

PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 12 No. 1

January - April 2026

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑

มกราคม - เมษายน ๒๕๖๙



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.12 No.1

January – April 2026

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๙

Content สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Factors Affecting the Provision of Health Promotion Services by Personnel of Health Promoting Hospitals Transferred to the Provincial Administrative Organization, Nakhon Si Thammarat Province 1-14
Kittipan Chuaybunchoo
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
กิตติพันธ์ ช่วยบุญชู
- Acceptance and Utilization of Cloud-based Healthcare Risk Management System in Community hospital: A Case Study of a Community hospital in Uttaradit Province 15-26
Pongsakorn Thatsanarapan, Sasithorn Thanapop
การยอมรับและการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี
พงษ์สกร ทัศนราพันธ์, ศศิธร ณะภาพ

- Factors Associated with Denture Use and Non-use among the Elderly in Wang Phikun Subdistrict, Wang Thong District, Phitsanulok Province 27-39

Natcha Jitwareekasem, Methinee Intarates, Patcharapom Deekung, Thidaporn Piroonpaisarn, Apichaya Mungdee

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ณัชชา จิตรวาริเกษม, เมธิณี อินทรเทศ, พัชรารัตน์ ดีกิ่ง, ธิดาภรณ์ พิรุณไพศาล, อภิชนา มุ่งดี

- Factors Affecting Policy Implementation of “One ID Card Smart Hospital”: A Case Study of the District Health Promotion Hospital in Health Region 4 41-59

Supussom Wongtawan, Youwanuch Sattayasomboon, Wirin Kittipichai, Sariyamon Tiraphat

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4

ศุภัสสร วงศ์ตะวัน, ยุวนุช สัตยสมบุญ, วิรินทร์ กิตติพิชัย, ศรียามน ตีรพัฒน์

- Implementing Transboundary Environmental Impact Assessments (TEIA) under the Espoo Convention: Lessons from experience 61-83

Parach Runglek, Chaunjit Chanchitpricha, Alan Bond

แนวทางการดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนภายใต้อนุสัญญาเอสโป: บทเรียนจากประสบการณ์

ปราช หรั่งเล็ก, ชันจิต ชาญชิตปรีชา, Alan Bond

- Needs Assessment of the Dental Nurse Competency at Subdistrict Health Promoting Hospitals in Suphanburi Province 85-98

Sarunya Chuenjit, Suwattana Kerdmuang, Sunisa Chansaeng

การประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ศรันยา ชันจิต, สุวัฒนา เกติม่วง, สุนิสา จันทร์แสง

- Organizational Engagement and Quality of Work Life among Different Generations of Personnel at a Community Hospital in Phayao Province: A Comparative Study 99-100
Thitirat Taya, Kiraphol Kaladee

กรณีศึกษาเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา
ฐิติรัตน์ ทายา, กิระพล กาละดี
- Health belief model and social support affecting the perception of alcohol control laws among entrepreneurs in Thung Khao Luang distric, Roi Et province 111-123
Surasak Kanyarat, Nakarin Prasit, Supachai Yanarueng, Peerayat Saengtrisu, Warunyu Phordee, Kamontip Suyanang

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด
สุรศักดิ์ กันยารัตน์, นครินทร์ ประสิทธิ์, ศุภชัย ยามะเรือง, พีรยุทธ แสงตรีสุข, วรัญญ์ พอดี, กมลทิพย์ สุหัญานาง
- Factors Relating to Frailty among Community-Dwelling Elderly in Nam-Phrae subdistrict, Hangdong district, Chiang Mai Province 125-139
Kanuengnit Singkaewwong

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอลำปาง จังหวัดเชียงใหม่
คนึงนิตย์ ลิงห์แก้ววงศ์
- The Effectiveness of the Basic Life Support Training Program in Bangkok Metropolitan Area 141-153
Nittaya Lordkaew, Theerawut Thummakun, Araya Prasertchai

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ในกรุงเทพมหานคร
นิตยา หลอดแก้ว, ธีระวุธ ธรรมกุล, อารยา ประเสริฐชัย

- Health and Environmental Impact Assessment Using Life Cycle Assessment of Biomass Fuel and Liquefied Petroleum Gas Usage in Khao Lam Production Processes in Chon Buri Province 155-172

Siwapa Sirijamom, Rutaichanok Poopuang, Sunutcha Phopongsin, Taddao Pahasup-anan, Rotruedee Chotigawin

การประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยการประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ จากการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลวของกระบวนการผลิตข้าวหลาม ในจังหวัดชลบุรี
คิวกา สิริจามร, ฤทัยชนก ภู่พวง, สุนัฐชา เผ่าพงษ์ศิลป์, ทัดดาว พาหาทรัพย์อนันต์, รจฤดี โชติกาวิรินทร์

- Model Development of Medical Service Reimbursement for the Inpatient department, Suwannaphum Hospital, Roi-Et Province 173-186

Pidsamai Savisai, Songkhamchai Leethongdissakul, Surasak Thiabrithi

การพัฒนาารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พิสมัย สาวิตย์, สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

Academic Paper บทความวิชาการ

- A Human Rights Analysis of Migrant Worker Amnesty Measures in Thailand 187-197

Chardsumon Prutipinyo, Pitakpol Boonyamalik

การวิเคราะห์เชิงสิทธิมนุษยชนของมาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย
ฉัตรสุมน พฤตมิภิญโญ, พิทักษ์พล บุญยมาลิก

- The Application of Objectives and Key Results (OKRs) in Public Health Management: A Theoretical and Implementation Framework 199-210

Duongsamorn Manowan

การประยุกต์ใช้กรอบ Objectives and Key Results (OKRs) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การบริหารงานสาธารณสุข: กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและแนวทางการดำเนินงาน
ดวงสมร มะโนวรรณ

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

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข
420/1 อาคารสวีสต์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
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 เล่าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นัทศน์ ศิริโชติรัตน์, 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.พัสกร องอาจ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต
เฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทรวรรณ ทองใหญ่
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

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

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต	Asst. Prof. Dr. Suthee Usathaporn, Faculty of Law, Dhurakij Pundit University.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมานโน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม	Asst. Prof. Dr. Nitsit Intamano, Sriprathum university
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Assoc. Prof. Dr. Piyathida Khajornchaikul, Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Assoc. Prof. Ann Jirapongsuwan, Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ธันชพร กังสังข์ คณะติ ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	Assoc. Prof. Thanadchapon Kungsung, Sukhothai Thammathirat Open University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University	Assoc. Prof. Dr. Chanapong Rojanaworarit, Department of Health Professions, Hofstra University
รองศาสตราจารย์ ดร.วราพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Assoc.Prof.Dr. Vorapoj Promasatayaprot, Mahasarakham University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Assoc.Prof.Dr. Sumattana Glangkarn, Mahasarakham University
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัดมัย ถนัดศิลป์กุล สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	Assoc. Prof. Dr. Lawan Thanasilpakul, Sukhothai Thammathirat Open University
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Assoc. Prof. Dr. Eua Aree Ingchanin, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร. นිරมัย พิศแข มั่นจิตร คณะ นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Assoc.Prof. Dr. Niramai Phitkhae Manjit, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	Assoc. Prof. Dr. Warangkana Chankong, Sukhothai Thammathirat Open University
รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริรักษา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	Assoc. Prof. Dr. Nittaya Pensirinapa, Sukhothai Thammathirat Open University
รองศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ชูศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอล งกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์	Assoc.Prof. Dr.Thassaporn Chusak, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี มหาวิทยาลัยบูรพา	Assoc.Prof. Dr. Patchana Jaidee, Burapha University

Factors Affecting the Provision of Health Promotion Services by Personnel of Health Promoting Hospitals Transferred to the Provincial Administrative Organization, Nakhon Si Thammarat Province

Kittipan Chuaybunchoo¹

¹Public Health Technical Officer

Corresponding author: e-mail: kitti.chuay21@gmail.com

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation:

Chuaybunchoo, K. Factors Affecting the Provision of Health Promotion Services by Personnel of Health Promoting Hospitals Transferred to the Provincial Administrative Organization, Nakhon Si Thammarat Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 1–14. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/283311

Received: 2 September 2025

Revised: 29 September 2025

Accepted: 4 October 2025

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate factors influencing the provision of health promotion services among personnel of health promoting hospitals, transferred to the Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. A total of 192 personnel participated, with data collected via a questionnaire, demonstrated a high reliability (Cronbach's alpha = 0.97). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential methods, including one-way ANOVA, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

The findings revealed that work motivation and health promotion service provision, were at the highest levels (Mean = 4.21, SD = 0.32; Mean = 4.23, SD = 0.43, respectively), while organizational commitment was at a high level (Mean = 4.05, SD = 0.47). The variables of responsibility, credibility, acceptance of organizational goals and values, professional status, job performance success, and career advancement could jointly predict 56.80% of the variance in the provision of health promotion services.

These findings can be utilized by the Provincial Administrative Organization and relevant agencies to enhance motivation and organizational commitment in sustaining effective health promotion services.

Keywords: Health promotion Services; Work Motivation; Organizational commitment; Administrative Transferred; Provincial Administrative Organization

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

กิตติพันธ์ ช่วยบุญชู¹

¹ นักวิชาการสาธารณสุข

อีเมลติดต่อ kitti.chuay21@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ: 2 กันยายน 2568

วันแก้ไข: 29 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ: 4 ตุลาคม 2568

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 192 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.21, SD = 0.32), (Mean = 4.23, SD = 0.43) ตามลำดับ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, SD = 0.47) ตัวแปร ความรับผิดชอบ ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์กร สถานภาพของวิชาชีพ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าในตำแหน่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร้อยละ 56.80

องค์การบริหารส่วนจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำผลไปสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความผูกพันต่อองค์กรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ; แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน; ความผูกพันต่อองค์กร; การถ่ายโอนภารกิจ; องค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อหรือติดต่อจากคนสู่คน แต่มักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งก่อให้เกิดโรคสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็น “กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (World Health Organization, 1986) โดยในปี พ.ศ. 2529 มีการประกาศ อนุบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ๕ ประการ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a Healthy Public Policy) (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) (3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal Skills) และ (5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health Services) ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อเพิ่มความเสมอภาคด้านสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (World Health Organization, 1986) จากการศึกษาของ Chuaybunchoo, Prutipinyo, และ Kittipicha (2024) พบว่า ภาพรวมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.31, SD = 0.44)

ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Work Motivation) มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากแรงจูงใจเป็นตัวผลักดันให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดย Herzberg et al., (2010) แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) ปัจจัยจูงใจ (Motivator factors) เช่น ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง และ (2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เช่น นโยบายและการบริหารสภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน การปกครองบังคับบัญชา ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เงินเดือนและค่าตอบแทน และสถานภาพของวิชาชีพ ทั้งนี้ งานวิจัยของ Prasit และ Bouphan (2018) พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่

ปฏิบัติ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเผื่อระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 55.4

นอกจากนี้ การปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายยังขึ้นอยู่กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Organization Commitment) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร และความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร (Mowday, Steers & Porter, 1979) จากงานวิจัยของ Uanmahong และ Sriruecha (2018) พบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร รวมทั้งความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงอยู่ในองค์กร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 36.2

ในปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 48 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานรวม 376 คน (Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization, 2025) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยมีกิจกรรมหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ รวมถึง การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ จากการศึกษาของ Srikajornwong (2022) พบว่า การถ่ายโอนสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นบูรณาการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจเผชิญปัญหา เช่น ความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน การขาดแรงจูงใจ ความไม่

ผูกพันต่อองค์การ ตลอดจน การประสานงานที่ยังไม่เข้มแข็ง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลในการดำเนินงาน และใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนานโยบายและการบริหารจัดการด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ กับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
4. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพยากรณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 5 – 15 สิงหาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 376 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2565) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 212 คน โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเข้ารับการฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนบุคลากรโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อมูลในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง

2. ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายและการบริหารสภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน การปกครองบังคับบัญชา ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เงินเดือนและค่าตอบแทน และสถานภาพของวิชาชีพ

ใช้คำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 1 = ไม่มี

ตอนที่ 3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย

1. ความเชื่อถือถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ

2. ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การ

3. ความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์การ

เป็นคำถามมาตรฐานค่า มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ โดยมากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน น้อย 3 คะแนน น้อยที่สุด 2 คะแนน และไม่มี 1 คะแนน

ใช้คำถามแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 1 = ไม่มี

ตอนที่ 4 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

ใช้คำถามแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 1 = ไม่มี

ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำแต่ละข้อไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.97 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถืออยู่ในระดับสูงมาก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุมัติและสนับสนุนในการเก็บข้อมูล

2. ประสานกับผู้อำนาจการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่ออำนวยความสะดวกในการเผยแพร่แบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนตอบแบบสอบถามออนไลน์

4. จัดเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติและรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีเลขที่รับรอง 164/2568 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2568

1. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยยืนยันว่า การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ

3. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผล

4. การปฏิเสธหรือการให้ข้อมูลจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย

- การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

- การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

- การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 210 ชุด รับผิดชอบแบบสอบถาม จำนวน 192 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.42 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.90) มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 36.50) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.20) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-20 ปี (ร้อยละ 34.90) การฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 84.90) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเจ้าหน้าที่ ขนาดกลาง (ร้อยละ 78.60) จำนวนบุคลากร 7-12 คน (ร้อยละ 78.10)

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการจั้ดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.21, SD = 0.32) ด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.27, SD = 0.39)

สำหรับรายด้าน พบว่า ความรับผิดชอบ มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.39, SD = 0.41) รองลงมา ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.33, SD = 0.46) การยอมรับนับถือ มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.28, SD = 0.54) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.23, SD = 0.55) และความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.11, SD = 0.57) และด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.14, SD = 0.34) สำหรับรายด้าน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.57) รองลงมา การปกครองบังคับบัญชา มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.24, SD = 0.61) สถานภาพของวิชาชีพ มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.22, SD = 0.55) นโยบายและการบริหาร มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.18, SD = 0.53) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.18, SD = 0.62) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.08, SD = 0.68) สภาพการปฏิบัติงาน มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.02, SD = 0.61) และเงินเดือนและค่าตอบแทน มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.84, SD = 0.57) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการจั้ดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช (n=192)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	Mean	SD	แปลผล
ปัจจัยจูงใจ	4.27	0.39	มากที่สุด
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	4.33	0.46	มากที่สุด
การยอมรับนับถือ	4.28	0.54	มากที่สุด
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4.23	0.55	มากที่สุด
ความรับผิดชอบ	4.39	0.41	มากที่สุด
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	4.11	0.57	มาก
ปัจจัยค้ำจุน	4.14	0.34	มาก
นโยบายและการบริหาร	4.18	0.53	มาก
สภาพการปฏิบัติงาน	4.02	0.61	มาก
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.38	0.57	มากที่สุด
ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	4.18	0.62	มาก

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	Mean	SD	แปลผล
การปกครองบังคับบัญชา	4.24	0.61	มากที่สุด
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	4.08	0.68	มาก
เงินเดือนและค่าตอบแทน	3.84	0.57	มาก
สถานภาพของวิชาชีพ	4.22	0.55	มากที่สุด
ภาพรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.21	0.32	มากที่สุด

3. ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, SD = 0.47) สำหรับรายด้าน พบว่า ความเชื่อถือการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์กร มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.19, SD = 0.58)

รองลงมา ความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, SD = 0.54) และความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.78, SD = 0.65) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 192)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	Mean	SD	แปลผล
ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์กร	4.19	0.58	มาก
ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร	3.78	0.65	มาก
ความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร	4.18	0.54	มาก
ภาพรวมระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	4.05	0.47	มาก

4. ระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.23, SD = 0.43) สำหรับรายด้าน พบว่า ระดับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ มีระดับการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.38, SD = 0.49) รองลงมา

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มีระดับการจัดบริการอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.32, SD = 0.43) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีระดับการจัดบริการอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.20, SD = 0.58) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีระดับการจัดบริการอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.18, SD = 0.60) และการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง มีระดับการจัดบริการอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.10, SD = 0.56) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมระดับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 192)

การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ	Mean	SD	แปลผล
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	4.20	0.58	มาก
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.18	0.60	มาก
การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	4.10	0.56	มาก
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	4.32	0.43	มากที่สุด
การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ	4.38	0.49	มากที่สุด
ภาพรวมระดับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ	4.23	0.43	มากที่สุด

5. ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการ

ปฏิบัติงาน การฝึกอบรม และจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างก็มีการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างก็มีการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลในการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ				p-value
	n	Mean	SD	t/F value	
เพศ					
ชาย	29	4.37	0.39	3.603	0.059
หญิง	163	4.21	0.43		
อายุ (ปี)					
40 หรือต่ำกว่า	44	4.30	0.40	0.908	0.405
41 – 50	70	4.19	0.43		
มากกว่า 50	78	4.24	0.43		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี	158	4.23	0.43	0.037	0.847
ปริญญาโทหรือสูงกว่าปริญญาโท	34	4.25	0.44		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)					
20 หรือต่ำกว่า	96	4.23	0.40	1.423	0.244
21 – 30	61	4.19	0.47		

ตัวแปร	การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ				p-value
	n	Mean	SD	t/F value	
การฝึกอบรม					
มากกว่า 30	35	4.34	0.41		
ไม่เคย	29	4.22	0.51	0.039	0.844
เคย	163	4.24	0.41		
ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
ขนาดใหญ่ (L)	18	4.41	0.44	3.094	0.048
ขนาดกลาง (M)	151	4.20	0.42		
ขนาดเล็ก (S)	23	4.36	0.43		
จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (คน)					
น้อยกว่า 7	36	4.25	0.41	0.896	0.410
7 – 12	150	4.22	0.43		
มากกว่า 12	6	4.46	0.34		

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ภาพรวมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.645$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.687$) หากพิจารณาทางด้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.585, 0.465, 0.559, 0.595, 0.502$ ตามลำดับ) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยจูงใจอื่น มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.434$) หากพิจารณาทางด้าน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยจูงใจอื่น ได้แก่ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน สถานภาพของวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.325, 0.323, 0.423$ ตามลำดับ) นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา ชีวิตความเป็นอยู่และส่วนตัว มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.162, 0.168, 0.205, 0.222, 0.195$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ภาพรวมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.512$) หากพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ด้านความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร และด้านความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กรมีความสัมพันธ์

ระดับปานกลางกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไป
ยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.568, 0.313, 0.350$
ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อ
องค์การกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไป
ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช		
	r	p-value	ขนาดความสัมพันธ์
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.645	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.687	<0.001	ปานกลาง
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.585	<0.001	ปานกลาง
การยอมรับนับถือ	0.465	0.152	ปานกลาง
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.559	0.230	ปานกลาง
ความรับผิดชอบ	0.595	<0.001	ปานกลาง
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.502	0.004	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.434	<0.001	ปานกลาง
นโยบายและการบริหาร	0.162	0.235	ต่ำ
สภาพการปฏิบัติงาน	0.168	0.588	ต่ำ
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.205	0.137	ต่ำ
ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.325	0.670	ปานกลาง
การปกครองบังคับบัญชา	0.222	0.993	ต่ำ
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.195	0.001	ต่ำ
เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.323	0.477	ปานกลาง
สถานภาพของวิชาชีพ	0.423	<0.001	ปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ	0.512	<0.001	ปานกลาง
ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมของ องค์การ	0.568	0.081	ปานกลาง
ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการ ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การ	0.313	0.477	ปานกลาง
ความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็น สมาชิกขององค์การ	0.350	0.356	ปานกลาง

7. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อ

หาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ตัวแปรที่มีผล ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ สถานภาพของวิชาชีพ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้า

ในตำแหน่ง ร่วมกันทำนายนายการจัดการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน

ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ร้อยละ
56.80 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายนายการจัดการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	t-value	p-value
ความรับผิดชอบ	0.320	0.308	5.438	<0.001
ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและ ค่านิยมขององค์การ	0.092	0.124	1.699	0.091
สถานภาพของวิชาชีพ	0.155	0.197	3.885	<0.001
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.232	0.247	4.047	<0.001
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.146	0.194	2.980	0.003
ค่าคงที่	0.189			

$R^2 = 0.579$, $R^2_{adj} = 0.568$

8. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัญหา อุปสรรค ที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอไว้
งานวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บาง
แห่งมีปัญหา ขาดการวางแผนก่อนการถ่ายโอน เกิด
ปัญหาในการสั่งการ การประสานงาน การควบคุมกำกับ
ดูแล กระทบต่อการให้บริการประชาชนในพื้นที่สุขภาพ
หน่วยงานกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดขาด
ความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
งานสาธารณสุข ซึ่งข้อเสนอแนะนั้น องค์การบริหารส่วน
จังหวัดควรจัดทำแผนอัตรากำลัง และจัดหาบุคลากรให้
ครบตามกรอบโครงสร้าง และขนาดของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการจัดให้มีการประชุม
อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพบปะพูดคุยและแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ร่วมกัน และสร้างความเข้าใจร่วมกัน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการบริการ
ส่งเสริมสุขภาพตำบลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครศรีธรรมราช ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมี
ความสัมพันธ์กับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไป
ยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช นอกจากนี้
คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม และจำนวน
บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับ
การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaikaeav, Bouphan
และ Udompanich (2019) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า
ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับ
ปานกลางกับการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจาก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
เป็นความท้าทายความพยายามที่จะปฏิบัติงานให้ไปสู่
ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้เกิดการทำงาน
อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความร่วมมือร่วมใจในการ
ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Prasit และ
Bouphan (2018) ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับ

ปานกลางกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากการปฏิบัติงานความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ความเชื่อถือ การยอมรับ เป้าหมายและค่านิยมขององค์การ ความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์การ ความปรารถนาแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์การ ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Uanmahong และ Sriruecha (2018) ภาพรวมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา พบว่าตัวแปรที่มีผล ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความเชื่อถือ การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ สถานภาพของวิชาชีพ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าในตำแหน่ง ร่วมกันทำนายการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 56.80 เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุม ได้แก่ การสร้างนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thongpool, Bouphan และ Jutarasaga (2018) ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ และสถานภาพของวิชาชีพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 26.90

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และความผูกพันของบุคลากร ซึ่งจะช่วยให้การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพมากขึ้น ตลอดจนเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานด้านสุขภาพในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนี้

1. การพัฒนาระบบแรงจูงใจและสิ่งแวดล้อมการทำงาน

ควรมีมาตรการสร้างแรงจูงใจทั้งด้านเนื้อหา (motivation factors) และปัจจัยจำ (hygiene factors) เช่น ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ความมั่นคงสวัสดิการ และการได้รับการยกย่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.

2. การเสริมสร้างขีดความสามารถบุคลากร
องค์กรควรจัดอบรมต่อเนื่องด้านการส่งเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการโครงการ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อยกระดับทักษะการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานสาธารณสุขปัจจุบัน

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น
สนับสนุนให้ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมสุขภาพมากขึ้น เพื่อสร้างความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพ

4. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน
ควรมีระบบเชื่อมโยงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การโอนถ่ายภารกิจและการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ
ควรศึกษาประสบการณ์และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงผู้รับบริการ เพื่อสะท้อนภาพเชิงลึกของความท้าทายและแนวทางการปรับตัว

2. การศึกษาปัจจัยเชิงเปรียบเทียบ
เปรียบเทียบผลลัพธ์การทำงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจแล้วกับที่ยังอยู่ในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข เพื่อหาความแตกต่างด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ

3. การวิจัยเชิงนโยบายและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

ควรมีการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการถ่ายโอนภารกิจ รวมถึงการวิเคราะห์ผลลัพธ์ระยะยาวต่อระบบสุขภาพในชุมชน

4. การใช้แบบจำลองทางสถิติขั้นสูง

การวิจัยในอนาคตอาจประยุกต์ใช้ Cox model, SEM (Structural Equation Modeling) หรือ Multilevel Analysis เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงซ้อนที่มีผลต่อแรงจูงใจ ความผูกพัน และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Chuaybunchoo, K., Prutipinyo, C., & Kittipicha, W. (2024). Health promotion operations in Health Promoting Hospitals transferred to the Southern Provincial Administrative Organization, Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 1(3), 451–464. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272544
- Elifson, W., Runyon, P., & Haber, A. (1990). *Fundamentals of social statistics* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (2010). *The motivation to work*. Transactions.
- Kaikaew, P., Bouphan, P., & Udompanich, S. (2019). Personal characteristics and organizational support influencing performance of health personnel in health promotion and disease prevention at Tambon Health Promotion Hospitals in Muang Nong Khai District, Nong Khai Province. *Research and Development Health System Journal*, 1(1), 311–318. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/issue/view/17515/4561>
- Likert, R. (1967). *The human organization: Its management and value*. McGraw-Hill.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224–247.
- Thongpool, N., Bouphan, P., & Jutasaraga, M. (2018). Motivation and organizational support affecting the elderly health promotion of public health officers at Sub-District Health Promoting Hospitals in Mahasarakham Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*, 1(3), 131–141. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/208439/144532>
- Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. (2025). *Public Health Department personnel data report*. Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization.
- Prasit, N., & Bouphan, P. (2018). Motivation and organization climate affecting surveillance and rapid response performance of health personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Nakhon Ratchasima Province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*, 1(2), 65–77. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/127077/95920>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607–610.
- Srikajornwong, R. (2022). Readiness of the Provincial Administrative Organization and transfer of Sub-District Health Promoting Hospital. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2(3), 315–334. <https://doi.org/10.14456/iarj.2022.39>

- Unmahong, P., & Sriruecha, C. (2018). Personal attributes and organizational commitments affecting the performances of public health personnel in accordance with the Quality and Outcome Frameworks for Service Quality Criteria at Sub-District Health Promoting Hospital, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research, 11*(4), 21–29. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145277>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. An international conference on health promotion, November 17–29, 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

Acceptance and Utilization of Cloud-based Healthcare Risk Management System in Community hospital: A Case Study of a Community hospital in Uttaradit Province

Pongsakorn Thatsanarapan^{1*}, Sasithorn Thanapop²

1 Master of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

2 Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Thatsanarapan, P., & Thanapop, S. Acceptance and Utilization of Cloud-based Healthcare Risk Management System in Community hospital: A Case Study of a Community hospital in Uttaradit Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 15–26. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/284147

Received: 6 October 2025..

Revised: 4 November 2025

Accepted: 9 November 2025

Abstract

A community hospital in Uttaradit province has implemented Risk Management System, for personnel. The objective of this study was to analyze the relationship between personal characteristic factors, information technology acceptance, and the system utilization among hospital staff. Data collected from the sample of 143 individuals through a questionnaire with content validity ranging from 0.67 to 1.00, and reliability of 0.825. The relationships were analyzed using Pearson's chi-square statistics.

The findings revealed that the majority of respondents were female (83.2%), with a mean age of 39.9 years. The overall acceptance level was high (62.2%), with perceived usefulness scoring the highest average and perceived ease of use scoring the lowest. System usage analysis showed that 70% of personnel had accessed the system at least once in the past month, with the most frequently used function being the recording of risk incident reports (57.1%). Statistical analysis indicated the nature of work and the department of work, had significant relationships with the system utilization. However, no significant relationship was found between information technology acceptance and the system utilization.

In conclusion, the hospital should promote awareness among direct patient care personnel about the importance of the system, easily accessible system, and providing regular training. These measures would enhance acceptance of system utilization, ensuring alignment with sustainable risk management practices.

Keywords: Technology Acceptance; System Utilization; Cloud-based Healthcare Risk Management System; Community hospital

การยอมรับและการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์

พงษ์สกร ทัศนราพันธ์^{1*}, ศศิธร ณะภพ²

1 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2 รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* อีเมลติดต่อ pskthatsana@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 6 ตุลาคม 2568

วันแก้ไข 4 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ 9 พฤศจิกายน 2568

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์ นำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยง บุคลากรจำเป็นต้องมีความพร้อมและยอมรับในการใช้งาน วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศกับการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลของบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน ด้วยแบบสอบถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น 0.825 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเพียร์สันไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.2 อายุเฉลี่ย 39.9 ปี ระดับคะแนนการยอมรับภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.2 ด้านการรับรู้ประโยชน์คะแนนเฉลี่ยสูงสุด การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด การเข้าใช้งานระบบตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในรอบเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ใช้เพื่อบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ร้อยละ 57.1 ลักษณะงานและแผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการใช้งานระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานระบบ

โดยสรุปโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเห็นความสำคัญของการใช้งานระบบมากขึ้น ทำให้การเข้าใช้งานระบบเป็นไปได้ง่าย จัดอบรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างการยอมรับและการใช้งานระบบ สอดคล้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การยอมรับเทคโนโลยี ; การใช้งานระบบ ; ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ; โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรสาธารณสุข โดยเฉพาะเทคโนโลยีในการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งเป็นเครื่องมือจำเป็นในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ซึ่งเน้นย้ำว่าการลงทุนในความปลอดภัยของผู้ป่วยส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับอันตรายต่อผู้ป่วย ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบ และช่วยในการสร้างความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ (WHO, 2023)

สำหรับประเทศไทย มีการนำระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) มาใช้ เพื่อให้บุคลากรบันทึกและวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบเรียลไทม์บนระบบคลาวด์ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และเชื่อมโยงกับระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แห่งชาติ (National Reporting and Learning System: NRLS) เพื่อให้มีข้อมูลในการวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาระบบในระดับประเทศ เพื่อมุ่งสู่ความปลอดภัยที่ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (The Healthcare Accreditation Institute, n.d.) ซึ่งการนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการความเสี่ยงมีส่วนช่วยในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) และส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยได้เป็นอย่างดี (Nakajima et al, 2005)

การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจด้านการยอมรับเทคโนโลยี ซึ่งมีทฤษฎีหลักที่ใช้ข้อธิบายคือ ทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) พัฒนาโดย Davis (1989) และทฤษฎีรวมของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology: UTAUT) พัฒนาโดย Venkatesh et al. (2003) โดยมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Usefulness) การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) อิทธิพล

ทางสังคม (Social Influence) และสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก (Facilitating Conditions) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อเจตจำนงในการใช้งานและการใช้งานจริง

นอกเหนือจากปัจจัยหลักในทฤษฎี TAM และ UTAUT แล้ว งานวิจัยนี้ยังได้นำ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เข้ามาพิจารณาด้วย เนื่องจากมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า เพศ อายุ และประสบการณ์ มีบทบาทสำคัญในการยอมรับเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งบุคลากรมีบทบาทและความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มปัจจัยด้านตำแหน่งงาน ลักษณะการทำงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาว่าความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อการรับรู้และการนำระบบมาใช้หรือไม่

ยิ่งไปกว่านั้น การนำระบบใหม่เข้ามาใช้งานย่อมเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งการศึกษาของ Phuthong & Mangsungnoen (2017) ได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎี UTAUT และเพิ่มปัจจัยอีก 2 ประการ คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษาพบว่าการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงมีผลเชิงลบต่อความตั้งใจที่จะใช้เทคโนโลยี ดังนั้น ทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ถูกลำเอียงมาศึกษา เพื่อประเมินความพร้อม ความเต็มใจในการปรับตัว หรือความวิตกกังวล และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตรงต่อการยอมรับและการใช้งานระบบในที่สุด

อย่างไรก็ตาม การนำระบบ HRMS มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนมักเผชิญความท้าทายด้านการยอมรับและการใช้งาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 30 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ได้นำระบบนี้มาใช้ตั้งแต่ปี 2564 พร้อมนโยบายรายงานอุบัติการณ์อย่างน้อย 1 เรื่องต่อเดือน แต่พบว่าสถิติการใช้งานกลับมีแนวโน้มลดลง หากบุคลากรไม่ใช้งานระบบอย่างเต็มศักยภาพ ประโยชน์ที่คาดหวังก็จะไม่เกิดขึ้นจริง การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยีที่สัมพันธ์กับการใช้งานระบบ HRMS โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด TAM และ

UTAUT รวมถึงศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ส่งเสริมการใช้งานและยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับการยอมรับและการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลในบุคลากรของโรงพยาบาล

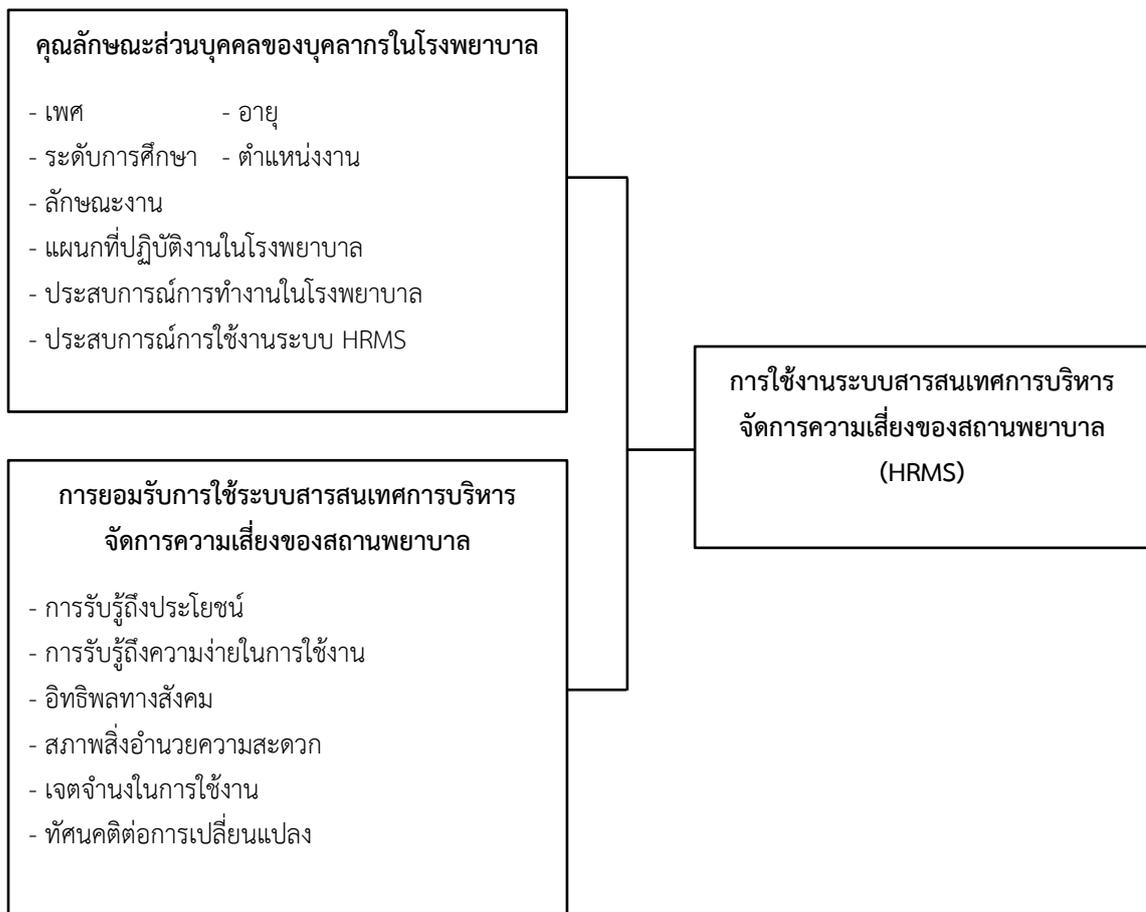
2. เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลในบุคลากรของโรงพยาบาล

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลในบุคลากรของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 182 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 และเพื่อป้องกันอัตราการตอบกลับที่ไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Glenn D. Israel, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีประสบการณ์ใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างน้อย 6 เดือน และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการกำหนดสัดส่วนตามจำนวนบุคลากรแต่ละแผนกและใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน พื้นที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และประสบการณ์การใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ โดยในส่วนของตำแหน่งงาน ได้มีการแบ่งกลุ่มบุคลากร ดังนี้ 1. บุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร 2. บุคลากรสหวิชาชีพ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด 3. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือ

คนไข้ และ 4. บุคลากรสายสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานธุรการ

ส่วนที่ 2 การยอมรับการใช้ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งข้อคำถามเป็นทั้งที่มีข้อความเชิงบวกและเชิงลบ การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น ระดับต่ำ 30-69 คะแนน ระดับปานกลาง 70-109 คะแนน และระดับสูง 110-150 คะแนน นอกจากนั้นได้ประเมินระดับคะแนนการยอมรับเป็นรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน การแปลผลคะแนนรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับเช่นกัน ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น ระดับต่ำ 5-11 คะแนน ระดับปานกลาง 12-18 คะแนน และระดับสูง 19-25 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อ เพื่อวัดความถี่ในการใช้งานจริงในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ใช้งานระบบมาแล้ว

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด สำหรับแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.825

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จัดทำ

หนังสือเพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นกรณีศึกษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16-21 กรกฎาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการเชิญชวนบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA No. 033/2568 รับรอง ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อ

อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการยอมรับและการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกลุ่มด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรโรงพยาบาลจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.2) มีอายุเฉลี่ย 39.9 ปี (SD=9.93) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 67.8) และปฏิบัติงานในตำแหน่งบุคลากรวิชาชีพ (ร้อยละ 46.8) โดยส่วนใหญ่มีลักษณะงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง (ร้อยละ 72) พื้นที่ปฏิบัติงานในแผนกที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (ร้อยละ 58.7) มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) และมีประสบการณ์ใช้งานระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล ตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 65.7) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=143)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		24	16.8
หญิง		119	83.2
อายุ (ปี)			
< 31		31	21.7
31-40		47	32.9
41-50		34	23.7
> 50		31	21.7
Mean (SD) :	39.9 (9.93)	Median (Min - Max) :	40 (21 - 60)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี		39	27.3
ปริญญาตรี		97	67.8
สูงปริญญาตรี		7	4.9

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
บุคลากรวิชาชีพ	67	46.8
บุคลากรสหวิชาชีพ	6	4.2
บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ	49	34.3
บุคลากรสายสนับสนุน	21	14.7
ลักษณะงาน		
สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	103	72.0
ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วย	40	28.0
แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		
แผนกที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโดยตรง	84	58.7
แผนกที่ปฏิบัติงานในการสนับสนุนการบริการผู้ป่วย	31	21.7
แผนกที่ปฏิบัติงานในการบริหารและสนับสนุนทั่วไป	28	19.6
ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล (ปี)		
≤ 1	8	5.6
2-5	32	22.4
6-9	26	18.2
≥ 10	77	53.8
Mean (SD)	12.85 (9.71)	
Median (Min - Max)	10 (1 - 40)	
ประสบการณ์การใช้งานระบบ HRMS (ปี)		
< 4	49	34.3
≥ 4	94	65.7
Mean (SD)	3.30 (1.10)	
Median (Min - Max)	4 (1 - 4)	

2. ระดับการยอมรับและการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการยอมรับการใช้ระบบ โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นจำนวน 89 คน (ร้อยละ 62.2) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 37.1) และระดับต่ำ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 114.91 คะแนน (SD=15.18)

เมื่อพิจารณาการยอมรับการใช้งานระบบจำแนกรายด้าน 6 ด้าน พบว่า 5 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยแปลผลอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ได้เฉลี่ย 20.54 คะแนน (SD=3.30) ตามมาด้วยด้านอิทธิพลทางสังคม ได้เฉลี่ย 20.48 คะแนน (SD=3.10)

ด้านเจตจำนงในการใช้งาน ได้เฉลี่ย 19.88 คะแนน (SD=3.23) ด้านสภาพสิ่งอำนวยความสะดวก ได้เฉลี่ย 19.15 คะแนน (SD=3.14) และด้านทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง ได้เฉลี่ย 19.14 คะแนน (SD=2.90)

อย่างไรก็ตาม พบว่า ด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้เฉลี่ย 17.55 คะแนน (SD=3.04) และเป็นเพียงด้านเดียวที่ผลการแปลผลอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านพฤติกรรมการใช้งานระบบในรอบเดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าใช้งาน โดยกลุ่มที่ใช้งาน 1 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด 56 คน (ร้อยละ 39.2)

รองลงมาคือ ใช้งานมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 30.8) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน (ร้อยละ 30.0) ที่ไม่ได้ใช้งานระบบเลย ในรอบเดือนที่ผ่านมา และเมื่อสอบถามถึงฟังก์ชันที่กลุ่มตัวอย่าง (n=143) เคยได้ใช้งาน ตลอดประสบการณ์การทำงานกับระบบ ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบได้หลายข้อ พบว่า ฟังก์ชันที่ถูกใช้งานบ่อยที่สุดคือ การบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยมีผู้เคยใช้งานจำนวน 132 คน (คิดเป็นร้อยละ 57.1 ของการเลือกใช้ฟังก์ชันทั้งหมด) ตามมาด้วย การดูรายงาน ติดตาม เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 20.8) การดูรายงาน เฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรง จำนวน

28 คน (ร้อยละ 12.1) และฟังก์ชันอื่นๆ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 10.0)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการยอมรับกับการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test พบว่าปัจจัยลักษณะงาน และ แผนกที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการใช้งานระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการยอมรับกับการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (n=143)

ปัจจัย	การใช้งานระบบฯ ในรอบเดือนที่ผ่านมา			รวม	χ^2	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	0 ครั้ง	1 ครั้ง			
เพศ					1.857	0.395
ชาย	7 (29.2)	7 (29.2)	10 (41.6)	24 (100)		
หญิง	36 (30.3)	49 (41.2)	34 (28.5)	119 (100)		
อายุ (ปี)					1.501	0.959
< 31	7 (22.5)	14 (45.2)	10 (32.3)	31 (100)		
31 - 40	15 (31.9)	19 (40.4)	13 (27.7)	47 (100)		
41 - 50	11 (32.4)	12 (35.2)	11 (32.4)	34 (100)		
> 50	10 (32.3)	11 (35.4)	10 (32.3)	31 (100)		
ระดับการศึกษา					0.183	0.912
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (28.2)	15 (38.5)	13 (33.3)	39 (100)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	32 (30.8)	41 (39.4)	31 (29.8)	104 (100)		
ตำแหน่งงาน					2.725	0.605
บุคลากรวิชาชีพและสหวิชาชีพ	26 (35.6)	28 (38.4)	19 (26.0)	73 (100)		
บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ	12 (24.5)	20 (40.8)	17 (34.7)	49 (100)		
บุคลากรสายสนับสนุน	5 (23.8)	8 (38.1)	8 (38.1)	21 (100)		

ปัจจัย	การใช้งานระบบฯ ในรอบเดือนที่ผ่านมา			รวม	χ^2	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	0 ครั้ง	1 ครั้ง	มากกว่า 1 ครั้ง			
ลักษณะงาน					6.183	0.045*
สัมผัสผู้ป่วย	37 (35.9)	36 (35.0)	30 (29.1)	103 (100)		
ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วย	6 (15.0)	20 (50.0)	14 (35.0)	40 (100)		
แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล					11.155	0.004*
แผนกที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง	34 (40.5)	26 (31.0)	24 (28.5)	84 (100)		
แผนกผู้สนับสนุนการบริการ/ สนับสนุนทั่วไป	9 (15.2)	30 (50.9)	20 (33.9)	59 (100)		
ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล (ปี)					2.205	0.332
1 - 10	24 (32.0)	32 (42.7)	19 (25.3)	75 (100)		
> 10	19 (27.9)	24 (35.3)	25 (36.8)	68 (100)		
ประสบการณ์ใช้งานระบบ HRMS (ปี)					1.648	0.439
< 4	18 (36.7)	18 (36.7)	13 (26.6)	49 (100)		
≥ 4	25 (26.6)	38 (40.4)	31 (33.0)	94 (100)		
ระดับการยอมรับ					2.711	0.258
ต่ำ - ปานกลาง	19 (37.3)	20 (39.2)	12 (23.5)	51 (100)		
สูง	24 (26.1)	36 (39.1)	32 (34.8)	92 (100)		

หมายเหตุ * $p < 0.05$

4. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ร้อยละ 6.9 ที่ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมมา สามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการใช้งานระบบได้ 3 ด้านหลัก ดังนี้

4.1 ความซับซ้อนของระบบ ผู้ใช้พบความยุ่งยากในการบันทึกข้อมูล โดยเฉพาะการจัดหมวดหมู่ความเสี่ยง การค้นหาหัวข้อ และการใช้รหัสที่ซับซ้อน นอกจากนี้ ข้อความในระบบที่กำกวมยังสร้างความสับสน

4.2 การเข้าถึงระบบ ผู้ใช้รายงานถึงความไม่สะดวกในการเข้าถึงระบบ เช่น ปัญหาการจดจำเว็บไซต์และรหัสผ่าน และการขาดแคลนคอมพิวเตอร์ในบางหน่วยงาน

4.3 ความล่าช้าในการรายงาน ปัญหาทั้งสองข้อข้างต้น ส่งผลให้ไม่สามารถรายงานเหตุการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่

ให้ทีมรายละเอียดสำคัญ และการติดตามแก้ไขปัญหาขาดประสิทธิภาพ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะแนวทางแก้ไขโดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบให้ใช้งานง่ายขึ้น เช่น จัดหมวดหมู่ให้ชัดเจน เพิ่มการแจ้งเตือน และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงที่ง่ายขึ้น เช่น QR Code นอกจากนี้ ยังเสนอให้มีการจัดอบรมทบทวนประจำปี และสนับสนุนทรัพยากรคอมพิวเตอร์ให้ครอบคลุมทุกแผนก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการยอมรับการใช้งานระบบในระดับสูง (ร้อยละ 62.2) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า

บุคลากรส่วนใหญ่มองเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของระบบใกล้เคียงกับการศึกษาของ Poonsin (2020) ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุดต่อบัณฑิตที่ส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยภาพรวม

อย่างไรก็ตาม แม้การยอมรับโดยรวมจะอยู่ในระดับสูง แต่ด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และอยู่ในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว สิ่งนี้บ่งชี้ว่าบุคลากรยังคงเผชิญกับอุปสรรคในการใช้งานจริง ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับปัญหาและอุปสรรคที่บุคลากรสะท้อนผ่านคำถามปลายเปิด ที่ระบุว่าระบบมีความซับซ้อน ความยุ่งยากในการบันทึกข้อมูล การหาหัวข้อที่ต้องการได้ยาก และความไม่สะดวกในการเข้าถึงระบบ จากผลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Anuwichanont et al. (2023) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งานส่งผลต่อการยอมรับและการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เพื่อการท่องเที่ยวอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะบริบทการใช้งานที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยีในบริบทด้านการท่องเที่ยว อาจไม่ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงในสถานพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ ได้คะแนนสูงสุด ตามมาด้วย อิทธิพลทางสังคม แสดงว่าบุคลากรเชื่อมั่นว่าระบบมีประโยชน์จริง และยังได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานในการใช้งาน ซึ่งเป็นปัจจัยบวกที่สำคัญตามทฤษฎี UTAUT ซึ่งบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการยอมรับและใช้งานระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pawapaiboon (2015) นอกจากนี้ การศึกษาของ Techakitheerapong (2015) ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความคาดหวังในประสิทธิภาพ อิทธิพลทางสังคม และสภาพสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้งาน กับการยอมรับการใช้งานเทคโนโลยีอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับผลการใช้งานระบบในรอบเดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าใช้งาน ร้อยละ 70 และมีกลุ่มที่ไม่ได้ใช้งานเลย ร้อยละ 30 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 143 คน ล้วนเป็นผู้มีประสบการณ์ใช้งานระบบมาแล้วอย่าง

น้อย 6 เดือนตามเกณฑ์การตัดเข้า การที่พบว่ามีการเข้าถึงร้อยละ 30 ไม่ได้ใช้งานระบบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นผลที่สะท้อนถึงระดับการยอมรับที่สูงกับการใช้งานจริงที่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันเท่าที่ควร การที่บุคลากรบางส่วนไม่ได้ใช้งานอาจเกิดจากภาระงานที่มาก ปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกข้อมูล หรือความไม่สะดวกในการเข้าถึงระบบ จากผลการวิจัย พบว่าการใช้งาน 1 ครั้งต่อเดือนในสัดส่วนที่สูงที่สุด อาจเป็นผลมาจากนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนดให้มีการรายงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้บุคลากรบางส่วนใช้งานเพียงเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายเท่านั้น

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ลักษณะงาน และ แผนกที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการใช้งานระบบ โดยบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง มีแนวโน้มใช้งานน้อยกว่ากลุ่มผู้สนับสนุนการบริการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากภาระงานที่มาก ทำให้ไม่มีเวลาหรือไม่สะดวกในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบที่พวกเขาเชื่อว่าใช้งานยาก ผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Singjai et al. (2016) ที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง โดยรวมของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล และประสบการณ์ใช้งานระบบ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานระบบ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรที่ละคู่ (Univariate Analysis) และข้อกำหนดและนโยบายของโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน

ประเด็นที่น่าสนใจ และขัดแย้งกับทฤษฎี TAM คือระดับการยอมรับเทคโนโลยีโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์ กับการใช้งานระบบจริง ซึ่งให้เห็นว่า แม้บุคลากรจะยอมรับการใช้งานระบบแต่การยอมรับนั้นไม่สามารถผลักดันให้เกิดการใช้งานจริงได้ แสดงว่ามีปัจจัยอื่น ๆ มาขัดขวาง เช่น ภาระงานที่มาก ข้อจำกัดด้านเวลา หรือ ความยากในการใช้งาน และการขาดการสนับสนุนการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่บุคลากรไม่กล้ารายงานความเสี่ยงเพราะกลัวผลกระทบ หรือถูกตำหนิ (Yodyot et al., 2019) ก็อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวาง

การใช้งาน แม้จะมีการยอมรับระบบก็ตามซึ่งจะเป็นประเด็นที่จะนำมาพัฒนาศึกษาต่อไป

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับระบบในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลทางสังคม แต่ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการใช้งาน ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลบางอย่าง เช่น ลักษณะงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการใช้งาน แต่ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีโดยรวมกลับไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานจริง ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพิจารณาปัจจัยเชิงบริบทและวัฒนธรรมองค์กรเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการใช้งานระบบสารสนเทศดังกล่าว และยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

มุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรที่ทำงานกับผู้ป่วยโดยตรงเห็นความสำคัญและใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาลมากขึ้น เพื่อยกระดับการบริหารจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการทบทวนและประเมินความเข้าใจในระบบเป็นประจำทุกปี เพื่อให้บุคลากรรับทราบการเปลี่ยนแปลงและเข้าใจข้อจำกัดของระบบ นอกจากนี้จากการให้แสดงความคิดเห็นจากคำถามปลายเปิดชี้ให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้งานที่สำคัญที่จะสามารถเสนอแนะไปยังผู้พัฒนาระบบ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการที่ซับซ้อนในการบันทึกข้อมูล และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงระบบ เพื่อส่งเสริมการรายงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Anuwichanont, J., Mechinda, P., and Kanraweekultana, N. (2023). Role of Technology Acceptance Model (TAM) Towards the Tourism of Eastern Province. *RMUTT Global Business and Economics Review*, 18(1), 39-56.
<https://so03.tcithaijo.org/index.php/RMUTT-Gber/article/view/264322/178813>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-339.

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยโดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทหน้าที่ หรือระดับการเข้าถึงระบบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่แท้จริงของแต่ละกลุ่ม และนำไปสู่การออกแบบนโยบายหรือปรับปรุงระบบที่ตรงจุดมากยิ่งขึ้น เนื่องจากระบบ HRMS มีฟังก์ชันการใช้งานที่แตกต่างกันตามบทบาทและสิทธิ์ การเข้าถึงของผู้ใช้ เช่น ระหว่างบุคลากรระดับปฏิบัติงานที่มีหน้าที่รายงาน และระดับหัวหน้างานที่มีหน้าที่ตรวจสอบยืนยันรายงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกรยอมรับและการใช้งานระบบที่แตกต่างกัน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ควรศึกษาเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์หรือจัดกลุ่มสนทนา เพื่อสำรวจปัจจัยแฝง

อื่น ๆ ที่มีผลต่อการใช้งาน เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย หรือความกังวลในการรายงาน

3. การวิเคราะห์ขั้นสูง ควรประยุกต์ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงสถิติขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate Analysis) เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้งานได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

4. การศึกษาระยะยาว ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้เข้าใจพลวัตของการยอมรับและพฤติกรรมการใช้งานเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยที่ร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาประจำ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่สนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย

- Glenn D. Israel. (1992) Determining Sample Size. University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610
- Nakajima, K., Kurata, Y., and Takeda, H. (2005). A web-based incident reporting system and multidisciplinary collaborative projects for patient safety in a Japanese hospital. *BMJ Quality & Safety, 14*(2), 123-129.
- Pawapairoon, W., and Yutdhana, S. (2015). Factors Influencing English Language Teachers' Acceptance of Using Tablets in Primary Schools under the Phitsanulok Primary Educational Service Area Office 1. *Journal of Education and Innovation, 17*(1), 138-149. https://sotci-thaijo.org/index.php/edujournal_nu/article/view/29714
- Phuthong, T. and Mangsungnoen, N. (2017). Factors influencing the elderly intention to use and adopt mobile health services. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 10*(3), 548-566. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/104191/85667>
- Poonsin, S. (2020). *Opinions Towards Factors Promoting Digital Technology Adoption on Working of Personnel in Chonburi Provincial Public Health*. (Independent study, Graduate School, Bangkok University)
- Singjai S., Pensirinapa, N., and Sitakalin, P. (2016). The Relationships between Personal Factors, Organizational Climate and Personnel Participation in Risk Management in Community Hospitals, Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU, 43*(5), 162-172. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/93398>
- Techakittheerapong, W. (2015). *Factors affecting employee adoption of collaboration technology in Thai organizations*. (Independent Study, Thammasat University).
- The Healthcare Accreditation Institute. (n.d). NRLS: National Reporting and Learning System in Thailand. Institute.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly, 27*(3), 425-478.
- World Health Organization (WHO). (2023). Patient safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Yodyot, K., Promaruk, T. and Sangsa N. (2019). Developing Process for Risk Management Report System Roi-Et Hospital, Roi-Et Province. *Academic Journal of Community Public Health, 5*(2), 27-41. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247076/167917>

Factors Associated with Denture Use and Non-use among the Elderly in Wang Phikun Subdistrict, Wang Thong District, Phitsanulok Province

Natcha Jitwareekasem¹, Thidaporn Piroonpaisarn², Apichaya Mungdee³, Patcharaporn Deekung⁴, Methinee Intarates^{5,*}

1,2,3,4,5 Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand

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

Original article

Open access

Citation: Jitwareekasem, N., Intarates, M., Deekung, P. ., Piroonpaisarn, T., & Mungdee, A. Factors Associated with Denture Use and Non-use among the Elderly in Wang Phikun Subdistrict, Wang Thong District, Phitsanulok Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 27–39. retrieved from https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282994

Received: 20 August 2025

Revised: 20 October 2025

Accepted: 21 October 2025

Abstract

This study aimed to examine the relationship between personal, social, psychological, and situational factors and the use of dentures among older adults in Wang Phikun Subdistrict, Wang Thong District, Phitsanulok province.

This study employed a quantitative cross-sectional design comparing elderly individuals who used and did not use dentures. A total of 300 participants were selected using systematic and simple random sampling based on Taro Yamane's formula at a 95% confidence level. Data were collected with a researcher-developed questionnaire covering personal, oral health, social, psychological, and situational factors. Content validity was assessed by three experts (IOC = 0.94), and reliability was confirmed using Cronbach's alpha (0.918). Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests to examine associations between factors and denture use at a significance level of 0.05.

The findings revealed that 50.0% of the participants used dentures. Statistically significant associations were found between denture use and personal factors such as annual household income ($p=0.003$), main source of income ($p=0.006$), and healthcare coverage ($p=0.020$). Additionally, social factors including support from family ($p=0.046$) and dental personnel ($p=0.003$) were significantly related to denture use. In contrast, psychological motivation and situational barriers such as travel distance showed no significant association.

The results indicate that economic conditions and social support are key determinants in the decision to use dentures among the elderly.

Therefore, policies should focus on increasing access to oral health education, promoting awareness of healthcare entitlements, and enhancing proactive support from dental professionals to improve denture usage rates and the quality of life in aging populations.

Keywords: rural elderly; denture use; oral health policy; social support; healthcare access

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ณัชชา จิตรวาริเกษม¹, ธิดาภรณ์ พิรุณไพศาล², อภิขญา มุ่งดี³, พัชรภรณ์ ดีกั้ง⁴, เมธิณี อินทรเทศ^{5*}

^{1,2,3,4,5} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 653 หมู่ 8 ต.วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก 651304

⁴ อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง การศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต พ.17896

⁵ อาจารย์ ดร.เภสัชกรหญิง การศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต, เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, ปริญญาคุชฎีบัณฑิต (เภสัชศาสตร) ภ.17231 โทรศัพท์ 0815669874

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 20 สิงหาคม 2568
วันแก้ไข 20 ตุลาคม 2568
วันตอบรับ 21 ตุลาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ด้านสังคม ด้านจิตวิทยา และด้านสถานการณ์ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ในตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) เปรียบเทียบกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่และไม่ใส่ฟันเทียม กลุ่มตัวอย่าง 300 คน ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบและแบบง่ายตามสูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เครื่องมือคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพช่องปาก ปัจจัยสังคม แรงจูงใจ และปัจจัยสถานการณ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC=0.94) และทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha (0.918) การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการใส่ฟันเทียมที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมมีสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 50.0 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัว ($p=0.003$) แหล่งรายได้หลัก ($p=0.006$) และสิทธิในการรักษาพยาบาล ($p=0.020$) ขณะที่ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($p=0.046$) และบุคลากรทันตกรรม ($p=0.003$) ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาและสถานการณ์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใส่ฟันเทียม

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีนโยบายและมาตรการเชิงรุกในการส่งเสริมความรู้ การเข้าถึงสิทธิ และการสนับสนุนจากบุคลากรทันตกรรม เพื่อเพิ่มอัตราการใส่ฟันเทียมและยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุชนบท; ฟันเทียม; นโยบายสุขภาพช่องปาก; การสนับสนุนทางสังคม; สิทธิการรักษาพยาบาล

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สถานะ สังคมสูงวัย อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงสถานการณ์ที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกินร้อยละ 14 โดยประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2548 และใช้เวลาประมาณ 20 ปีในการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 19.2 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.0 ภายในปี พ.ศ. 2574 (Department of Older Persons) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลให้การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก กลายเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข

สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญการสูญเสียฟันธรรมชาติส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการบดเคี้ยวการสื่อสาร ความมั่นใจในตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Petersen & Yamamoto, 2005) แม้เทคโนโลยีทางทันตกรรมจะพัฒนาขึ้น แต่การเข้าถึงบริการฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตชนบท ยังคงมีข้อจำกัดจากหลายปัจจัย เช่น สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลา และความตระหนักรู้ในสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง (Sinha et al., 2025) ปัญหาการไม่ใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และภาวะขาดสารอาหารเรื้อรัง ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (Kaurani, Kakodkar, Bhowmick, Samra, & Bansal, 2024) นอกจากนี้ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันและไม่ได้รับการใส่ฟันเทียม มีแนวโน้มแยกตัวทางสังคม และประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูช่องปาก (Supapanit & Arunsri, 2023)

แม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีนโยบายสนับสนุนการทำฟันเทียมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้ใช้สิทธิดังกล่าว ปัญหานี้สะท้อนอุปสรรคหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ครัวเรือนต่ำและสิทธิการรักษาพยาบาลที่จำกัด ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ปัจจัยทางสังคม เช่น การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือ

บุคลากรทันตกรรม ทำให้ผู้สูงอายุขาดข้อมูลและแรงจูงใจในการตัดสินใจ (Limpuangthip, Purnaveja, & Somkotra, 2019) ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความเชื่อ ความเข้าใจ และแรงจูงใจที่ไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการแม้มีสิทธิฟรี (Ghanbari-Jahromi, Bastani, Jalali, & Delavari, 2023; Lee, Kim, Albert, & Nelson, 2014) และ ปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น สะดวกในการเดินทางและอุปสรรคเชิงภูมิศาสตร์ อาจมีผลต่อโอกาสเข้าถึงบริการทันตกรรม

ช่องว่างของข้อมูลในประเด็นเหล่านี้จึงควรได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสี่ด้านการใส่ฟันเทียม และเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม บริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท เช่น ตำบลวังพิรุณ จังหวัดพิษณุโลก ยังคงมีความแตกต่างทางโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ และระบบบริการสาธารณสุขที่อาจส่งผลกระทบต่อตัดสินใจของผู้สูงอายุในการใส่ฟันเทียม โดยพื้นที่ตำบลวังพิรุณ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,197 คน จากผลการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจของการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่ใส่ฟันเทียม ในขณะที่อีกร้อยละ 50 ไม่มีการใส่ฟันเทียม ส่งผลให้มีปัญหาด้านการบดเคี้ยวอาหาร การรับประทานอาหารที่ครบถ้วน และคุณภาพชีวิตลดลง ปัญหานี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนบริการด้านทันตสาธารณสุขที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว โดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านส่วนบุคคล สังคม จิตวิทยา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

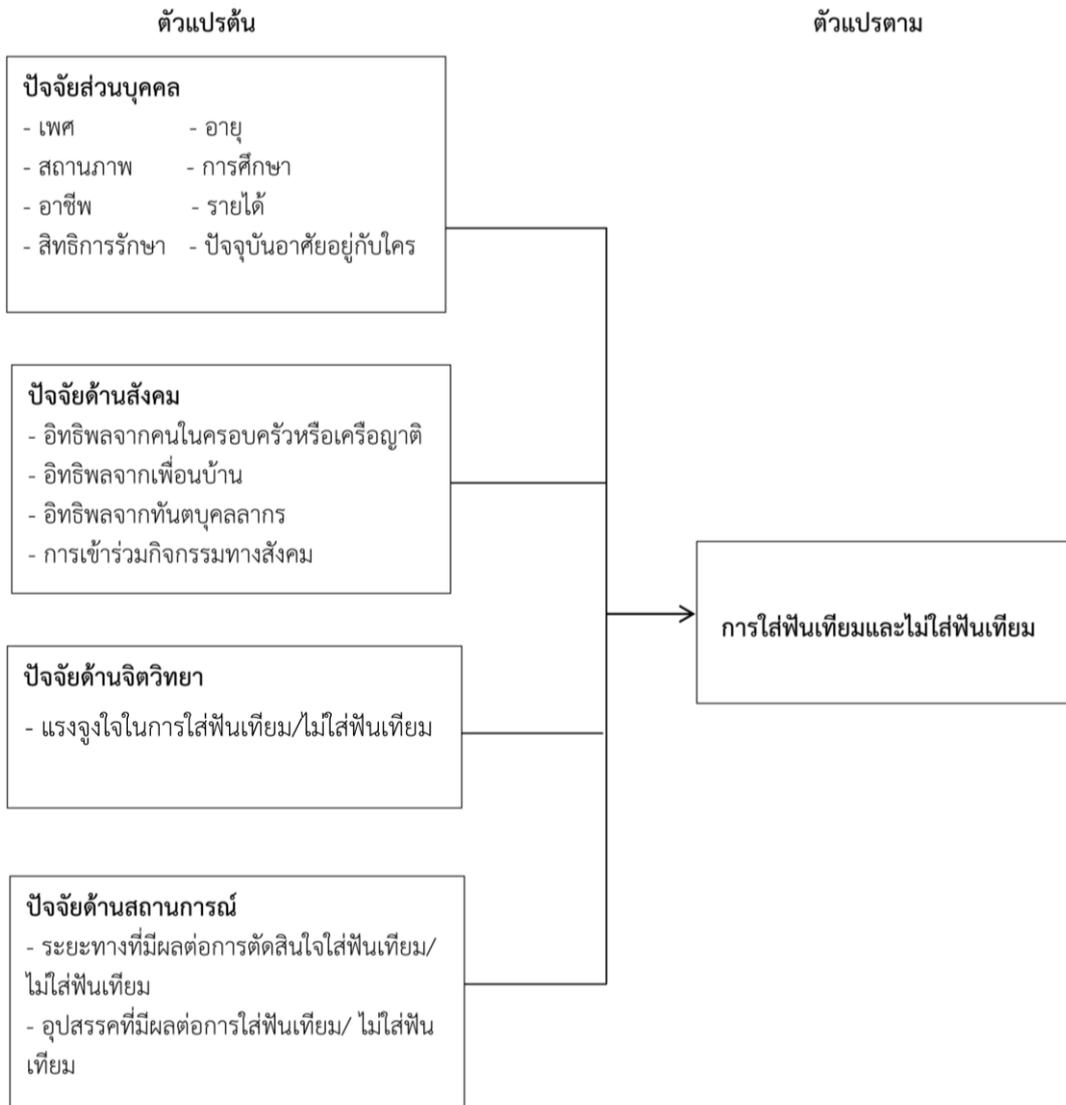
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสถานการณ์ของ

ผู้สูงอายุที่เลือกใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมในตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) ดำเนินการเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 15 หมู่บ้านของตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,197 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 246 คน ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane (1967) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05

วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยจัดเรียงรายชื่อ

ผู้สูงอายุทั้งหมดใน 6 หมู่บ้าน (295 คน) และกำหนดช่วงของการสุ่ม ($k=1.2$) จากนั้นสุ่มเลือกผู้สูงอายุรายแรกอย่างง่าย และเลือกรายถัดไปตามช่วงที่คำนวณไว้ จนครบ 246 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพื้นถาวรเหลือน้อยกว่า 20 ปี หรือมีคู่สมพินหลังน้อยกว่า 4 คู่สม และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่วนเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะทางจิตที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Structured questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 5 ตอน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามและลักษณะมาตรวัดแตกต่างกันไป โดยประกอบด้วยข้อคำถามแบบ dichotomous (ตอบใช่/ไม่ใช่) และมาตราประมาณค่า (rating scale 3 ระดับ 3=มาก 2=ปานกลาง 1=น้อย สำหรับข้อความเชิงบวก และกลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพช่องปาก ปัจจัยสังคม ปัจจัยจิตวิทยา และปัจจัยสถานการณ์ โดยมีรายละเอียดแต่ละตอน ดังต่อไปนี้

1) ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (9 ข้อ) ใช้มาตรวัดแบบ เลือกตอบและเติมคำ โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ครัวเรือน แหล่งรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2) ตอนที่ 2 ตัวแปรตามได้แก่ (3 ข้อ) สุขภาพช่องปาก วัดสถานะการใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียมด้วยมาตรวัดแบบเลือกตอบ โดยสอบถามเกี่ยวกับ การมีหรือไม่มีฟันเทียม ชนิดฟันเทียมที่ใช้ และแหล่งบริการที่ได้รับ

3) ตอนที่ 3, 4, และ 5 ซึ่งวัดปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม, ปัจจัยด้านจิตวิทยา, และปัจจัยด้านสถานการณ์ ใช้มาตรวัดแบบ ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (ตั้งแต่ มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด) โดยแต่ละตอนของแบบประมาณค่าจะถูกนำไปแปลผลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) เทียบกับเกณฑ์แปลผลตามช่วงที่กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถสรุประดับของปัจจัยแต่ละด้านได้อย่างชัดเจน โดยแต่ละตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ตอนที่ 3 ปัจจัยสังคม (22 ข้อ) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน การได้รับ

คำแนะนำจากบุคลากรทันตกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ตอนที่ 4 ปัจจัยจิตวิทยา (7 ข้อ) สอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจสามด้าน ได้แก่ การเคี้ยวอาหาร รูปลักษณะ และการเข้าสังคม ตอนที่ 5 ปัจจัยสถานการณ์ (8 ข้อ) สอบถามระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการและอุปสรรคในการเดินทาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) (Rovinelli RJ & Hambleton RK, 1977) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.94 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability test) เพื่อแสดงความเที่ยงของเครื่องมือ (Tavakol & Dennick, 2011) ด้วยสถิติ Cronbach's alpha ได้ค่า 0.918 โดยนำแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ 30 คน ในตำบลใกล้เคียง คือผู้สูงอายุบ้านเสื่อลากหาง ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ดำเนินการภายในพื้นที่ ตำบลวังพิงกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงอายุอาศัยอยู่จำนวนมากและมีความหลากหลายในด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 300 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลวังพิงกุลอย่างต่อเนื่อง และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองหรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล

การลงพื้นที่เก็บข้อมูลได้กระทำอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับหน่วยงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้น นักวิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามและให้คำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตอบคำถาม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการเขียน

พื้นที่ในการเก็บข้อมูลครอบคลุมหลายหมู่บ้าน ภายในตำบลวังพิงกุล ซึ่งรวมถึงบริเวณบ้านเรือนของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างทั่วถึงและสะดวกต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การดำเนินงานเก็บข้อมูลได้ดำเนินไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการสุขภาพแต่อย่างใด ทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้สูงอายุในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการใส่ฟันเทียม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยมี รหัสการรับรองจริยธรรม หมายเลข SCPHPL 4/2565.16 ลงวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2565

ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอม (informed consent form) อย่างครบถ้วน และได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดถือความสมัครใจในการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 300 คน พบว่าเพศหญิงมีจำนวนมากที่สุด คือ 190 คน (ร้อยละ 63.3) ขณะที่เพศชายมีจำนวน 110 คน (ร้อยละ 36.7) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 60–65 ปี จำนวน 93 คน (ร้อยละ 31.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 66–70 ปี จำนวน 75 คน (ร้อยละ 25.0) รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปีของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 50,000 บาท คิดเป็น 148 คน (ร้อยละ 49.3) สิทธิการรักษาพยาบาลที่ได้รับมากที่สุดคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 269 คน (ร้อยละ 89.7) ในด้านลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานจำนวน 105 คน (ร้อยละ 35.0) และกับสามีภรรยาและลูกหลานจำนวน 92 คน (ร้อยละ 30.7)

ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 150 คน (ร้อยละ 50.0) ใส่ฟันเทียม และอีก 150 คน (ร้อยละ 50.0) ไม่ใส่ฟันเทียม ประเภทฟันเทียมที่ใช้มากที่สุดคือฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก จำนวน 80 คน (ร้อยละ 26.7) แหล่งที่ได้รับบริการทำฟันเทียมมากที่สุดคือโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 25.3) รองลงมาคือคลินิกทันตกรรมชุมชน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 22.0) เมื่อพิจารณาจำนวนฟันหลังที่ยังมีคู่สบ พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สบฟันหลังจำนวน 8 คู่ มีมากที่สุด คือ 37 คน (ร้อยละ 12.3) แต่ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 111 คน (ร้อยละ 37.0) ที่ไม่มีฟันถาวรเหลืออยู่ในช่องปากเลย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการใส่ฟันเทียม พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครอบครัว ($\chi^2=13.912$, $df=3$, $p=0.003$) แหล่งรายได้หลัก ($\chi^2=12.603$, $df=3$, $p=0.006$) และสิทธิการรักษาพยาบาล ($\chi^2=7.793$, $df=2$, $p=0.020$) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรูปแบบการอยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใส่ฟันเทียม ($p>0.05$)

ในด้านปัจจัยทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติแสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใส่ฟันเทียม ($\chi^2=11.286$, $df=5$, $p=0.046$) เช่นเดียวกับการสนับสนุนจากบุคลากรทันตกรรม ($\chi^2=17.972$, $df=5$, $p=0.003$) โดยเฉพาะในประเด็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการทำฟันเทียมและการแนะนำที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ($p=0.094$) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($p=0.772$) ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการใส่ฟันเทียม

ปัจจัยด้านจิตวิทยาโดยพิจารณาจากแรงจูงใจในการใส่ฟันเทียม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=12.644$, $df=14$, $p=0.555$) สะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุตัดสินใจใส่ฟันเทียม หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย

ด้านปัจจัยสถานการณ์ พบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ($\chi^2=3.808$, $df=3$, $p=0.440$) และอุปสรรคในการเดินทาง ($\chi^2=10.493$, $df=6$, $p=0.103$) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการใส่ฟันเทียม แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการเดินทางไม่ได้เป็นข้อจำกัดสำคัญในกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าใส่ฟันเทียมเพราะต้องการใช้ในการบดเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 32.0) และเพื่อต้องการมีบุคลิกภาพดีขึ้น (ร้อยละ 29.3) โดยมีความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมในระดับดี ขณะที่กลุ่มที่ไม่ใส่ฟันเทียมให้เหตุผลว่าไม่มีฟันที่จะใส่ได้ (ร้อยละ 26.7) ไม่

รู้สึกว่าเป็นต้องใส่ (ร้อยละ 24.7) และไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการทำฟันเทียม (ร้อยละ 17.3) นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุบางรายที่กังวลเกี่ยวกับความมั่นคงของฟันเทียมและความรู้สึกไม่สบายขณะใช้งาน

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใส่ฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลข่าวสารจากทันตบุคลากร ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมเพื่อเพิ่มอัตราการใส่ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว โดย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ (n = 300)

ปัจจัย	รายละเอียด	ใส่ฟันเทียม	ไม่ใส่ฟันเทียม	χ^2	df	p-value
		n (%)	n (%)			
เพศ	ชาย	40 (38.8%)	63 (61.2%)	2.344	1	0.126
	หญิง	88 (42.7%)	118 (57.3%)			
อายุ (ปี)	60-69	65 (47.8%)	71 (52.2%)	4.215	2	0.121
	70-79	50 (37.3%)	84 (62.7%)			
	≥80	13 (14.9%)	74 (85.1%)			
รายได้ครัวเรือน	<3,000	20 (30.3%)	46 (69.7%)	13.912	3	0.003*
	3,001-5,000	38 (38.0%)	62 (62.0%)			
	5,001-10,000	50 (46.7%)	57 (53.3%)			
	>10,000	20 (60.6%)	13 (39.4%)			
แหล่งรายได้หลัก	เกษตร	40 (30.8%)	90 (69.2%)	12.603	3	0.006*
	ค้าขาย	23 (46.0%)	27 (54.0%)			
	ลูกหลานส่ง	42 (55.3%)	34 (44.7%)			
	บำนาญ/อื่นๆ	23 (57.5%)	17 (42.5%)			
สิทธิการรักษาพยาบาล	UC	75 (37.1%)	127 (62.9%)	7.793	2	0.020*
	สวัสดิการข้าราชการ	38 (57.6%)	28 (42.4%)			
	อื่นๆ	15 (50.0%)	15 (50.0%)			
การสนับสนุนครอบครัว	สูง	65 (49.2%)	67 (50.8%)	11.286	5	0.046*
	ปานกลาง	50 (40.0%)	75 (60.0%)			
	ต่ำ	13 (30.2%)	30 (69.8%)			
การสนับสนุนบุคลากรทันตกรรม	สูง	55 (55.0%)	45 (45.0%)	17.972	5	0.003*
	ปานกลาง	45 (39.5%)	69 (60.5%)			
	ต่ำ	28 (30.8%)	63 (69.2%)			

ปัจจัย	รายละเอียด	ใส่ฟันเทียม n (%)	ไม่ใส่ฟันเทียม n (%)	χ^2	df	p-value
การสนับสนุนเพื่อนบ้าน	สูง	50 (45.9%)	59 (54.1%)	7.473	5	0.094
	ปานกลาง	33 (39.3%)	51 (60.7%)			
	ต่ำ	25 (32.9%)	51 (67.1%)			
การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	ร่วม	40 (42.6%)	54 (57.4%)	1.149	2	0.772
	ไม่ร่วม	88 (41.3%)	125 (58.7%)			
แรงจูงใจจิตวิทยา	สูง	70 (44.6%)	87 (55.4%)	12.644	14	0.555
	ปานกลาง/ต่ำ	58 (39.7%)	88 (60.3%)			
ระยะทางบ้าน-สถานบริการ	ใกล้ (<5 กม.)	65 (45.8%)	77 (54.2%)	3.808	3	0.440
	ไกล (≥ 5 กม.)	63 (39.1%)	98 (60.9%)			
อุปสรรคการเดินทาง	ไม่มี/น้อย	73 (44.8%)	90 (55.2%)	10.493	6	0.103
	มาก	55 (37.7%)	91 (62.3%)			

*หมายเหตุ: *p < 0.05 แสดงถึงความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ

ตารางนี้แสดงผลการทดสอบไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม พบว่า 6 ปัจจัย ได้แก่ รายได้ครอบครัว แหล่งรายได้ สิทธิการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรทันตกรรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ สะท้อนบทบาทของปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมในพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ส่วนปัจจัยอื่นไม่พบว่ามีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าว

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เลือกใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมในตำบลวังพิรุณ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดพิษณุโลก

ในการศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เลือกใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี โดยมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 50,000 บาท และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีอาชีพหลัก ทั้งนี้ สะท้อนถึงสถานะทางเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟันเทียม

ในด้านปัจจัยสังคม พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทันตกรรมในระดับ

หนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของบุคคลใกล้ชิดและระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างแรงจูงใจหรือให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับต่ำ

ในด้านปัจจัยจิตวิทยา พบว่าแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความมั่นใจในรูปลักษณ์ และการเข้าสังคม อยู่ในระดับไม่สูงนัก แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้มีแรงผลักดันภายในที่เพียงพอในการตัดสินใจเข้ารับบริการฟันเทียม

ด้านปัจจัยสถานการณ์ พบว่าปัญหาด้านการเดินทาง เช่น ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการ อุปสรรคจากสภาพถนน หรือการไม่มีพาหนะ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการรับบริการบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการเดินทาง

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลวังพิรุณ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดพิษณุโลก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใส่ฟันเทียม ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัว (p=0.003) แหล่งรายได้หลักของครอบครัว (p=0.006) และสิทธิในการ

รักษาพยาบาล ($p=0.011$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิทธิในการเข้าถึงบริการมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ

ในส่วนของปัจจัยทางสังคม พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ($p=0.002$) และการสนับสนุนจากบุคลากรทันตกรรม ($p=0.004$) มีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมจากบุคคลรอบข้างและเจ้าหน้าที่ในการโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุใช้บริการทางทันตกรรม

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รูปแบบการอยู่อาศัย เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แรงจูงใจด้านจิตวิทยา ระยะทาง และอุปสรรคด้านการเดินทาง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

สรุปผลโดยรวม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้และแหล่งรายได้ของครอบครัว รวมถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางทันตกรรมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจ ส่วนปัจจัยด้านประชากรพื้นฐานทั่วไป ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยด้านสถานการณ์อื่น ๆ ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล สังคม จิตวิทยา และสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลวังพิรุณ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน พบประเด็นสำคัญหลายประการที่สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนในระดับต่ำและใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มที่จะใส่ฟันเทียมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานของ Somkotra T. ปี 2013 (Somkotra, 2013) ที่พบว่า รายได้และสิทธิหลักประกันสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยของ Rezaei S. และคณะ ปี 2019

(Rezaei, Hajizadeh, Irandoost, & Salimi, 2019) ในประเทศอิหร่าน ก็แสดงให้เห็นว่าระดับรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมเช่นกัน

ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งขัดกับสมมติฐานที่มักยึดถือว่าผู้สูงอายุเพศหญิงหรือผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นว่าในชุมชนชนบทของไทย บริบททางเศรษฐกิจและสวัสดิการสาธารณสุขมีผลเหนือกว่าปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว

ปัจจัยด้านสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดของ Andersen ปี 1995 (Andersen, 1995) ที่ระบุว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพได้รับอิทธิพลจากแรงผลักดันภายนอก (enabling factors) เช่น การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และพบว่า social support เช่น กำลังใจจากครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมรวมทั้งการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญ (Hajek, Kretzler, & König, 2021)

นอกจากนี้ การศึกษาของ Liu L. และคณะ ปี 2015 ในประเทศจีนยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางทันตกรรมมีแนวโน้มใส่ฟันเทียมมากกว่าผู้ที่ขาดข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านสังคมในระดับรอง เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กลับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจสะท้อนว่าแรงจูงใจจากกลุ่มสัมพันธ์รองมีอิทธิพลน้อยกว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ (Liu, Zhang, Wu, & Cheng, 2015)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา แม้ว่าการศึกษาจะมีการประเมินแรงจูงใจในด้านการเคี้ยวอาหาร รูปลักษณ์ และการเข้าสังคม แต่ไม่พบความสัมพันธ์เชิงสถิติกับพฤติกรรมใส่ฟันเทียม ในทางกลับกัน ผลการศึกษาของ Grey EB. และคณะ ปี 2013 (Grey, Harcourt, O'Sullivan, Buchanan, & Kilpatrick, 2013) ที่ระบุว่าแรงจูงใจภายใน เช่น ความเชื่อในประโยชน์ของฟันเทียม มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางทันตกรรม

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้อาจสะท้อนถึงโอกาสในการส่งเสริมแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ยังไม่ถูกกระตุ้นอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในด้านการรับรู้คุณค่าและความจำเป็นของการใส่ฟันเทียม ขณะเดียวกันอุปสรรคภายนอก เช่น ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ หรือความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษา อาจยังคงมีบทบาทสำคัญที่บดบังแรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุ การส่งเสริมความรู้ควบคู่กับการให้กำลังใจและคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทันตกรรมจึงอาจช่วยเพิ่มพฤติกรรมการเข้ารับบริการในกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านสถานการณ์

ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มประชากรเขตเมืองและชนบทไม่พบหลักฐานที่ชี้ว่า ระยะทางหรืออุปสรรคด้านการเดินทางเป็นตัวแปรที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจสวมฟันเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผู้บริโภค เช่น ประเภทบริการทันตกรรมและระดับรายได้

ข้อมูลจากการศึกษาโดย Cho H-A. และคณะ ปี 2022 ที่ใช้ข้อมูลจากประเทศเกาหลีใต้ แสดงให้เห็นว่า เวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลด้านทันตกรรมมีความเกี่ยวข้องกับประเภทของบริการมากกว่าการจำกัดเชิงภูมิศาสตร์ โดยเฉพาะบริการที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ (non-NHI-covered) เช่น การใส่รากฟันเทียมและการจัดฟัน ซึ่งมี travel time สูงกว่าบริการทั่วไปที่อยู่ในระบบประกัน ทั้งนี้ กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยที่สุด (quintile แรก) กลับแสดงพฤติกรรมเดินทางไกลและใช้บริการทางทันตกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น สะท้อนว่า “travel time” เป็นผลลัพธ์ของการเลือกโดยพิจารณาสถานการณ์ของแต่ละบุคคล มากกว่าจะเป็นข้อจำกัดจากระยะทางเพียงอย่างเดียว (Cho, Kim, & Shin, 2022)

เหตุผลในการตัดสินใจใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียม

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าเหตุผลหลักที่ ผู้สูงอายุเลือกใส่ฟันเทียมมักเกี่ยวข้องกับความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร และภาพลักษณ์ของตนเอง ขณะที่ผู้ที่เลือกไม่ใส่ฟันเทียมให้เหตุผลว่า ไม่มีช่องว่างให้ใส่ ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ หรือ ไม่รู้สึกว่าเป็นสิ่งจำเป็น

จากการศึกษาของ Graham et al. (2006) และ Kiyak & Reichmuth (2005) พบว่าผู้สูงอายุที่ตัดสินใจใส่ฟันเทียมมักมีเหตุผลเกี่ยวกับความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร ความมั่นใจในรูปลักษณ์ และคุณภาพชีวิตโดยรวม

(Graham, Mihaylov, Jepson, Allen, & Bond, 2006) ในขณะที่ผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมมักให้เหตุผลว่าขาดข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาหรือไม่ทราบถึงความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม ข้อค้นพบเหล่านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในครั้งใหม่ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคมกับการตัดสินใจใส่ฟันเทียม (Kiyak & Reichmuth, 2005)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล สังคม จิตวิทยา และสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในตำบลวังพิง อําเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน แบ่งเป็นผู้ที่ใส่ฟันเทียมร้อยละ 50.0 และไม่ใส่ฟันเทียมร้อยละ 50.0

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อปีของครอบครัว แหล่งรายได้หลัก และสิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใส่ฟันเทียม โดยครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มที่จะไม่ใส่ฟันเทียม

นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติ และการให้คำแนะนำจากบุคลากรทันตกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการใส่ฟันเทียม สะท้อนถึงบทบาทของแรงสนับสนุนใกล้ชิดและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนในการสร้างความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุในการตัดสินใจเข้ารับบริการ

ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยด้านประชากรพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรูปแบบการอยู่อาศัย รวมถึงปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพและอุปสรรคในการเดินทาง ไม่พบความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับเหตุผลของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม พบว่าแรงจูงใจสำคัญคือความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารและการรักษาบุคลิกภาพ ขณะที่ผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมให้เหตุผลว่าไม่มีฟันที่จะใส่ ไม่รู้สึกว่าเป็น หรือขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการเข้ารับบริการด้านทันตกรรม

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุคือปัจจัยทางเศรษฐกิจและแรงสนับสนุนจากครอบครัวและ

บุคลากรทางทันตกรรม ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาและสถานการณ์อื่น ๆ ไม่พบว่ามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมดังกล่าว

ข้อค้นพบนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมและเท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงข้อมูล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิทธิการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขควรพิจารณาดำเนินการดังนี้

1) จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการทำฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม

2) พัฒนาระบบติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียฟันถาวร เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและทันเวลา

3) กำหนดแนวทางบูรณาการการให้บริการทันตกรรมกับการเยี่ยมบ้านในระบบปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง

4) เชื่อมโยงกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) โดยควรพัฒนาแนวทางการให้บริการทำฟันเทียมภายใต้สิทธิประโยชน์ของ UCS ให้ครอบคลุมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการส่งต่อ (referral system) ระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมได้สะดวกและต่อเนื่อง

5) ส่งเสริมการจัดตั้ง หน่วยบริการฟันเทียมเคลื่อนที่ (mobile denture clinic) เพื่อให้บริการในพื้นที่ชนบทห่างไกล และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) บุคลากรทันตกรรมควรดำเนินงานแบบเชิงรุกในการให้ความรู้ แนะนำสิทธิ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ

และครอบครัว เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นของฟันเทียม

2) ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนโดยเน้นความสำคัญของการใส่ฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการ

3) ส่งเสริมบทบาทของ อสม. หรืออาสาสมัครสุขภาพชุมชนในการช่วยประเมิน คัดกรอง และแนะนำผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบบริการอย่างเหมาะสม

3. ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้โดยตรง อีกทั้งข้อมูลบางส่วนมาจากการรายงานตนเองของผู้ตอบแบบสอบถาม อาจมีอคติจากความจำ (recall bias) หรือการตอบเพื่อให้สังคมยอมรับ (social desirability bias)

4. การขยายผลของการวิจัย ผลการศึกษานี้จัดทำในพื้นที่ตำบลวังพิรุณ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นบริบทชนบท การนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นของประเทศควรพิจารณาความแตกต่างด้านเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ

5. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1) ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียม เช่น ทศนคติ ความรู้ ประสบการณ์เดิมในการใช้บริการ และความกลัวเกี่ยวกับฟันเทียม เพื่อออกแบบแนวทางส่งเสริมที่ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2) ขยายพื้นที่ศึกษาไปยังชุมชนเมืองหรือพื้นที่ที่มีบริบทต่างจากชนบท เพื่อเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใส่ฟันเทียมในระดับเชิงนโยบายหรือระดับประเทศ

3) ส่งเสริมการใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) เพื่อให้เข้าใจทั้งมุมมองเชิงปริมาณและเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, Mar;36(31):31–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>.
- Cho, H.-A., Kim, B.-R., & Shin, H. (2022). Travel Time for Dental Care Services Based on Patient Preference in South Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 19(14), 2051; <https://doi.org/2010.3390/ijerph19042051>.
- Department of Older Persons. (2024). Situation of the Thai Older Persons 2023. Retrieved from Retrieved 20 October 2025, from https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf
- Ghanbari-Jahromi, M., Bastani, P., Jalali, F. s., & Delavari, S. (2023). Factors affecting oral and dental services' utilization among Elderly: a scoping review. *BMC Oral Health*, 23, 597. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03285-4>.
- Graham, R., Mihaylov, S., Jepson, N., Allen, P. F., & Bond, S. (2006). Determining 'need' for a Removable Partial Denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. *Br Dent J*, 200, 155–158. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4813193>.
- Grey, E. B., Harcourt, D., O'Sullivan, D., Buchanan, H., & Kilpatrick, N. M. (2013). A qualitative study of patients' motivations and expectations for dental implants. *Br Dent J* 214, E1 (2013). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1178>.
- Hajek, A., Kretzler, B., & König, H.-H. (2021). Factors Associated with Dental Service Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5), 2491. <https://doi.org/2410.3390/ijerph18052491>.
- Kaurani, P., Kakodkar, P., Bhowmick, A., Samra, R. K., & Bansal, V. (2024). Association of tooth loss and nutritional status in adults: an overview of systematic reviews. *BMC Oral Health*, 24(1), 838. <http://doi.10.1186/s12903-12024-04602-12901>.
- Kiyak, H. A., & Reichmuth, M. (2005). Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services. *J Dent Educ*, 69: 975-986. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2005.69.9.tb03994.x>
- Lee, W., Kim, S.-J., Albert, J. M., & Nelson, S. (2014). Community factors predicting dental care utilization among older adults. *JADA*, 145(2), 150-158. <http://doi:110.14219/jada.12013.14222>.
- Limpuangthip, N., Pumaveja, S., & Somkotra, T. (2019). Predisposing and enabling factors associated with public denture service utilization among older Thai people: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*, 19, 220. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0923-1>.
- Liu, L., Zhang, Y., Wu, W., & Cheng, R. (2015). Characteristics of dental care-seeking behavior and related sociodemographic factors in a middle-aged and elderly population in northeast China. *BMC Oral Health*, Jun 10;15(1):66. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0053-3>.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>.
- Rezaei, S., Hajizadeh, M., Irandoost, S. F., & Salimi, Y. (2019). Socioeconomic inequality in dental care utilization in Iran: a decomposition approach. *Int J Equity Health*, 18, 161. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1072-5>.
- Rovinelli RJ, & Hambleton RK. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49-60. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>

- Sinha, S., Govindan, C., Sharma, A., Yadav, P., E, A., & Jain, A. (2025). Oral health disparities in the elderly: A study on access to dental care and its implications. *Bioinformation*, *21*, 832-835.
<http://doi.810.6026/973206300210832>.
- Somkotra, T. (2013). Experience of socioeconomic-related inequality in dental care utilization among Thai elderly under universal coverage. *Geriatrics & Gerontology International*, *13*, 298-306.
<https://doi.org/210.1111/j.1447-0594.2012.00895.x>.
- Supapanit, P., & Arunsri, K. (2023). Oral Health Status and Depression in the Elderly. *SHJ*, *32*(2), 45–55. Retrieved from <https://he01.tci-thajjo.org/index.php/shj/article/download/266378/180153/1127897>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, *2*, 53–55.
<https://doi.org/10.5116/ijme.5114dfb.5118dfd>.

Factors Affecting Policy Implementation of “One ID Card Smart Hospital”: A Case Study of the District Health Promotion Hospital in Health Region 4

Supussorn Wongtawan¹ Youwanuch Sattayasomboon² Wirin Kittipichai³ Sariyamon Tiraphat^{4*}

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 Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.

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

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

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Wongtawan, S., Sattayasomboon, Y. ., Kittipichai, W. ., & Tiraphat, S. . Factors Affecting Policy Implementation of “One ID Card Smart Hospital”: A Case Study of the District Health Promotion Hospital in Health Region 4. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 41–59. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/284146

Received: 5 October 2025

Revised: -

Accepted: 21 October 2025

This is a cross-sectional analytical study, examining the level of, and factors influencing, the policy implementation of the “One ID Card Smart Hospital” initiative. The case study focused on District Health Promotion Hospitals (DHPHs) within Health Region 4. A total of 304 samples were selected through stratified sampling. A structured questionnaire was used as the primary research instrument. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, as well as inferential statistics, including the Chi-square test and binary logistic regression.

The study revealed that 82.6% of Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) in Health Region 4 operated under the policy at a level requiring further development, while only 17.4% performed at a good level. A key factor influencing policy implementation was the readiness of the health system. SHPHs with a high level of health system readiness were 2.67 times more likely to successfully implement the policy compared to those with lower readiness (95% C.I. = 1.20–5.97, $p = 0.02$). The most significant predictive factors included information system readiness and medical technology readiness, both of which are critical components in enhancing the capacity of primary health care services.

The findings provide empirical evidence to guide the development of primary healthcare services. They can inform policy formulation and strategic planning, particularly in strengthening information systems and medical technology infrastructure. This is essential for supporting the effective and sustainable implementation of the “One ID Card Smart Hospital” policy.

Keywords: One ID card smart hospital; Health system

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว : กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4

ศุภัสสร วงศ์ตะวัน¹ ยวนุช สัตยสมบุรณ์² วิริณิธี กิตติพิชัย³ ศรียามน ทิรพัฒน์^{4*}

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์, ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. รองศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 5 ตุลาคม 2568

วันแก้ไข -

วันตอบรับ 21 ตุลาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 304 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 82.6 มีการดำเนินงานตามนโยบายอยู่ในระดับที่ควรพัฒนา และ ร้อยละ 17.4 ดำเนินงานได้ในระดับดี ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ ความพร้อมของระบบสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับความพร้อมของระบบสุขภาพอยู่ในระดับดีมีโอกาสดำเนินงานตามนโยบายสำเร็จมากกว่าหน่วยบริการที่มีความพร้อมในระดับที่ควรพัฒนา 2.67 เท่า (95% C.I. = 1.20–5.97, p = 0.02) ปัจจัยทำนายที่สำคัญ ได้แก่ ความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร และความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการเสริมสร้างศักยภาพของบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลที่ได้รับจากการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนทิศทางการพัฒนา โดยสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและวางแผนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว; ระบบสุขภาพ

บทนำ

นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นแนวคิดที่มาจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยให้ครอบคลุม สะดวก และเท่าเทียมกันมากยิ่งขึ้น ลดข้อจำกัดเดิมที่ประชาชนสามารถรับบริการได้เฉพาะในหน่วยบริการตามสิทธิเท่านั้น ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวได้ถูกกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2567–2568 เพื่อปรับปรุงกลไกการให้บริการและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการเพียงแสดงบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 เป็นรากฐานสำคัญของนโยบายดังกล่าว โดยมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยระบุว่า ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยรัฐมีหน้าที่จัดให้มี “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการด้านสุขภาพ ในขณะที่มาตรา 82 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการด้านสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีมาตรฐาน ผ่านการบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน

การดำเนินงานตามนโยบายในปี พ.ศ. 2567 – 2568 ถูกแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 ครอบคลุม 4 จังหวัด (แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี นราธิวาส) ระยะที่ 2 ครอบคลุม 12 จังหวัด ระยะที่ 3 ครอบคลุม 33 จังหวัดใน 6 เขตสุขภาพ (รวมเขตสุขภาพที่ 4) และระยะที่ 4 ขยายเพิ่มเติมอีก 30 จังหวัด เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก เป็นพื้นที่หนึ่งที่อยู่ภายใต้ระยะที่ 3 ของนโยบายนี้ โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการให้บริการแก่ประชาชนตามนโยบาย 2) พัฒนาระบบส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา 3) ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้สามารถรองรับการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ลด

ภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยให้ประชาชนสามารถรับบริการเบื้องต้นที่ รพ.สต. ก่อนเป็นอันดับแรก

จากการทบทวนระบบบริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พบว่า การดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในกระบวนการให้บริการ โดยเฉพาะสองระบบหลัก ได้แก่ ระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตน (Health ID) เป็นรากฐานสำคัญในการเชื่อมโยงสิทธิการรักษาของประชาชนทั่วประเทศ และการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim) ที่เชื่อมโยงข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยตรง ซึ่งทั้งสองระบบนับเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลการดำเนินงานของสำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีประชาชนลงทะเบียน Health ID แล้วกว่า 22.80 ล้านคน โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนการลงทะเบียนสูง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9, 8, 6, 7 และ 1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในเขตสุขภาพที่ 4 การยืนยันตัวตนยังคงประสบปัญหาและความท้าทายหลายด้าน ทั้งในเรื่องจำนวนผู้ลงทะเบียนที่ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ตลอดจนความพร้อมของระบบบริการที่ต้องรองรับการเข้าถึงสิทธิการรักษาหน่วยบริการในพื้นที่ อุปสรรคดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ต้องเป็นด่านแรกในการให้บริการแก่ประชาชน หากระบบดังกล่าวขาดความพร้อมหรือมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยีสารสนเทศ และบุคลากร อาจส่งผลให้การดำเนินงานตามนโยบายไม่สามารถบรรลุเจตนารมณ์ได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้นโยบายนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่ส่งต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) คุณลักษณะขององค์กร ประกอบด้วย ขนาดขององค์กร ลักษณะพื้นที่ สังกัดขององค์กร จำนวนเจ้าหน้าที่ในองค์กร Sentell และภรณ์ กิรติบุตร (Sentell, 1994; Kirttibutr, 1986) ซึ่งว่าขนาดองค์กรมีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ขณะที่ Robbins (Robbins, 1987) ระบุว่าขนาด

ที่แตกต่างกันนำไปสู่โครงสร้างการบริหารที่แตกต่างกันและส่งผลต่อกระบวนการทำงาน 2) ความพร้อมของระบบสุขภาพประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล วนิดา สมภุษาและมะลิ สุปัติ (Somphungsa & Supatta, 2022) พบว่าการพัฒนาความรู้ของบุคลากรส่งผลต่อคุณภาพบริการอย่างชัดเจน ขณะที่ Brommeyer และ Liang (Brommeyer, Whittaker, & Liang, 2024) เน้นการเตรียมความพร้อมของผู้บริหารในยุคสุขภาพดิจิทัลและ Spencer และคณะฯ (Spencer et al., 2023) เสนอให้การพัฒนากระบวนการ คำนึงถึงศักยภาพบุคลากร ทรัพยากร และระบบข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน 3) บรรยากาศขององค์กร ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านความรับผิดชอบ ด้านรางวัล ด้านความอบอุ่น ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี และด้านความเสี่ยง ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน ซาลินี พสุนนท์และชาญชัย อาจินสมจาร (Pasunnon & Ajinsomchar, 2025) เห็นว่าบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงานช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความรับผิดชอบของบุคลากร แต่ในปัจจุบันยังไม่มี การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

แม้นโยบายดังกล่าวจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน แต่ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งในด้านข้อจำกัดของบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตลอดจนกลไกด้านการเงินการคลัง แม้จะมีงานวิจัยบางส่วนที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการ แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกที่มุ่งวิเคราะห์ “ปัจจัยเชิงระบบ” ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นด่านหน้าของเขตสุขภาพที่ 4 ที่ต้องรองรับทั้งการยืนยันสิทธิผ่าน Health ID การประสานงานด้วยระบบ e-Claim และการดูแลประชากรในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อให้ได้ข้อค้นพบ

เชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง การมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทพื้นที่จริงจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุศักยภาพสูงสุดของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กร ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (Population) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 801 แห่ง กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 260 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 312 แห่ง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่มตามสัดส่วน (Proportionate Cluster Sampling) โดยกำหนดกลุ่มประชากรเป็น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด จากนั้นทำการสุ่มเลือก 4 จังหวัดโดยพิจารณาจากสัดส่วนจำนวน รพ.สต. ที่มีอยู่ในแต่ละจังหวัด แล้วจึงเลือก รพ.สต. ทั้งหมดใน 4 จังหวัดที่ถูกสุ่มได้เข้าร่วมในการศึกษา รวมทั้งสิ้นจำนวน 357 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน – 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน 50 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะขององค์กร จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด ประกอบด้วย ข้อมูลดังต่อไปนี้ ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 3 ความพร้อมของระบบสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 5 4 3 2 1 วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 บรรยากาศองค์กร จำนวน 7 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 5 4 3 2 1 วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานตามนโยบาย จำนวน 2 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 10 ตัวเลือก 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เพื่อวัดระดับการดำเนินงานตามนโยบาย วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า Net promoter score (NPS) ตามแบบ Fred Reichheld 10 ระดับ ประกอบด้วย แย่ที่สุด

ไม่พอใจมาก ไม่น่าพอใจ ควรปรับปรุง พอใช้ ปานกลางค่อนข้างดี ดี ดีมาก และดีเยี่ยม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Denise F Polit, Cheryl Tatano Beck & Steven V Owen, 2007) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 แห่ง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ช (Cronbach's Alpha) และกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ช ของแบบวัดบรรยากาศองค์กรได้เท่ากับ 0.85 ถือว่ายอมรับได้ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ช ของแบบวัดความพร้อมของระบบสุขภาพได้เท่ากับ 0.80 ถือว่ายอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบทำวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบ google form จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ พบการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 304 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.44

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2025-054 รหัสโครงการ 45/2568 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และจุดตัด (Cut point) เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์คุณลักษณะขององค์กร และจัดระดับผลการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

1) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

(1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะขององค์กร ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

(2) วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายด้านคุณลักษณะขององค์กร ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กรที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม คุณลักษณะขององค์กร ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 304 แห่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.6 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 41.8 และช่วงอายุที่มีน้อยที่สุด คือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 5.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.3 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นผู้แทน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.2 รองลงมาคือ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 28.6 น้อยที่สุด คือ ตำแหน่ง ผู้แทนตำแหน่งทันตภิบาล / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และมีประสบการณ์ทำงาน อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี และ 11 – 20 ปี ร้อยละ 43.1 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 304)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 304)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	138	45.4
หญิง	166	54.6
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	81	26.6
31 – 40 ปี	127	41.8
41 – 50 ปี	80	26.3
51 – 60 ปี	16	5.3
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา / ปวส.	38	12.5
ปริญญาตรี	241	79.3
สูงกว่าปริญญาตรี (ปริญญาโท / ปริญญาเอก)	25	8.2
ตำแหน่งงาน		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	87	28.6
ผู้แทน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข	101	33.2

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (n = 304)	ร้อยละ (%)
ผู้แทน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	57	18.8
ผู้แทน ตำแหน่งแพทย์แผนไทย	24	7.9
ผู้แทน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข	24	7.9
ผู้แทน ตำแหน่งทันตภิบาล / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	11	3.6
ประสบการณ์ทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	1	0.3
1 – 10 ปี	131	43.1
11 – 20 ปี	131	43.1
21 – 30 ปี	30	9.9
31 ปีขึ้นไป	11	3.6

2) ข้อมูลลักษณะขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 304 แห่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง (M) ร้อยละ 53.9 ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 48.4 สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่มีมากที่สุด คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 88.8 จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีจำนวน 5 – 10 คน ร้อยละ 56.6 รองลงมา คือ 10 คนขึ้นไป ร้อยละ 28.0 และต่ำที่สุด คือ ไม่เกิน 5 คน ร้อยละ 15.5 ตามตาราง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลลักษณะขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n=304)

คุณลักษณะขององค์กร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
ขนาดเล็ก (S) ดูแลประชากรน้อยกว่า 3,000 คน	62	20.4
ขนาดกลาง (M) ดูแลประชากร 3,000 – 8,000 คน	164	53.9
ขนาดใหญ่ (L) ดูแลประชากร 8,000 คนขึ้นไป	78	25.7
ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
เขตชนบท	102	33.6
เขตเมือง	147	48.4
เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท	55	18.1
สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	270	88.8
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	34	11.2
จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
ไม่เกิน 5 คน	47	15.5
5 – 10 คน	172	56.6
10 คนขึ้นไป	85	28.0

