิต	150,000	300	3,000
	นักฉุกเฉิน การแพทย์	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์	120,000	300	3,000
	แพทย์แผนไทย	แพทย์แผนไทยบัณฑิต	100,000	300	3,000
	รวมทั้งสิ้น			6,200	62,000

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Wilawanee Chairattrakul, 2019).

ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย 1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นระบบสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด กล่าวคือ การดูแลสุขภาพแต่แรกเริ่มแบบองค์รวม ผสมผสาน ต่อเนื่อง ทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งระบบส่งต่อ 2) ระบบสุขภาพทุติยภูมิ คือ ระบบ

การจัดบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสำหรับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนมาก และ 3) ระบบสุขภาพตติยภูมิ คือ ระบบการจัดบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำหรับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากและจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา

โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นระบบสุขภาพที่ดูแลประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าที่ผ่านมา ภาครัฐได้พยายามมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิมาโดยตลอด แต่กลับไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพบสภาพปัญหาการขาดกลไกและวิธีการในการบริหารจัดการและสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 วรรคหนึ่ง กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง และมาตรา 258 ข. (5) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องออกกฎหมายใหม่ เนื่องจากกฎหมายที่มีอยู่เดิมไม่สนองตอบต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 มาตรา 258 ข. (5) ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ มีความเข้มแข็งมากขึ้น และสามารถดูแลประชาชนให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดการเจ็บป่วยที่ ป้องกันได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนและเวลารอคอยในโรงพยาบาล ประชาชนและชุมชนพึ่งพาตนเองได้ โดยท้ายที่สุด จะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลงได้ในระยะยาว ซึ่งกฎหมายฉบับดังกล่าว คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกาศใช้บังคับเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2562

ความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้มีกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่ง

ประกอบด้วย คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พนักงานเจ้าหน้าที่ และบทกำหนดโทษ โดยมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่กำกับดูแลเชิงนโยบาย ควบคุม กำกับกำหนดหลักเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตามนโยบายยุทธศาสตร์/แผน รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนเหมาะสม บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิและการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ รวมทั้งจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งผู้รับบริการให้หน่วยบริการอื่น ๆ กำหนดให้มีระบบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้รับบริการ และ กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจในการตรวจสอบสถานที่หน่วยบริการ ตลอดจนกำหนดโทษในกรณีไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ โดยให้เป็นความผิดที่สามารถเปรียบเทียบปรับได้ ทั้งนี้ ภาครัฐมีความมุ่งหวังว่าหากมีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 อย่างเป็นรูปธรรม ประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ อันเป็นการสร้างความเป็นธรรมและความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมและประเทศ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จึงเป็นการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดให้มีหลักเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้รับ

บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งมีกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

สถาบันพระบรมราชชนก จัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพระดับอุดมศึกษาที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการ การเสริมสร้างสมรรถนะ การจัดการสุขภาวะชุมชน ด้วยการจัดการศึกษา แบบสหวิชาชีพ ตามแนวคิด สบช. โมเดล เพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

โดยการดำเนินการฝึกเริ่มตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน 2568- 9 พฤษภาคม 2568 โดยวันที่ 9 พฤษภาคม 2568 ที่อาคารเอนกประสงค์ บุญชู ตีทอง โรงเรียนห้องสอนศึกษาในพระอุปถัมภ์ฯ นายเอกวิทย์ มีเพียร ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน ให้การต้อนรับ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก พร้อมทั้งร่วมรับฟังการนำเสนอผลงานและกล่าวแสดงความยินดีในการฝึกปฏิบัติงานภาคสนามพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในโครงการการเสริมสร้างสมรรถนะ การจัดการสุขภาวะชุมชน ด้วยการจัดการศึกษา แบบสหวิชาชีพตามแนวคิด สบช. โมเดล เพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 (ฝึกปฏิบัติงาน ภาคสนาม) โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะผู้บริหาร คณาจารย์ และนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก ร่วมนำเสนอผลการฝึกปฏิบัติงานภาคสนามบูรณาการสหสาขาวิชาชีพระดับจังหวัด และพิธีปิดโครงการฯ

ทั้งนี้ สถาบันพระบรมราชชนก ได้นำคณะผู้บริหาร อาจารย์ และนักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ดำเนินงานโครงการ การเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการสุขภาวะชุมชน ด้วยการจัดการศึกษา แบบสหวิชาชีพตามแนวคิด สบช.โมเดล เพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 ณ โรงพยาบาลบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 37 แห่ง โดยได้ร่วมมือกับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 37 แห่ง เป็นแหล่งเรียนรู้ฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม บูรณาการแบบสหสาขาวิชาชีพให้กับนักศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ และเสริมสร้างให้บุคลากรของหน่วยงานได้ทบทวนองค์ความรู้ และเสริมสร้างศักยภาพสำหรับการเป็นครูพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ

การสอนโครงการIPE(Inter professional Education) ครั้งนี้ ข้าพเจ้าใช้กระบวนการสอน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมพร้อม, ขั้นการสอนและสะท้อนคิด , ขั้นสรุปการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังนี้

1.ขั้นเตรียมพร้อม ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ประการ คือ รู้เป้าหมาย ใจพร้อม และ ยอมรับเพื่อน ดังนี้

1.1 รู้เป้าหมาย

การจัดการเรียนการสอน IPE ที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้(Outcome-based education; OBE) ผู้สอนต้องมีเป้าหมายชัดเจนตามทิศทางของสถาบันพระบรมราชชนกในการมุ่งสู่ “ University for Primary Care ” ซึ่งเปรียบเสมือนผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับหลักสูตร(CLO) และผู้ สอนต้องทราบวัตถุประสงค์ของโครงการซึ่งเปรียบได้กับผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับโปรแกรม (PLO) ที่เน้นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพเพื่อจัดการสุขภาวะชุมชนในบริการปฐมภูมิ ครูต้องวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญในการสอนครั้งนี้ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การจัดการสุขภาวะชุมชนร่วมกับองค์กรท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน ของ

ประชาชนและการเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ อันเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้รายบทจากการศึกษาครั้งนี้ (LLO) เมื่อครุมีเป้าหมายผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ชัดเจนก็จะเป็นแนวทางจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์ในการบริการปฐมภูมิได้

1.2 กายใจพร้อม

หลังจากที่เรามีเป้าหมายที่ชัดเจนแล้ว ผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมทั้งความคิดและจิตใจ เห็นคุณค่าของบริการปฐมภูมิในการ “สร้างนำซ่อม” เพื่อตัดต้นตอของการเจ็บป่วยและสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มีชีวิตที่สุขกาย สบายใจ อยู่ในสังคมที่เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ โดยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกินศักยภาพของตนเองและครอบครัว ในการเตรียมพร้อมตนเอง ครูต้องศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญๆ หรือลักษณะเฉพาะของชุมชนเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมในการเรียนรู้ เช่น ชุมชนบ้านรักไทย เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงในลำดับต้นๆ ของประเทศ ประชากรมีหลายชนชาติ ส่วนใหญ่เป็น จีนยูนนาน ไทยใหญ่ และยังมีกระเหรี่ยง ว่า ม้ง คนไทย และเผ่าอื่น ๆ ตลอดจนนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ ที่รพ.สต.บ้านรักไทยต้องดูแล ผู้สอนศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนจากเว็บไซต์และการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์จริง

1.3 ยอมรับเพื่อน

การฝึกงานแบบสหวิชาชีพผู้เรียนมีความหลากหลายทั้งด้านความรู้ในแต่ละสาขา เพศ อายุ บุคลิกภาพและความถนัดของแต่ละคน ครูต้องศึกษาภูมิหลังของผู้เรียนและยอมรับความแตกต่างของผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งในกลุ่มนี้มีนักศึกษา 8 คน เป็นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์เกือบทั้งหมดโดยมีหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์เพียงคนเดียว เป็นชั้นปีที่ 3 เคยฝึกปฏิบัติงานแล้วทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีประสบการณ์แก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม และเคยทำหัตถการ เช่น เย็บแผล และช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนนักศึกษาพยาบาล 7 คนมีทั้งชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งมีความแตกต่างในความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์ฝึกงาน สำหรับอาจารย์ในทีมสอน เป็นอาจารย์พยาบาลชุมชนซึ่งมีแนวคิดไปทาง

เดียวกันคือ “สุขนิยม” เชื่อว่าเมื่อสร้างสุขและจะเกิดความสร้างสรรค์ และอาจารย์จากกองกิจการนักศึกษา ก็มีบุคลิกที่เอื้ออาทร ส่วนอาจารย์พี่เลี้ยงในพื้นที่เป็น ผอ.รพ.สต.ซึ่งจบหลักสูตร เวชกิจฉุกเฉินจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ และมีพยาบาล 1 คน ซึ่งมีท่าทางใจดี เยือกเย็น เป็นมิตร

ในการเรียนรู้ซึ่งกันและกันก่อนลงพื้นที่จริง กองกิจการนักศึกษาส่งคู่มือการปฏิบัติงานออนไลน์ให้ทุกคนศึกษาด้วยตนเอง และตั้งกลุ่มไลน์แต่ละพื้นที่ ครูใช้พื้นที่ออนไลน์นี้ให้ผู้เรียนแนะนำตัวโดยการสะท้อนตนเองจากภาพ แต่ละคนจะนำเสนอภาพที่สะท้อนความเป็นตนเองพร้อมแนะนำตนเองให้เพื่อนได้รู้จัก เพื่อให้ทุกคนเรียนรู้และเข้าใจความแตกต่างของแต่ละคนเป็นเบื้องต้น