3) ข้อมูลความพร้อมของระบบสุขภาพ ค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ 3.66 (S.D. = 0.886) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมของระบบ สุขภาพด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ในหัวข้อผู้บริหารและ เจ้าหน้าที่ที่มีการจัดประชุมหรือหารือร่วมกันเพื่อปรับปรุง กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ที่ 4.27 (S.D. = 0.709) รองลงมาคือด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.25 (S.D. = 0.712) และกำลังคนด้านสุขภาพ มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ 3.66 (S.D. = 0.886) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ข้อจำกัดในการจัดสรรและบริหารทรัพยากรบุคคล อาจส่งผล ต่อประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพโดยตรง และ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและสนับสนุนเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความสมดุลและยั่งยืนในทุกมิติ ดัง ตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลความพร้อมของระบบสุขภาพ (n=304)

ความพร้อมของระบบสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	คะแนน	
			ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ด้านระบบบริการสุขภาพ				
รพ.สต. ของท่านมีการเตรียมความพร้อมในการ รองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากนโยบาย	3.88	0.752	2	5
รพ.สต. ของท่านมีระบบบริการเป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล เป็นต้น	3.86	0.792	1	5
รพ.สต. ของท่านมีระบบการกำกับ และพัฒนา คุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ	3.99	0.745	2	5
กำลังคนด้านสุขภาพ				
บุคลากรใน รพ.สต. ของท่านได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบาย	4.01	0.816	1	5
จำนวนบุคลากรในหน่วยงานของท่านเพียงพอต่อ การให้บริการตามนโยบาย	3.66	0.886	1	5
ท่านได้รับการสนับสนุนหรือการพัฒนาทักษะที่ จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน	4.03	0.779	1	5
ด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ				
รพ.สต. ของท่านมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่าง หน่วยงานอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ	3.99	0.796	2	5
ระบบข้อมูลใน รพ.สต. มีความปลอดภัยและ ป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลผู้ป่วย	4.01	0.758	2	5
รพ.สต. ของท่านมีการตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.15	0.742	2	5

ความพร้อมของระบบสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	คะแนน	
			ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
เทคโนโลยีทางการแพทย์				
รพ.สต. ของท่านมีการเตรียมเทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับการรองรับผู้ป่วยที่มารับ บริการตามนโยบาย	3.99	0.749	3	5
อุปกรณ์ทางการแพทย์ใน รพ.สต. เพียงพอและ พร้อมใช้งานสำหรับการให้บริการอยู่เสมอ	3.93	0.755	2	5
ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีแนวทางที่ชัดเจน หรือมีคู่มือปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน	4.12	0.741	1	5
ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ				
ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รพ.สต. ของท่านได้รับ จัดสรรในดำเนินงานตามนโยบาย มีความเหมาะสมระดับ ใด	3.86	0.794	1	5
ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รพ.สต. ของท่านได้รับ จัดสรรในดำเนินงานตามนโยบาย มีความเหมาะสมระดับ ใด	3.99	0.850	1	5
การเบิกจ่ายเงินใน รพ.สต. มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ในระดับใด	4.25	0.712	1	5
ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล				
ผู้บริหารใน รพ.สต. มีการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบายนี้อยู่ในระดับใด	4.04	0.712	1	5
ผู้บริหารใน รพ.สต. มีการสนับสนุนเรื่องการ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานอยู่ในระดับใด	4.01	0.836	1	5
ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่มีการจัดประชุมหรือหารือ ร่วมกันเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง	4.27	0.709	1	5

4) ข้อมูลบรรยากาศขององค์กร
ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศขององค์กรด้าน
เอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด
อยู่ที่ 4.5 (S.D. = 0.683) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึก
ภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรรองลงมา คือ ด้านความ
เสี่ยง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.26 (S.D. = 0.706) และด้าน

โครงสร้าง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ที่ 3.89 (S.D. = 0.725) อย่างไรก็ตาม
ก็ตาม ด้านโครงสร้างแม้จะมีการกำหนดโครงสร้าง บทบาท
หน้าที่ และภาระงานไว้อย่างชัดเจน แต่ยังมีโอกาสในการ
ปรับปรุงเพื่อให้เกิดความคล่องตัว และเอื้อต่อการทำงาน
ร่วมกันในเชิงประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังตาราง 4

ตาราง 4 ข้อมูลบรรยากาศขององค์กร (n = 304)

บรรยากาศขององค์กร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	คะแนน	
			ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ด้านโครงสร้าง				
รพ.สต. ของท่านมีการกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ภาระงานไว้อย่างชัดเจน	3.89	0.725	2	5
รพ.สต. ของท่าน มีการกำหนดสายการบังคับบัญชาชัดเจน	3.92	0.822	2	5
รพ.สต. ของท่านมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการปฏิบัติงานที่ชัดเจน	4.20	0.699	3	5
ด้านความรับผิดชอบ				
รพ.สต. ของท่านมอบหมายให้บุคลากรปฏิบัติงานตรงตามหน้าที่ความรับผิดชอบ	4.09	0.757	2	5
รพ.สต. ของท่านให้อิสระบุคลากรในการใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย	4.00	0.760	2	5
รพ.สต. ของท่านเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย	4.19	0.739	3	5
ด้านรางวัล				
มีการให้รางวัลหรือประกาศเกียรติคุณใน รพ.สต. เมื่อสามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายหรือนโยบาย	3.91	0.848	1	5
ระบบการให้รางวัลและการยอมรับใน รพ.สต. มีความยุติธรรมและโปร่งใส	3.95	0.813	1	5
การได้รับรางวัลและการยอมรับ ช่วยกระตุ้นให้ รพ.สต. ของท่านปฏิบัติงานได้ดีขึ้น	4.15	0.764	1	5
ด้านความอบอุ่น				
เพื่อนร่วมงานใน รพ.สต. ของท่านมีการช่วยเหลือกันในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	4.03	0.770	2	5
ผู้บริหารของท่าน มีการหาแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน	3.91	0.830	1	5
สมาชิกใน รพ.สต. ของท่านมีความสามัคคี สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้เป็นอย่างดี	4.22	0.750	1	5
ด้านการสนับสนุน				
รพ.สต. ของท่านมีผู้บังคับบัญชาที่ช่วยเหลือให้คำปรึกษาเมื่อบุคลากรต้องการ	4.02	0.747	1	5
บุคลากรใน รพ.สต. ของท่านจะได้รับการชี้แนะจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า เมื่องานที่ปฏิบัติมีความยุ่งยากซับซ้อน	4.02	0.747	1	5

บรรยากาศขององค์กร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	คะแนน	
			ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
รพ.สต. ของท่านส่งเสริมให้มีอุปกรณ์ หรือสร้าง นวัตกรรมที่เกิดประโยชน์กับการปฏิบัติงาน	4.22	0.742	2	5
เอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี				
ท่านเข้าใจถึงเอกลักษณ์และเป้าหมายของ รพ.สต. ได้ อย่างชัดเจน	4.22	0.742	2	5
ท่านรู้สึกผูกพันกับ รพ.สต. นี้ในระดับใด	4.02	0.806	2	5
ท่านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของ รพ.สต. นี้	4.35	0.683	1	5
ด้านความเสี่ยง				
รพ.สต. ของท่านมีคณะกรรมการบริหารจัดการความ เสี่ยง	4.04	0.700	1	5
รพ.สต. ของท่านมีแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกัน ความผิดพลาดจากการทำงานที่ชัดเจน	4.04	0.700	1	5
รพ.สต. ของท่านมีการประชุมเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ เกิดขึ้นร่วมกันค้นหาสาเหตุเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	4.26	0.706	1	5

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 304 แห่ง โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามคะแนนรวม (Cut point) คือ คะแนนรวม ≤ 85 = ระดับต้องปรับปรุง คะแนนรวม > 85 = ระดับดี เพื่อสะท้อนคุณภาพเชิงนโยบายว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้คะแนนรวมเกิน 85

ถือว่ามี การดำเนินงานตามนโยบายได้ตามเกณฑ์ที่คาดหวัง ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้คะแนนรวม ≤ 85 ยังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 251 แห่ง (82.6%) ขณะที่ มีเพียง 53 แห่ง (17.4%) ที่ดำเนินงานได้ในระดับดี สำหรับด้านความพร้อมของระบบสุขภาพ พบว่าเพียง 50 แห่ง (16.4%) อยู่ในระดับดี ส่วนที่เหลือยังอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ในด้านบรรยากาศขององค์กร พบว่าส่วนใหญ่จำนวน 227 แห่ง (74.7%) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง มีเพียง 77 แห่ง (25.3%) ที่อยู่ในระดับดี ดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ความพร้อมของระบบสุขภาพ และ บรรยากาศขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 304)

ระดับการดำเนินงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
การดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว		
ระดับต้องปรับปรุง	251	82.6
ระดับดี	53	17.4
ความพร้อมของระบบสุขภาพ		
ระดับต้องปรับปรุง	254	83.6
ระดับดี	50	16.4
บรรยากาศขององค์กร		
ระดับต้องปรับปรุง	227	74.7
ระดับดี	77	25.3

หมายเหตุ: Cut point ที่คะแนนรวม โดยคะแนนรวม ≤ 85 = ระดับต้องปรับปรุง และ > 85 = ระดับดี

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้การทดสอบไคสแควร์

(Chi-square) พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 304)

คุณลักษณะขององค์กร	ระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว		Chi-square (χ^2)	df	p-value
	ต่ำ	สูง			
	(คะแนน ≤ 85) n (%)	(คะแนน > 85) n (%)			
ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			2.209	2	0.331
ขนาดเล็ก (S)	48 (77.4)	14 (22.6)			
ขนาดกลาง (M)	140 (85.4)	24 (14.6)			
ขนาดใหญ่ (L)	63 (80.8)	15 (19.2)			

คุณลักษณะ ขององค์กร	ระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว		Chi-square (χ^2)	df	p-value
	ต่ำ (คะแนน \leq 85%)	สูง (คะแนน $>$ 85%)			
	n (%)	n (%)			
ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			0.815	2	0.665
ชนบท	87 (85.3)	15 (14.7)			
เมือง	119 (81.0)	28 (19.0)			
กึ่งเมืองกึ่งชนบท	45 (81.8)	10 (18.2)			
สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			0.265	1	0.607
สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	224 (83.0)	46 (17.0)			
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	27 (79.4)	7 (20.6)			
จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			0.965	2	0.620
ไม่เกิน 5 คน	37 (78.7)	10 (21.3)			
5 – 10 คน	145 (84.3)	27 (15.7)			
10 คนขึ้นไป	69 (81.2)	16 (18.8)			

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศองค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศองค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร

ประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ทั้งความพร้อมของระบบสุขภาพและบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<$ 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตาราง 7 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศองค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 304)

ตัวแปร	ระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว		Chi-square (χ^2)	df	p-value
	ต่ำ (คะแนน \leq 85%)	สูง (คะแนน $>$ 85%)			
	n (%)	n (%)			
ความพร้อมของระบบสุขภาพ			17.583	1	0.00**
ต่ำ (คะแนน \leq 85%)	220 (86.6)	34 (13.4)			
สูง (คะแนน $>$ 85%)	31 (62.0)	19 (38.0)			
บรรยากาศองค์กร			13.514	1	0.00**
ต่ำ (คะแนน \leq 85%)	198 (87.2)	29 (12.8)			
สูง (คะแนน $>$ 85%)	53 (68.8)	24 (31.2)			

**p-value<0.05

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร ประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต สุขภาพที่ 4

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยที่ ส่งผลต่อการ ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร ประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต สุขภาพที่ 4 ด้วยสถิติ การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression แบบ Backward Stepwise (Likelihood Ratio) เริ่มจากตัวแปรทำนาย 6 ตัว พบว่าตัวแปร ขนาดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ที่ตั้งของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล, สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และ จำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ถูกตัดออกจากโมเดล ($p > .10$) จนเหลือ 2 ตัวแปร สำคัญในโมเดลสุดท้าย (ตารางที่ 4.8) ผลการวิเคราะห์

Multiple Logistic Regression พบว่าโมเดลโดยรวมมี นัยสำคัญ (Omnibus $\chi^2 = 17.92, p < .000$) และมีความ สอดคล้องกับข้อมูลจริง (Hosmer –Lemeshow $\chi^2(2) = 2.37, p = 0.31$) โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของ ผลลัพธ์ได้ประมาณ 10% (Nagelkerke $R^2 = .095$) ความ ถูกต้องรวมอยู่ที่ 82.6% ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายสำคัญ ได้แก่ ตัวแปรความพร้อมของระบบสุขภาพ กล่าวคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของระบบ สุขภาพในระดับดีจะมีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สูงกว่าโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของระบบสุขภาพในระดับ ที่ต้องปรับปรุง ในระดับที่สูงกว่า 2.67 เท่า (95% C.I. = 1.20- 5.97, $p = 0.02$) ดังตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (n = 304)

ตัวแปรอิสระ	B	p-value	Exp(B)	95% CI for Exp (B)	
				Lower	Upper
ความพร้อมของระบบสุขภาพ (ดี)	0.98	0.02*	2.67	1.20	5.97
ความพร้อมของระบบสุขภาพ (ต้องปรับปรุง)-อ้างอิง	-	-	1	-	-
บรรยากาศขององค์กร(ดี)	0.67	0.08	1.95	0.93	4.12
บรรยากาศขององค์กร(ต้องปรับปรุง)-อ้างอิง	-	-	1	-	-

*หมายเหตุ: อ้างอิง = กลุ่มฐาน (reference group), *p < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการ หรือผู้แทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี และอ่างทอง จำนวน 312 แห่ง ใช้แบบสอบถามแบบ Google Form ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการตอบกลับแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test) และสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 97.44 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปรายดังนี้

1. ระดับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ความพร้อมของระบบสุขภาพ และ บรรยากาศขององค์กร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 304 แห่ง ส่วนใหญ่ 251 แห่ง (82.6%) อยู่ในระดับ

“ต้องปรับปรุง” และมีเพียง 53 แห่ง (17.4%) อยู่ในระดับ “ดี” ทั้งนี้ การตีความผลลัพธ์ดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับเกณฑ์การประเมินที่ใช้ ซึ่งมีความเข้มงวด โดยกำหนดให้คะแนนการรับรู้ภาพรวม (perception score) ต้องมากกว่า 85 ขึ้นไปจึงจะถือว่าอยู่ในระดับดี ส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ปรากฏสะท้อนถึง พื้นที่ในการพัฒนา มากกว่าการบ่งชี้ข้อบกพร่องของหน่วยบริการ สำหรับด้านความพร้อมของระบบสุขภาพ พบว่ามีเพียง 50 แห่ง (16.4%) อยู่ในระดับดี ส่วนที่เหลือยังอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ขณะที่ด้านบรรยากาศขององค์กร ส่วนใหญ่ 227 แห่ง (74.7%) อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และมีเพียง 77 แห่ง (25.3%) อยู่ในระดับดี ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้นโยบายดังกล่าวจะช่วยขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการ แต่การดำเนินงานในระดับปฐมภูมิยังเผชิญความท้าทายหลายด้าน โดยเฉพาะใน รพ.สต.ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านหน้า ทั้งนี้ การใช้เกณฑ์การประเมินที่สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป ช่วยให้ผลลัพธ์สะท้อนถึง โอกาสในการยกระดับคุณภาพบริการ ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Chaina, 2022) ที่พบว่าแม้ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีและมีความพึงพอใจต่อนโยบายในภาพรวม แต่ในทางปฏิบัติยังคงประสบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ ความไม่ชัดเจนของช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของประชาชนเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานตามนโยบายยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างเต็มที่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะขององค์กร ความพร้อมของระบบสุขภาพ และบรรยากาศขององค์กรกับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ คุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Kowlai, 2024) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี พบว่าตัวแปร เช่น ขนาดโรงพยาบาล สังกัด และจำนวนเจ้าหน้าที่ ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Paophan et al., 2025) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ศึกษาสมรรถนะบุคลากรของ รพ.สต. ก็สนับสนุนแนวคิดที่ว่า “ปัจจัยด้านองค์กร” เช่น สังกัดหรือขนาดองค์กร ไม่ใช่ตัวแปรที่มีผลชัดเจนต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากร หากเน้นวัดสมรรถนะ การพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และบริบทด้านการบริหารจัดการในระดับหน่วยงานเองอย่างเป็นระบบ

ความพร้อมของระบบสุขภาพ ได้แก่ ด้านระบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมของระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินของ (HITAP & IHPP, 2024) ได้ประเมินผลการดำเนินงานของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่นำร่อง เช่น จังหวัดเพชรบุรี แพร่ ร้อยเอ็ด และนราธิวาส โดยพบว่า ความพร้อมของระบบสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยี

สารสนเทศ การบริหารจัดการสิทธิผู้ป่วย และความสามารถในการบันทึกและเข้าถึงข้อมูล มีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนได้จริง และช่วยลดต้นทุนการเดินทางและเวลารอคอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

บรรยากาศขององค์กร ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านความรับผิดชอบ ด้านรางวัล ด้านความอบอุ่นด้านการสนับสนุน เอกลักษณะขององค์กรและความจงรักภักดี และด้านความเสี่ยง การศึกษาพบว่า บรรยากาศขององค์กรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หน่วยบริการที่มีบรรยากาศองค์กรที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม การสื่อสารอย่างเปิดเผย และการมีส่วนร่วมของบุคลากร มักสามารถปรับตัวและดำเนินงานตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า หน่วยงานที่มีบรรยากาศการทำงานที่ตึงเครียดหรือขาดแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chancharoon, 2023) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์กรและความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่าองค์กรที่มีบรรยากาศเชิงบวก ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจและสามารถปรับการทำงานให้สอดคล้องกับนโยบายใหม่ได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ แนวคิดของ (Litwin & Stringer, 1968) ที่อธิบายว่า “บรรยากาศขององค์กร” มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากร โดยเฉพาะในด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบายระดับชาติ

3. ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4

จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายสำคัญ ได้แก่ ตัวแปรความพร้อมของระบบสุขภาพ กล่าวคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของระบบสุขภาพในระดับดีจะมีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท

รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของระบบสุขภาพในระดับที่ต้องปรับปรุง ในระดับที่สูงกว่า 2.67 เท่า (95% C.I. = 1.20- 5.97, $p = 0.02$) และผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านความพร้อมของระบบสุขภาพใน 6 มิติ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 ตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายสำคัญ ได้แก่ ตัวแปรความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร และความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ กล่าวคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ระดับดีจะมีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมของระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ในระดับที่ต้องปรับปรุง ในระดับที่สูงกว่า 2.10 เท่า (95% C.I. = 1.11- 3.96, $p = 0.02$) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระดับดีจะมีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในระดับที่ต้องปรับปรุง ในระดับที่สูงกว่า 2.13 เท่า (95% C.I. = 1.13- 4.01, $p = 0.02$) ผลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ (HITAP & IHPP, 2024) ที่ดำเนินการประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี แพร่ ร้อยเอ็ด และนราธิวาส โดยพบว่า หน่วยบริการที่มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ระบบ Health ID และระบบจัดการสิทธิผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการให้บริการแบบไร้รอยต่อ (seamless) และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยังสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ระบุว่า พื้นที่ที่มีความพร้อมด้านระบบบริการโดยเฉพาะระบบดิจิทัล สนับสนุนการตรวจสอบสิทธิและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิเข้ารับบริการได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยลดลงจากเฉลี่ย 660 บาท เหลือเพียง 515 บาทต่อครั้งในพื้นที่ที่มีระบบพร้อมใช้งาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ภาครัฐควรสนับสนุนการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งในด้านการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่น การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2) ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการลงทุนและพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับระดับภูมิ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ การสนับสนุน telemedicine และการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานชัดเจน เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่

3) สร้างกลไกการประสานงานและความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ข้อมูลและทรัพยากรสามารถถูกใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับการบริการ

4) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้และดูแลรักษาระบบข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถใช้งานได้เต็มที่ประสิทธิภาพ

5) ควรมีระบบติดตามและประเมินความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นระยะ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรขยายการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระดับความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในหน่วยบริการประเภทอื่นและในเขตสุขภาพต่าง ๆ เพื่อหาความแตกต่างเชิงบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง และสระบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 4 ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (References)

- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024). Ministry of Public Health policy 2024–2025. Retrieved October 9, 2024, <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/Ministry of Public Health Policy 2024–2025.pdf>
- National Health Security Office. (n.d.). The path to universal health coverage. Retrieved October 9, 2024, from <https://www.nhso.go.th/page/history>
- PPTV Online. (2024, October 10). Check 45 provinces: 30-baht gold card—receive care anywhere with just one ID card. Retrieved from <https://www.pptvhd36.com/health/news/5246>
- National Health Security Office. (2024). Guidelines for reimbursement of public health services under the National Health Security System, fiscal year 2025. Retrieved February 2, 2025, <https://suratthani.nhso.go.th/files/Content/680000038/133769121361208603.pdf>
- Digital Health Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2025). MOPH Health ID. Retrieved February 2, 2025, from <https://shorturl.at/H6h7>
- Sentell, G. D. (1994). *Fast, focused & flexible: Bold new imperatives for the high performance organization*. Pressmark International.
- Kearitbutr, P. (1986). *Organizational effectiveness assessment* (1st ed.). Chulalongkorn University Press.
- Robbins, S. P. (1987). *Organization theory: Structure, design, and application* (2nd ed.). Prentice-Hall.
- Somphunga, W., & Supatta, M. (2022). Effectiveness of the management model for diabetes using the 6 building blocks principle in Sisaket Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(1), 142.
- Brommeyer, M., Whittaker, M., & Liang, Z. (2024). Health service managers' digital competencies: A conceptual framework. *Studies in Health Technology and Informatics*, 310, 1206–1210. <https://doi.org/10.3233/SHTI231156>
- Spencer, S. A., Adipa, F. E., Baker, T., Crawford, A. M., Dark, P., Dula, D., ... & Jacob, S. T. (2023). A health systems approach to critical care delivery in low-resource settings: A narrative review. *Intensive Care Medicine*, 49(7), 772–784. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07136-2>
- Phasunon, C. (2024). Organizational climate and administrative factors affecting the performance of dental personnel in sub-district health-promoting hospitals in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Dental Public Health*, 35(1), 37.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (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.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Wikipedia contributors. (n.d.). Net promoter score. Wikipedia. Retrieved February 2, 2025, https://en.wikipedia.org/wiki/Net_promoter_score
- Chaina, S. (2022). Factors affecting the implementation of the “30-Baht Universal Healthcare Anywhere” policy at the primary care level [Master's thesis, Mahidol University]. Mahidol University Library.

- Kowlai, S. (2024). Factors associated with the development of quality standards in primary health care services of Subdistrict Health Promoting Hospitals under Ratchaburi Provincial Public Health Office. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj*, 4(1), Article E001214. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/1214>
- Paopun, K., Khemthong, K., & Mesaphongsri, C. (2025). Factors associated with the development of competencies among public health personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals under Sisaket Provincial Public Health Office. *Sisaket Journal of Research and Health Development*, 4(1), 287–300. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/4158>
- Kingkaew, P. (2024). *Evaluation for policy development: “30-baht universal healthcare anywhere with one ID card” in pilot areas* [Full report]. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). <https://www.hitap.net/th/document/evaluation-30-baht-universal-coverage-pilot/>

Implementing Transboundary Environmental Impact Assessments (TEIA) under the Espoo Convention: Lessons from experience

Parach Runglek¹, Chaunjit Chanchitpricha,^{2*} Alan Bond^{3,4}

1 Master of Science (Environmental Pollution and Safety Programme), School of Environmental Health, Institute of Public Health, Suranaree University of Technology

2 School of Environmental Health, Institute of Public Health, Suranaree University of Technology

3 School of Environmental Sciences, University of East Anglia

4 Research Unit for Environmental Sciences and Management, North-West University

** Corresponding author: e-mail: chaunjit@gs.sut.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Runglek, P., Chanchitpricha, C., & Bond, A. Implementing Transboundary Environmental Impact Assessments (TEIA) under the Espoo Convention: Lessons from experience. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 61–83. retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/284300>

Received: 10 October 2025

Revised: 11 November 2025

Accepted: 25 November

2025

Abstract

This study aims at: (1) investigating the experiences of Parties to the Espoo Convention in implementing Transboundary Environmental Impact Assessments (TEIA); (2) identifying gaps, challenges, and factors influencing successful implementation; and (3) refining key findings to support the development of approaches for managing transboundary impacts in the context of Thailand and other ASEAN countries. A qualitative methodology was employed through documentary analysis. Secondary data were collected from the UNECE website, including (1) questionnaire reports from 11 Party of Origin countries, 4 Affected Parties, and 1 non-Party country, and (2) six reports of the Implementation Committee under the Convention. The findings reveal that the Convention Secretariat serves as a key supporting mechanism that plays a vital role in facilitating coherent and continuous implementation among the Parties. The key challenges can be identified as inconsistency of definitions of transboundary impact, along with unclear identification of Affected Parties, different timeframes applied in the TEIA process, and language barriers for communication among related parties. Factors contributing to more effective implementation include an emphasis on early consultations and the establishment of bilateral agreements between Parties. Accordingly, this study suggests that Thailand and ASEAN countries could strengthen legal frameworks, their cooperation mechanisms, and promote knowledge production and capacity building to deal with transboundary impacts based on the concept of the Espoo Convention.

Keywords: Transboundary Environmental Impact; Transboundary Environmental Impact Assessment (TEIA); Espoo Convention

แนวทางการดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนภายใต้อนุสัญญาเอสปู: บทเรียนจากประสบการณ์

ปารัช หรั่งเล็ก¹, ชื่นจิต ชาญจิตปรีชา^{2*}, Alan Bond^{3,4}

1 หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (มลพิษสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2 สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3 School of Environmental Sciences, University of East Anglia

4 Research Unit for Environmental Sciences and Management, North-West University

* อีเมลติดต่อ: chaunjit@g.sut.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 ตุลาคม 2568

วันแก้ไข 11 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ 25 พฤศจิกายน 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนของประเทศภาคีอนุสัญญาเอสปู 2) ระบุประเด็นช่องว่างและความท้าทาย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการดังกล่าว และ 3) สังเคราะห์ประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางสำหรับการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดนในบริบทของประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร โดยเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเว็บไซต์ของ UNECE ได้แก่ (1) รายงานแบบสอบถาม (Questionnaire report) ของประเทศภาคีแหล่งกำเนิด 11 ประเทศ ประเทศที่ได้รับผลกระทบ 4 ประเทศ และ ประเทศที่ไม่ได้เป็นภาคีอนุสัญญา 1 ประเทศ; และ (2) รายงานของคณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามอนุสัญญา (Implementation Committee) จำนวน 6 ฉบับ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ พบว่า สำนักเลขาธิการอนุสัญญาถือเป็นกลไกสนับสนุนกลางที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนให้การดำเนินการตามอนุสัญญาของประเทศภาคีสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ส่วนความท้าทายจากการดำเนินการตามอนุสัญญาของกรณีศึกษา ได้แก่ ความแตกต่างในการกำหนดค่านิยามที่เกี่ยวข้อง ความไม่ชัดเจนในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบ ระยะเวลาในการดำเนินการที่ต่างกัน และข้อจำกัดด้านภาษา ทั้งนี้ ปัจจัยที่ช่วยนำไปสู่การดำเนินการที่ดีขึ้น ได้แก่ การให้ความสำคัญกับการปรึกษาหารือล่วงหน้าระหว่างภาคี และการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเสนอแนวทางสำหรับบริบทไทยและภูมิภาคอาเซียน ว่า ควรมีการผลักดันการสร้างกรอบและกลไกทางกฎหมายที่ชัดเจน และการเสริมสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ในทุกๆระดับเกี่ยวกับการรับมือมลพิษข้ามพรมแดนด้วยการประยุกต์ใช้หลักการภายใต้อนุสัญญาเอสปูในบริบทอาเซียน

คำสำคัญ : ผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน; การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน อนุสัญญาเอสปู

1. บทนำ

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ในประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศในภูมิภาคอาเซียน ถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของอาเซียนที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความร่วมมือทางเศรษฐกิจ การค้า อุตสาหกรรม และการเกษตร (ASEAN, n.d.) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการพัฒนาโครงการโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่จะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับขีดความสามารถทางเศรษฐกิจ (Ukwe & Ibe, 2010; UNECE, 2008; Zhao et al., 2021) การดำเนินโครงการดังกล่าวจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่ดีเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน (World Health Organization, 2022) ทั้งนี้ หากโครงการเกิดขึ้นในพื้นที่ใกล้เคียงเขตแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน มลพิษจากแหล่งกำเนิด (Source) และกิจกรรมภายใต้โครงการที่เร่งพัฒนานั้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพ ซึ่งมลพิษนั้นอาจแพร่กระจายเคลื่อนตัวไปในสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (Pathway) และอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และผู้รับสัมผัสมลพิษ (Receptor) ในประเทศใกล้เคียงได้ สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ เรียกว่า **ผลกระทบข้ามพรมแดน (Transboundary impact)** โดย International Finance Corporation (2021) และ UNECE (2017a) ได้อธิบายลักษณะของผลกระทบข้ามพรมแดนไว้ว่า เป็นผลกระทบที่แผ่ขยายออกนอกเขตอำนาจของประเทศเจ้าของโครงการ และส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านหรือประเทศใกล้เคียง ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพการธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบเท่านั้น (Kim et al., 2022; Marks & Miller, 2022) แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ หากขาดกลไกการจัดการที่เหมาะสม

อนุสัญญาว่าด้วยการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในบริบทข้ามพรมแดน หรือ “อนุสัญญาเอสปู” (Espoo Convention) ถือเป็นเครื่องมือและกลไกที่คณะกรรมการเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติสำหรับยุโรป (The United Nations Economic Commission for Europe: UNECE) ใช้ขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดการจัดการมลพิษข้ามพรมแดน เพื่อป้องกัน ลด และควบคุม

ผลกระทบข้ามพรมแดนจากการดำเนินกิจกรรมหรือการพัฒนาโครงการในประเทศใดประเทศหนึ่งโดยที่ผลกระทบนั้นอาจส่งผลกระทบต่อประเทศใกล้เคียง (Pumama, 2004; UNECE, 1991, 2017a) การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (Transboundary Environmental Impact Assessment: TEIA) ภายใต้อนุสัญญานี้ถือเป็นหนึ่งในกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศภาคีที่กำหนดให้ประเทศแหล่งกำเนิด (Party of Origin) แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาโครงการและให้โอกาสประเทศที่อาจได้รับผลกระทบ (Affected Party) ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างโปร่งใสและเท่าเทียม นอกจากนี้ แม้ว่าอนุสัญญาเอสปูมีการพัฒนาและดำเนินการในกลุ่มประเทศ UNECE อย่างไรก็ตาม อนุสัญญานี้เปิดกว้างให้ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ รวมถึงประเทศอื่นนอกยุโรป สามารถนำแนวทางการดำเนินการตามอนุสัญญาเอสปูไปใช้ในบริบทของประเทศเหล่านั้นได้

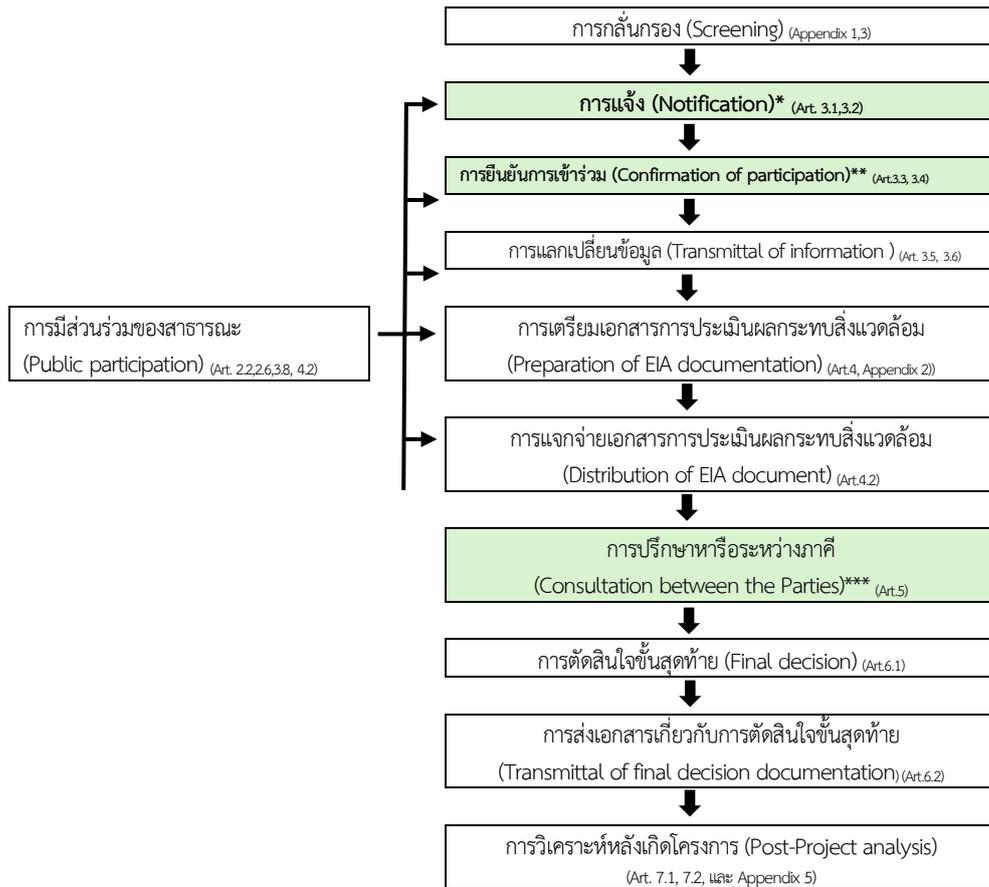
กระบวนการตามอนุสัญญานี้ประกอบด้วยขั้นตอนที่เป็นลำดับต่อเนื่องกัน **ดังแสดงในภาพที่ 1** จากขั้นตอนแรกคือการกลั่นกรองโครงการ (Screening) ที่มีการกำหนดประเภทโครงการ จำนวน 22 โครงการที่ต้องจัดทำ TEIA (อ้างอิงตาม Appendix I ของอนุสัญญา) ในลำดับต่อมา ควรมีการดำเนินการด้านการมีส่วนร่วมของสาธารณะตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของกระบวนการ โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ (Notification) การที่ประชาชนได้ให้ข้อคิดเห็นต่อโครงการในช่วงของการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม และการเตรียมเอกสาร (EIA Documentation) และช่วงที่มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานการประเมินผลกระทบให้ทราบโดยทั่วกัน ในกลุ่มประเทศที่เกี่ยวข้อง (Distribution of EIA document) ซึ่งข้อคิดเห็นเหล่านี้จำเป็นที่จะต้องรายงานและพิจารณาในขั้นตอนของการปรึกษาหารือระหว่างรัฐบาลของประเทศภาคี (Consultation between the parties) หรือประเทศที่เกี่ยวข้อง (เช่น ประเทศที่อาจได้รับผลกระทบแต่อาจยังไม่ใช่ประเทศภาคี) นอกจากนี้การศึกษาของ de Boer (1999) และแนวปฏิบัติของ UNECE (UNECE, 2006a, 2006b, 2009a) เน้นว่า ขั้นตอนของการแจ้งเตือน (Notification) การยืนยันการเข้ามามีส่วนร่วม (Confirmation of

participation) และการปรึกษาหารือระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง (Consultation) เป็นกระบวนการที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ซึ่งเป็นกลไกหลักที่ช่วยส่งเสริมกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศภาคี นอกจากนี้ ขั้นตอนเหล่านี้ยังถือเป็นจุดที่ทำให้กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนมีความแตกต่างจากการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมทั่วไป ด้วยเหตุนี้ จึงกล่าวได้ว่า การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (Transboundary Environmental Impact Assessment: TEIA) จึงมีบทบาทสำคัญในการคาดการณ์และจัดการผลกระทบเชิงลบอย่างรอบด้าน (Bruch et al., 2007; Mirumachi & Nakayama, 2007; Schrage & Bonvoisin, 2008) อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นเครื่องมือทางเทคนิคและนโยบายในการสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างรัฐที่เกี่ยวข้อง (Albrecht, 2008; Boyle, 2011; Mirumachi & Nakayama, 2007; Zhao et al., 2021) ในระดับนานาชาติ

เพื่อให้กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายของอนุสัญญา UNECE ได้มีกลไกการดำเนินงานที่มีกลไกการติดตามและประเมินผล โดยที่สำนักเลขาธิการของอนุสัญญานี้ (The secretariat) จะส่งแบบสอบถามรายงานการดำเนินการตามอนุสัญญา (The questionnaire report of the Parties on the implementation) ให้กับประเทศภาคีตอบกลับทุก 3 ปี เพื่อรายงานข้อมูลการดำเนินงานตามอนุสัญญาในประเทศของตน จากนั้น สำนักเลขาธิการ ดำเนินการวิเคราะห์ภาพรวม และสรุปเอกสารที่ชื่อว่า Review of the Implementation of the Convention ซึ่งจะมีการรายงานทุก 3 ปี (เช่น รายงานทบทวน ฉบับที่ 6 UNECE, 2021) เป็นต้น การดำเนินการนี้มีลักษณะที่สะท้อนภาพรวมของการดำเนินการตามอนุสัญญาในกลุ่มประเทศภาคี (Ratified Parties) และประเทศที่ไม่ใช่ภาคี (Non-Parties) แต่สมัครใจส่งรายงานให้กับสำนักเลขาธิการของอนุสัญญา

นอกจากนี้ หากมีกรณีประเทศใดประเทศหนึ่งเกิดความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบข้ามพรมแดนจากประเทศภาคีแหล่งกำเนิด หรือ หากประเทศภาคีแหล่งกำเนิดไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อตกลงของอนุสัญญา ข้อกังวลดังกล่าวจะถูกยื่นต่อสำนักเลขาธิการเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น แจ้งประเทศที่เกี่ยวข้องตอบข้อคำถามหรือให้ข้อมูล จากนั้น จะสำนักเลขาธิการรวบรวมข้อมูลเสนอต่อ คณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามอนุสัญญา (Implementation Committee) เพื่อพิจารณากรณีเฉพาะกิจเหล่านั้น (UNECE, 2009b) และให้ข้อคิดเห็นเป็นข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในรูปแบบเอกสารที่เรียกว่า รายงานของคณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามอนุสัญญา (Implementation Committee Report)

ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญที่ประเทศภาคีสมาชิกควรคำนึงถึง ได้แก่ การตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือการคำนึงถึงผลกระทบระยะยาวของโครงการ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศอย่างเหมาะสมควบคู่กับความร่วมมือกันระหว่างประเทศภาคี เป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความโปร่งใสในกระบวนการและสนับสนุนให้การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนดำเนินไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (UNECE, 2017a) ด้วยเหตุนี้ อาจกล่าวได้ว่า อนุสัญญาเอสปูเป็นกรอบกฎหมายระหว่างประเทศที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะ SDG 3 ว่าด้วยสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) ตลอดจนเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมและธรรมาภิบาลอื่น ๆ (UNECE, 2017b) อีกทั้งยังเปิดกว้างให้ประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นภาคี (UNECE, 2014a, 2014b) เพื่อส่งเสริมการประเมินสิ่งแวดล้อมที่มุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน



ภาพที่ 1 ขั้นตอนของกระบวนการ TEIA ภายใต้อนุสัญญาเอสพู (ดัดแปลงจาก de Boer, 1999; UNECE, 2017a)

หมายเหตุ : 1) *, **, *** คือ ขั้นตอนตามกระบวนการ TEIA ภายใต้อนุสัญญาเอสพูที่ดำเนินการเพิ่มเติมจากกระบวนการ EIA;

2) Art. หมายถึง Article ภายใต้อนุสัญญาเอสพู 3) Appendix ภายใต้อนุสัญญาเอสพู

แม้อนุสัญญาเอสพูจะเป็นกรอบกฎหมายหลักที่ใช้จัดการผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนในภูมิภาคยุโรป แต่หลักการสำคัญหลายประการสามารถถอดบทเรียนและนำมาปรับใช้ได้กับบริบทของภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ซึ่งกำลังเผชิญปัญหาผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ที่ผ่านมากลุ่มประเทศอาเซียน มีข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดน ได้แก่ ASEAN Agreement on Transboundary Haze Pollution (AATHP) 2002 และ Agreement on the cooperation for the sustainable development of the Mekong River basin 1995 อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศในกลุ่มอาเซียนจะมีความพยายามในการส่งเสริมความร่วมมือด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน แต่ยังคงขาดหลักการและกรอบการดำเนินการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (Fongissara & Buddharaksa, 2022;

Itasari & Mangku, 2021) ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดของแนวทางแบบอาเซียน ซึ่งให้ความสำคัญกับอธิปไตยของรัฐสมาชิก ความไม่แทรกแซงกิจการภายใน และการตัดสินใจบนพื้นฐานของฉันทามติ (Charusombat, 2023; Ghani et al., 2017) ส่งผลให้การพัฒนากลไกหรือมาตรการในลักษณะสากลยังเผชิญข้อจำกัดในการปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทอาเซียน ที่มุ่งเน้นความยืดหยุ่นทางการเมืองและความร่วมมือแบบไม่ผูกพันตามกฎหมาย นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Schrage and Bonvoisin (2008) พบว่า ในทางปฏิบัติ กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ความไม่สอดคล้องกันของกฎหมายภายในประเทศภาคี ความไม่ชัดเจนของขั้นตอนการดำเนินงาน รวมถึงข้อจำกัดด้านกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากฎหมาย ขั้นตอน และกรอบการดำเนินการสามารถ

ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของแต่ละประเทศภาคี ส่งผลให้แนวทางการดำเนินการมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ด้วยเหตุนี้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศภาคีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถสะท้อนช่องว่างในการดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว

ล่าสุดในปี 2023 คณะกรรมาธิการลุ่มน้ำโขงได้เผยแพร่แนวทาง (Guidelines) เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนในลุ่มน้ำแม่โขง (Mekong River Commission, 2023) ซึ่งได้ใช้กรอบอนุสัญญาเอสปูมาเป็นแนวทางในการพัฒนา Guidelines นี้ ดังนั้น ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ประสบการณ์จากกลุ่มประเทศภาคีอนุสัญญาว่า มีบทเรียนใดบ้างที่จะช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดน และการจัดการมลพิษข้ามพรมแดนได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นสมาชิกในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินการด้านประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental impact assessment: EIA) อย่างชัดเจน นับตั้งแต่ จุดเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2518 จวบจน พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561 สำหรับการบังคับใช้ในประเทศ ณ ปัจจุบัน แต่ยังคงเผชิญความท้าทายในการบูรณาการแนวคิดการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดนเข้าสู่กระบวนการประเมินผลกระทบที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากต้องดำเนินการในบริบทข้ามพรมแดน (Dávila et al., 2020; Swangiang, 2018) ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงดำเนินการเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดนตามอนุสัญญาเอสปูในกลุ่มประเทศภาคีอนุสัญญาและประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อเรียนรู้ถึง ปัญหาและความท้าทายในการดำเนินการดังกล่าว และถอดบทเรียนว่ามีปัจจัยสำคัญใดบ้างที่ควรพิจารณาในการ

ดำเนินการให้มีประสิทธิภาพภายใต้อนุสัญญานี้ และ ในบริบทของประเทศไทยจะเรียนรู้บทเรียนจากประสบการณ์ดังกล่าวได้อย่างไรบ้างสำหรับการจัดการมลพิษข้ามพรมแดน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์จากการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนของประเทศภาคีที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติตามข้อตกลงของอนุสัญญาเอสปู และระบุประเด็นที่อาจเป็นช่องว่าง (Gaps) หรือความท้าทาย จากการดำเนินการดังกล่าว

2.2 เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายและประสิทธิผลของกระบวนการในการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดน

2.3 เพื่อสังเคราะห์ประเด็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดนสำหรับประเทศไทยเชื่อมโยงกับบริบทของอาเซียน

3. วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ดำเนินการด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research methodology) โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่ เอกสารหลักที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดำเนินการตามข้อตกลงของอนุสัญญาเอสปู โดยมีการกลั่นกรองข้อมูล (Data condensation) ด้วยการกำหนดรหัสข้อมูล (Data coding) ตรวจสอบข้อมูล (Data verification) และ การวิเคราะห์สาระหลัก (Thematic analysis) (Miles et al., 2014; Miles & Huberman, 1994) ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นเกี่ยวกับคำถามการวิจัย แหล่งข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

คำถามการวิจัย	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล
<p>1. อนุสัญญาเอสปูถูกนำไปใช้และดำเนินการด้านการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดนในประเทศภาคีและประเทศที่เกี่ยวข้องอย่างไร</p> <p>2. ปัญหาและความท้าทายที่พบจากประสบการณ์เหล่านี้มีอะไรบ้าง และมีปัจจัยสำคัญใดบ้างที่ควรพิจารณาในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพภายใต้อนุสัญญานี้</p> <p>3. การดำเนินการในบริบทของไทยเรียนรู้บทเรียนจากประสบการณ์ดังกล่าวได้อย่างไร สำหรับการจัดการมลพิษข้ามพรมแดน</p>	<p>(1) รายงานแบบสอบถามจากประเทศภาคีที่ให้สัตยาบันจำนวน 16 ประเทศ และ</p> <p>(2) รายงานคณะกรรมการติดตามการดำเนินงาน ส่วนของข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจำนวน 6 กรณี</p>	การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis)	<p>ขั้นตอนที่ 1: การกำหนดรหัสข้อมูล (Data Coding)</p> <p>ขั้นตอนที่ 2: การวิเคราะห์สาระหลัก (Thematic analysis)</p>

3.1 แหล่งข้อมูล (Sources of data)

ได้แก่ รายงานแบบสอบถามสำหรับรายงานของภาคีเกี่ยวกับการดำเนินการตามอนุสัญญาว่าด้วยการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมในบริบทข้ามพรมแดน และรายงานของคณะกรรมการดำเนินงาน ในส่วนของข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ รายละเอียดของเอกสารทั้งสองส่วนสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1.1 รายงานแบบสอบถามของ UNECE (Questionnaire reports) ที่ได้รับการตอบกลับจากประเทศภาคีอนุสัญญา (ในช่วงปี 2019–2021) โดยเข้าถึงข้อมูลจากเว็บไซต์ของ UNECE ([Review of Implementation 2019](#)) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการศึกษา (ณ ช่วงเวลาที่ ดำเนินการวิจัยในปี

2024) พบว่ามีจำนวน 40 ประเทศ (จากทั้งหมด 45 ประเทศ) ที่ตอบแบบสอบถามและส่งกลับมายังคณะเลขาธิการอนุสัญญา แต่มีเพียง 15 ประเทศภาคีอนุสัญญา (Parties) และ 1 ประเทศที่ไม่ใช่ประเทศภาคีอนุสัญญา (Non-party) เท่านั้น (ตารางที่ 2) ที่ให้ข้อมูลครบถ้วนครอบคลุมขั้นตอนการดำเนินงาน การให้ข้อเสนอแนะและแสดงตัวอย่างที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดี รวมถึงอุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งช่วยแสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างกฎหมายและระเบียบภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับประเด็นข้ามพรมแดน รวมถึงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้อนุสัญญาและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการตามขั้นตอนของการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนของแต่ละประเทศภาคีอนุสัญญา

ตารางที่ 2 เอกสารรายงานแบบสอบถามของ UNECE ที่คัดเลือกมาสำหรับการศึกษาประสบการณ์ในการดำเนินการของประเทศภาคีภายใต้อนุสัญญาเอสปู ในช่วงปี 2019–2021

ลำดับ	ประเทศภาคี (Questionnaire for the report on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context)	บทบาท		
		PO	AP	NP
1	Albania	✓		
2	Republic of Belarus	✓		
3	Belgium	✓		
4	Czech Republic	✓		
5	Estonia	✓		
6	Hungary	✓		
7	Lithuania	✓		
8	Malta	✓		
9	Republic of Moldova		✓	
10	Montenegro		✓	
11	Republic of Poland	✓		
12	Romania	✓		
13	Slovenia	✓		
14	Spain		✓	
15	Switzerland		✓	
16	Georgia			✓

Remark: PO = Party of Origin (ประเทศภาคีแหล่งกำเนิด); AP = Affected Party (ประเทศภาคีที่ได้รับผลกระทบ); NP = non-Party (ประเทศที่ไม่มีใช้ภาคี)

3.1.2 รายงานข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่จัดทำโดยคณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามอนุสัญญา (Implementation Committee Report) (ในช่วงปี 2022-2023) รายงานของคณะกรรมการดำเนินงาน ([Implementation committee report](#)) เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อให้เหตุผลประกอบการพิจารณาหากมีกรณีที่ต้องดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติตามอนุสัญญารวมถึงให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ประเทศภาคีว่าได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของอนุสัญญาหรือไม่ โดยส่วนของ "ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ" (Findings and Recommendation Section) นั้น ครอบคลุมประเด็นด้านขั้นตอน เทคนิค และการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

ในทางปฏิบัติของแต่ละประเทศภาคี ได้แก่ ภาคีแหล่งกำเนิด ภาคีที่ได้รับผลกระทบ โดยการศึกษานี้ได้คัดเลือกจำนวน 6 กรณีศึกษา จากรายงานดังกล่าว (**ตารางที่ 3**) ซึ่งเอกสารเหล่านี้เป็นรายงานที่เริ่มมีการเผยแพร่ในช่วงปี 2022 เป็นต้นมา และเป็นกรณีศึกษาที่มีความเชื่อมโยงกับการดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนโดยเฉพาะ การคัดเลือกกรณีศึกษาเหล่านี้จึงช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงปฏิบัติ ความท้าทาย บทเรียน และแนวทางหรือข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดนในบริบทของไทยและอาเซียน

ตารางที่ 3 เอกสารรายงานของคณะกรรมการติดตามการดำเนินงานที่ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ประสบการณ์การดำเนินการภายใต้อนุสัญญาเอสปู ในช่วงปี 2022–2023

no.	รายงานข้อค้นพบและข้อเสนอแนะที่จัดทำโดยคณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามอนุสัญญาจากการพิจารณากรณีที่มีประเด็นร้องเรียนจากประเทศที่ได้รับผลกระทบ	ประเภทโครงการ	PO	AP
1	Findings and recommendations on compliance by Serbia with its obligations under the Convention with respect to several mining related activities in Karamanica, Popovica and Podvirovi and the Grot mine (UNECE, 2022b)	Major Mining	Serbia	Bulgaria
2	Findings and recommendations on compliance by Bosnia and Herzegovina with its obligations under the Convention and the Protocol with respect to the construction of Buk Bijela hydropower plant on the Drina River (UNECE, 2023b)	Hydro power plant	Bosnia	Montenegro
3	Findings and recommendations on compliance by Albania with its obligations under the Convention and the Protocol in respect of the planned construction of several small hydropower plants on the Cijevna River (UNECE, 2023a)	Nuclear power plant	Albania	Montenegro
4	Findings and recommendations on compliance by Bulgaria with its obligations under the Convention with respect to the lifetime extension of units 5 and 6 of Kozloduy nuclear power plant (UNECE, 2023c)	Nuclear power plant	Bulgaria	Romania
5	Findings and recommendations on compliance by Belgium with its obligations under the Convention in respect of the lifetime extension of unit 1 of Tihange nuclear power plant (UNECE, 2023d)	Nuclear power plant	Belgium	Germany
6	Findings and recommendations on compliance by Czechia with its obligations under the Convention in respect of the lifetime extension of four reactors of Dukovany nuclear power plant (UNECE, 2023e)	Nuclear power plant	Czechia	Austria, Poland, Germany, Slovakia

Remark: PO = Party of Origin (ประเทศภาคีแหล่งกำเนิด) และ AP = Affected Party (ประเทศภาคีที่ได้รับผลกระทบ)

Source: The source of the report is accessible at UNECE website ([Implementation committee report](#))

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยนำข้อมูลที่ได้จากการจัดเตรียมในขั้นตอนก่อนหน้าเข้าสู่กระบวนการกำหนดรหัสข้อมูล และการวิเคราะห์สาระหลัก เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนจะแสดงดังต่อไปนี้

3.2.1 การกำหนดรหัสข้อมูล (Data

Coding) จากการวิเคราะห์เอกสารได้มีการกำหนดรหัสข้อมูลด้วยวิธีแบบผสม (Hybrid coding approach) โดยใช้ซอฟต์แวร์ NVivo 14 ช่วยในการจัดการระบบข้อมูล ซึ่งเป็นการผสมผสานการกำหนดรหัสแบบนิรนัย (Deductive coding) ที่อ้างอิงจากรหัสข้อมูลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Set of a priori codes) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย (Braun & Clarke, 2006; Swain, 2018) ควบคู่กับการกำหนดรหัสแบบ

อุปนัย (Inductive coding) เมื่อพบประเด็นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้นจากเอกสารที่วิเคราะห์ (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Xu & Zammit, 2020) แนวทางนี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้รหัสข้อมูลที่สะท้อนถึงประสบการณ์ ความท้าทาย ประเด็นปัญหา และแนวทางในการจัดการกับผลกระทบข้ามพรมแดนภายใต้บริบทของ UNECE

3.2.2 การวิเคราะห์สาระหลัก (Thematic Analysis) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการกำหนดรหัส ข้อมูลที่ได้ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์สาระหลัก (Thematic analysis) ซึ่งเป็นกระบวนการประมวลผลข้อมูลเชิงคุณภาพที่ช่วยให้สามารถระบุ จัดประเภท และนำเสนอประเด็นหลักที่เชื่อมโยงกันของข้อมูล และทำให้เกิดความเข้าใจประเด็นหลักที่มีความชัดเจนมากขึ้น (Bruch et al., 2007; Jones, 2006) โดยรหัสข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการกำหนดรหัสข้อมูลจะถูกตรวจสอบอย่างละเอียดเพื่อจัดหมวดหมู่รหัสข้อมูลที่ได้ให้ตรงตามหัวข้อของแนวคิดหลัก (Theme) (Attride-Stirling, 2001; Idrissi Gartoumi, 2024; Jones, 2006; Naweed et al., 2022) กระบวนการนี้จึงช่วยให้การตีความข้อมูลมีความลึกซึ้ง และสามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความท้าทาย ปัจจัยสนับสนุน (Braun & Clarke, 2006) และบทเรียนที่ได้จากประสบการณ์ของประเทศภาคีสมาชิก

4. ผลการศึกษาและอภิปรายผล (Results and discussion)

4.1 ประสบการณ์การดำเนินการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนของประเทศภาคีสัญญาเอสบู

กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) มีแนวโน้มที่จะมีความซับซ้อนมากขึ้นภายใต้บริบทของผลกระทบข้ามพรมแดน เนื่องจากแต่ละประเทศภาคีสมีแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านการกำหนดค่านิยม การระบุประเภทของกิจกรรม ตลอดจนการกำหนดรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนในกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (TEIA) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินการภายใต้อนุสัญญาเอสบู จากผลการศึกษากรณีศึกษาที่คัดเลือกพบว่าประสบการณ์เชิงปฏิบัติของประเทศภาคีสสะท้อนผ่านข้อมูลจากสองแหล่งสำคัญ ได้แก่ (1) รายงานแบบสอบถามจากประเทศภาคีสัญญาจำนวน 15 ประเทศ และ ประเทศที่ไม่ใช่ภาคีส จำนวน 1 ประเทศ และ (2) รายงานคณะกรรมการติดตามการดำเนินงานตามอนุสัญญา จำนวน 6 กรณี ข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปข้อค้นพบ และบทเรียนจากประสบการณ์ในการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดนภายใต้อนุสัญญาเอสบู ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความท้าทายและประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อค้นพบและบทเรียนจากประสบการณ์การดำเนินการตามอนุสัญญาเอสบูในการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดน

ประเด็นปัญหาและความท้าทาย	สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะทางแก้ไขตามประสบการณ์ของกรณีศึกษา	แหล่งอ้างอิง
(1) ความไม่สอดคล้องกันของการกำหนดค่านิยมและการกำหนดรายการประเภทกิจกรรม	ความแตกต่างในการตีความความหมายของผลกระทบข้ามพรมแดน ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องในการกำหนดขอบเขตของผลกระทบ และในการระบุกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงข้ามพรมแดน	<ul style="list-style-type: none"> ○ การปรึกษาหารือล่วงหน้า และการปรึกษาหารือระหว่างภาคี (Poland, 2022) ○ การจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (Albania, 2022; Montenegro, 2022; UNECE, 2022a) สำหรับการหารือเกี่ยวกับมุมมองที่แตกต่างกัน การกำหนดเกณฑ์ร่วม และการสร้างความเข้าใจระหว่างภาคี	Estonia (2022); UNECE (2023b, 2023c, 2023e)
(2) ความไม่ชัดเจนในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบ	แนวทางในการกำหนดขอบเขตเพื่อระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบและสิทธิในการมีส่วนร่วมยังไม่ชัดเจน รวมถึงความแตกต่างของกรอบกฎหมายในแต่ละประเทศ ส่งผล	<ul style="list-style-type: none"> ○ การปรึกษาหารือล่วงหน้า และการปรึกษาหารือระหว่างภาคี (Malta, 2022; Poland, 2022) 	UNECE (2023b, 2023c, 2023e)

ประเด็นปัญหาและความท้าทาย	สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะทางแก้ไขตามประสบการณ์ของกรณีศึกษาที่เลือก	แหล่งอ้างอิง
	ให้เกิดความไม่ชัดเจนในการรับรู้บทบาทและหน้าที่ในการดำเนินการ	○ การจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (Poland, 2022; Spain, 2022; UNECE, 2022a) เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น	
(3) ความหลากหลายของกรอบเวลาในการดำเนินกระบวนการ TEIA	การกำหนดกรอบเวลาโดยทั่วไปจะเป็นหน้าที่ของประเทศภาคีแหล่งกำเนิดที่เป็นผู้กำหนดตามกฎหมายภายในประเทศของตน ซึ่งส่งผลให้เกิดความแตกต่างอย่างมากสำหรับระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน	○ การจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (Poland, 2022; UNECE, 2022b) เพื่อแก้ไขความแตกต่างด้านกรอบเวลาระหว่างภาคี	Estonia (2022); Spain (2022); Switzerland (2022); UNECE (2022a, 2023a)
(4) ข้อจำกัดด้านภาษาและความท้าทายในการแปล	ประเด็นด้านการแปลและภาษาไม่ได้ถูกระบุไว้อย่างชัดเจนในอนุสัญญาเอสปู ซึ่งความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างทางภาษาอาจเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพของกระบวนการ TEIA โดยเฉพาะในประเทศที่มีภาษาราชการต่างกัน	○ การจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (Poland, 2022; Spain, 2022; UNECE, 2022b) เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน ลดช่องว่างการสื่อสาร และป้องกันความเข้าใจคลาดเคลื่อน	Czech (2022); Estonia (2022); Spain (2022); Switzerland (2022); UNECE (2022a, 2023a)

ตารางที่ 5 การจำแนกประเภทของคำจำกัดความของผลกระทบข้ามพรมแดนตามรายงานแบบสอบถาม

กลุ่มหลักของคำนิยาม	คำอธิบายและเหตุผลสนับสนุน	แหล่งอ้างอิง
1 ให้ คำจำกัดความ คำว่า “ผลกระทบข้ามพรมแดน” เหมือนกับที่ ระบุไว้ใน อนุสัญญา (n=7)	ภาคีแต่ละประเทศได้แปลงสาระจากอนุสัญญาหรือ บัญญัติคำจำกัดความเดียวกันไว้ในกฎหมายภายในของตน	Albania (2022); Belarus (2022); Belgium (2022); Hungary (2022); Montenegro (2022); Romania (2022); Slovenia (2022)
2 ให้ คำจำกัดความ คำว่า “ผลกระทบข้ามพรมแดน” ที่ มีความแตกต่างเล็กน้อยจาก อนุสัญญา (n=2)	แม้ว่าจะใช้คำที่มีความแตกต่างเล็กน้อย แต่ก็ยังมีความ กระชับและชัดเจนเพียงพอสำหรับการพิจารณา ผลกระทบข้ามพรมแดนที่อาจเกิดขึ้นได้	Georgia (2022); Malta (2022)
3 ไม่ได้ให้ คำจำกัดความ คำว่า “ผลกระทบข้ามพรมแดน” ใน กฎหมายภายในประเทศ (n=7)	แม้จะไม่ได้ระบุ “ผลกระทบข้ามพรมแดน” ไว้อย่าง ชัดเจนในกฎหมายภายในของแต่ละภาคี แต่ก็มีการใช้คำ ที่มีความหมายเทียบเท่า ซึ่งสามารถสื่อสารและแทนได้ อย่างเพียงพอ	Czech (2022); Estonia (2022); Lithuania (2022); Moldova (2022); Poland (2022); Spain (2022); Switzerland (2022)

(1) ความไม่สอดคล้องกันของการกำหนด คำนิยามและการกำหนดรายการประเภทกิจกรรม (Inconsistency of defining key term and identifying lists of activities)

หนึ่งในความท้าทายสำคัญของการดำเนิน กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ภายใต้อนุสัญญาเอสปู คือ ความแตกต่างของนิยามและ ขอบเขตของ “ผลกระทบข้ามพรมแดน” ระหว่างประเทศ ภาคี แม้บทบัญญัติของอนุสัญญาจะนิยามไว้ว่าเป็น “ผลกระทบที่มีไว้ในลักษณะเฉพาะระดับโลก ซึ่งเกิดขึ้น ในเขตอำนาจของรัฐภาคีหนึ่ง” (UNECE, 2017a) แต่ละ ประเทศกลับมีแนวทางการตีความและการบังคับใช้ที่

ต่างกัน จากกรณีศึกษา 16 กรณีที่วิเคราะห์ พบว่าคำ นิยามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม ข้ามพรมแดนสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก โดย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ (ตารางที่ 5)

นอกจากนี้ ยังรวมถึงประเด็นการกำหนด รายการประเภทกิจกรรม โดยพบว่าประเทศภาคีส่วนใหญ่ (n = 9) ได้บัญญัติรายการกิจกรรมตามภาคผนวกที่ 1 ของอนุสัญญาเอสปู (โดยมีรายละเอียดปรากฏในตัวบท อนุสัญญา หน้า 12) ไว้ในกฎหมายภายในประเทศอย่าง ครบถ้วน ขณะที่บางประเทศ (n = 7) มีรายการที่แตกต่าง เล็ก น้อย (Czech, 2022; Hungary, 2022; Purnama, 2004; Spain, 2022; Switzerland, 2022) ซึ่ง ความ

แตกต่างกันกล่าวคือทำให้เกิดความไม่สอดคล้องในการระบุขอบเขตของผลกระทบภายใต้กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน และสะท้อนชัดเจนในขั้นตอนการคัดกรอง หรือ *Screening* แม้ว่าภาคผนวกที่ 1 ของอนุสัญญาเอสปูจะกำหนดรายการกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน แต่ประเทศภาคียังคงมีเสรีภาพในการพิจารณาว่ากิจกรรมใดเข้าข่ายเป็น “กิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบข้ามพรมแดนอย่างมีนัยสำคัญ” (Pinho et al., 2010) อีกทั้งไม่เพียงแต่ประเทศภาคีแหล่งกำเนิดเท่านั้นที่มีสิทธิประเมินความจำเป็นของประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน แต่ประเทศภาคีที่ได้รับผลกระทบก็สามารถแสดงความเห็นได้เช่นกัน (ตามมาตรา 2.5) (UNECE, 2022a, 2023a, 2023c, 2023e) โดยประเด็นเหล่านี้ล้วนขึ้นอยู่กับระบบกฎหมาย เกณฑ์ และแนวทางของแต่ละภาคี ซึ่งอาจส่งผลให้การตัดสินใจในขั้นตอน screening มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ดังนั้น ประเทศภาคีจึงจำเป็นต้องปรับใช้ข้อกำหนดของอนุสัญญาให้สอดคล้องกับบริบทภายใน โดยคำนึงถึงความแตกต่างในการตีความ “ผลกระทบที่มีนัยสำคัญ” ตลอดจนการกำหนดประเภทกิจกรรมที่ควรอยู่ภายใต้กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (UNECE, n.d.) นอกจากนี้ การเปิดพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนมุมมองในขั้นตอน screening และกระบวนการอื่น ๆ ยังอาจเป็นแนวทางที่ช่วยลดข้อขัดแย้งซึ่งเกิดจากความแตกต่างด้านระบบกฎหมายและแนวทาง EIA ของแต่ละประเทศได้

(2) ความไม่ชัดเจนในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบ (Lack of Clarity on how to identify Affected Parties)

การระบุประเทศภาคีที่ได้รับผลกระทบถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน เพราะสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของภาคีแหล่งกำเนิด และเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์กรณีศึกษา 16 กรณีที่ได้จากแบบสอบถามของประเทศภาคีที่ให้สัตยาบัน พบว่าประเทศภาคีแต่ละประเทศมีรูปแบบและระยะเวลาในการแจ้งเตือน (notification) แตกต่างกันไป รวมถึงความไม่ชัดเจนในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบ จะเห็นได้จาก 9 ประเทศจาก 16 ประเทศ ใช้วิธีการแบบผสมผสานในการระบุประเทศ

ภาคีที่ได้รับผลกระทบ ขณะที่บางประเทศอิงจากข้อมูลด้านภูมิศาสตร์ของโครงการ หรือไม่ได้กำหนดวิธีการระบุไว้อย่างชัดเจนส่งผลให้แนวทางในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบมีความหลากหลายและขาดขอบเขตที่แน่นอน ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับกฎหมายภายในของประเทศภาคีแหล่งกำเนิด (UNECE, 2006b) ปัญหาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน เพื่อลดข้อจำกัดนี้ หลายประเทศภาคีได้กำหนดมาตรการส่งเสริมความเท่าเทียม เช่น การจัดให้มีการปรึกษาหารือ การเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วม และการกำหนดระยะเวลาในการแสดงความความคิดเห็น (Czech, 2022; Estonia, 2022; Malta, 2022; Slovenia, 2022) ตัวอย่างที่ชัดเจนคือประเทศเบลารุส ซึ่งได้บัญญัติรับรองการเข้าถึงรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของภาคีที่ได้รับผลกระทบไว้ในบทที่ 5 ของพระราชกฤษฎีกาคณะรัฐมนตรี (Belarus, 2022) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน เช่น ระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม (Estonia, 2022; UNECE, 2022a, 2023a) และอุปสรรคด้านภาษา (Belarus, 2022; Poland, 2022) ซึ่งทำให้ไม่สามารถรับประกันได้ว่าประเทศภาคีที่ได้รับผลกระทบจะได้รับสิทธิเทียบเท่าประเทศภาคีแหล่งกำเนิดอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น แนวทางที่มีประสิทธิภาพควรเน้นการสร้างความร่วมมือเข้าใจร่วมกันตั้งแต่ต้นกระบวนการ ผ่านการจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี การจัดตั้งคณะทำงานร่วม และการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาและภาษา ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว (Malta, 2022; Spain, 2022)

(3) ความหลากหลายของกรอบเวลาในการดำเนินกระบวนการ TEIA (Differences in timeframe determination)

กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนมีกรอบเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละขั้นตอน โดยเฉพาะการแจ้งเตือน (Notification) และการยืนยันการเข้าร่วม (Confirmation to Participate) ตามบทบัญญัติของอนุสัญญาเอสปูที่ระบุให้ดำเนินการ

“โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้” แต่ไม่ได้กำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจนสำหรับแต่ละขั้นตอน ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ โดยมากกรอบเวลาจะขึ้นกับกฎหมายภายในของประเทศภาคีแหล่งกำเนิด ในบางประเทศกำหนดกรอบเวลาสั้นเกินไป จนอาจเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของประเทศที่ได้รับผลกระทบ (Estonia, 2022; UNECE, 2022a) และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (Ministry of the Environment et al., 2003) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องและความล่าช้า จนอาจทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ (Gachechiladze-Bozhesku, 2014) เพื่อจัดการปัญหานี้ คณะกรรมการการดำเนินงาน (Implementation Committee) จึงได้เสนอให้มีการระบุเงื่อนไขเกี่ยวกับกรอบเวลาไว้ในข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (ตามมาตรา 8) เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคีร่วมกันกำหนดกรอบเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการและบริบทของแต่ละประเทศ (Ministry of the Environment et al., 2003) รวมถึงการเปิดโอกาสให้ภาคีที่ได้รับผลกระทบ สามารถขอขยายระยะเวลาในกระบวนการได้หากจำเป็นเพื่อรองรับประเทศที่อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (Czech, 2022; Hungary, 2022; Poland, 2022) ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาข้อตกลงร่วมกันจึงเป็นกลไกสำคัญในการจัดการความแตกต่างด้านเวลาและสนับสนุนให้ความร่วมมือระหว่างภาคีดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