บทสรุป

สรุปการถอดบทเรียน (Lesson Learned) กระบวนการจัดการเรียนการสอน (Teaching Process) ในโครงการเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนด้วยการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพตามแนวคิด สบข. โมเดล เพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิประจำปี 2568 ได้ดังนี้

1. การวางแผนและการเตรียมความพร้อม

(Planning and Preparation)

อาจารย์พี่เลี้ยง (Mentor/Coaching) ได้จัดประชุมเตรียมความพร้อมให้นักศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม การกำหนดแผนการดำเนินงาน และหน้าที่ของนักศึกษา
- 2) ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ รพ.สต. และชุมชน เช่น ภูมิหลัง สุขภาพ ปัญหาที่สำคัญของชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น
- 3) ชักชวนทักษะที่จำเป็นที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในชุมชน เช่น การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การบันทึกข้อมูล เป็นต้น
- 4) แนะนำทักษะทางสังคมในการเข้าชุมชน เช่น การทักทาย การแนะนำตนเองว่า เป็นใครมา

จากไหน มาทำอะไร ความอ่อนน้อมถ่อมตน
ไปมาลาไหว้ เป็นต้น

- 5) การทำงานกับชุมชนต้องมีการเตรียม
ประสานงานล่วงหน้ากับ รพ.สต. ผู้นำชุมชน
และครอบครัวผู้ป่วย เพื่อลดความขัดแย้งและ
สร้างความไว้วางใจ
- 6) การกำหนดบทบาทนักศึกษาให้ชัดเจน เช่น ผู้
สังเกตการณ์ ผู้ช่วยงาน หรือผู้ประเมินสภาพ
เพื่อไม่ให้รบกวนการทำงานปกติ ของ
เจ้าหน้าที่
- 7) ในการทำงานศึกษากรณีศึกษา นักศึกษาต้อง
กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและวัดผลได้ (Goal
setting) และต้องเน้นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
(Outcome-oriented)

2. การปฏิบัติงานในพื้นที่ ผอ.รพ.สต. และอาจารย์ที่ เลี้ยงได้กำหนด requirement ให้นักศึกษา ดังนี้

- 1) แบ่งกลุ่มนักศึกษาเพื่อออกเยี่ยมบ้านและ
เยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ในชุมชน
- 2) ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ตรวจวัดความดัน
โลหิต ระดับน้ำตาล ให้คำแนะนำสุขภาพ
- 3) เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การประชุม
กลุ่ม อสม. การให้สุขศึกษา การร่วมพิธีทาง
ศาสนาของชุมชน
- 4) ร่วมสังเกตการณ์และมีส่วนร่วมในระบบ
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. การสะท้อนผล (Reflection)

- 1) มีการอภิปรายหลังการปฏิบัติงาน
(Debriefing) เพื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 2) วิเคราะห์ปัญหาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ ทั้งในเชิง
วิชาการและทักษะชีวิต
- 3) มีการเขียนรายงานสรุปหรือจัดนิทรรศการ
นำเสนอผลการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

จากผลลัพธ์การเรียนรู้จากการปฏิบัติในการ
ทำงานร่วมกับ รพ.สต. ชุมชน และผู้ป่วย ได้สัมผัสสมนต์

เสน่ห์ของชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และ
วัฒนธรรม และมีการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์
จริง ประกอบด้วย

การวางแผนการทำงานของ รพ.สต.

1) ได้เรียนรู้การทำงาน ของเจ้าหน้าที่
รพ.สต. ซึ่งส่วนใหญ่เน้นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ในชุมชน (ผู้ป่วย
มารับบริการรักษาที่สถานบริการเป็นส่วนน้อย) โดย
ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพ จะมีการ
ประเมินความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและ
รอบด้าน (Needs assessment) โดยครอบคลุม
กลุ่มเป้าหมาย เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพเฉพาะกลุ่ม
ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงที่อยู่ตาม
ลำพัง เป็นต้น

2) การแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน
ได้ให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา หรือเป็นปัญหาของ
ตนเองจริง ๆ (Ownership) และมีส่วนร่วมในการ
กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมตัดสินใจ
อย่างเต็มที่ จึงจะแก้ปัญหาได้ผลและยั่งยืน
(Sustainability)

ด้านการปฏิบัติงาน

1) รพ.สต. ได้ร่วมมือในการทำงานแบบ
พหุเครือข่าย/ทุกภาคส่วน (Networking) เช่น การ
แก้ไขปัญหผู้ป่วยกล้ำเนื้อขาอ่อนแรง โดยสำรวจ
สภาพบ้านผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อม โดยทาง
ถนนลาดเอียงป้องกันหกล้ม และทำประตูหน้าบ้านใหม่
โดยจัดตามความต้องการของผู้ป่วย (Ownership)
ร่วมกับผู้นำชุมชน จากนั้นได้ประสานของบประมาณ
ก่อสร้าง จาก อบต.ในการสนับสนุนการก่อสร้าง

2) การให้บริการรักษาใน รพ.สต.
นอกจากจะให้การรักษาด้วยแพทย์แผนตะวันตก ยังมี
การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก คือ มินวดแพทย์แผน
ไทยไว้บริการ โดยมีการระดมหมอนวดแผนไทยใน
ชุมชนมาให้บริการโดยแบ่งค่าตอบแทนให้ตามสัดส่วน
ที่ตกลงกันไว้ ส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านมาร่วมดูแล
สุขภาพชุมชน มีการการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแล

โรคเรื้อรัง นอกจากนี้ รพสต.ได้ระดมทรัพยากรในชุมชน (**Mobilize community**) ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน(ช่างก่อสร้าง) มาร่วมก่อสร้าง “**พิพิธพันธ์ชุมชน**” (ติดกับ รพสต.) โดย บางวันชาวบ้านมาช่วยโดยไม่คิดค่าจ้างในการก่อสร้าง ทั้งนี้เนื่องจาก “**พิพิธพันธ์ชุมชน**” จะเป็นที่เก็บสะสมมรดกทางวัฒนธรรมของชุมชน (ไทยใหญ่) ถือว่าเป็นสมบัติของชุมชน

3) รพสต. ได้เสริมพลังให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (**Empowerment**) เช่น ให้ อสม. ร่วมคัดกรองโรคเบื้องต้น เช่น การวัดความดัน เบาหวาน ภาวะโภชนาการ ในชุมชน การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และรายงานผลการดำเนินการทุกเดือนผ่านโทรศัพท์ Smart Phone, มีการ จัดระบบการจัดให้บริการประชาชนหรือเยี่ยมบ้านเชิงรุกสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ (**Accessibility**)อย่างทั่วถึง เท่าเทียม โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เช่น จัดทีมเจ้าหน้าที่ และ อสม. ออกเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน จัดทีมออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ หรือครอบครัวที่อยู่ห่างไกล (หมู่บ้านปะกาเกญอ ซึ่งอยู่บนเขา ระยะทางห่างจาก รพสต.ประมาณ 5 กม. แต่ใช้เวลาเดินทางนาน เนื่องจากการเดินทางไม่

สะดวก ถนนบางช่วงเป็นลูกรัง เป็นเป็นเขาชันสูง) มีการจัดรถรับส่งผู้ป่วยในวันนัดตรวจสุขภาพที่ รพสต. เป็นต้น

4) ในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน รพสต. ได้มีการมองปัญหาและแก้ปัญหาแบบองค์รวม (**Holistic approach**) โดยไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะมิติทางการแพทย์หรือความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่คำนึงถึงองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน เช่น ชาวไทยใหญ่ หรือ ชาวปะกาเกญอ จะมีวัฒนธรรม และความเชื่อว่าการเจ็บป่วยบางอย่างเกิดขึ้นจากสิ่งเหนือธรรมชาติ จะไม่ยอมรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นเจ้าของและดูแลรักษาอยู่ หรือกรณีที่เด็กไทยใหญ่ ปวดท้อง ชาวบ้านก็จะนำ ดอกไม้ ที่ได้จากการทำพิธีกรรม “**เมบ้าน**” หรือ “**บุญเบิกบ้านหรือบุญเดือน 6**” ซึ่งจะนำไปแขวนหน้าบ้าน ป้องกันสิ่งชั่วร้ายเข้ามาในบ้าน โดยจะนำมาต้มให้เด็กอาบ อาการไข้ก็จะหาย เป็นต้น การแก้ปัญหาที่ ครอบคลุมทุกมิติ จะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (**Sustainability**) ไม่ใช่เพียงแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Chuenkongkaew W. (2020). The report on the annual national health professional education reform forum: ANHPER. healthprofessionals21thailand Website. 2013. http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads/2016/11/book_report1-2.pdf. Accessed May 8, 2020.
- Department of Public Health Administration. (2014). The development of the District Health System (DHS) in Thailand. Nonthaburi: Project for the development of a mechanism to support the district health network for a healthy district, Rural Doctor Foundation under the support of the Health Promotion Fund.
- Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health. 2010;39(Suppl1):196–197.
- Parinya Phum-Uthawirat. (2020). Interdisciplinary education management. J Chulabhorn Royal Acad. 2020; 2(4): 12-28.
- Royal Gazette. (2002). National Health Security Act B.E. 2545. Volume 119, Section 116n. Pages 1-28. (2002, 18 November).

- Rungruang Kittipat. (2020). Primary health care system reform, a major public health turning point in Thailand for healthy people. Retrieved from <https://www.ahsouth.com/paper/407>
- Suphat Hasuwanakit. (2007). CUP Management: Management of primary health care unit networks. Bangkok: Namo Printing and Publishing.
- Somjinda Chompunud & Wanpen Inkaew. (2017). ACADEMIC SERVICEINTEGRATION WITH TEACHING AND LEARNING OF THE PRACTICUM OF SELECTED NURSING AREA: COMMUNITY HEALTH NURSING COURSE. Journal of Optoelectrical Nanostructures. 9(1):24-37.
- Thanida Phumtha-it and Narin Sankrakha. (2022). Interprofessional learning: a challenge for nursing institutions. Wachira Journal of Nursing. 24(1): 96-109.
- Wirot Tangcharoensathian, Woranan Wittayaphiphobsakul, Warisa Panichkriangkrai, Walaiporn Patcharanarumon and Anne Mills. (2018). Health system development in Thailand: The cornerstone of achieving universal health coverage. Bangkok: International Health Policy Program. Available from https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai-1517425266757.pdf
- Wilawanee Chairattrakul. (2019). Primary Health Care System Act B.E. 2562. Office of the Secretariat of the House of Representatives. Academic Office. A Hundred Stories of Thailand. 2019-06. <https://library.parliament.go.th/sites/default/files/assets/files/works/academic%20office/radio%20scripts/pdf/2562-06/NALT-radioscript-rr2562-jun8.pdf>
- WHO. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 1 September 2010.Guideline. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1
- Yongyut Phongsuphap. (2014). District Health System Management Learning (DHML). Samut Sakhon: National Health Security Office.

Legal status of cannabis and regulation

Chardsumon Prutipinyo

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

email: chardsumon.pru@mahidol.edu

Interesting laws

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Prutipinyo, C. (2025). Legal status of cannabis and its regulation. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 775–789. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282126

The legal status of cannabis as a narcotic substance varies significantly across countries—ranging from partial legalization and medical-only use to complete prohibition. This paper aims to examine the regulatory and preventive frameworks implemented in selected countries, including measures such as minimum age restrictions, control over production and distribution, and enforcement mechanisms. Particular attention is given to jurisdictions with divergent policy approaches, such as those that have legalized cannabis for both medical and recreational purposes (e.g., Canada), in contrast to countries with stringent prohibition (e.g., Singapore).

In the case of Thailand, the Ministry of Public Health has issued a new regulation aimed at preventing the misuse of cannabis flowers. Under this revised framework, cannabis is designated as a “controlled herb,” recognized for its potential value in research, education, and economic development. The revision was deemed necessary to replace the previous regulation in order to reflect current realities. As a result, cannabis—classified under the genus *Cannabis*, family *Cannabaceae*—is now subject to stricter domestic distribution controls, with an emphasis on its use for medical purposes only.

Keywords: Cannabis regulation; Controlled substances; Production and distribution control; Legal enforcement

สถานะทางกฎหมายของกัญชาและการควบคุม

ฉัตรสุมน พฤทธิญาณุ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

กฎหมายที่น่าสนใจ

บทคัดย่อ

สถานะทางกฎหมายของสารเสพติดกัญชาในแต่ละประเทศ (เช่น ถูกกฎหมายบางส่วน, ถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์, หรือ ผิดกฎหมายทั้งหมด) จึงขออธิบายแนวทางควบคุมและป้องกันที่ใช้ในบางประเทศ เช่น การกำหนดอายุขั้นต่ำ การควบคุมการผลิตและจำหน่าย และการบังคับใช้กฎหมาย โดยเน้นประเทศที่มีนโยบายที่หลากหลาย เช่น ประเทศที่กัญชาถูกกฎหมายทั้งเพื่อการแพทย์และสันทนาการ (เช่น แคนาดา) และประเทศที่ยังคงห้ามอย่างเข้มงวด (เช่น สิงคโปร์) กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศฉบับใหม่เพื่อควบคุมไม่ให้นำช่อดอกกัญชาไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งกำหนดว่ากัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษา-วิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ โดยให้เหตุผลว่าต้องการแก้ไขจากประกาศฉบับเดิม เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ให้กัญชาซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis วงศ์ Cannabaceae เป็นสมุนไพรควบคุม ให้มีการกำกับการจำหน่ายในประเทศให้เข้มงวดมากขึ้นและเน้นให้ใช้กัญชาทางการแพทย์เท่านั้น

คำสำคัญ: สารเสพติดกัญชา; การควบคุมการผลิตและจำหน่าย; การบังคับใช้กฎหมาย

บทนำ

ภายหลังจากที่ภาครัฐได้ปลดล็อก “กัญชา” ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้ลงพื้นที่สำรวจข้อดีข้อเสีย ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะข้อเสียของกัญชา กล่าวคือ มีการเติบโตของธุรกิจกัญชาเพื่อการสันถนาการเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งร้านเหล่านี้มักจะเน้นการเสพเพื่อให้เกิดอาการเมา ซึ่งถือว่าเป็นการทำธุรกิจในลักษณะที่ก้ำกึ่ง กล่าวคือ ในด้านหนึ่งสารสกัดจากดอกกัญชาที่ใช้มักจะเกิน 0.2% ซึ่งทำให้กระบวนการสกัดเข้าขายที่จะต้องถูกพิจารณาอนุมัติโดยภาครัฐ แต่ในทางปฏิบัติจะเป็นการยื่นขอเพื่อสกัดใช้ในทางการแพทย์ และสามารถส่งผลิตภัณฑ์ไปยังร้านกัญชาเพื่อการสันถนาการเหล่านี้ได้โดยอ้างว่าเป็นการรักษาโรค เช่น โรคนอนไม่หลับ โรคสมาธิสั้น เป็นต้น (Raksawong,S, 2025)

อีกด้านหนึ่งการมีร้านค้าจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบทางด้านสังคมต่อประชาชนโดยทั่ว ๆ ไปมากขึ้นเช่นเดียวกัน และจากข้อมูลสำรวจพบว่า ร้านค้าเหล่านี้จำนวนมากมีเจ้าของเป็นคนต่างชาติ จึงทำให้ผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจบางส่วนไม่ได้ตกอยู่กับคนไทยแต่อย่างใด โดยในส่วนของผลกระทบทางด้านสังคม คือ (Raksawong,S, 2025)

1. ปัญหาเยาวชนใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ซึ่งพบว่าการใช้กัญชาในหมู่เยาวชนอาจจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง จึงควรที่จะต้องมีการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เยาวชนซึ่งมีความอยากรทดลองเข้ามาใช้

2. ปัญหาคุณภาพของกัญชา ซึ่งพบว่าในปัจจุบันการปลูกกัญชาที่ทำได้อย่างเสรี ทำให้เกิดกัญชาที่มีคุณภาพต่ำมากยิ่งขึ้น กัญชาที่มีคุณภาพต่ำจากกระบวนการผลิตจะมีความเสี่ยงที่จะปนเปื้อนสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

3. ปัญหาการใช้กัญชาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งพบว่าการใช้กัญชาที่มีคุณภาพมักจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและต่อสังคมในระดับที่ต่ำกว่าการใช้กัญชา ร่วมกับการดื่มสุรา การ

เสพยาบ้า หรือ การผสมเห็ดเมา ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการคลื่นไส้ จิตหลอน มากกว่าปกติ

4. ปัญหาที่กัญชาที่ก่อความรำคาญกับผู้อื่น ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่กระบวนการผลิต ไปจนถึงกลิ่นควนจากการเสพกัญชาที่ส่งผลกระทบต่อเพื่อนบ้าน

จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าผลกระทบทางด้านสังคมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายควบคุมกัญชาที่เหมาะสมและรอบด้านจึงไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมให้มีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางที่เหมาะสม แต่ยังช่วยลดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ต่อผู้บริโภค ชุมชน สังคม และประเทศโดยรวม ดังนั้น ภายหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2568 โดยการคุมเข้มซื้ดอกกัญชาให้เป็นสมุนไพรควบคุม โดยเน้นใช้ทางการแพทย์และต้องมีใบสั่งแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำจากสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากภาครัฐเท่านั้น ซึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเพื่อบังคับใช้ต่อไป ทำให้สถานะของกัญชาเป็นสมุนไพรที่มีการควบคุมตามกฎหมายที่กำหนด ทั้งการใช้ การโฆษณา และการจำหน่าย รวมถึงอาจนำไปสู่การนำ “กัญชา” กลับไปเป็นยาเสพติดอีกครั้งในอนาคต

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2568 ระบุว่า โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องสมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ.2565 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ที่กำหนดให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน เพื่อมิให้ใช้ไปในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ จึงควรมีการควบคุมมิให้นำกัญชาเฉพาะส่วนที่เป็นช่อดอกไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ของการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรดังกล่าว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง มาตรา 44 และ

มาตรา 45 (3) (4) (5) และ (6) แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2552

อย่างไรก็ตาม สถานะทางกฎหมายของสารเสพติดกัญชาในแต่ละประเทศ (เช่น ถูกกฎหมายบางส่วน ถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์ หรือผิดกฎหมายทั้งหมด) จึงขออธิบายแนวทางควบคุมและป้องกันที่ใช้ในบางประเทศ เช่น การกำหนดอายุขั้นต่ำ การควบคุมการผลิตและจำหน่าย และการบังคับใช้กฎหมาย โดยเน้นประเทศที่มีนโยบายที่หลากหลาย เช่น ประเทศที่กัญชาถูกกฎหมายทั้งเพื่อการแพทย์และสันทนาการ (เช่น แคนาดา) และประเทศที่ยังคงห้ามอย่างเข้มงวด (เช่น สิงคโปร์)