(4) ข้อจำกัดด้านภาษาและความท้าทายในการแปล (Language and translation challenges)

ภาษายังเป็นอุปสรรคสำคัญในกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ภายใต้อนุสัญญาเอสปู เนื่องจากยังไม่มีหลักเกณฑ์ชัดเจนเกี่ยวกับการแปลเอกสารหรือการใช้ภาษา โดยเฉพาะเมื่อประเทศภาคีใช้ภาษาราชการต่างกัน (Albrecht, 2008; UNECE, 2006b) ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนและกระทบต่อการมีส่วนร่วมของภาคีที่ได้รับผลกระทบ (Belarus, 2022; Poland, 2022) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจกลายเป็นอุปสรรคในกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนได้ ไม่ว่าจะเป็น ค่าใช้จ่ายในการแปลและการจัดหาล่ามคุณภาพในการแปล ระยะเวลาที่ใช้ (Lithuania, 2022; Ministry of the Environment et al., 2003; Montenegro, 2022) รวมถึง การแปลเอกสารไม่ครบถ้วนหรือไม่แปลเอกสารเลย (Hernández, 2008) นับเป็นการจำกัดโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลและทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างประเทศภาคีไม่ราบรื่นเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ การหารือระหว่างประเทศภาคีเพื่อนำประเด็นด้านภาษาไปบรรจุในข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคีจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงจากการแปลผิดพลาด (loss in translation) และเสริมสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ (Jones et al., 2022; Ministry of the Environment et al., 2003; UNECE, 2006a)

จากผลการศึกษาข้างต้น หากพิจารณาเชื่อมโยงกับขั้นตอนหลักในกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนตามอนุสัญญาเอสปู จะเห็นได้ว่าในแต่ละขั้นตอนมีประเด็นท้าทายและแนวทางในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปขั้นตอนหลักของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ประเด็นปัญหาที่พบ และแนวทางแก้ไขตามบทเรียนจากกรณีศึกษาของประเทศภาคีอนุสัญญา

ขั้นตอนหลักของกระบวนการ TEIA	ประเด็นปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไขตามประสบการณ์ของกรณีศึกษา
การกลั่นกรอง (Screening)	แต่ละประเทศภาคีสมาชิกมีแนวทางที่แตกต่างในการพิจารณากิจกรรมที่อาจก่อให้เกิด “ผลกระทบข้ามพรมแดนที่มีนัยสำคัญทางลบ” ซึ่งความแตกต่างในการตีความและเกณฑ์การพิจารณาระหว่างภาคีแหล่งกำเนิดและภาคีที่ได้รับผลกระทบ มักนำไปสู่ความไม่สอดคล้องกันในขั้นตอนการคัดกรอง ซึ่งอาจกระทบต่อการกำหนดขอบเขตของโครงการและกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนโดยรวม	การปรึกษาหารือล่วงหน้าระหว่างภาคีเป็นกลไกสำคัญในการแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับขั้นตอนการกลั่นกรองโครงการ ซึ่งมีส่วนช่วยลดความขัดแย้งและเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการ

ขั้นตอนหลักของกระบวนการ TEIA	ประเด็นปัญหาที่พบ	แนวทางแก้ไขตามประสบการณ์ของกรณีศึกษา
การแจ้งเตือน (Notification)	รูปแบบและระยะเวลาในการแจ้งเตือนของแต่ละประเทศภาคีมีความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความชัดเจนและความตรงต่อเวลาในการดำเนินการ โดยเฉพาะเมื่ออนุสัญญาไม่ได้กำหนดระยะเวลาเฉพาะไว้ การแจ้งเตือนที่ล่าช้าหรือไม่ครบถ้วนจึงอาจทำให้ภาคีที่ได้รับผลกระทบไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเท่าเทียมในกระบวนการ	การแจ้งล่วงหน้าและการพัฒนาความตกลงทวิภาคี มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการแจ้งเตือนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของภาคีทุกฝ่าย ซึ่งแนวทางดังกล่าวยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อกำหนดและเสริมสร้างหลักความเท่าเทียมระหว่างภาคีในกระบวนการ
การยืนยันการเข้าร่วม (Confirmation to Participation)	การตอบกลับหรือการยืนยันการเข้าร่วมที่ล่าช้าจากภาคีที่ได้รับผลกระทบอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมของภาคีแหล่งกำเนิดในขั้นตอนต่อไป เนื่องจากหากไม่มีการตอบกลับภายในกรอบเวลาดังกล่าว กระบวนการอาจถือว่ายุติลงโดยปริยาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจในระดับประเทศ	การแจ้งล่วงหน้าและการพัฒนาความตกลงทวิภาคี เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดปัญหาการตอบยืนยันเข้าร่วมล่าช้า และส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างภาคี เพื่อทำให้กระบวนการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและราบรื่น
การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public Participation)	ในทางปฏิบัติ แนวทางในการสร้างความเท่าเทียมของการมีส่วนร่วมของประชาชนระหว่างภาคีที่ได้รับผลกระทบและภาคีแหล่งกำเนิดมีความหลากหลาย ปัญหาที่มักพบคือข้อจำกัดด้านการแปลเอกสารและการสื่อสาร การตีความเนื้อหาที่คลาดเคลื่อนรวมทั้งระยะเวลาของกระบวนการที่สั้นเกินไปหรือขาดความชัดเจนในกรอบเวลา ซึ่งประเด็นเหล่านี้ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความเท่าเทียมและประสิทธิภาพของกระบวนการมีส่วนร่วมภายใต้อนุสัญญาเอสปู	การพัฒนาความตกลงทวิภาคี เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคีตั้งแต่ระยะต้น และเป็นกลไกหลักในการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาษาในการสื่อสาร ระยะเวลา และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างชัดเจน อันเป็นการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศภาคีอย่างเท่าเทียม
การปรึกษาหารือระหว่างภาคี (Consultation)	แนวทางการปรึกษาหารือระหว่างภาคีมีความแตกต่างกันทั้งในแง่ของระยะเวลา วิธีการ และภาษา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่พบโดยทั่วไป เช่น ข้อจำกัดด้านเวลา อุปสรรคทางภาษา และความแตกต่างของระบบกฎหมาย	แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการปรึกษาหารือ ไม่ว่าจะเป็นการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญหรือคณะทำงาน การปรึกษาหารือตั้งแต่ระยะต้นของกระบวนการ และการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วม โดยแนวทางเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศและทำให้การดำเนินกระบวนการเป็นไปอย่างราบรื่นและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละฝ่าย

เนื่องจากอนุสัญญาเอสปูเป็นอนุสัญญาที่มุ่งเน้นกระบวนการ (*Process-oriented convention*) (ESCAP, 2022) จึงทำหน้าที่เป็นกลไกทางกฎหมายที่ผลักดันให้ประเทศภาคีจัดทำมาตรการทางกฎหมายหรือมาตรการอื่นที่จำเป็น เพื่อปฏิบัติตามบทบัญญัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตามบทบัญญัติ 2.2) แนวทางนี้ทำให้ประสบการณ์ของประเทศภาคีส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกับการดำเนินกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้อนุสัญญายังให้ความสำคัญกับการปรึกษาหารือและการระงับข้อพิพาท (ตามมาตรา 3, 6 และ 14) มากกว่าการใช้มาตรการลงโทษแบบบังคับ (*Mandatory sanctions*) สะท้อนถึงการส่งเสริมกลไกความร่วมมือ (*Collaborative mechanism*) เพื่อการปฏิบัติตามพันธกรณีอย่างสันติและยั่งยืน จะเห็นได้ว่า

ความสำเร็จของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ขึ้นอยู่กับกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ (International cooperation) ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานความแตกต่างของระบบกฎหมาย โครงสร้างการบริหาร และกระบวนการดำเนินงาน ส่งผลให้การดำเนินงานภายใต้อนุสัญญาเอสปูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกันระหว่างประเทศภาคีสมาชิก

4.2 แนวทางเพื่อให้กระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในทางปฏิบัติความแตกต่างของกฎหมายเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมภาษาที่ใช้ และ

มุมมองของแต่ละประเทศต่อบริบทข้ามพรมแดน ทำให้กระบวนการ TEIA เผชิญข้อจำกัดและความท้าทาย ผลการศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศภาคียิ่งตอกย้ำว่า ในบริบทที่ซับซ้อนเช่นนี้ ความโปร่งใสและความไว้วางใจ จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีที่มีความแตกต่างกัน (Poland, 2022) ด้วยเหตุนี้ กลไกการประสานงานและความร่วมมือ (*Collaborative mechanism*) จึงมีบทบาทสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาหารือล่วงหน้า การหารือระหว่างภาคี (Estonia, 2022; Romania, 2022) หรือการพัฒนาข้อตกลงทวิภาคีและพหุภาคี (Lithuania, 2022; Poland, 2022; Spain, 2022) ซึ่งล้วนช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้การดำเนินงานภายใต้อนุสัญญาเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

4.2.1 การปรึกษาหารือล่วงหน้า และการปรึกษาหารือระหว่างภาคี การปรึกษาหารือล่วงหน้าเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินการของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน โดยเฉพาะในประเด็นกรอบเวลา ขั้นตอน ภาษาที่ใช้ และโครงสร้างการบริหารที่แตกต่างกัน ตามบทบัญญัติที่ 5 ของอนุสัญญาเอสปู ที่กำหนดให้ประเทศภาคีแหล่งกำเนิดและภาคีที่ได้รับผลกระทบหารือร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจและกำหนดมาตรการลดผลกระทบข้ามพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพ (Estonia, 2022; Ministry of the Environment et al., 2003; Romania, 2022; Spain, 2022) ตัวอย่างเช่น ประเทศโปแลนด์แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของคณะกรรมการร่วม (Joint Commission) ที่เข้ามามีส่วนช่วยในการกำหนดเงื่อนไขโครงการที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (Poland, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะกรรมการอนุสัญญาที่แนะนำให้มีการจัดตั้งกลุ่มทำงานเพื่อติดตามและประเมินผล อันจะช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูล การประสานงาน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานในแต่ละประเทศ ซึ่งเอื้อต่อการสร้างความไว้วางใจ ความโปร่งใส และความสำเร็จของโครงการในระยะยาว (UNECE, 2023b)

4.2.2 การจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี ข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคีมีบทบาทสำคัญในการลดช่องว่างระหว่างระบบการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมของแต่ละประเทศ โดยช่วยช่วยลดอุปสรรค

เกี่ยวกับความแตกต่างด้านกฎหมาย ขั้นตอนการดำเนินการ และภาษาที่ใช้ ตลอดจนสนับสนุนการประสานงานและความร่วมมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Ministry of the Environment et al., 2003) ประสบการณ์ของประเทศภาคี เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศโปแลนด์ แสดงให้เห็นว่าการใช้ข้อตกลงดังกล่าวมีส่วนช่วยในการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถสะท้อนถึงผลประโยชน์ร่วมกันของประเทศภาคีสมาชิกได้ (Ministry of the Environment et al., 2003; Netherlands, 2000; Poland, 2022) เพื่อให้ข้อตกลงดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วยองค์ประกอบหลักอย่างน้อย 3 องค์ประกอบหลักนี้ ได้แก่ 1) ขอบเขตการประยุกต์ใช้ (Area of Application): กำหนดเกณฑ์และขอบเขตที่ชัดเจนเพื่อลดข้อขัดแย้งระหว่างภาคี 2) กลไกหรือโครงสร้างสถาบัน (Institutional Arrangements): เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการร่วม เพื่อแก้ไขความแตกต่างด้านโครงสร้างการบริหารจัดการของแต่ละประเทศ (Estonia, 2022; UNECE, 2022a, 2023a, 2023b, 2023c) และ 3) ขั้นตอนของกระบวนการ (Procedural Aspects): สร้างความชัดเจนในแต่ละขั้นตอนและทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกัน (Lithuania, 2022; Ministry of the Environment et al., 2003; Poland, 2022; Spain, 2022; UNECE, 2022a) ดังนั้น การจัดทำข้อตกลงที่มีองค์ประกอบครบถ้วนและชัดเจน จึงถือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินการตามอนุสัญญาเอสปูให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทข้ามพรมแดน

ประสบการณ์จากกรณีศึกษาที่คัดเลือกมาแสดงให้เห็นว่า “ความร่วมมือระหว่างประเทศ” (*International cooperation*) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้กระบวนการ TEIA ดำเนินไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกันระหว่างประเทศภาคีสมาชิก ความร่วมมือดังกล่าวช่วยจัดโครงสร้างให้รองรับความแตกต่างของระบบการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม และเสริมสร้างความไว้วางใจระหว่างภาคี (Nichols et al., 2009; UNECE, 2022b, 2023a, 2023b, 2023c, 2023d, 2023e) อีกทั้งยังช่วยกำหนดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงาน เช่น กรอบเวลา ภาษาที่ใช้ และมาตรการลดผลกระทบ โดยเฉพาะในบริบทที่ซับซ้อนทางกฎหมายและการบริหารจัดการ (Estonia,

2022; Leekbhai & Poboon, 2018) ดังนั้น การพัฒนาความร่วมมือทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ จึงถือเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามเป้าหมายหลักของอนุสัญญาเอสพู (Poland, 2022)

4.3 บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนภายใต้อนุสัญญาเอสพู เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในบริบทของประเทศไทย

การดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน (TEIA) มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยการบูรณาการประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเข้ากับการตัดสินใจด้านการพัฒนา และสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของกลไกทางกฎหมายและความร่วมมือระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ อนุสัญญาเอสพู (Espoo Convention) จึงทำหน้าที่เป็นกรอบทางกฎหมายที่สำคัญเพื่อให้กิจกรรมหรือโครงการที่ต้องการพัฒนาสามารถเกิดขึ้นอย่างสมดุลระหว่างเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ อนุสัญญาเอสพูเป็นอนุสัญญาที่เน้นกระบวนการ (*Process-oriented convention*) (ESCAP, 2022) ส่งผลให้ประเทศภาคีต้องดำเนินการและจัดทำมาตรการภายในประเทศเพื่อรองรับพันธกรณีผ่านกลไกความร่วมมือต่าง ๆ เช่น ข้อตกลงทวิภาคีและการปรึกษาหารือล่วงหน้า ซึ่งช่วยลดข้อขัดแย้งและทำให้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนดำเนินไปอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากโครงการหรือกิจกรรมในบริบทข้ามพรมแดน ในทางตรงกันข้าม ประเทศสมาชิกอาเซียนรวมทั้งประเทศไทยที่ยังเผชิญอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินการ เนื่องจากกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนส่วนใหญ่เป็นแบบสมัครใจ (M. Mekong River Commission, 2023) และขาดกลไกทางกฎหมายที่ชัดเจนสำหรับบริบทข้ามพรมแดน ข้อจำกัดนี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนากฎหมายและเกณฑ์สิ่งแวดล้อมภายในประเทศให้สอดคล้องกับข้อตกลงระหว่างประเทศ รวมทั้งสร้างกลไกที่ให้ความสำคัญกับการปกป้องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนควบคู่ไปกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการสร้าง

ความตระหนักและการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม (Dávila et al., 2020; Jarusombat, 2019; Somporn et al., 2023; Swangjang, 2018) ประสบการณ์จากกรณีศึกษาที่คัดเลือกมานี้ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินการภายใต้อนุสัญญาเอสพูให้ความสำคัญกับกระบวนการและเครื่องมือที่สนับสนุนการดำเนินการของกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเสริมสร้างกลไกความร่วมมือ (Collaborative Mechanism) ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี (Lithuania, 2022; Poland, 2022; Spain, 2022) หรือการปรึกษาหารือล่วงหน้าหรือระหว่างภาคี (Estonia, 2022; Romania, 2022) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานและการบรรลุเป้าหมายของอนุสัญญา

แม้บทเรียนจากการดำเนินงานภายใต้อนุสัญญาเอสพูชี้ให้เห็นว่า การปรึกษาหารือล่วงหน้า และการพัฒนาข้อตกลงระหว่างประเทศ เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย เพื่อพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนให้เกิดขึ้นได้จริงและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม บริบทของประเทศไทยยังคงขาดกรอบกฎหมาย กรอบการดำเนินการและกลไกความร่วมมือที่รองรับประเด็นข้ามพรมแดนอย่างชัดเจน (Dávila et al., 2020; Jarusombat, 2019; Swangjang, 2018) ซึ่งส่งผลให้เกิดช่องว่างในการดำเนินการ ประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน ดังนั้น การเสริมสร้างกรอบและกลไกทางกฎหมายจึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการผลักดันให้เกิดการจัดการผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงเกณฑ์สิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมบริบทข้ามพรมแดน และการยกระดับกฎหมายให้สอดคล้องกับข้อตกลงระหว่างประเทศ ซึ่งล้วนเป็นแนวทางสำคัญในการลดช่องว่างทางกฎหมายที่มีอยู่

แม้การนำกลไกของอนุสัญญาเอสพูมาใช้โดยตรงในบริบทไทยอาจมีข้อจำกัด แต่การปรับใช้แนวคิดจากกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนภายใต้กรอบความตกลงที่มีอยู่ อาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบกฎหมายภายในประเทศ (Jarusombat, 2019) และวางรากฐานสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการปัญหาข้ามพรมแดนอย่างยั่งยืน แม้ว่า

ประสบการณ์จากประเทศภาคีภายใต้อนุสัญญาเอสบูสะท้อนว่าความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดน แต่ในบริบทของประเทศไทย ความท้าทายหลักคือการเสริมสร้างกรอบและกลไกทางกฎหมายภายในประเทศ ซึ่งยังคงจำกัดศักยภาพของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนไม่ให้เกิดบรรลุผลได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น การพัฒนากรอบกฎหมายภายในประเทศควบคู่กับการผลักดันความร่วมมือระดับภูมิภาคและการปรึกษาหารือระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างระบบการจัดการผลกระทบข้ามพรมแดนที่ครอบคลุม พร้อมทั้งเสริมสร้างหลักประกันด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ให้สอดคล้องกับบริบทของภูมิภาค แต่ทั้งนี้หลักการ *ASEAN Way* ยังคงเป็นข้อจำกัด (Charusombat, 2023; Ghani et al., 2017) ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างรอบคอบ ประเทศไทยและประเทศสมาชิกจึงจำเป็นต้องวางกลยุทธ์เชิงระบบ เพื่อเสริมสร้างกลไกการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนให้มีประสิทธิผลและยั่งยืน

5. ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

จะเห็นได้ว่า อนุสัญญาเอสบูมีการกำหนดกรอบและโครงสร้างของกระบวนการในการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนไว้ชัดเจนสำหรับประเทศภาคีอนุสัญญาและประเทศที่สนใจเข้าร่วม จากบทเรียนที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้ นอกจากการมีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจนและศูนย์กลางของกลไกการประสานงานโดยสำนักเลขาธิการของอนุสัญญาที่เข้มแข็งแล้ว ความสำเร็จของกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนยังขึ้นอยู่กับ ความร่วมมือระหว่างประเทศ ความชัดเจนของขั้นตอน กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการกับความแตกต่างของระบบ EIA ในแต่ละประเทศที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าแต่ละประเทศภาคียังคงเผชิญความท้าทาย เช่น ความไม่สอดคล้องกันของคานียาม ความไม่ชัดเจนในการระบุภาคีที่ได้รับผลกระทบ และอุปสรรคด้านความแตกต่างของภาษาประจำชาติซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิผลของกระบวนการ แต่การดำเนินการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มประเทศภาคี และการผลักดันของ UNECE ได้สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการดังกล่าวคือกลไกที่ช่วยให้ปัญหาหมลพิษ

ข้ามพรมแดนไม่ถูกมองข้าม แต่เป็นการเผชิญความจริงความท้าทาย และเป็นโอกาสที่แต่ละประเทศภาคีได้ร่วมกันแก้ไขปัญหา ภายใต้กลไกการสนับสนุนที่อนุสัญญานี้ได้วางโครงสร้างไว้สำหรับการปฏิบัติ

ในขณะที่บริบทของประเทศไทยยังไม่มีกลไกระดับยุทธศาสตร์ที่รองรับการประเมินผลกระทบในมิติข้ามพรมแดนอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความท้าทายหลัก คือการขาดกลไกในการเชื่อมโยงการประเมินในระดับโครงการกับบริบทข้ามพรมแดน ตลอดจนข้อจำกัดด้านการบังคับใช้กฎหมาย การจัดการข้อมูล และความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากข้อค้นพบที่กล่าวมา งานวิจัยนี้จึงเสนอข้อเสนอแนะเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่พัฒนากรอบการดำเนินการของกระบวนการ TEIA ในบริบทของประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑๑ **ผลักดันการเสริมสร้างกรอบและกลไกทางกฎหมาย** เพื่อยกระดับกฎหมายด้านการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) ด้วยการบูรณาการ EIA กับ SEA โดยมุ่งพัฒนาขั้นตอน ระบุสิทธิของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดแนวทางการมีส่วนร่วมในบริบทข้ามพรมแดนอย่างชัดเจน เพื่อรองรับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพของประชาชน (Dávila et al., 2020; Jarusombat, 2019; Swangjang, 2018)

๑๒ **ส่งเสริมกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ** ผ่านการปรึกษาหารือหรือการพัฒนาข้อตกลงทวิภาคีและพหุภาคี เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติร่วมกัน (Dávila et al., 2020; Somporn et al., 2023; Swangjang, 2018) อันจะช่วยสร้างความเข้าใจร่วม ลดความขัดแย้ง และสนับสนุนการดำเนินโครงการอย่างราบรื่น (ESCAP, 2022)

๑๓ **สนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้** ในทุกระดับเกี่ยวกับการรับมือมลพิษข้ามพรมแดนด้วยการประยุกต์ใช้หลักการภายใต้อนุสัญญาเอสบูในบริบทอาเซียน เช่น การให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ด้วยการทดลองใช้ Guidelines for Transboundary Environmental Impact Assessment in the Lower Mekong River Basin (Mekong River Commission, 2023) กับกรณีศึกษาที่เชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน และบริบทที่จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังมลพิษข้ามพรมแดน เพื่อพัฒนาแนวทางร่วมและยกระดับมาตรฐานการประเมินผลกระทบข้ามพรมแดนในระดับภูมิภาค

ข้อเสนอแนะเหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กับข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น ความเปราะบางของโครงสร้างทางการเมืองระหว่างประเทศ หรือข้อจำกัดอื่น ๆ ที่อาจจำกัดความเป็นไปได้ในการดำเนินกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมข้ามพรมแดนอย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะยังเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน แต่บทเรียนจากประเทศภาคีที่ให้สัตยาบันภายใต้อนุสัญญาเอสปูได้สะท้อนแนวทางที่สามารถนำมาพัฒนาแนวคิดและระบบการประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้น หากข้อเสนอแนะเหล่านี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างจริงจังก็จะช่วยเสริมสร้างความร่วมมือด้านสิ่งแวดล้อมระหว่าง

ประเทศควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน และสนับสนุนการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศไทยในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่สนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับผู้มีผลการเรียนดีเด่น และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการค้นคว้าวิจัยนี้ และมอบประสบการณ์ที่หาได้ยาก ซึ่งเป็นแหล่งความรู้สำคัญที่ช่วยเปิดมุมมองใหม่ๆ และเพิ่มคุณค่าให้กับกระบวนการเรียนรู้และการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Albania. (2022). *Questionnaire for the report of ALBANIA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021*. U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Albania_EIA.pdf
- Albrecht, E. (2008). Implementing the Espoo Convention in transboundary EIA between Germany and Poland. *Environmental Impact Assessment Review*, 28(6), 359-365.
- ASEAN, S. (n.d.). *ASEAN Aims*. The ASEAN Secretariat. <https://asean.org/what-we-do#asean-aims>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Belarus, R. o. (2022). *Questionnaire for the report of the Republic of Belarus on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019–2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-07/Belarus_EIA_EN.pdf
- Belgium. (2022). *Questionnaire for the report of BELGIUM – FEDERAL GOVERNMENT on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019–2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Belgium_EIA_WR%2BFR%2BBCCR_FIN.pdf
- Boyle, A. (2011). Developments in the international law of environmental impact assessments and their relation to the Espoo Convention. *Review of European Community & International Environmental Law*, 20(3), 227-231.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006, 01/01). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruch, C., Nakayama, M., Troell, J., Goldman, L., & Maruma Mrema, E. (2007). Assessing the assessments: improving methodologies for impact assessment in transboundary watercourses. *Water Resources Development*, 23(3), 391-410.
- Charusombat, P. (2023). ASEAN cooperation on transboundary haze pollution: The perspective of institutional incremental change. *Journal of Environmental Information Science*, 2022(2), 1-12.
- Czech, R. (2022). *Questionnaire for the report of the Czech Republic on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Czechia_EIA.pdf

- Dávila, J. G., Zhang, J., & Kørnøv, L. (2020, 2020/09/01/). Challenges to carry out transboundary environmental assessment in ASEAN countries. *Environmental Impact Assessment Review*, *84*, 106432. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eiar.2020.106432>
- de Boer, J. J. (1999). Bilateral agreements for the application of the UN-ECE convention on EIA in a transboundary context. *Environmental Impact Assessment Review*, *19*(1), 85-98.
- ESCAP, U. (2022). Technical report and recommendations to strengthen environmental impact assessment procedures in ASEAN. <https://repository.unescap.org/handle/20.500.12870/4456#>
- Estonia. (2022). *Questionnaire for the report of ESTONIA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021*. U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Estonia_EIA.pdf
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*(1), 80-92.
- Fongjissara, N., & Buddharaksa, W. (2022). ASEAN agreement on transboundary haze pollution management in mainland southeast asia. *Asia Social Issues*, *15*(6), 253039.
- Gachechiladze-Bozhesku, M. (2014, 2014/01/02). Learning from transboundary environmental impact assessment under the Espoo Convention: a case of the Neman Hydropower Plant, Belarus. *Impact Assessment and Project Appraisal*, *32*(1), 81-86. <https://doi.org/10.1080/14615517.2013.873187>
- Georgia. (2022). *Questionnaire for the report of Georgia on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Georgia_EIA.pdf
- Ghani, F. A., Redzuan, N. I. N., Nasir, N. F. M., & Salamat, M. (2017). Review on ASEAN transboundary haze pollution agreement 2002: Problems and solutions. *Journal of Humanities, Language, Culture, and Business*, *1*(1), 153-161.
- Hernández, F. M. (2008). Analysis of the Espoo Convention as applied to mega projects: The case of Nord Stream. *Unpublished Masters, Lund University, Lund*.
- Hungary. (2022). *Questionnaire for the report of HUNGARY on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-04/Hungary_EIA.pdf
- Idrissi Gartoumi, K. (2024, 2024/12/01/). Five-Year Review of Blockchain in Construction Management: Scientometric and Thematic Analysis (2017-2023). *Automation in Construction*, *168*, 105773. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.autcon.2024.105773>
- International Finance Corporation, I. (2021). Guidance Note 1 Assessment and Management of Environmental and Social Risks and Impacts. <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2021/20210614-ifc-ps-guidance-note-1-en.pdf>
- Itasari, E., & Mangku, D. (2021, 06/27). Implementation of the ASEAN Agreement on Transboundary Haze Pollution in the Southeast Asia Region. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan*, *6*, 149. <https://doi.org/10.17977/um019v6i1p149-154>
- Jarusombat, S. (2019). Institutional Arrangements to Manage Transboundary Environmental Problems. *Journal of Thai Ombudsman*, *10*(2). <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/ombudsman/article/view/167047>
- Jones, C. P., Armstrong-Moore, R., Penney, T. L., Cummins, S., Armitage, S., Adams, J., & White, M. (2022, 2022/12/01/). Adolescents' perspectives on soft drinks after the introduction of the UK Soft Drinks Industry Levy: A focus group study using reflexive thematic analysis. *Appetite*, *179*, 106305. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106305>

- Jones, D. S. (2006). ASEAN and transboundary haze pollution in Southeast Asia. *Asia Europe Journal*, 4(3), 431-446.
- Kim, S. K., van Gevelt, T., Joosse, P., & Bennett, M. M. (2022). Transboundary air pollution and cross-border cooperation: Insights from marine vessel emissions regulations in Hong Kong and Shenzhen. *Sustainable Cities and Society*, 80, 103774.
- Leekbhai, S., & Poboon, C. (2018). TRANSBOUNDARY ENVIRONMENTAL IMPACT ASSESSMENT UNDER 1991 CONVENTION ON ENVIRONMENTAL IMPACT ASSESSMENT IN A TRANSBOUNDARY CONTEXT. *Ph.D. in Social Sciences Journal*, 8(1). <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/phdssj/article/view/87246>
- Lithuania. (2022). *Questionnaire for the report of LITHUANIA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-04/Lithuania_EIA.pdf
- Malta. (2022). *Questionnaire for the report of MALTA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Malta_EIA.pdf
- Marks, D., & Miller, M. A. (2022). A transboundary political ecology of air pollution: Slow violence on Thailand's margins. *Environmental Policy and Governance*, 32(4), 305-319.
- Mekong River Commission. (2023). *Guidelines for transboundary environmental impact assessment in the Lower Mekong River Basin*. MRC Secretariat. DOI: 10.52107/mrc.aqrsbk
- Mekong River Commission, M. (2023). *Guidelines for transboundary environmental impact assessment in the Lower Mekong River Basin* <https://doi.org/10.52107/mrc.aqrsbk>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook* (H. Salmon & L. Barrett, Eds. Third ed.). SAGE.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Ministry of the Environment, F., Ministry of the Environment, S., & Ministry of Housing, S. P. a. t. E., the Netherlands. (2003). *Guidance on the practical application of the Espoo Convention*. Finnish Environment Institute (SYKE).
- Mirumachi, N., & Nakayama, M. (2007). Improving methodologies for transboundary impact assessment in transboundary watercourses: Navigation channel improvement project of the Lancang-Mekong River from China-Myanmar boundary marker 243 to Ban Houei Sai of Laos. *Water Resources Development*, 23(3), 411-425.
- Moldova, R. o. (2022). *Questionnaire for the report of the REPUBLIC of MOLDOVA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019–2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-04/Moldova_EIA_eng.pdf
- Montenegro. (2022). *Questionnaire for the report of Montenegro on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Montenegro_EIA.pdf
- Naweed, A., Bowditch, L., Trigg, J., & Unsworth, C. (2022, 2022/04/01/). Injury by design: A thematic networks and system dynamics analysis of work-related musculoskeletal disorders in tram drivers. *Applied Ergonomics*, 100, 103644. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103644>
- Netherlands. (2000). *Bilateral and multilateral cooperation in the framework of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context*. https://digitallibrary.un.org/record/414934/files/%5BE_ECE_%5DMP.EIA_WG.1_2000_6-EN.pdf
https://digitallibrary.un.org/record/414934/files/%5BE_ECE_%5DMP.EIA_WG.1_2000_6-FR.pdf
https://digitallibrary.un.org/record/414934/files/%5BE_ECE_%5DMP.EIA_WG.1_2000_6-RU.pdf

- Nichols, A., Maynard, V., Goodman, B., & Richardson, J. (2009, Aug 24). Health, Climate Change and Sustainability: A systematic Review and Thematic Analysis of the Literature. *Environ Health Insights*, 3, 63-88.
<https://doi.org/10.4137/ehi.s3003>
- Pinho, P., McCallum, S., & Cruz, S. S. (2010). A critical appraisal of EIA screening practice in EU Member States. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 28(2), 91-107.
- Poland, R. o. (2022). *Questionnaire for the report of the REPUBLIC OF POLAND on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019–2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Poland_EIA.pdf
- Purnama, D. (2004). Review of transboundary environmental impact assessment: a case study from the Timor Gap. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 22(1), 17-35.
- Romania. (2022). *Questionnaire for the report of ROMANIA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019 – 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-04/Romania_EIA.pdf
- Schrage, W., & Bonvoisin, N. (2008). Transboundary impact assessment: frameworks, experiences and challenges. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 26(4), 234-238.
- Slovenia. (2022). *Questionnaire for the report of SLOVENIA on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-06/Slovenia_EIA_0.pdf
- Somporn, P., Kwanpracha , C., Pakorn, L., & Thanyaporn, S. (2023). *The Development of Community-led Health Impact Monitoring, Nan Province Thailand: A Case of transboundary Pollution from Hongsa Power Plant, Lao PDR*.
- Spain. (2022). *Questionnaire for the report of SPAIN on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021* U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-05/Spain_EIA.pdf
- Swain, J. (2018). A hybrid approach to thematic analysis in qualitative research: Using a practical example. *Sage research methods*.
- Swangjang, K. (2018). Comparative review of EIA in the Association of Southeast Asian Nations. *Environmental Impact Assessment Review*, 72, 33-42.
- Switzerland. (2022). *Questionnaire for the report of SWITZERLAND on the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context in the period 2019– 2021*. U. N. E. C. f. Europe. https://unece.org/sites/default/files/2022-07/Switzerland_EIA_EN.pdf
- Ukwe, C., & Ibe, C. (2010). A regional collaborative approach in transboundary pollution management in the guinea current region of western Africa. *Ocean & coastal management*, 53(9), 493-506.
- Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context (Espoo Convention), (1991). <https://unece.org/environment-policy/environmental-impact-assessment>
- UNECE. (2006a). *Guidance on public participation in environmental impact assessment in a transboundary context* <https://unece.org/environment-policy/environmental-impact-assessment>
- UNECE. (2006b). *Guidance on the practical application of the Espoo Convention* <https://unece.org/environment-policy/environmental-impact-assessment>
- UNECE. (2008). *CASE STUDY FACT SHEET #4 Chancy-Pougny Hydropower Station, on the*

border between France and Switzerland. U. N. E. C. f. Europe.

https://unece.org/DAM/env/eia/documents/factsheet/Factsheet4_Hydropower_in_France_Switzerland_Aug08.pdf

UNECE. (2009a). What UNECE does for you.

https://unece.org/DAM/env/eia/documents/ImplementationCommittee/0923749_Espoo_ENG.pdf

UNECE. (2009b). *What UNECE does for you?*

https://unece.org/DAM/env/eia/documents/ImplementationCommittee/0923749_Espoo_ENG.pdf

https://unece.org/DAM/env/eia/documents/ImplementationCommittee/0923749_Espoo_ENG.pdf

UNECE. (2014a). UNECE at a glance - Espoo Convention. https://unece.org/DAM/env/eia/Publications/2014/Flyer-Espoo_Convention-A5-Low_resolution_for_information.pdf

UNECE. (2014b). *UNECE Espoo Convention on Environmental Impact Assessment becomes a global instrument*.