การนำเสนอข้อมูล

1. ใช้รายงานจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO, UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), และ OECD

- อ้างอิงจากเว็บไซต์ของรัฐบาลในแต่ละประเทศที่มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายกัญชา

- ใช้บทความวิชาการและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. จัดกลุ่มประเทศตามสถานะกฎหมาย

- ประเทศที่กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการสันทนาการ เช่น แคนาดา, ออสเตรเลีย, และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา

- ประเทศที่กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์ เช่น เยอรมนี, ออสเตรเลีย, และอิสราเอล

- ประเทศที่กัญชายังผิดกฎหมายทั้งหมด เช่น สิงคโปร์, ญี่ปุ่น, และซาอุดีอาระเบีย

3. อธิบายแนวทางควบคุมและป้องกัน

- การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อและใช้กัญชา

- การควบคุมการผลิตและการจำหน่าย เช่น การออกใบอนุญาตและการตรวจสอบคุณภาพ

- การให้ความรู้และรณรงค์เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย

- การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดในกรณีที่มีการใช้ผิดวัตถุประสงค์

ผู้เขียนขอเสนอสถานะทางกฎหมายของกัญชาและการควบคุม 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์และประเทศไทย ดังนี้

1. แคนาดา

แคนาดาเป็นหนึ่งในประเทศแรก ๆ ที่ทำให้กัญชาถูกกฎหมายทั้งเพื่อการแพทย์และการสันทนาการในระดับประเทศ โดยมีกฎหมาย Cannabis Act (C-45) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 17 ตุลาคม 2018 กฎหมายนี้กำหนดกรอบการควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการใช้กัญชาอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิดและลดผลกระทบต่อสังคม

1. กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

1.1 Cannabis Act (C-45)

- กฎหมายนี้ ควบคุมการผลิต การจำหน่าย การครอบครอง และการใช้กัญชาในแคนาดา

- วัตถุประสงค์ของกฎหมาย:

- ป้องกันการเข้าถึงกัญชาในกลุ่มเยาวชน

- ลดอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชา

- ควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์กัญชา

- กำหนดให้ผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (หรือ 19 ปีขึ้นไปในบางจังหวัด) สามารถซื้อและใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย

1.2 Provincial and Territorial Laws

- แต่ละจังหวัดและเขตปกครองพิเศษมีอำนาจในการกำหนดกฎระเบียบเพิ่มเติม เช่น

- อายุขั้นต่ำในการซื้อและใช้กัญชา

- จำนวนร้านจำหน่ายกัญชาในพื้นที่

- การกำหนดสถานที่ที่อนุญาตให้ใช้กัญชา

2. การควบคุมการใช้กัญชา

2.1 การใช้กัญชาเพื่อการสันทนาการ

- ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 หรือ 19 ปีขึ้นไป (ขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัด) สามารถ:

- ครอบครองกัญชาได้ไม่เกิน 30 กรัมในที่สาธารณะ
- ปลูกกัญชาได้ไม่เกิน 4 ต้นต่อครัวเรือน (ยกเว้นบางจังหวัด เช่น ควิเบกและแมนิโทบา ที่ห้ามการปลูก)
- ซื้อกัญชาจากร้านค้าที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาล
- ใช้กัญชาในที่ส่วนตัวหรือสถานที่ที่อนุญาต (ขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละจังหวัด)

2.2 การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

- กัญชาเพื่อการแพทย์ได้รับการอนุญาตในแคนาดาตั้งแต่ปี 2001 ภายใต้ Access to Cannabis for Medical Purposes Regulations (ACMPR) ซึ่งปัจจุบันอยู่ภายใต้ Cannabis Act

- ผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ต้อง:
- ได้รับใบสั่งยาจากแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับอนุญาต
- ลงทะเบียนกับผู้ผลิตที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลหรือปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์ได้เองในปริมาณที่กำหนด

3. การควบคุมการผลิตและจำหน่าย

3.1 การผลิตกัญชา

- การผลิตกัญชาต้องได้รับใบอนุญาตจาก Health Canada ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์กัญชา

- ผู้ผลิตต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่เข้มงวด เช่น
- การควบคุมปริมาณสาร THC และ CBD
- การตรวจสอบสารปนเปื้อน เช่น ยาฆ่าแมลงและเชื้อรา

- การติดฉลากผลิตภัณฑ์อย่างชัดเจน

3.2 การจำหน่ายกัญชา

- กัญชาสามารถจำหน่ายได้เฉพาะในร้านค้าที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลของแต่ละจังหวัด
- ร้านค้าต้องปฏิบัติตามข้อกำหนด เช่น

- การตรวจสอบอายุของผู้ซื้อ
- การจำกัดปริมาณการซื้อในแต่ละครั้ง
- การห้ามโฆษณาที่ส่งเสริมการใช้กัญชาในทางที่ผิด

4. การควบคุมการนำเข้าและส่งออก

- การนำเข้าและส่งออกกัญชาในแคนาดาถูกควบคุมอย่างเข้มงวด

4. การควบคุมการนำเข้าและส่งออก (ต่อเนื่อง)

4.1 การนำเข้ากัญชา

- การนำเข้ากัญชาไปยังแคนาดาได้รับอนุญาตเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การทดสอบทางวิทยาศาสตร์ หรือการผลิตยาเท่านั้น

- ผู้ที่ต้องการนำเข้ากัญชาต้องได้รับใบอนุญาตจาก Health Canada และต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เข้มงวด เช่น

- การแสดงเอกสารที่ระบุวัตถุประสงค์ของการนำเข้า
- การรับรองว่ากัญชาที่นำเข้ามีคุณภาพและปลอดภัย

- การปฏิบัติตามมาตรฐานระหว่างประเทศ เช่น การควบคุมปริมาณสาร THC และ CBD

4.2 การส่งออกกัญชา

- การส่งออกกัญชาออกจากแคนาดาได้รับอนุญาตเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การทดสอบทางวิทยาศาสตร์ หรือการผลิตยา เช่นเดียวกับการนำเข้า

- ผู้ส่งออกต้อง:
- ได้รับใบอนุญาตจาก Health Canada
- ปฏิบัติตามกฎหมายของประเทศปลายทางที่อนุญาตให้ใช้กัญชาในลักษณะดังกล่าว

- แสดงเอกสารการขนส่งที่ชัดเจน เช่น ปริมาณและวัตถุประสงค์ของการส่งออก

4.3 การควบคุมการลักลอบนำเข้าและส่งออก

- การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาตถือว่าผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น

- โทษจำคุกสูงสุด 14 ปี

- การปรับเงินจำนวนมาก

- หน่วยงานศุลกากรและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เช่น Canada Border Services Agency (CBSA) มีหน้าที่ตรวจสอบการลักลอบนำเข้าและส่งออกกัญชาอย่างเข้มงวดโดยใช้เทคโนโลยี เช่น เครื่องสแกนสินค้าและสุนัขตำรวจ

5. การควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย

- การโฆษณาและการส่งเสริมการขายกัญชาในแคนาดาอยู่ภายใต้ข้อกำหนดที่เข้มงวดภายใต้ Cannabis Act เพื่อป้องกันการส่งเสริมการใช้กัญชาในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

- ข้อกำหนดที่สำคัญ:

- ห้ามโฆษณาที่ทำให้กัญชาดูมีเสน่ห์หรือดึงดูดใจ

เยาวชน

- ห้ามใช้ตัวการ์ตูนหรือภาพที่อาจดึงดูดกลุ่มเยาวชน

- การโฆษณาต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้กัญชา

- ผลิตภัณฑ์กัญชาต้องมีบรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย ไม่มีการออกแบบที่ดึงดูดความสนใจ และต้องมีคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพอย่างชัดเจน

6. การควบคุมการใช้กัญชาในที่สาธารณะ

- การใช้กัญชาในที่สาธารณะถูกควบคุมโดยกฎหมายของแต่ละจังหวัด เช่น

- ในบางจังหวัด เช่น ออนแทรีโอ (Ontario) และบริติชโคลัมเบีย (British Columbia) อนุญาตให้ใช้กัญชาในสถานที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่

- ในบางจังหวัด เช่น ควิเบก (Quebec) ห้ามการใช้กัญชาในที่สาธารณะทั้งหมด

- การใช้กัญชาในสถานที่ทำงานหรือในสถานที่ที่มีเด็ก เช่น โรงเรียนและสนามเด็กเล่น ถือว่าผิดกฎหมายในทุกจังหวัด

7. การบังคับใช้กฎหมาย

- หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เช่น ตำรวจและหน่วยงานท้องถิ่น มีหน้าที่ตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา

- การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชา (Drug-Impaired Driving) ถือว่าผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น

7.1 การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชา (Drug-Impaired Driving)

- การขับขี่ยานพาหนะขณะอยู่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาถือว่าผิดกฎหมายในแคนาดา และมีบทลงโทษที่เข้มงวด

- บทลงโทษ

- โทษปรับเริ่มต้นที่ 1,000 ดอลลาร์แคนาดาสำหรับการกระทำผิดครั้งแรก

- การกระทำผิดซ้ำอาจส่งผลให้ถูกจำคุกสูงสุด 10 ปี

- การตรวจสอบ

- ตำรวจมีอำนาจในการตรวจสอบผู้ขับขี่ที่สงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา โดยใช้:

- การตรวจวัดระดับ THC ในร่างกายผ่านการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ

- การทดสอบทางกายภาพ (Standardized Field Sobriety Test - SFST)

- อุปกรณ์ตรวจจับ THC แบบพกพา เช่น เครื่องตรวจลมหายใจที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐบาล

7.2 การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น Health Canada และหน่วยงานท้องถิ่น มีบทบาทในการตรวจสอบการปฏิบัติตาม

กฎหมายของผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้ใช้กัญชา การตรวจสอบครอบคลุมถึงข้อต่อไปนี้

- การปฏิบัติตามมาตรฐานการผลิต เช่น การควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์
- การตรวจสอบร้านจำหน่ายกัญชาเพื่อให้มั่นใจว่าปฏิบัติตามกฎระเบียบ เช่น การตรวจสอบอายุผู้ซื้อ
- การตรวจสอบการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เพื่อป้องกันการละเมิดข้อกำหนด

7.3 การลงโทษสำหรับการละเมิดกฎหมาย

- การละเมิดกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา เช่น การจำหน่ายโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือการครอบครองเกินปริมาณที่กำหนด มีบทลงโทษดังนี้:

- โทษปรับสูงสุด 5,000 ดอลลาร์แคนาดา หรือจำคุกสูงสุด 6 เดือนสำหรับการกระทำผิดเล็กน้อย
- โทษจำคุกสูงสุด 14 ปีสำหรับการกระทำผิดร้ายแรง เช่น การลักลอบจำหน่ายหรือการผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาต

8. การศึกษาและการรณรงค์

8.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย

- รัฐบาลแคนาดาได้ดำเนินโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น

- โครงการ "Don't Drive High" เพื่อรณรงค์ป้องกันการขับขีภายใต้อิทธิพลของกัญชา

- การจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาต่อสุขภาพและสังคม

8.2 การสนับสนุนโครงการวิจัย

- รัฐบาลสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับกัญชา เช่น
- การศึกษาผลกระทบของกัญชาต่อสุขภาพจิตและร่างกาย
- การพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

- การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย

9. สรุป

การควบคุมกัญชาในแคนาดาภายใต้ Cannabis Act (C-45) มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายและการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสังคม โดยมีการกำหนดกฎระเบียบที่เข้มงวดเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่าย และการใช้กัญชา รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายและการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. สหราชอาณาจักร (United Kingdom)

กัญชายังคงถูกจัดอยู่ในยาเสพติดประเภท B (Class B drug) ภายใต้ Misuse of Drugs Act 1971 ซึ่งหมายความว่า การครอบครอง การผลิต การจำหน่าย และการใช้กัญชาเพื่อสันทนการถือว่าผิดกฎหมาย ยกเว้นในบางกรณีที่ได้รับอนุญาตเพื่อการแพทย์ ซึ่งมีบทลงโทษ ได้แก่

- การครอบครอง: โทษจำคุกสูงสุด 5 ปี หรือปรับไม่จำกัดจำนวน หรือทั้งสองอย่าง

- การผลิตหรือจำหน่าย: โทษจำคุกสูงสุด 14 ปี หรือปรับไม่จำกัดจำนวน หรือทั้งสองอย่าง

- การใช้กัญชาเพื่อสันทนการยังคงผิดกฎหมายในทุกกรณี

กฎหมายที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ในบางกรณี ได้แก่ Misuse of Drugs Regulations 2001 โดยต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กัญชาที่ใช้เพื่อการแพทย์ถูกจัดอยู่ใน Schedule 2 drug ซึ่งหมายความว่าสามารถใช้ได้ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวด

กัญชายังถูกควบคุมภายใต้กฎหมาย Psychoactive Substances Act 2016 ซึ่งควบคุมสารที่มีผลต่อจิตประสาท รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา เช่น น้ำมันกัญชา (CBD oil) ที่มีสาร THC เกินกว่าที่กำหนด

การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2018 กัญชาเพื่อการแพทย์ได้รับการอนุญาตในสหราชอาณาจักร แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเคร่งครัด การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ต้องได้รับการสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น กัญชาที่ใช้เพื่อการแพทย์ต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพและได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)

เงื่อนไขการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ ได้แก่ ใช้สำหรับรักษาโรคหรืออาการที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการอื่น เช่น โรคลมชักที่รักษายาก (Severe Epilepsy) อาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) อาการคลื่นไส้จากการรักษามะเร็ง (Chemotherapy-induced Nausea) และผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนการสั่งจ่ายยา

การควบคุมผลิตภัณฑ์จากกัญชา

- น้ำมันกัญชา (CBD Oil) ที่มีสาร THC ไม่เกิน 0.2% สามารถจำหน่ายได้อย่างถูกกฎหมายในสหราชอาณาจักร

- ผลิตภัณฑ์ CBD ต้องไม่โฆษณาว่ามีสรรพคุณทางการแพทย์ เว้นแต่จะได้รับการอนุมัติจาก MHRA

- การผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากกัญชาต้องได้รับใบอนุญาตจาก Home Office และปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนด

- การตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ เช่น การวัดปริมาณ THC และ CBD เป็นสิ่งที่จำเป็น

การบังคับใช้กฎหมาย

- การตรวจสอบและจับกุม
- ตำรวจมีอำนาจในการตรวจสอบและจับกุมผู้ที่ครอบครองหรือจำหน่ายกัญชาอย่างผิดกฎหมาย

- การใช้กัญชาในที่สาธารณะหรือในลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อ

4. การควบคุมการนำเข้าและส่งออก (ต่อเนื่อง)

4.1 การนำเข้ากัญชา

- การนำเข้ากัญชาไปยังแคนาดาได้รับอนุญาตเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การทดสอบทางวิทยาศาสตร์ หรือการผลิตยาเท่านั้น

- ผู้ที่ต้องการนำเข้ากัญชาต้องได้รับใบอนุญาตจาก Health Canada และต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เข้มงวด เช่น

- การแสดงเอกสารที่ระบุวัตถุประสงค์ของการนำเข้า

- การรับรองว่ากัญชาที่นำเข้ามีคุณภาพและปลอดภัย

- การปฏิบัติตามมาตรฐานระหว่างประเทศ เช่น การควบคุมปริมาณสาร THC และ CBD

4.2 การส่งออกกัญชา

- การส่งออกกัญชาออกจากแคนาดาได้รับอนุญาตเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การทดสอบทางวิทยาศาสตร์ หรือการผลิตยา เช่นเดียวกับการนำเข้า

- ผู้ส่งออกต้องดำเนินการ ดังนี้

- ได้รับใบอนุญาตจาก Health Canada

- ปฏิบัติตามกฎหมายของประเทศปลายทางที่อนุญาตให้ใช้กัญชาในลักษณะดังกล่าว

- แสดงเอกสารการขนส่งที่ชัดเจน เช่น ปริมาณและวัตถุประสงค์ของการส่งออก

4.3 การควบคุมการลักลอบนำเข้าและส่งออก

- การลักลอบนำเข้าหรือส่งออกกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาตถือว่าผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น

- โทษจำคุกสูงสุด 14 ปี

- การปรับเงินจำนวนมาก

- หน่วยงานศุลกากรและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เช่น Canada Border Services Agency (CBSA) มีหน้าที่ตรวจสอบการลักลอบนำเข้าและส่งออกกัญชาอย่างเข้มงวด โดยใช้เทคโนโลยี เช่น เครื่องสแกนสินค้าและสุนัขตำรวจ

5. การควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย

- การโฆษณาและการส่งเสริมการขายกัญชาในแคนาดาอยู่ภายใต้ข้อกำหนดที่เข้มงวดภายใต้ Cannabis Act เพื่อป้องกันการส่งเสริมการใช้กัญชาในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

- ข้อกำหนดที่สำคัญ:
 - ห้ามโฆษณาที่ทำให้กัญชามีเสน่ห์หรือดึงดูดใจเยาวชน
 - ห้ามใช้ตัวการ์ตูนหรือภาพที่อาจดึงดูดกลุ่มเยาวชน
 - การโฆษณาต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้กัญชา
 - ผลิตภัณฑ์กัญชาต้องมีบรรจุภัณฑ์ที่เรียบง่าย ไม่มีการออกแบบที่ดึงดูดความสนใจ และต้องมีคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพอย่างชัดเจน

6. การควบคุมการใช้กัญชาในที่สาธารณะ

- การใช้กัญชาในที่สาธารณะถูกควบคุมโดยกฎหมายของแต่ละจังหวัด เช่น
 - ในบางจังหวัด เช่น ออนแทรีโอ (Ontario) และบริติชโคลัมเบีย (British Columbia) อนุญาตให้ใช้กัญชาในสถานที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่
 - ในบางจังหวัด เช่น ควิเบก (Quebec) ห้ามการใช้กัญชาในที่สาธารณะทั้งหมด
 - การใช้กัญชาในสถานที่ทำงานหรือในสถานที่ที่มีเด็ก เช่น โรงเรียนและสนามเด็กเล่น ถือว่าผิดกฎหมายในทุกจังหวัด

7. การบังคับใช้กฎหมาย

- หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย เช่น ตำรวจและหน่วยงานท้องถิ่น มีหน้าที่ตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา
 - การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชา (Drug-Impaired Driving) ถือว่าผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น
 - 7. การบังคับใช้กฎหมาย (ต่อเนื่อง)

7.1 การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชา (Drug-Impaired Driving)

- การขับขี่ยานพาหนะขณะอยู่ภายใต้อิทธิพลของกัญชาถือว่าผิดกฎหมายในแคนาดา และมีบทลงโทษที่เข้มงวด
 - บทลงโทษ
 - โทษปรับเริ่มต้นที่ 1,000 ดอลลาร์แคนาดาสำหรับการกระทำผิดครั้งแรก
 - การกระทำผิดซ้ำอาจส่งผลให้ถูกจำคุกสูงสุด 10 ปี
 - การตรวจสอบ:
 - ตำรวจมีอำนาจในการตรวจสอบผู้ขับขี่ที่สงสัยว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของกัญชา โดยใช้:
 - การตรวจวัดระดับ THC ในร่างกายผ่านการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ
 - การทดสอบทางกายภาพ (Standardized Field Sobriety Test - SFST)
 - อุปกรณ์ตรวจจับ THC แบบพกพา เช่น เครื่องตรวจลมหายใจที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐบาล

7.2 การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น Health Canada และหน่วยงานท้องถิ่น มีบทบาทในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้ใช้กัญชา
 - การตรวจสอบครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้
 - การปฏิบัติตามมาตรฐานการผลิต เช่น การควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์
 - การตรวจสอบร้านจำหน่ายกัญชาเพื่อให้มั่นใจว่าปฏิบัติตามกฎระเบียบ เช่น การตรวจสอบอายุผู้ซื้อ
 - การตรวจสอบการโฆษณาและการส่งเสริมการขายเพื่อป้องกันการละเมิดข้อกำหนด

7.3 การลงโทษสำหรับการละเมิดกฎหมาย

- การละเมิดกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา เช่น การจำหน่ายโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือการครอบครองเกินปริมาณที่กำหนด มีบทลงโทษดังนี้:

- โทษปรับสูงสุด 5,000 ดอลลาร์แคนาดา หรือจำคุกสูงสุด 6 เดือนสำหรับการกระทำผิดเล็กน้อย

- โทษจำคุกสูงสุด 14 ปีสำหรับการกระทำผิดร้ายแรง เช่น การลักลอบจำหน่ายหรือการผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาต

8. การศึกษาและการรณรงค์

8.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย

- รัฐบาลแคนาดาได้ดำเนินโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น

- โครงการ "Don't Drive High" เพื่อรณรงค์ป้องกันการขับขี่ยานพาหนะที่ได้รับอิทธิพลของกัญชา

- การจัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาต่อสุขภาพและสังคม

8.2 การสนับสนุนโครงการวิจัย

- รัฐบาลสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับกัญชา เช่น

- การศึกษาผลกระทบของกัญชาต่อสุขภาพจิตและร่างกาย

- การพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

- การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย

9. สรุป

การควบคุมกัญชาในแคนาดาภายใต้ Cannabis Act (C-45) มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายและการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสังคม โดยมีการกำหนดกฎระเบียบที่เข้มงวดเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่าย และการใช้กัญชา รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย และการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

3. สหรัฐอเมริกา (United States)

สถานะกฎหมาย กัญชายังคงผิดกฎหมายในระดับรัฐบาลกลาง แต่กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์ในหลายรัฐ และเพื่อการสันทนาการในบางรัฐ เช่น แคลิฟอร์เนีย โคโลราโด วอชิงตัน

สหรัฐอเมริกามีกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่ซับซ้อน เนื่องจากการควบคุมกัญชาแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ แม้ว่ากัญชายังคงถูกจัดอยู่ใน Schedule I Controlled Substance ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง (Federal Law) ซึ่งหมายความว่า การครอบครอง การผลิต และการจำหน่ายกัญชายังคงผิดกฎหมายในระดับประเทศ แต่หลายรัฐได้ออกกฎหมายให้กัญชาถูกกฎหมายทั้งเพื่อการแพทย์และสันทนาการในระดับรัฐ

1. กฎหมายของรัฐบาลกลาง (Federal Law)

1.1 Controlled Substances Act (CSA)

- กัญชายังคงถูกจัดอยู่ใน Schedule I Drug ซึ่งหมายถึงสารที่มีศักยภาพในการเสพติดสูงและไม่มีการยอมรับการใช้ในทางการแพทย์ในระดับรัฐบาลกลาง

- การครอบครอง การผลิต และการจำหน่ายกัญชาถือว่าผิดกฎหมายในระดับรัฐบาลกลาง

1.2 การบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลาง

- หน่วยงานเช่น Drug Enforcement Administration (DEA) มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชาในระดับรัฐบาลกลาง

- อย่างไรก็ตาม รัฐบาลกลางมักไม่เข้าไปแทรกแซงในรัฐที่กัญชาถูกกฎหมาย หากการดำเนินการอยู่ภายใต้กฎหมายของรัฐ

2. กฎหมายของรัฐ (State Laws)

2.1 การแบ่งประเภทของรัฐตามสถานะกฎหมายกัญชา

- รัฐที่กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์และสันทนาการ: เช่น แคลิฟอร์เนีย (California), โคโลราโด (Colorado),

วอชิงตัน (Washington), ออริกอน (Oregon), และเนวาดา (Nevada)

- รัฐที่กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์เท่านั้น: เช่น ฟลอริดา (Florida), นิวยอร์ก (New York - ก่อนปี 2021), และเพนซิลเวเนีย (Pennsylvania)

- รัฐที่กัญชายังคงผิดกฎหมายทั้งหมด: เช่น ไอดาโฮ (Idaho) และเนแบรสกา (Nebraska)

2.2 การควบคุมในรัฐที่กัญชาถูกกฎหมาย

แนวทางควบคุมและป้องกัน

- รัฐที่กัญชาถูกกฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อและใช้ที่ 21 ปี

- การผลิตและจำหน่ายต้องมีใบอนุญาต และมีการเก็บภาษีสูงเพื่อควบคุมการบริโภค

- มีการควบคุมคุณภาพและตรวจสอบสารปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์กัญชา

- การใช้ในที่สาธารณะยังคงผิดกฎหมายในหลายรัฐ

- มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการใช้กัญชา โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

- การจำกัดอายุ: ผู้ใช้กัญชาเพื่อสันถนาการต้องมีอายุ 21 ปีขึ้นไป

- การควบคุมปริมาณ: จำกัดปริมาณการครอบครอง เช่น ในแคลิฟอร์เนีย ผู้ใช้สามารถครอบครองกัญชาได้ไม่เกิน 28.5 กรัม และปลูกได้ไม่เกิน 6 ต้น

- การควบคุมการผลิตและจำหน่าย: ผู้ประกอบการต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐ และต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น การตรวจสอบคุณภาพและการติดตามผลผลิต

- การเก็บภาษี: รัฐที่กัญชาถูกกฎหมายมักเก็บภาษีจากการขายกัญชาเพื่อสร้างรายได้ให้กับรัฐ เช่น ในโคโลราโดรายได้จากภาษีกัญชาถูกนำไปใช้ในโครงการการศึกษาและสาธารณสุข

3. การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

3.1 การอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์

- กัญชาเพื่อการแพทย์ได้รับการอนุญาตในหลายรัฐ โดยผู้ป่วยต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์และลงทะเบียนในระบบของรัฐ

- โรคหรืออาการที่สามารถใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ได้ เช่น

- โรคลมชัก (Epilepsy)

- อาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain)

- โรคมะเร็ง (Cancer) และอาการคลื่นไส้จากการทำเคมีบำบัด

- โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis)

3.2 การควบคุมร้านจำหน่ายกัญชาเพื่อการแพทย์ (Dispensaries)

- การผลิตและจำหน่ายกัญชาเพื่อการแพทย์ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐ

- ผู้ป่วยสามารถซื้อกัญชาได้จากร้านขายยาที่ได้รับอนุญาต (Dispensaries)

- ร้านจำหน่ายกัญชาเพื่อการแพทย์ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดอย่างเคร่งครัด เช่น

- การตรวจสอบประวัติอาชญากรรมของผู้ประกอบการและพนักงาน

- การติดตั้งระบบรักษาความปลอดภัย เช่น กล้องวงจรปิด และระบบติดตามผลผลิต

- การติดตามผลผลิตอย่างชัดเจน โดยระบุปริมาณสาร THC และ CBD รวมถึงคำเตือนเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์

- การจำกัดปริมาณการซื้อกัญชาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด

การควบคุมการปลูกและการผลิตกัญชาเพื่อการแพทย์

- การปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์ต้องดำเนินการในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐ และอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวด เช่น การใช้ระบบติดตามการปลูก (Seed-to-Sale)

Tracking System) เพื่อควบคุมตั้งแต่การปลูกจนถึงการจำหน่าย การตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ เช่น การตรวจสอบสารปนเปื้อนและปริมาณสารออกฤทธิ์ และการจำกัดพื้นที่และจำนวนต้นกัญชาที่สามารถปลูกได้ในแต่ละสถานที่

การควบคุมผู้ป่วยและการส่งจ่ายยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ต้อง 1) ลงทะเบียนในระบบของรัฐ และได้รับบัตรประจำตัวผู้ป่วย (Medical Marijuana Card) 2) มีใบสั่งยาจากแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ส่งจ่ายกัญชา 3) แพทย์ที่ส่งจ่ายกัญชาต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของรัฐ เช่น การประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนการส่งจ่าย การติดตามผลการรักษาและผลกระทบจากการใช้กัญชา การรายงานข้อมูลการส่งจ่ายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การจำกัดปริมาณการครอบครองและการใช้ ผู้ป่วยสามารถครอบครองกัญชาได้ในปริมาณที่รัฐกำหนด เช่น

- ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ผู้ป่วยสามารถครอบครองกัญชาเพื่อการแพทย์ได้ไม่เกิน 8 ออนซ์ (ประมาณ 226 กรัม)
- ในรัฐฟลอริดา ผู้ป่วยสามารถครอบครองกัญชาในรูปแบบของน้ำมันหรือแคปซูลได้ในปริมาณที่เหมาะสมกับการรักษา
- ห้ามใช้กัญชาในที่สาธารณะหรือในสถานที่ที่กำหนด เช่น โรงเรียน หรือสถานที่ทำงาน

การเก็บภาษีและการใช้รายได้

- รัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์มักเก็บภาษีจากการขายกัญชาเพื่อใช้ในโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น การสนับสนุนโครงการวิจัยเกี่ยวกับกัญชา การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย การสนับสนุนโครงการด้านสาธารณสุขและการศึกษา

4. การควบคุมการใช้กัญชาในรัฐที่กฎหมายอนุญาต

- การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาถูกควบคุมอย่างเข้มงวดในแต่ละรัฐ เพื่อให้มั่นใจว่ากัญชาถูกใช้ในทางที่เหมาะสมและปลอดภัย

- รัฐบาลกลางยังคงติดตามและประเมินผลกระทบของการใช้กัญชาในรัฐต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับในอนาคต

4. สิงคโปร์ (Singapore)

สิงคโปร์เป็นหนึ่งในประเทศที่มีกฎหมายควบคุมยาเสพติดที่เข้มงวดที่สุดในโลก กัญชายังคงถูกจัดอยู่ใน ยาเสพติดประเภท A (Class A drug) ภายใต้ Misuse of Drugs Act (MDA) ซึ่งหมายความว่า การครอบครอง การใช้ การผลิต และการจำหน่ายกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายทั้งหมด โดยมีบทลงโทษที่รุนแรงสำหรับผู้ฝ่าฝืน

สถานะกฎหมาย กัญชายังคงผิดกฎหมายทั้งหมดในสิงคโปร์

- การครอบครอง การใช้ หรือการลักลอบนำเข้ากัญชา มีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น จำคุกหรือโทษประหารชีวิตในกรณีที่มีปริมาณมาก

แนวทางควบคุมและป้องกัน

- การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด โดยมีการตรวจสอบและจับกุมผู้กระทำความผิดอย่างต่อเนื่อง
- มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเสพติด รวมถึงกัญชา ผ่านโครงการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียนและชุมชน

- การตรวจสอบสินค้านำเข้าที่ด่านศุลกากรอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการลักลอบนำเข้ากัญชา

การควบคุมกัญชาในสิงคโปร์ (Singapore)

1. กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

1.1 Misuse of Drugs Act (MDA)

- กัญชาถูกจัดอยู่ใน Class A drug ซึ่งหมายถึงสารที่มีศักยภาพในการเสพติดสูงและมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง

- การครอบครอง การใช้ หรือการลักลอบนำเข้ากัญชา มีบทลงโทษดังนี้:

- การครอบครองหรือการใช้: โทษจำคุกสูงสุด 10 ปี หรือปรับสูงสุด 20,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ หรือทั้งสองอย่าง

- การลักลอบนำเข้า การผลิต หรือการจำหน่าย: โทษจำคุกตลอดชีวิต หรือโทษประหารชีวิตในกรณีที่มียาเสพติดเกิน 500 กรัมของกัญชา

1.2 การตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมาย

- หน่วยงาน Central Narcotics Bureau (CNB) มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด รวมถึงการตรวจสอบและจับกุมผู้กระทำความผิด

- CNB มีอำนาจในการตรวจสอบบุคคลหรือสถานที่ที่สงสัยว่ามีการครอบครองหรือใช้กัญชา

2. การควบคุมการใช้กัญชา

2.1 การใช้กัญชาในทางการแพทย์

- สิงคโปร์ไม่อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ในทุกรณี

- แม้จะมีการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาในระดับโลก แต่รัฐบาลสิงคโปร์ยังคงยืนยันว่ากัญชาเป็นสารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ที่ยอมรับได้

2.2 การใช้กัญชาเพื่อสันตินาการ

- การใช้กัญชาเพื่อสันตินาการถือว่าผิดกฎหมายโดยเด็ดขาด

- การตรวจพบสาร THC ในร่างกายของบุคคลถือว่าเป็นการใช้กัญชา และมีบทลงโทษตามกฎหมาย แม้ว่าจะใช้ในประเทศอื่นที่กัญชาถูกกฎหมาย

3. การควบคุมการนำเข้าและส่งออก

3.1 การลักลอบนำเข้ากัญชา

- การนำเข้ากัญชาเข้าสิงคโปร์ถือว่าผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษที่รุนแรง เช่น โทษประหารชีวิตในกรณีที่มียาเสพติดเกิน 500 กรัม

- CNB มีมาตรการตรวจสอบสินค้านำเข้าที่ด่านศุลกากรอย่างเข้มงวด เช่น การใช้เครื่องสแกนสินค้าและการตรวจสอบด้วยสุนัขตำรวจ

3.2 การส่งออกกัญชา

- สิงคโปร์ไม่อนุญาตให้ส่งออกกัญชาในทุกรณี

- การลักลอบส่งออกกัญชาจากสิงคโปร์มีบทลงโทษเช่นเดียวกับการนำเข้า

4. การรณรงค์และการป้องกัน

4.1 โครงการป้องกันยาเสพติด

- CNB ดำเนินโครงการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียนและชุมชน เช่น

- Anti-Drug Abuse Campaign: รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด รวมถึงกัญชา

- Drug-Free Schools Program: ส่งเสริมให้โรงเรียนเป็นพื้นที่ปลอดยาเสพติด

- การให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา เช่น การเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพจิต

4.2 การตรวจสอบและการบำบัด

- CNB มีโครงการตรวจสอบบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด เช่น การตรวจปัสสาวะและการตรวจสอบและการบำบัด

การตรวจสอบบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด

- การตรวจปัสสาวะ:

- CNB มีอำนาจในการเรียกตรวจปัสสาวะจากบุคคลที่สงสัยว่าใช้ยาเสพติด รวมถึงกัญชา

- หากพบสาร THC หรือสารเสพติดอื่น ๆ ในร่างกายบุคคลนั้นจะถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย แม้ว่าจะใช้สารดังกล่าวในประเทศที่กัญชาถูกกฎหมาย

- ผู้ที่ถูกตรวจพบสารเสพติดในร่างกายจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลของ CNB และอาจต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

- การตรวจสอบในชุมชนและสถานศึกษา:
- CNB ทำงานร่วมกับโรงเรียนและชุมชนในการตรวจสอบและป้องกันการใช้ยาเสพติด

- มีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะกิจเพื่อเฝ้าระวังและตรวจสอบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน
การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

- โครงการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (Drug Rehabilitation Program):

- ผู้ที่ถูกจับกุมในข้อหาใช้ยาเสพติด รวมถึงกัญชา อาจถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูในสถานบำบัดที่ได้รับการรับรอง

- โครงการฟื้นฟูมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาให้เลิกใช้ยาเสพติด และกลับเข้าสู่สังคมอย่างปลอดภัย

- การบำบัดในสถานบำบัด (Drug Rehabilitation Centres - DRCs):

- ผู้ที่ถูกตัดสินว่ามีความผิดฐานใช้ยาเสพติดครั้งแรก อาจถูกส่งตัวไปยังสถานบำบัดแทนการจำคุก

- การบำบัดใน DRCs รวมถึงการให้คำปรึกษา การฝึกทักษะชีวิต และการฟื้นฟูด้านจิตใจ

- ระยะเวลาการบำบัดขึ้นอยู่กับระดับการเสพติดและพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัด

- การติดตามหลังการบำบัด (Aftercare Program):

- หลังจากเสร็จสิ้นการบำบัด ผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด จะต้องเข้าร่วมโครงการติดตามผล เช่น การรายงานตัวต่อ CNB และการตรวจปัสสาวะเป็นระยะ

- โครงการติดตามนี้มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และช่วยให้ผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดสามารถปรับตัวในสังคมได้

การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

- CNB ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ที่เคยใช้ยาเสพติด

- มีการจัดกิจกรรมและโครงการเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเสพติด และส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในชุมชน

5. บทลงโทษสำหรับการฝ่าฝืนกฎหมาย

- สิ่งกีดขวางมีบทลงโทษที่รุนแรงสำหรับการเกี่ยวข้องกับกัญชาในทุกกรณี เช่น

- การครอบครองหรือการใช้: โทษจำคุกสูงสุด 10 ปี หรือปรับสูงสุด 20,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ หรือทั้งสองอย่าง

- การลักลอบนำเข้าหรือส่งออก: โทษจำคุกตลอดชีวิต หรือโทษประหารชีวิตในกรณีที่ปริมาณมาก (เช่น มากกว่า 500 กรัมของกัญชา)

- การผลิตหรือจำหน่าย: โทษจำคุกตลอดชีวิต หรือโทษประหารชีวิตในกรณีที่ปริมาณมาก

6. สรุป

สิงคโปร์มีกฎหมายและมาตรการควบคุมกัญชาที่เข้มงวดที่สุดในโลก โดยเน้นการป้องกัน การตรวจสอบ และการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีบทลงโทษที่รุนแรง

5. ประเทศไทย (Thailand)

สถานะกฎหมายปัจจุบัน

- ประเทศไทยได้ปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดประเภท 5 ตั้งแต่วันที่ 2022

- กัญชาถูกกฎหมายเพื่อการแพทย์และการใช้ในครัวเรือน แต่การใช้เพื่อสันทนาการยังคงไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน

กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศใหม่ พ.ศ.2568 คุ้มครองข้อมูลกัญชาเป็นสมุนไพรควบคุม หลังนายสมศักดิ์ เทพสุทิน ลงนามเมื่อ 23 มิ.ย. เน้นใช้ทางการแพทย์ ต้องมีใบสั่งแพทย์ ห้ามจำหน่ายออนไลน์หรือโฆษณา รอประกาศในราชกิจจานุเบกษาเพื่อบังคับใช้

ทั้งนี้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม(กัญชา) พ.ศ.2568 เป็นการปรับปรุงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 11 พ.ย.2565 ที่กำหนดให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ

แนวทางควบคุมและป้องกัน

การปลูกกัญชาในครัวเรือนต้องลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน "ปลูกกัญ" ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ณ ปี วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้มีการปรับปรุงกฎหมายและแนวทางควบคุมการใช้กัญชาเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศ และข้อกังวลทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการปลดล็อกกัญชาในปี พ.ศ. 2565 โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้

1. สถานะกฎหมายกัญชาในปี พ.ศ. 2568

- กัญชายังคงถูกปลดล็อกจากบัญชียาเสพติดประเภท 5 แต่มีการกำหนดกฎระเบียบที่ชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับการใช้ การปลูก การผลิต และการจำหน่าย

- การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ยังคงได้รับอนุญาต โดยต้องมีใบสั่งแพทย์และอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ

- การใช้กัญชาเพื่อสันทนาการได้รับการควบคุมอย่างเข้มงวด และยังคงห้ามการใช้ในที่สาธารณะหรือในลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น

2. การเปลี่ยนแปลงกฎหมายและข้อบังคับใหม่

2.1 การควบคุมการปลูกกัญชา

- การปลูกกัญชาในครัวเรือนยังคงอนุญาต แต่ต้องลงทะเบียนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข

- จำกัดจำนวนต้นกัญชาที่สามารถปลูกได้ในครัวเรือน (เช่น ไม่เกิน 6 ต้นต่อครัวเรือน)

- การปลูกเพื่อการค้าและการผลิตต้องมีใบอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ และต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด

2.2 การควบคุมการจำหน่าย

- การจำหน่ายกัญชาและผลิตภัณฑ์จาก

กัญชาต้องได้รับใบอนุญาตจากหน่วยงานรัฐ

- ห้ามจำหน่ายกัญชาให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีโรคประจำตัวที่อาจได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชา

- การจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาต้องมีฉลากที่ชัดเจนระบุปริมาณสาร THC และ CBD รวมถึงคำเตือนเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ

2.3 การใช้กัญชา

- การใช้กัญชาในที่สาธารณะยังคงผิดกฎหมาย และมีบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืน

- การใช้กัญชาในลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น เช่น การสูบในที่สาธารณะหรือในที่ทำงาน มีบทลงโทษที่เข้มงวดขึ้น

- การขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของกัญชายังคงมีบทลงโทษ เช่นเดียวกับการเมาแล้วขับ

2.4 การควบคุมผลิตภัณฑ์จากกัญชา

- ผลิตภัณฑ์จากกัญชา เช่น น้ำมันกัญชา อาหาร และเครื่องดื่ม ต้องผ่านการตรวจสอบและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

- ห้ามโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์กัญชาในลักษณะที่ส่งเสริมการใช้เพื่อสันทนาการ

3. แนวทางการป้องกันและควบคุม

3.1 การบังคับใช้กฎหมาย

- เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบและจับกุมผู้ที่ใช้หรือจำหน่ายกัญชาในลักษณะที่ผิดกฎหมาย

- มีการตั้งหน่วยงานเฉพาะกิจเพื่อดูแลการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา

3.2 การให้ความรู้และรณรงค์

- รัฐบาลจัดทำแคมเปญให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย และผลกระทบของการใช้ในทางที่ผิด

- การให้ความรู้ในโรงเรียนและชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาต่อสุขภาพและสังคม

3.3 การควบคุมการนำเข้าและส่งออก

- การนำเข้าและส่งออกกัญชาและ

3.3 การควบคุมการนำเข้าและส่งออก

- การอนุญาตนำเข้าและส่งออก การนำเข้าและส่งออกกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาจะต้องได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

- ข้อกำหนดด้านเอกสาร ผู้ประกอบการที่ต้องการนำเข้าและส่งออกต้องแสดงเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ใบอนุญาตนำเข้า-ส่งออก และเอกสารรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์

- การตรวจสอบคุณภาพ ผลิตภัณฑ์กัญชาที่นำเข้าหรือส่งออกต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐาน เช่น ปริมาณสาร THC และ CBD ต้องไม่เกินที่กฎหมายกำหนด

- การป้องกันการลักลอบ เพิ่มมาตรการตรวจสอบที่ด่านศุลกากรเพื่อป้องกันการลักลอบนำเข้าและส่งออกกัญชาเถื่อน โดยใช้เทคโนโลยี เช่น เครื่องสแกนสินค้า และการตรวจสอบด้วยระบบดิจิทัล

- การจำกัดประเทศคู่ค้า การส่งออกผลิตภัณฑ์กัญชาจะจำกัดเฉพาะประเทศที่มีกฎหมายรองรับการใช้กัญชา และต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของประเทศปลายทาง

4. การบูรณาการความร่วมมือ

4.1 ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในประเทศ

- การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กรมศุลกากร และสำนักงาน

ตำรวจแห่งชาติ เพื่อบังคับใช้กฎหมายและควบคุมการใช้กัญชา

- การจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อกำกับดูแลการดำเนินงานเกี่ยวกับกัญชาในทุกมิติ

4.2 ความร่วมมือระหว่างประเทศ

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความร่วมมือกับประเทศที่มีกฎหมายควบคุมกัญชา เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย และเยอรมนี เพื่อเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดี

- การเข้าร่วมในเวทีระหว่างประเทศ เช่น WHO และ UNODC เพื่อหารือเกี่ยวกับมาตรฐานและแนวทางการควบคุมกัญชาในระดับโลก

5. บทลงโทษสำหรับการฝ่าฝืนกฎหมาย

- การปลูกหรือจำหน่ายโดยไม่ใบอนุญาต มีโทษปรับและจำคุกตามที่กฎหมายกำหนด

- การใช้ในที่สาธารณะ มีโทษปรับและอาจมีการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มเติมในกรณีที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น

- การลักลอบนำเข้า-ส่งออก มีโทษจำคุกสูงสุดและปรับในอัตราที่สูง รวมถึงการยึดสินค้าทั้งหมด

สรุป

การเปลี่ยนแปลงกฎหมายกัญชาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2568 มุ่งเน้นการควบคุมการใช้กัญชาอย่างรอบด้าน โดยมีการกำหนดกฎระเบียบที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิด และส่งเสริมการใช้ในทางการแพทย์และเศรษฐกิจอย่างปลอดภัยและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

Central Narcotics Bureau (CNB). (n.d.). Drug laws in Singapore. <https://www.cnb.gov.sg>

Federal Republic of Germany. (1981). German Narcotic Drugs Act (Betäubungsmittelgesetz - BtMG).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/

Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM). (n.d.). Official website.

https://www.bfarm.de/EN/Home/home_node.html

Food and Drug Administration (Thailand). (n.d.). Cannabis product regulations. <https://www.fda.moph.go.th>

Government of Canada. (2018). Cannabis Act (C-45). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-24.5/>

Government of Canada. (2025). Cannabis regulations. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis.html>

Government of Singapore. (1973). Misuse of Drugs Act (MDA). <https://sso.agc.gov.sg/Act/MDA1973>

National Health Commission Office. (2007). National Health Act, B.E. 2550 (2007). <https://www.nationalhealth.or.th>

National Conference of State Legislatures. (2024). State medical cannabis laws.

<https://www.ncsl.org/research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx>

Ministry of Labour (Thailand). (n.d.). Announcement on cannabis use in the workplace. Ministry of Public Health. (n.d.).

Notification on controlled herbs (Cannabis). <https://www.moph.go.th>

Ministry of Education (Thailand). (n.d.). Announcement on cannabis use in educational institutions.

<https://www.moe.go.th>

Ministry of Public Health. (n.d.). Guidelines for safe community-level cannabis use. <https://www.moph.go.th>

Ministry of Public Health, Department of Medical Sciences. (n.d.). Cannabis research and reports.

<https://www.dmsc.moph.go.th>

Ministry of Public Health. (n.d.). Plook Ganja application. <https://plookganja.fda.moph.go.th>

Raksawong, Suanee. (July 4, 2025) “Cannabis is Not Liberalized” Following the New Controlled Herb Announcement.

Senate, Document Production Division, Public Relations Office.

<https://www.senate.go.th/view/386/News/Latest/327/TH-TH>

República Oriental del Uruguay. (2013). Ley N° 19.172: Regulación y control del cannabis.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013>

Narcotics Control Board. (n.d.). Announcement on medical cannabis use. Ministry of Public Health.

<https://www.moph.go.th>

Royal Thai Government. (2021). Narcotic Act (No. 8), B.E. 2564 (2021). <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>

U.S. Food and Drug Administration. (2024, June 10). Cannabis and cannabis-derived products.

<https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-and-cannabis-cannabis-derived-products>