United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Retrieved 12 April from

<https://unece.org/environment/press/unece-espoo-convention-environmental-impact-assessment-becomes-global-instrument>

Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context (Espoo Convention), (2017a).

<https://unece.org/environment-policy/environmental-impact-assessment>

UNECE. (2017b). *UNECE Espoo Convention and Sustainable Development Goals*. UNECE, .

<https://unece.org/environment-policy/publications/unece-espoo-convention-protocol-sea-and-sdgs>

UNECE. (2021). *Implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context (2016-2018) Sixth review* (Vol. United Nations).

UNECE. (2022a). *Draft seventh review of the implementation of the Convention on Environmental Impact Assessment in a Transboundary Context*. [https://unece.org/sites/default/files/2022-](https://unece.org/sites/default/files/2022-11/ece_mp.eia_wg.2_2022_3_eng.pdf)

[11/ece_mp.eia_wg.2_2022_3_eng.pdf](https://unece.org/sites/default/files/2022-11/ece_mp.eia_wg.2_2022_3_eng.pdf)

UNECE. (2022b). *Findings and recommendations on compliance by Serbia with its obligations under the Convention with respect to several mining-related activities in Karamanica, Popovica and Podvirovi and the Grot mine*. U. United Nations Economic Commission for Europe.

https://unece.org/sites/default/files/2022-08/ece_mp.eia_ic_2022_8_e.pdf

UNECE. (2023a). *Findings and recommendations on compliance by Albania with its obligations under the Convention and the Protocol in respect of the planned construction of several small hydropower plants on the Cijevna River*. U. United Nations Economic Commission for Europe.

https://unece.org/sites/default/files/2023-06/ece_mp.eia_ic_2023_9_e.pdf

UNECE. (2023b). *Findings and recommendations on compliance by Bosnia and Herzegovina with its obligations under the Convention and the Protocol with respect to the construction of Buk Bijela hydropower plant on the Drina River*. U. United Nations Economic Commission for Europe.

https://unece.org/sites/default/files/2023-03/ece_mp.eia_ic_2023_5_e.pdf

UNECE. (2023c). *Findings and recommendations on compliance by Bulgaria with its obligations under the Convention with respect to the lifetime extension of units 5 and 6 of Kozloduy nuclear power plant*. U.

United Nations Economic Commission for Europe. [https://unece.org/sites/default/files/2023-](https://unece.org/sites/default/files/2023-03/ece_mp.eia_ic_2023_6_e.pdf)

[03/ece_mp.eia_ic_2023_6_e.pdf](https://unece.org/sites/default/files/2023-03/ece_mp.eia_ic_2023_6_e.pdf)

UNECE. (2023d). *Findings and recommendations regarding compliance by Belgium with its obligations under the Convention in respect of the lifetime extension of unit 1 of Tihange nuclear power plant*. U. United

Nations Economic Commission for Europe. [https://unece.org/sites/default/files/2023-](https://unece.org/sites/default/files/2023-06/ece_mp.eia_ic_2023_10_e.pdf)

[06/ece_mp.eia_ic_2023_10_e.pdf](https://unece.org/sites/default/files/2023-06/ece_mp.eia_ic_2023_10_e.pdf)

- UNECE. (2023e). *Findings and recommendations regarding compliance by Czechia with its obligations under the Convention in respect of the lifetime extension of four reactors of Dukovany nuclear power plant*. U. United Nations Economic Commission for Europe. https://unece.org/sites/default/files/2023-06/ece_mp.eia_ic_2023_11.e.pdf
- UNECE. (n.d.). *The blank questionnaires for 2019-2021 (ECE/MP.EIA/WG.2/2021/3)*. United Nations Economic Commission for Europe. https://unece.org/environment-policy/environmental-assessment/review-implementation-national-reporting?__cf_chl_tk=lnmyRqcZ_SoONXz_.9.mgKcSEfjZd1hMOSvzsV0TVfE-1724925586-0.0.1.1-5610
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Xu, W., & Zammit, K. (2020). Applying Thematic Analysis to Education: A Hybrid Approach to Interpreting Data in Practitioner Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920918810. <https://doi.org/10.1177/1609406920918810>
- Zhao, J., Guo, L., Lin, J., Dou, R., Huang, Y., & Bao, Y. (2021). Analysis on the Transboundary Impact Assessment System and Practice of Hydropower Development on the Main Mekong River. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*,

Needs Assessment of the Dental Nurse Competency at Subdistrict Health Promoting Hospitals in Suphanburi Province

Sarunya Chuenjit¹, Suwattana Kerdmuang², Sunisa Chansaeng²

¹ Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

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

Corresponding author, Suwattana Kerdmuang e-mail : suwattana_kerd@hotmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Chuenjit, S. ., Kerdmuang, S. ., & Chansaeng, S. . Needs Assessment of the Dental Nurse Competency at Subdistrict Health Promoting Hospitals in Suphanburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 85–98. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/283754

Received: 20 September 2025

Revised: 1 November 2025

Accepted: 9 November 2025

Abstract

This research aimed to assess the competencies of dental nurses, -to identify and prioritize their necessary competencies at subdistrict health promoting hospitals, in Suphanburi province, as perceived by both the dental nurses and their supervisors. Utilizing a mixed-methods approach, with two phases for exploratory sequential design. Phase 1 involved qualitative research, in-depth interviews were conducted with nine key informants, to develop a competency framework. Phase 2 consisted of quantitative research, utilizing a questionnaire based on the insights gathered from these interviews. The sample population of 160 individuals, comprising 80 dental nurses and 80 supervisors. Data from the surveys were analyzed to prioritize the competencies using the Modified Priority Needs Index (PNI_{modified}) technique.

The findings indicated that both the dental nurses and the supervisors agreed on the competencies that have the highest levels of need: knowledge (PNI_{modified} = 0.196 for dental nurses and 0.232 for supervisors), followed by skills (PNI_{modified} = 0.172 and 0.203, respectively), and personal attributes (PNI_{modified} = 0.137 and 0.097, respectively). The most critical competencies identified were knowledge of innovative applications, decision-making skills, and the ability to provide first-line care in dental emergencies, as well as the attributes relevant to the development of health and dental innovation. The results of this study are valuable guide for directing personnel development, shaping curricula and training programs, and establishing policies and standards for dental nurses that align with the mission of subdistrict health promotion hospitals.

Keywords: ; Needs Assessment, Dental Nurse, Competency

การประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ศรัณยา ชื่นจิตร¹, สุวัฒนา เกิดม่วง², สุนิสา จันทร์แสง²

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 20 กันยายน 2568

วันแก้ไข 1 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ 9 พฤศจิกายน 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของทันตภิบาล ประเมิน และจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุพรรณบุรี จากมุมมองของทันตภิบาลและผู้บังคับบัญชา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยศึกษาแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 9 คน เพื่อสร้างกรอบสมรรถนะในการสร้างเครื่องมือ และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามที่ออกแบบมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มประชากรทั้งหมดจำนวน 160 คน ซึ่งประกอบด้วย ทันตภิบาล 80 คน และผู้บังคับบัญชา 80 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยเทคนิค Modified Priority Needs Index (PNI_{modified})

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทันตภิบาลและผู้บังคับบัญชามีความเห็นสอดคล้องกันว่าสมรรถนะที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดคือด้านความรู้ (PNI_{modified} = 0.196 และ 0.232) รองลงมาคือด้านทักษะ (PNI_{modified} = 0.172 และ 0.203) และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (PNI_{modified} = 0.137 และ 0.097) ตามลำดับ โดยสมรรถนะรายด้านที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุด ได้แก่ ความรู้ด้านการประยุกต์ใช้นวัตกรรม , ทักษะในการตัดสินใจ และให้การดูแลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม และคุณลักษณะด้านการจัดทำนวัตกรรมด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรม กำหนดนโยบายและเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับสมรรถนะของทันตภิบาลที่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

คำสำคัญ : การประเมินความต้องการจำเป็น, ทันตภิบาล, สมรรถนะ

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55 ได้บัญญัติให้รัฐมีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน (Constitution of the Kingdom of Thailand, 2017) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด่านแรกที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนในชุมชน (Bureau of Dental Health, 2009) ความสำคัญของ รพ.สต. ในระบบสุขภาพช่องปากยิ่งเด่นชัดขึ้นจาก (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย ปี 2566-2580 ซึ่งระบุว่า อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพช่องปากที่ รพ.สต. มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนในปี 2564 ขึ้นมาเป็นอันดับ 3 รองจากคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ด้วยเหตุนี้ แผนงานดังกล่าวจึงมีมาตรการสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้สามารถจัดบริการทันตกรรมได้ตามมาตรฐาน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2022)

บริบทเชิงนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญคือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Somwangpomjaroen, 2022) แม้ว่ากระบวนการถ่ายโอนจะยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามแผนทั้งหมด แต่ข้อมูล ณ ปี 2565 พบว่า มีองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 49 แห่งทั่วประเทศ ที่แสดงความพร้อมรับการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวน 3,366 แห่ง จากทั้งหมด 9,787 แห่ง (Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee [ODLOC], 2022) โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีความพร้อมและได้ดำเนินการรับการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมด 174 แห่ง ในปี

พ.ศ. 2566 (Department of Local Administration [DLA], 2023)

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความท้าทายในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานทันตสาธารณสุข ซึ่งต้องงดให้บริการชั่วคราวเป็นระยะเวลา 1 ปีหลังการถ่ายโอน ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน บุคลากรสำคัญที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนบริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิคือ ทันตภิบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ แต่ภายหลังพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539 บทบาทและขอบเขตการปฏิบัติงานของทันตภิบาลกลับมีความคลุมเครือ ต้องปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขอบเขตของหัตถการไว้อย่างกว้าง เช่น "การอุดฟันชนิดไม่ซับซ้อน" หรือ "การถอนฟันที่ขึ้นปกติ" ทำให้เกิดปัญหาในการตีความและการมอบหมายงานที่ไม่ชัดเจน (Chaiprasitti & Tangjickongpittaya, 2015)

หลังจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี แม้ รพ.สต. จะกลับมาเปิดให้บริการทางทันตกรรมได้อีกครั้ง แต่ทันตภิบาลยังคงต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทและสมรรถนะเดิมโดยภารกิจหลัก คือ เป็นผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ภารกิจรองคือ ให้การรักษาโรคในช่องปากระดับเบื้องต้นและฉุกเฉินเพื่อการส่งต่อทันตแพทย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การรักษาโรคในช่องปากเบื้องต้น 3) ด้านวิชาการสาธารณสุข และ 4) ด้านบริหารงานสาธารณสุข (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health [MOPH-OPS], 2020) ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมต่อความท้าทายในบริบทใหม่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของทันตภิบาลตามกรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer and Spencer (1993) ประกอบไปด้วย ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Attribute) เพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งการที่จะทราบถึงสมรรถนะทันตภิบาลตามความต้องการจำเป็นจึงควรเริ่มจากการประเมินความต้องการจำเป็น

(Needs assessment) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข (Wongwanich, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าถึงแม้ทันตภิบาลจะมีการรับรู้และปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนอย่างครอบคลุม (Supanwivat & Mankong, 2016) แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากความคาดหวังภายนอกและความไม่ชัดเจนในบทบาท ซึ่งสะท้อนจากมุมมองของทันตแพทย์ที่ต้องการกำหนดทิศทางการวิชาชีพ (Dharmasaroja & Tuongratanaphan, 2021) และความแตกต่างในการรับรู้บทบาทระหว่างผู้ป่วย ทันตแพทย์ และตัวทันตภิบาลเอง อันนำไปสู่ความเครียดและความไม่พึงพอใจในงาน (Mindak, 1996) ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนาศักยภาพเพื่อรับมือกับปัญหาดังกล่าวสามารถเทียบเคียงได้กับการศึกษาความต้องการจำเป็นในบุคลากรสาธารณสุขอื่น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับระบบและองค์กร (Pensook, 2017) จึงพบช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญ คือ ยังไม่มีการศึกษาใดที่ประเมินสมรรถนะของทันตภิบาลตามความต้องการจำเป็นที่แท้จริงในบริบทการปฏิบัติงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยวิเคราะห์ปัญหาสะท้อนสภาพบริบทที่เกิดขึ้นจริง (Wongwanich, 2015) และนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขให้ทันตภิบาลมีการพัฒนาสมรรถนะเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อกำหนดสมรรถนะของทันตภิบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อประเมินและจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาล ในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มุ่งศึกษาสมรรถนะของทันตภิบาล โดยใช้กรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer and Spencer (1993) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และ คุณลักษณะส่วนบุคคล (Attribute) ซึ่งทั้งหมดนี้จะแสดงออกผ่านการปฏิบัติงานตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านสุขภาพช่องปาก ด้านการรักษาโรคในช่องปาก ด้านวิชาการสาธารณสุข และด้านบริหารงานสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) ซึ่งดำเนินการเป็น 2 ระยะต่อเนื่องกัน คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสร้างกรอบสมรรถนะของทันตภิบาล จากนั้นจึงนำกรอบที่ได้ไปใช้ใน ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อประเมินระดับสมรรถนะและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านสมรรถนะของทันตภิบาล จากมุมมองของทันตภิบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชาในจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 9 คน ซึ่งประกอบด้วยทันตภิบาลผู้บังคับบัญชา ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และผู้บริหาร เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับสร้างกรอบสมรรถนะ จากนั้นใน ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาจากกลุ่มประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วยกลุ่มทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับต้นที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลจำนวน 80 คน รวมทั้งทั้งหมด 160 คน เพื่อตอบ

แบบสอบถามที่พัฒนามาจากข้อมูลในระยะแรก สำหรับประเมินและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านสมรรถนะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบ สัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล, ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะของทันตภิบาลตามขอบเขตวิชาชีพ และประเด็นข้อเสนอแนะอื่นๆ

ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ได้ข้อมูลเชิงลึกจากระยะแรกนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการทันตสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับต้น จำนวน 8 ข้อ โดยใช้ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ส่วนที่ 2 ประเมินสมรรถนะด้านความรู้ ส่วนที่ 3 ประเมินสมรรถนะด้านทักษะ และส่วนที่ 4 ประเมินสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีข้อคำถามจำนวนด้านละ 20 ข้อ ลักษณะคำถามในส่วนนี้เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เพื่อวัดระดับความคิดเห็น ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1

ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) ทั้ง 2 กลุ่ม เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มทันตภิบาล และกลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับต้น จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มละจำนวน 30 คน ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1984) พบว่า ด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.96 และ 0.97

ตามลำดับ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของทันตภิบาล จากนั้นดำเนินการขอหนังสืออนุมัติ เพื่อเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กระบวนการสัมภาษณ์เริ่มต้นจากการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียง การสัมภาษณ์เป็นแบบเจาะลึก และเปิดกว้างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ก่อนจะนำผลลัพธ์ทั้งหมดมาสรุป และนำเสนอต่อไป โดยใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์คนละ 20 นาที

ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอหนังสืออนุมัติเพื่อเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทันตภิบาล และผู้อำนวยการ (ที่มีทันตภิบาลอยู่ภายใต้บังคับบัญชา) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี ในการดำเนินการได้มีการแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเช่นเดียวกันเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดอย่างรอบคอบ ก่อนจะนำข้อมูลดังกล่าวไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2568 – 014 ลงวันที่ 1 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 9 คน มาทำการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้

จากข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงในเชิงบรรยาย เพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นจึงนำสาระสำคัญที่สกัดได้นั้นมากำหนดเป็น (ร่าง) สมรรถนะของทันตภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลประเมินระดับสมรรถนะของทันตภิบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. จัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น Modified Priority Needs Index (PNI_{modified}) ของ Wongwanich (2015) ที่พัฒนามาจาก Wikin and Altschuld (1995) เพื่อหาความแตกต่างระหว่างสภาพที่ควรจะเป็นและสภาพที่เป็นอยู่ โดยคำนวณจากสูตร

$$PNI_{modified} = \frac{(I-D)}{D}$$

โดย I หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น
D หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นอยู่

การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นจากค่า PNI_{modified} โดยเรียงการจัดลำดับจะจัดจากดัชนีที่มีค่ามากไปหาค่าน้อย ซึ่งดัชนีที่มีค่ามาก หมายถึงมีความต้องการจำเป็นสูงที่ ควรได้รับการพัฒนา (Wongwanich, 2005)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับสมรรถนะของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขตามขอบเขตวิชาชีพ สามารถสรุปประเด็นได้ 3 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 คือ สมรรถนะด้านความรู้ของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้านดังนี้ 1) ความรู้วิชาการพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุข 2) ความรู้ด้านการเขียนแผนงานและโครงการ 3) ความรู้ด้านนวัตกรรม งานวิจัย

ใหม่ เทคโนโลยี การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ 4) ความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทันตกรรม ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ความรู้เบื้องต้นก็ต้องมีเกี่ยวกับงานที่ทำในเรื่องของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการเรียนรู้เกี่ยวกับการนำข้อมูลมาใช้ การจัดเก็บในระบบสารสนเทศ” (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข คนที่ 2)

“ต้องศึกษากระบวนการทำงาน และมีการบริหารวัสดุให้เพียงพอ การจัดทำแผนงานและโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน” (นักวิชาการสาธารณสุข 2)

สมรรถนะที่ 2 คือ สมรรถนะด้านทักษะของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้านดังนี้ 1) ทักษะด้านการรักษาเบื้องต้น 2) ทักษะด้านการให้ความรู้ และการทำงานในชุมชน 3) ทักษะการทำงานเป็นทีมและประสานงาน 4) ทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

สมรรถนะที่ 3 คือ สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ในพื้นที่ห่างไกล การเยี่ยมบ้านสำคัญมาก เข้าถึงบริการไม่ได้ เราก็ต้องลงไปเอง” (เจ้าพนักงานทันตภิบาล 1)

“เราทำงานร่วมกับเครือข่าย เช่น โรงเรียน ครู ในโรงเรียน อสม. ทำอะไรไม่ได้โดยลำพัง ต้องร่วมมือกัน” (เจ้าหน้าที่ อบจ.)

สมรรถนะที่ 3 คือ สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ต้องมีเมตตา ต้องรักประชาชน ไม่ใช่รอให้เขา มาหาเราอย่างเดียว” (นักวิชาการสาธารณสุข 1)

“สื่อสารดีกับชุมชน สำคัญกว่าการทำให้เสร็จตามเอกสาร” (เจ้าหน้าที่ อบจ.)

ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มที่ 1 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.25 อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 53.75 มีสถานภาพโสด

ร้อยละ 60.00 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.25 ในสาขาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 68.75 ในด้านการทำงาน ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 77.50 มีประสบการณ์ทำงานในภาพรวม และปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 46.25 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 37.50 สำหรับการพัฒนาตนเองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 53.75 โดยรูปแบบที่ได้รับความนิยมสูงสุดคือ การเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ร้อยละ 73.75

กลุ่มที่ 2 ผู้บังคับบัญชาในระดับต้นผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.75 อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงใกล้เกษียณ โดยมีอายุมากที่สุดระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 42.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.50 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.25 ในสาขาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต ร้อยละ 53.75 ตำแหน่งปัจจุบันส่วนใหญ่ คือนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 55.00 และมีประสบการณ์การทำงานในสายงานสาธารณสุขยาวนาน โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่สำเร็จการศึกษามากที่สุดในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 40.00 ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์การทำงาน ใน รพ.สต. ร้อยละ 35.00 อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ส่วนใหญ่

ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.75 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่เพิ่งเข้ารับตำแหน่งได้ไม่นาน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านความรู้ของทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 1

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จากการจัดลำดับความต้องการจำเป็น พบว่า กลุ่มนี้มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านความรู้ด้านการเขียนแผนงานและโครงการ ($PNI_{modified} = 0.205$) เป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ ความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทันตกรรม ($PNI_{modified} = 0.20$) เป็นอันดับ 2 ส่วนด้านที่มีความต้องการจำเป็นน้อยที่สุด คือ ความรู้วิชาการพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุข ($PNI_{modified} = 0.183$) ซึ่งถูกจัดอยู่ในอันดับ 4

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้บังคับบัญชาในระดับต้น จากการจัดลำดับความต้องการจำเป็น พบว่า มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านความรู้ด้านนวัตกรรม งานวิจัยใหม่ เทคโนโลยี การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ ($PNI_{modified} = 0.250$) เป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ ความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทันตกรรม ($PNI_{modified} = 0.247$) เป็นอันดับ 2 ในขณะที่ด้านที่มีความต้องการจำเป็นน้อยที่สุด คือ ความรู้ด้านการเขียนแผนงานและโครงการ ($PNI_{modified} = 0.216$) ซึ่งอยู่ในอันดับ 4

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านความรู้ของทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้อความถาม	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) (n=80)		ผู้บังคับบัญชาในระดับต้น (n=80)	
	$PNI_{modified}$	อันดับ	$PNI_{modified}$	อันดับ
ความรู้ด้านการเขียนแผนงานและโครงการ	0.205	1	0.216	4
ความรู้ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทันตกรรม	0.20	2	0.247	2
ความรู้ด้านนวัตกรรม งานวิจัยใหม่ เทคโนโลยีการสื่อสาร และเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ	0.184	3	0.250	1
ความรู้วิชาการพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุข	0.183	4	0.223	3

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านทักษะของทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี
ดังตารางที่ 2

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) กลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับ ทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ซึ่งถูกจัดเป็นอันดับ 1 (PNI_{modified} = 0.212) รองลงมาอันดับ 2 คือ ทักษะด้านการให้ความรู้และการทำงานในชุมชน (PNI_{modified} = 0.170) อันดับ 3 คือ ทักษะด้านการรักษาเบื้องต้น (PNI_{modified} = 0.157) และอันดับสุดท้าย

คือ ทักษะการทำงานเป็นทีมและประสานงาน (PNI_{modified} = 0.156)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับต้น ให้ความสำคัญกับ พบว่า มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในทักษะด้านการรักษาเบื้องต้น ซึ่งถูกจัดเป็นอันดับ 1 (PNI_{modified} = 0.213) รองลงมาอันดับ 2 คือ ทักษะด้านการให้ความรู้และการทำงานในชุมชน (PNI_{modified} = 0.203) อันดับ 3 คือ ทักษะการทำงานเป็นทีมและประสานงาน (PNI_{modified} = 0.196) และอันดับสุดท้ายคือ ทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ (PNI_{modified} = 0.192)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านทักษะของทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้อความ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) (n=80)		ผู้บังคับบัญชาระดับต้น (n=80)	
	PNI _{modified}	อันดับ	PNI _{modified}	อันดับ
ทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ	0.212	1	0.192	4
ทักษะด้านการให้ความรู้ และการทำงานในชุมชน	0.170	2	0.203	2
ทักษะด้านการรักษาเบื้องต้น	0.157	3	0.213	1
ทักษะการทำงานเป็นทีมและประสานงาน	0.156	4	0.196	3

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี
ดังตารางที่ 3

กลุ่มที่ 1 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จากการจัดลำดับความต้องการจำเป็น พบว่า กลุ่มนี้มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้านสามารถจัดทำนวัตกรรมด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ (PNI_{modified} = 0.199) เป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ ทำงานเชิงรุกโดยไม่รอคำสั่งหรือรอให้มีปัญหาเกิดขึ้นก่อน (PNI_{modified} = 0.138) ส่วนด้านที่มีความต้องการจำเป็นน้อยที่สุด คือ มีความซื่อสัตย์ สุจริต และจรรยาบรรณในวิชาชีพ (PNI_{modified} = 0.026) ซึ่งถูกจัดอยู่ในอันดับ 20

กลุ่มที่ 2 ผู้บังคับบัญชาระดับต้นผู้ จากการจัดลำดับความต้องการจำเป็น พบว่า กลุ่มนี้มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในด้าน สามารถจัดทำนวัตกรรมด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ (PNI_{modified} = 0.223) เป็นอันดับ 1 รองลงมา คือ ทำงานเชิงรุกโดยไม่รอคำสั่งหรือรอให้มีปัญหาเกิดขึ้นก่อน (PNI_{modified} = 0.156) ส่วนด้านที่มีความต้องการจำเป็นน้อยที่สุด คือ มีความซื่อสัตย์ สุจริต และจรรยาบรรณในวิชาชีพ (PNI_{modified} = 0.053)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดลำดับความต้องการจำเป็นสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของ ทันตภิบาลในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้อคำถาม	เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข และนักวิชาการ สาธารณสุข (ทันต สาธารณสุข) (n=80)		ผู้บังคับบัญชาระดับ ต้น (n=80)	
	PNI _{modified}	อันดับ	PNI _{modified} d	อันดับ
1. สามารถจัดทำนวัตกรรมด้านสุขภาพและทันตสุขภาพ	0.199	1	0.223	1
2. ทำงานเชิงรุกโดยไม่รอคำสั่งหรือรอให้มีปัญหาเกิดขึ้นก่อน	0.138	2	0.156	2
3. มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	0.135	3	0.130	3
4. เป็นผู้นำในสถานการณ์ที่ต้องวางแผนงานเร่งด่วน	0.133	4	0.108	5
5. มีความมั่นใจในตนเองและกล้าตัดสินใจ	0.128	5	0.092	9
6. สามารถสื่อสารอย่างสุภาพและเข้าใจง่าย	0.119	6	0.092	10
7. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และสามารถควบคุมตนเองได้ดี เมื่อ เจอสถานการณ์ที่ตึงเครียด	0.098	7	0.107	6
8. มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับงานบริการ	0.082	8	0.081	13
9. มีจิตสาธารณะและรักในงานบริการประชาชน	0.081	9	0.120	4
10. มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง	0.081	10	0.084	11
11. ยอมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงตนเอง	0.080	11	0.104	7
12. มีทัศนคติเชิงบวกต่อประชาชนและเพื่อนร่วมงาน	0.075	12	0.074	15
13. มีความอดทนและเสียสละเมื่อต้องทำงานในพื้นที่ชนบท หรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร	0.071	13	0.098	8
14. มีมนุษยสัมพันธ์ดี เข้ากับผู้อื่นได้ทุกระดับ	0.064	14	0.073	16
15. สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี	0.057	15	0.076	14
16. มีความเมตตาและใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย	0.054	16	0.074	15
17. สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น	0.051	17	0.073	16
18. เคารพกฎ ระเบียบ และข้อปฏิบัติขององค์กร	0.048	18	0.070	17
19. มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	0.038	19	0.083	12
20. มีความซื่อสัตย์ สุจริต และจรรยาบรรณในวิชาชีพ	0.026	20	0.053	18

ตารางที่ 4 สรุปผลการประเมินระดับสมรรถนะและจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาลฯ ในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี รายด้าน

สมรรถนะทันตภิบาล	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการ สาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) (n=80)					ผู้บังคับบัญชาระดับต้น (n=80)				
	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		PNI _{modified}	สภาพปัจจุบัน		สภาพที่คาดหวัง		PNI _{modified}
	\bar{x}	แปลผล	\bar{x}	แปลผล		\bar{x}	แปลผล	\bar{x}	แปลผล	
1. ด้านความรู้	3.43	ปานกลาง	4.11	มาก	0.196	3.09	ปานกลาง	3.80	มาก	0.232
2. ด้านทักษะ	3.64	ปานกลาง	4.26	มาก	0.172	3.25	ปานกลาง	3.91	มาก	0.203
3. ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	3.99	มาก	4.33	มาก	0.137	3.77	มาก	4.14	มาก	0.097

5. สรุปผลการประเมินระดับสมรรถนะและจัดลำดับความต้องการจำเป็นของสมรรถนะทันตภิบาล ในมุมมองของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี รายด้าน ดังตารางที่ 4

กลุ่มที่ 1 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)

สมรรถนะด้านความรู้ในสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.43$) ในขณะที่สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.11$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่ต้องได้รับการพัฒนา โดยมีค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) เท่ากับ 0.196 สะท้อนถึงความต้องการในการปรับปรุงและเสริมสร้างความรู้เชิงวิชาการ

สมรรถนะด้านทักษะในสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.64$) และมีสภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.26$) ค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) อยู่ที่ 0.172 ซึ่งสะท้อนว่ามีความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านเพิ่มเติม

สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.99$) และมีสภาพที่

คาดหวังอยู่ใน ระดับมาก เช่นกัน ($\mu = 4.33$) แม้จะมีระดับสูงอยู่แล้ว แต่ยังคงต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุระดับที่คาดหวัง โดยมีค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) อยู่ที่ 0.137 ซึ่งสะท้อนว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสำคัญและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สมรรถนะด้านความรู้ในสภาพปัจจุบันถูกมองว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.09$) ในขณะที่สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.80$) ผู้บังคับบัญชาเห็นว่ามีมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ให้สูงขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) เท่ากับ 0.232 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเพิ่มเติมหรือติดตามองค์ความรู้ใหม่ ๆ

สมรรถนะด้านทักษะในปัจจุบันถูกมองว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.25$) และมีสภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.91$) ผู้บังคับบัญชามองว่าเป็นสมรรถนะที่จำเป็นต่อคุณภาพการให้บริการ ค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) อยู่ที่

0.203 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน

สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลในปัจจุบันถูกมองว่าอยู่ในระดับมาก ($\mu = 3.77$) และมีสภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก เช่นกัน ($\mu = 4.14$) ผู้บังคับบัญชามองว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการทำงาน โดยมีค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น (PNI_{modified}) อยู่ที่ 0.097 ซึ่งสะท้อนว่าควรมีการพัฒนาเพื่อให้รองรับมาตรฐานวิชาชีพและความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านความรู้

จากผลการวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านความรู้ มีความต้องการจำเป็นที่มีลำดับความสำคัญสูงสุดสำหรับทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบทบาทของทันตภิบาลไม่ได้จำกัดเพียงการให้บริการทางคลินิกเท่านั้นแต่ยังต้องทำหน้าที่วางแผน บริหารจัดการทรัพยากร และผู้ประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Amnuaylappaisal (2021) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ด้านปฏิบัติงานและเรื่องที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการเตรียมตนเองให้พร้อมมีความเข้าใจ และมีความสามารถสำหรับการทำงานที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สมรรถนะด้านความรู้ที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือความรู้ด้านการจัดการ ความรู้ด้านการวางแผนงาน และการเขียนโครงการ รวมถึงความรู้ด้านการควบคุมทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Charoenchang, Kerdmuang & Kalampakorn (2016) ที่พบว่าสมรรถนะด้านความรู้ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีความรู้ด้านการวิเคราะห์ และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข จึงควรมีความรู้ในการประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้าน รวมถึงงานวิจัยของ Plodpluang (2016) ที่พบว่าพยาบาลที่เลี้ยงควรผลิตผลงานวิจัย นวัตกรรมทางการ

พยาบาล หรือผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ และสามารถเผยแพร่ผลงานให้เป็นที่รู้จัก ในขณะที่เดียวกันทันตภิบาลควรปรับตัวให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารด้านสุขภาพและการจัดเก็บข้อมูลบริการอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tassana-iem, Insin, Talkul & Vongsawat (2022) ที่พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขควรมีการใช้สารสนเทศมากขึ้นในการการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ รวมถึงงานวิจัยของ Jitaram (2020) ที่พบว่า ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ระบบคิดเชิงสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ การทำงานเป็นทีมเป็นองค์ประกอบตัวชี้วัดหนึ่งของสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุข การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยให้การบริหารจัดการบริการทางทันตกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

2. สมรรถนะด้านทักษะ

จากผลการวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านทักษะของทันตภิบาล พบว่าทักษะในการให้บริการ และการสื่อสารสุขภาพมีความสำคัญต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tassana-iem et al. (2022) ที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพในชุมชนควรเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งการสื่อสารด้วยวิธีต่างๆ เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงงานวิจัยของ Darun, Puttapitukpol, Phensiri & Cheunwattana (2016) ที่พบว่า การสื่อสารเป็นสมรรถนะที่สำคัญที่นักวิชาการสาธารณสุขควรมีเพื่อใช้สื่อสารภายในชุมชน และเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น ทักษะในการให้ความรู้จึงเป็นบทบาทสำคัญของทันตภิบาลในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ทันตภิบาลยังควรมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลรักษาเบื้องต้น การตัดสินใจและให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Charoenchang et al. (2016) ที่พบว่าทักษะด้านวิชาชีพของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ทักษะด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะทางวิชาชีพให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น และควรมุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทเชิงรุกและสามารถดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ทักษะในด้านการประสานงานและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะในการติดต่อและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และการทำงานร่วมกับบริการสาธารณสุขในระบบอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน และสามารถสร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนกับภาคีเครือข่ายในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saisupan, Jaidee, Watanaburanon & Hengboriboonpong (2024) ที่พบว่า การจัดการข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติงาน ทำให้นักวิชาการสาธารณสุขมีทักษะการบริการด้านสาธารณสุข การจัดการข้อมูลสุขภาพ การประสานงานและการทำงานเป็นทีม และการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาโดยรวมทักษะในการทำงานเชิงรุกในชุมชน ส่งผลต่อความสามารถในการให้บริการและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยการประเมินความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตภิบาล พบว่า ด้านที่มีความต้องการจำเป็นที่น้อยที่สุดคือ ด้านความซื่อสัตย์ สุจริต และจรรยาบรรณในวิชาชีพ ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Jitaram (2020) ที่พบว่า ตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชน ต้องมีการพัฒนาตนเองเชิงวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขต้องมีคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน เพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน สะท้อนให้เห็นถึงความซื่อสัตย์และจรรยาบรรณเป็นสิ่งพื้นฐานที่ปฏิบัติอยู่แล้ว การตระหนักรู้และการยึดมั่นในหลักคุณธรรม นอกจากนี้คุณลักษณะส่วนบุคคลอีกด้านหนึ่งที่มีความต้องการจำเป็นน้อยที่สุดรองลงมา คือ ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และการตอบสนองต่อภาระงานเป็นอย่างดี ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Saisupan et al. (2024) ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานส่งผลต่อการทำงานของบุคลากร ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่าง

เต็มความสามารถมากขึ้น รวมถึงต้องมีบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ทั้งในระดับผู้บริหารและปฏิบัติปฏิบัติงาน มีการสื่อสารที่ชัดเจน และเปิดโอกาสการแสดงความคิดเห็นร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะของทันตภิบาลควรมุ่งเน้นแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ทักษะวิชาชีพ และจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งสามารถเพิ่มขึ้นโดยการอบรมและเสริมสร้างอย่างเป็นระบบจะช่วยยกระดับคุณภาพของการให้บริการในชุมชน และสร้างความเชื่อมั่นต่อประชาชนที่มารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานต้นสังกัดระดับต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหลักสูตร และการฝึกอบรมสมรรถนะตามขอบเขตวิชาชีพของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ควรนำผลการวิจัยที่ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาบุคลากร โดยจัดทำเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับสมรรถนะของทันตภิบาล ที่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งจัดสรร และสนับสนุนทรัพยากรด้านวัสดุ อุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้ให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน

3. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สามารถนำไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ตอบสนองต่อบริบทของชุมชนและความต้องการของประชาชน ควรเน้นการใช้ทักษะทางการสื่อสารสุขภาพและการสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบและตรวจสอบความสอดคล้องของสมรรถนะและความต้องการจำเป็นในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยให้สามารถเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมและนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในแต่ละด้านของทันตภิบาลกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านทันตสาธารณสุข

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยเปรียบเทียบความสอดคล้องและความเหมาะสมของสมรรถนะในบริบทที่หลากหลายนำไปผลไปใช้ในระดับนโยบายด้านสาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Amnuaylappaisal, R. (2021). Preparing of medical personnel form COVID-19 situation of Police General Hospital [Unpublished master's project]. Ramkhamhaeng University. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. (2009). *Dental public health operational guidelines for dental personnel in sub-district health promoting hospitals and community health centers*. Department of Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Chaiprasitti, S., & Tangjirkongpittaya, C. (2015). Practical Roles of Dental Therapist Working at District Hospital : A Case Study of Four District Hospitals in Lampang Province. *Chiang Mai Dental Journal*, 3(2), 145–158. (in Thai)
- Charoenchang, P., Kerdmuang, S., & Kalampakom, S. (2016). Public health professional competency of public health officers working in Thai primary care units. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 2(1), 40–51. (in Thai)
- Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017). *Royal Thai Government Gazette*, 134(40A), 1-94. (in Thai)
- Cronbach, L. (1984). *Essentials of psychological testing* (4th ed.). Harper.
- Darun, P., Puttapitukpol, S., Phensiri, N., & Cheunwattana, A. (2016). The Development of a health information literacy competency model for public health officers in subdistrict health promotion hospitals in Thailand. *Disease Control Journal*, 4(1), 67–78. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *(Draft) Thailand's oral health action plan 2023-2025*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Department of Local Administration. (2023). *Directive on the transfer of sub-district health promoting hospitals (SHPHs)*. (in Thai)
- Dharmasaroja, K., & Tuongratanaphan, S. (2021). Expectation of Dentists Towards the Role of Dental Nurses in Thai Dental Public Health. *Thai Journal of Public Health*, 51(2), 121–129. (in Thai)
- Jitaram, P. (2020). Development of competency indicators for problem solving skill among community public health officer. *Journal of Community Public Health*, 1(1), 84–99. (in Thai)
- Mindak, M. T. (1996). Service quality in dentistry: The role of the dental nurse. *British Dental Journal*, 181, 363–368.
- Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee. (2022). Guidelines for the transfer of missions of the Chalerm Prakiat 60th Anniversary of Queen Nawaraminthrachini Health Stations and sub-district health promoting hospitals to the Provincial Administrative Organization. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Announcement of proposed future roles and duties of dental hygienists in the Ministry of Public Health*. Nonthaburi. (in Thai)

- Pensook, J. (2017). Needs assessment of registered nurses for the development of a clinical risk management system at Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 61(4), 267–280. (in Thai)
- Plodpluang, A. (2016). Competencies of preceptor. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 8(3), 168–174. (in Thai)
- Saisupan, J., Jaidee, W., Wattanaburanon, E., & Hengboriboonpong, P. (2024). The factor analysis of core competency for public health technical officer working in primary care units to prevent the spread of coronavirus disease 2019 in Chonburi province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 19(1), 95–107. (in Thai)
- Somwangpomjaroen, N. (2022). The association between knowledge, attitude, and decision on mission transfer to local administrative organization of sub-district health promoting hospital personnel in Kanchanaburi province. *Journal of Vongchavalitkul University*, 35(2), 33-50. (in Thai)
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). Competency at work: Models for superior performance, 9-11
- Supanwivat, A., & Mankong, R. (2016). The role of dental nurses in sub-district health promoting hospitals to the performance following dental public health indicators in 2015. *Thai Dental Public Health Journal*, 21(2), 78–87. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/149250> (in Thai)
- Tassana-iem, S., Insin, N., Talkul, W., & Vongsawat, K. (2022). Expectations of Desired Competency in the 21st Century among Public Health Technical Officer, 8(2), 1–12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/254611/175524> (in Thai)
- Witkin, B.R, and Altschuld, J.W. (1995). *Planning and Conducting needs assessments*. ThousandOsk,CA: Sage Publication. Inc.
- Wiratchai, N., & Wongwanich, S. (2007). *Needs assessment research and evaluation*. Thammada Press. (in Thai)
- Wongwanich, S. (2005). *Needs assessment research* (Need assessment). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Wongwanich, S. (2015). *Needs assessment research* (3rd ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Organizational Engagement and Quality of Work Life among Different Generations of Personnel at a Community Hospital in Phayao Province: A Comparative Study

Thitirat Taya¹ Kiraphol Kaladee²

1 Master of Public Health, School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

2 Associate Professor, School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Taya, T. ., & Kaladee, K. . Organizational Engagement and Quality of Work Life among Different Generations of Personnel at a Community Hospital in Phayao Province: A Comparative Study. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1). retrieved from https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal_la w/article/view/283779

Received: 22 September 2025

Revised: 22 October 2025

Accepted: 31 October 2025

Abstract

This study examined 1) personal and organizational factors, organizational engagement, and quality of work life among hospital staff 2) compare organizational engagement across different generations 3) comparison of quality of work life across generations; and 4) the relationship between organizational engagement and quality of work life among personnel at Community Hospital Hospital, Phayao Province.

A descriptive comparative design was applied. The sample consisted of 112 staff members selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire that was validated for content and reliability. Statistical analyses included descriptive statistics, multiple linear regression, and Pearson's correlation.

The results showed that 67.9% of the participants were female. Most belonged to Gen Y (62.5%), followed by Gen X (28.6%) and Gen Z (8.9%). Overall, staff reported a high level of organizational factors, organizational engagement, and quality of work life. Organizational engagement did not differ significantly across generations ($p > 0.05$). However, quality of work life showed statistically significant differences between generations ($p < 0.05$). Furthermore, organizational engagement was moderately and positively correlated with quality of work life ($r = 0.61$, 95% CI = 0.48–0.71, $p < 0.001$).

Keywords: Organizational engagement, Quality of work life, Generation group, Community Hospital

กรณีศึกษาเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา

ฐิติรัตน์ ทายา¹, ภิระพล กาละดี²

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อีเมลติดต่อ thitirattaya@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 22 กันยายน 2568

วันแก้ไข 22 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ 31 ตุลาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร 2) เพื่อเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชัน 3) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชัน และ 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา

การศึกษาพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ ศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่าง 112 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลากรร้อยละ 67.9 เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มประชากร เจน วาย ร้อยละ 62.5 กลุ่ม เจน เอกซ์ ร้อยละ 28.6 และ กลุ่ม เจน ซี ร้อยละ 8.9 มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานระดับมาก 2) ความผูกพันต่อองค์กรของแต่ละกลุ่มวัยที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) 3) บุคลากรแต่ละกลุ่มวัยมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และ 4) ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.61, 95\% \text{ CI} = 0.48 - 0.71, p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ความผูกพันต่อองค์กร; คุณภาพชีวิตการทำงาน; กลุ่มประชากร; โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

ปัจจุบันองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่างเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี การรักษาความสามารถในการแข่งขันและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่ง “บุคลากร” ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย การที่จะรักษาบุคลากรไว้ได้ ความผูกพันต่อองค์กร จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งหมายถึง ระดับความสัมพันธ์ของสมาชิกกับองค์กร เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกยึดมั่นในองค์กรของตน ยอมรับเป้าหมายขององค์กร สมาชิกในองค์กรจะมีค่านิยมของตนเองสอดคล้องไปกับค่านิยมขององค์กรเต็มใจทุ่มเทความพยายามเพื่อประโยชน์ขององค์กร มีความเป็นหนึ่งเดียวกันระหว่างสมาชิกในการร่วมกิจกรรมขององค์กรอย่างเต็มใจและปรารถนาที่จะคงอยู่ในองค์กรต่อไป (Steers, 1977) ความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นปัจจัยหลักที่สะท้อนประสิทธิภาพและความมั่นคงขององค์กร ทั้งในด้านอัตราการลาออก ความจงรักภักดีของลูกค้า ผลผลิต และความสามารถในการสร้างผลกำไร (Gallup consulting, 2010) โดยบุคลากรที่มีความผูกพันสูงมักแสดงออกถึงความทุ่มเท ความร่วมมือ และความต้องการที่จะคงอยู่กับองค์กร ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรโดยตรง

คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง ระดับของความพึงพอใจและการรับรู้คุณภาพของสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แนวคิดนี้ครอบคลุมทั้งความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน โอกาสในการพัฒนาอาชีพ ความมั่นคงในการทำงาน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสุขและประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลต่อความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบที่สามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการทำงานของบุคลากร (Walton, 1973) การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ย่อมส่งผลต่อทั้งบุคลากรและองค์กร เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของบุคลากรในองค์กร และมีบทบาทสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร และสุขภาพกายใจของบุคลากร งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า มีปัจจัยหลากหลายที่ส่งผลต่อความผูกพันในแง่มุมที่ต่างกันไป ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และบรรยากาศการทำงาน (Phantira, 2020) รวมถึงคุณภาพ

ชีวิตการทำงานซึ่งมีอิทธิพลต่อความผูกพันของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ploybusara & Sirapatsorn, 2015)

อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของบุคลากรตามเจเนอเรชันยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีค่านิยม ความเชื่อ และแรงจูงใจที่ต่างกัน ส่งผลต่อระดับความผูกพันต่อองค์กรและการรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่เหมือนกัน การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรตามเจเนอเรชัน พบผลลัพธ์ที่หลากหลาย บางงานวิจัยพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังการศึกษาของ Ploybusara and Sirapatsorn (2015) และการศึกษาของ Khantakit (2021) ที่พบว่าระดับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างเจเนอเรชัน ดังการศึกษาของ Phantira (2020) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านบริบทองค์กรอาจมีบทบาทสำคัญต่อผลการศึกษา อีกทั้งงานวิจัยที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบในกลุ่มเจเนอเรชันซี ยังมีจำนวนไม่มากนักจึงถือเป็นช่องว่างทางวิชาการที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

ในบริบทของระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา เผชิญปัญหาความผูกพันต่อองค์กรที่ลดลงต่อเนื่อง โดยข้อมูลช่วงปี 2565–2567 พบว่าอัตราการผูกพันต่อองค์กรลดลงจากร้อยละ 75.05 เหลือร้อยละ 73.25 ขณะที่อัตราการลาออกกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความท้าทายในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ซึ่งยิ่งซับซ้อนขึ้นเมื่อบุคลากรมีความหลากหลายทางเจเนอเรชัน ได้แก่ X, Y และ Z ที่มีลักษณะเฉพาะและความคาดหวังต่อองค์กรแตกต่างกัน การบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกันอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชันในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านองค์กร เพื่อทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะของบุคลากรแต่ละกลุ่ม ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คาดว่าจะช่วยสนับสนุนการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสม ตอบโจทย์ความต้องการของบุคลากร และสร้างความยั่งยืนให้แก่องค์กรในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร

แต่ละเจเนอเรชันในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

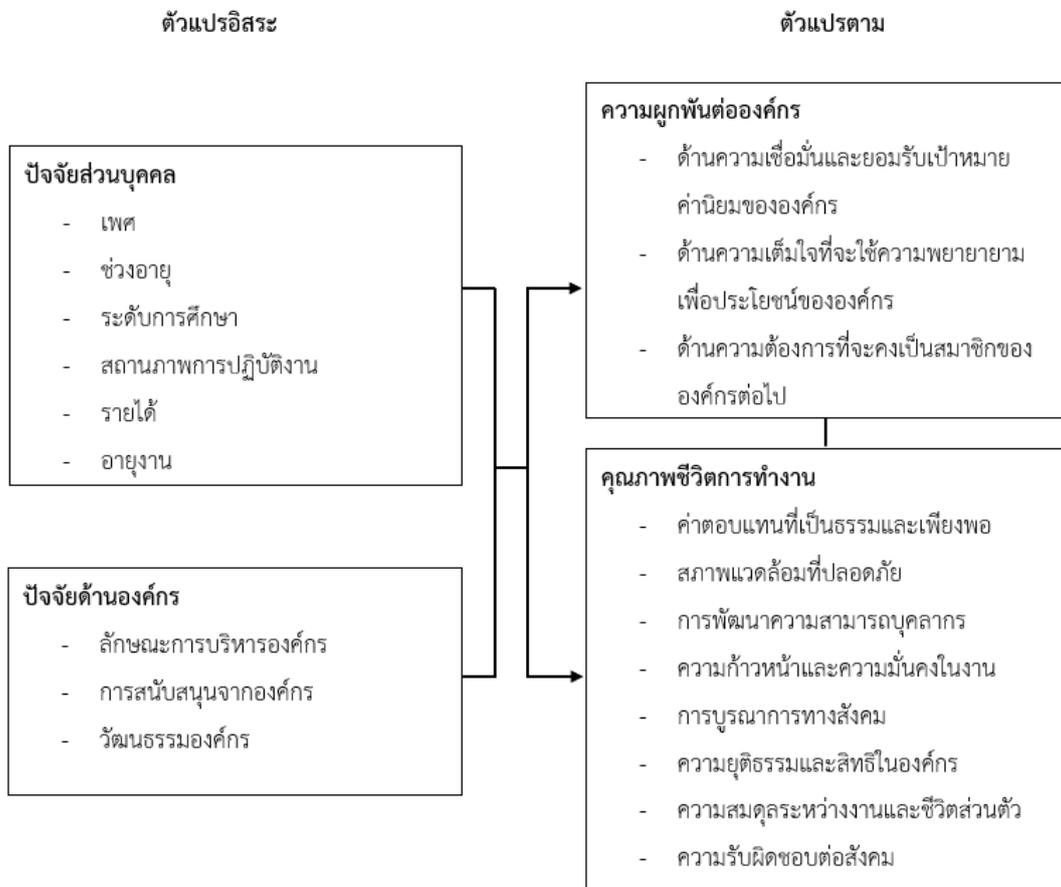
2. เพื่อเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งแต่ละเจเนอเรชัน

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งแต่ละเจเนอเรชัน

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยกำหนดให้ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการปฏิบัติงาน รายได้ และอายุงาน) และ ปัจจัยด้านองค์กร (ลักษณะการบริหาร การสนับสนุนจากองค์กร และ วัฒนธรรมองค์กร) เป็นตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ ความผูกพันต่อองค์กร และ คุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งเป็นตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive comparative study) เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่ มิถุนายน - กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพะเยา จำนวน 128 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 112 คน ที่มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบค่าประชากร (Phoschanasombat, 2016) ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยให้ทุกหน่วยในประชากรมีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกเลือก จากการรวบรวมรายชื่อทั้งหมดของบุคลากร แล้วใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มให้ได้กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. เกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา ไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่อยู่ในตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และ 2. เกณฑ์การคัดออก คือบุคลากรที่มีตำแหน่งโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา แต่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนี้ หรือบุคลากรที่อยู่ในช่วงลายาว เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 70 ข้อ รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานกลุ่มงานที่สังกัด รายได้ต่อเดือน อายุงาน และเหตุผลที่เลือกมาทำงานที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงาน ประยุกต์คำถามให้เข้ากับบริบทโดยนำแนวคำถามจากแนวคิดของของ Richard E Walton (Walton, 1973) เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 32 ข้อ เลือกตอบ

ด้วยการให้คะแนน (Rating scale) 5 ระดับ โดย 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือ เห็นด้วยมาก 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง 2 คือ เห็นด้วยน้อย 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2-3 สามารถนำมาคำนวณความกว้างของช่วงคะแนนในการแปลผลได้ (ข้อคำถามเชิงลบจะมีการปรับคะแนนก่อนการคำนวณ) ดังนี้ ความกว้างของช่วงคะแนนในการแปลผล = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$ = $\frac{5-1}{3} = 1.33$

จากนั้นจึงนำมากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยในการแปลผลและระดับการแปลผล 5 ระดับ ได้แก่

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 แปลความว่า มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 แปลความว่า มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลความว่า มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กร ประยุกต์คำถามจากแนวคิดของ Richard M. Steers (Steers, 1977) เป็นลักษณะคำถามปลายปิด มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ เลือกตอบด้วยการให้คะแนน (Rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือ เห็นด้วยมาก 3 คือ เห็นด้วยปานกลาง 2 คือ เห็นด้วยน้อย 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยข้อคำถามเชิงลบมีคะแนนตรงข้ามกัน โดยส่วนที่ 2 และ 3 แปลผลดังนี้

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยทดสอบแบบสอบถามกับบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนอีกแห่ง ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำค่าคะแนนมาหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่าในแต่ละด้านมีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ ปัจจัยด้านองค์กร เท่ากับ 0.89 คุณภาพชีวิตการ

ทำงาน เท่ากับ 0.94 และด้านความผูกพันต่อองค์กร เท่ากับ 0.82 ซึ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ควรมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 จึงจะพิจารณาว่า เครื่องมือมีความเที่ยงที่ยอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารการรับรอง จริยธรรมการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี เพื่อ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

2. ผู้วิจัยขออนุมัติเอกสารการเก็บข้อมูล จาก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ อธิบายคำชี้แจงที่สำคัญในการตอบ แบบสอบถามและขอความร่วมมือในการตอบอย่างตั้งใจ และตรงกับความเป็นจริง ให้ระยะเวลากลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาในการตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองในเอกสาร หากมีข้อสงสัยสามารถ ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความ ครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำมากำหนดรหัสคำตอบเพื่อ วิเคราะห์และประมวลผล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2568 ถึง 15 มิถุนายน 2569 ตามเอกสารการรับรอง หมายเลข 018.68 ผู้วิจัยปฏิบัติตามกระบวนการพิทักษ์ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายตามข้อกำหนดของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและ ค่าสูงสุด เพื่อพรรณนาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันองค์กร

2. สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น พหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพ ชีวิตการทำงานของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชัน โดยได้ ตรวจสอบ ปัญหาความสัมพันธ์เชิงซ้อนระหว่างตัวแปร อิสระ (Multicollinearity) ในแบบจำลองการถดถอยเชิง เส้นพหุคูณ ด้วยการรายงานค่าความแปรปรวนร่วม (Variance Inflation Factor; VIF) และค่าความทนทาน (Tolerance) เพื่อยืนยันว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ กัน สำหรับตัวแปรที่อยู่ในระดับ มาตราเรียงอันดับ (Ordinal Scale) และ มาตรานามบัญญัติ (Nominal Scale) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้ารหัสข้อมูลด้วยวิธี ตัวแปร หุ่น (Dummy Coding) ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อ องค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ใช้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 และรายงานช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. บุคลากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.9 กลุ่มอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเจเนอเรชันวาย (พ.ศ. 2521–2540) ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือเจเนอเรชันเอ็กซ์ (พ.ศ. 2504– 2520) ร้อยละ 28.6 และเจเนอเรชันซี (พ.ศ. 2541–2553) ร้อยละ 8.9 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า ร้อยละ 56.3 สถานภาพการทำงานเป็น ข้าราชการ ร้อยละ 57.1 และตำแหน่งในสายงานวิชาการ ร้อยละ 49.1 สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 35.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 10,001– 20,000 บาท ร้อยละ 32.1 ขณะที่อายุงานส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง 1–5 ปี ร้อยละ 26.8 โดยมีอายุงานเฉลี่ย 12.78 ปี สำหรับเหตุผลหลักในการเลือกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่ระบุว่า “ใกล้บ้านหรือภูมิสำเนา” ร้อยละ 84.8 ดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยด้านองค์กร กลุ่มตัวอย่างมีระดับความ คิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านองค์การภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean=3.82±0.49) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตาม ช่วงอายุ พบว่า บุคลากรเจเนอเรชันซีมีค่าเฉลี่ยความ คิดเห็นสูงที่สุด (Mean=4.14±0.15) รองลงมาคือบุคลากร เจเนอเรชันวาย (Mean=3.84±0.06) และเจเนอเรชันเอ็กซ์ (Mean=3.69±0.07) ดังตารางที่ 2

3. ความผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก (Mean=3.90±0.44) เมื่อพิจารณารายเจเนอเรชัน พบว่า เจเนอเรชันซีมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรสูงที่สุด (Mean=4.10±0.42) รองลงมาคือเจเนอเรชันวาย (Mean=3.90±0.48) และเจเนอเรชันเอ็กซ์ (Mean=3.84±0.36) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก ได้แก่ ด้านความเชื่อมั่นและยอมรับในเป้าหมาย ค่านิยมขององค์กร และด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามเพื่อประโยชน์ขององค์กร ส่วนด้านความต้องการที่จะคงเป็นสมาชิกขององค์กรต่อไป มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

4. คุณภาพชีวิตการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.84±0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายเจเนอเรชัน พบว่า เจเนอเรชันซีมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานสูงที่สุด (Mean=4.26±0.39) รองลงมาคือเจเนอเรชันวาย (Mean=3.88±0.50) และเจเนอเรชันเอ็กซ์ (Mean=3.62±0.39) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความรับผิดชอบต่อสังคม ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

5. ผลการเปรียบเทียบความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชัน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า เจเนอเรชัน ทั้งกลุ่ม เจเนอเรชันวาย (p-value = 0.74) และเจเนอเรชันซี (p-value = 0.88) มีความแตกต่างของความผูกพันต่อองค์กรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง โดยเจเนอเรชันวายมีคะแนนความผูกพันต่อองค์กรมากกว่ากลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ เท่ากับ 1.38 คะแนน (95% CI -2.55 - 3.56) ส่วนเจเนอเรชันซีมีคะแนนความผูกพันต่อองค์กรมากกว่ากลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ เท่ากับ 2.15 คะแนน (95% CI -4.82 - 5.59) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านองค์กร มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (b = 0.52, p-value < 0.001) ซึ่งหมายความว่า เมื่อคะแนนด้านปัจจัยองค์กรเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนความผูกพันต่อองค์กรจะเพิ่มขึ้น 0.52 คะแนน ขณะที่ตัวแปรอื่นๆไม่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา ดังตารางที่ 3

6. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชัน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า บุคลากรเจเนอเรชันวาย (p-value = 0.01) และบุคลากรเจเนอเรชันซี (p-value = 0.005) มีคุณภาพชีวิตการทำงานสูงกว่า เจเนอเรชันเอ็กซ์ ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยบุคลากรเจเนอเรชันวายมีคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่าเจเนอเรชันเอ็กซ์ เท่ากับ 4.53 คะแนน (95% CI 0.97 ถึง 8.09) ส่วนเจเนอเรชันซีมีคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่ากลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ เท่ากับ 8.68 คะแนน (95% CI 2.70 ถึง 14.65) สำหรับตัวแปรปัจจัยด้านองค์กร พบว่ามีผลกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (b = 1.51, p-value < 0.001) ซึ่งหมายความว่า เมื่อคะแนนปัจจัยด้านองค์กรเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานเพิ่มขึ้น 1.51 คะแนน ส่วนตัวแปรรายได้ พบว่ามีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (b = -4.66, p-value < 0.001) ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่ามีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานต่ำกว่า ขณะที่ตัวแปรอื่นๆไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ดังตารางที่ 4

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กร กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.61, 95% CI = 0.48-0.71, p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่า เมื่อระดับความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=112)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	76	67.9
ชาย	36	32.1
ช่วงอายุ		
เจเนอเรชันเอ็กซ์ (เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2504-2520)	32	28.6

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เจนเนอร์ชัณวาย (เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2521-2540)	70	62.5
เจนเนอร์ชันซี (เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2541-2553)	10	8.9
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่า มัธยมศึกษาปีที่ 6	3	2.7
ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6	18	16.1
ปวช. หรือเทียบเท่า	4	3.5
ปวส. หรือเทียบเท่า	20	17.9
ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	63	56.3
ระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า	4	3.5
สถานภาพปฏิบัติงาน		
ข้าราชการ	64	57.1
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	28	25.0
ลูกจ้าง	19	17.0
พนักงานราชการ	1	0.9
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	17	15.2
10,001-20,000 บาท	36	32.1
20,001-30,000 บาท	22	19.6
30,001-40,000 บาท	11	9.9
40,001-50,000 บาท	10	8.9
มากกว่า 50,001 บาท	16	14.3
อายุงาน		
1-5 ปี	30	26.8
6-10 ปี	25	22.3
11-15 ปี	15	13.4
16-20 ปี	20	17.9
20 ปีขึ้นไป	22	19.6

\bar{X} = 12.78 ปี, SD = 8.67, Median = 11 ปี, Min = 1 ปี, Max = 31 ปี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของบุคลากรแต่ละเจนเนอร์ชันเกี่ยวกับปัจจัยด้านองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน

ตัวแปร	เจนเนอร์ชันเอ็กซ์ (n=32)			เจนเนอร์ชันวาย (n=70)			เจนเนอร์ชันซี (n=10)			กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=112)		
	\bar{X}	S.D.	ผล	\bar{X}	S.D.	ผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	ผล
ปัจจัยด้านองค์กร	3.69	0.07	มาก	3.84	0.06	มาก	4.14	0.15	มาก	3.82	0.49	มาก
ความผูกพันต่อองค์กร	3.84	0.36	มาก	3.90	0.48	มาก	4.10	0.42	มาก	3.90	0.44	มาก
คุณภาพชีวิตการทำงาน	3.62	0.39	ปานกลาง	3.88	0.50	มาก	4.26	0.39	มาก	3.84	0.49	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (n=112)

ปัจจัย	b	SE	B	95%CI	t	p-value
ค่าคงที่	37.28	5.02		27.32, 47.25	7.41	<0.001
เจนเนอร์ชั้นนาย	1.38	1.64	0.09	-1.86, 4.64	0.84	0.399
เจนเนอร์ชั้นซี	2.15	2.77	0.08	-3.35, 7.66	0.77	0.439
เพศชาย	-1.03	1.35	-0.65	-373, 1.66	-0.76	0.448
ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี	2.58	1.79	0.17	-0.97, 6.13	1.43	0.153
สถานภาพการปฏิบัติงาน	0.59	1.85	0.04	-3.08, 4.27	0.32	0.749
รายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท	-2.59	1.63	-0.16	-5.84, 0.65	-1.58	0.116
อายุงาน	-0.42	1.51	-0.29	-3.43, 2.58	-0.28	0.780
ปัจจัยด้านองค์กร	0.52	0.95	0.49	0.34, 0.71	5.56	<0.001

$R^2=0.304$, adjust $R^2=0.250$, $F=5.62$, $p\text{-value}<0.05$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ระหว่างปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (n=112)

ปัจจัย	b	SE	B	95%CI	t	p-value
ค่าคงที่	23.95	6.03		11.99, 35.92	3.97	<0.001
เจนเนอร์ชั้นนาย	4.53	1.79	0.16	0.97, 8.09	2.52	0.013
เจนเนอร์ชั้นซี	8.68	3.01	0.18	2.70, 14.65	2.88	0.005
เพศชาย	-1.44	1.64	-0.49	-4.69, 1.81	-0.87	0.383
ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี	0.54	2.17	0.19	-3.76, 4.85	0.25	0.802
สถานภาพการปฏิบัติงาน	1.89	2.23	0.06	-2.54, 6.33	0.84	0.398
รายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท	-4.66	1.95	-0.16	-8.53, -0.80	-2.39	0.018
ปัจจัยด้านองค์กร	1.51	0.11	0.76	1.29, 1.74	13.30	<0.001

$R^2=0.695$, adjust $R^2=0.675$, $F=33.90$, $p\text{-value}<0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความผูกพันต่อองค์กร ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาตามเจนเนอร์ชั้น พบว่า เจนเนอร์ชั้นซีมีค่าเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรสูงสุด รองลงมาคือเจนเนอร์ชั้นนาย และเจนเนอร์ชั้นเอ็กซ์ ตามลำดับ ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะประชากรศาสตร์และบริบทองค์กรที่เอื้อ เช่น บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงวัยทำงานที่มั่นคง โดยเฉพาะเจนเนอร์ชั้นนายที่เป็นกลุ่มหลักขององค์กร มีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมองค์กร อีกทั้งสัดส่วนบุคลากรจำนวนมากมีภูมิลำเนาในพื้นที่เดียวกัน ทำให้มีค่านิยมและทัศนคติสอดคล้องกัน อีกทั้งโรงพยาบาลยังมีขนาดเล็ก โครงสร้างไม่ซับซ้อน บรรยากาศการทำงานใกล้ชิด ส่งผลให้ทุกเจนเนอร์ชั้นปรับตัวได้ง่ายและเกิดความผูกพันในระดับสูง ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Phantira (2020) ที่พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการในกรมสรรพสามิตสังกัดส่วนกลางในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ Khantakit (2021) พบว่า ระดับความผูกพันต่อองค์กรโดยภาพรวมของบุคลากรสำนักงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน

บุคลากรแต่ละเจนเนอร์ชั้นมีความผูกพันต่อโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความแตกต่างของเจนเนอร์ชั้นไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความผูกพันต่อโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา ที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อนร่วมกับวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อเพื่อต่อกันและรูปแบบการทำงานที่ส่งเสริมความรู้สึกร่วมกันและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในบุคลากรทุกเจนเนอร์

ชั้น ทำให้บุคลากรในทุกเจเนอเรชันรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองในองค์กรและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายร่วมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phantira (2020) ที่พบว่าระดับความผูกพันต่อองค์กรของเจเนอเรชันเอ็กซ์และเจเนอเรชันวายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Buasuk (2017) ซึ่งพบว่าความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรเจเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจเนอเรชันเอ็กซ์ และเจเนอเรชันวายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khantakit (2021) ที่พบว่าบุคลากรสำนักงานคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งสามเจเนอเรชันมีระดับความผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผลการศึกษาของ Ploybusara and Sirapatsorn (2015) และ Manakit (2011) ก็ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของระดับความผูกพันต่อองค์กรในแต่ละช่วงวัยอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ความไม่สอดคล้องกันระหว่างผลการศึกษานี้กับงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเกิดจากความแตกต่างด้านบริบทขององค์กร เช่น ขนาดองค์กร โครงสร้างการบริหาร วัฒนธรรมองค์กร และภูมิหลังของบุคลากร ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของบุคลากรในแต่ละรุ่น

2.คุณภาพชีวิตการทำงาน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา มีความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามเจเนอเรชันพบว่า กลุ่มเจเนอเรชันซีมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุด รองลงมาคือเจเนอเรชันวาย และเจเนอเรชันเอ็กซ์ ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khandahat et al. (2025) ซึ่งพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengsaeng (2016) ซึ่งพบว่าระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าบริบทของแต่ละองค์กร อาจมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละการศึกษา ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนว่า บุคลากรรุ่นใหม่มีการรับรู้เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานโดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับ ความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน ความยุติธรรมในองค์กร และโอกาสในการ

พัฒนาตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากองค์กรมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรรุ่นใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยโครงสร้างเพียงอย่างเดียว

บุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา แต่ละเจเนอเรชันมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกัน ผลการศึกษาอาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดรุ่นอายุ ของ Mannheim (1952) ซึ่งเสนอว่า บุคคลที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกันมักมีประสบการณ์ทางสังคมหรือวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลต่อการหล่อหลอมค่านิยม ทศนคติ และความคาดหวังต่อชีวิตและการทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละรุ่น เช่น บุคลากรรุ่นใหม่อย่างเจเนอเรชันวายและเจเนอเรชันซี มักให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน และบรรยากาศการทำงานที่เปิดกว้าง ซึ่งลักษณะเหล่านี้มักได้รับการตอบสนองจากองค์กรในยุคปัจจุบันมากกว่าบุคลากรรุ่นก่อน จึงอาจส่งผลให้บุคลากรรุ่นใหม่รับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานในระดับที่สูงกว่า ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า ความแตกต่างระหว่างเจเนอเรชันอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยเฉพาะเมื่ออยู่ภายใต้บริบทและนโยบายการบริหารที่สอดคล้องกับค่านิยมของแต่ละช่วงอายุ ซึ่งควรนำไปใช้ประกอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละช่วงอายุ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงเปรียบเทียบของ Ompradit and Thungmahamek (2016) ซึ่งพบว่า พนักงานราชการและลูกจ้างประจำที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันอีกด้วย

3.ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา แสดงให้เห็นว่าเมื่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรเพิ่มขึ้น ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chumpol (2020) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานส่งผลทางบวกต่อความผูกพันของพยาบาลในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Ploybusara and Sirapatsorn (2015) พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรในบุคลากร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Buaprang (2018) ที่รายงานว่าการสัมพันธ์ที่สัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับ

ความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวมอยู่ในสูง ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Greenberg (2008) ที่อธิบายว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร มีผลโดยตรงในการเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน สร้างความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ในทำนองเดียวกัน Udon et al. (2018) ระบุว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่ทำงานจะช่วยให้สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กร และส่งผลต่อความรู้สึกเป็นเจ้าของรวมถึงความภาคภูมิใจในองค์กร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรจริงในโรงพยาบาลชุมชน จึงสะท้อนบริบทขององค์กรขนาดเล็กที่แตกต่างจากโรงพยาบาลใหญ่ อีกทั้งยังมีการเปรียบเทียบระหว่างเจเนอเรชัน ทำให้เข้าใจความแตกต่างด้านความผูกพันและคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายและการบริหารทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสมอย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ ใช้การศึกษาเชิงภาคตัดขวางที่ไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้และสะท้อนเพียงข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคลากรอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามสถานการณ์ในอนาคต การตีความผลลัพธ์จึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบ และควรมีการศึกษาต่อเนื่องในอนาคตเพื่อยืนยันและขยายผลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.โรงพยาบาลจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กร แม้ผลการศึกษาในภาพรวมของความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับมาก แต่ด้านความต้องการที่จะคงอยู่ในองค์กรยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงความไม่มั่นคงในใจของบุคลากร ดังนั้น โรงพยาบาลควรจัด

กิจกรรมเพื่อสร้างความคงอยู่ของบุคลากร โดยเฉพาะการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางขององค์กร และควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

- 2.การพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน แม้คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ยังมีบางด้าน เช่น ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ที่ได้รับคะแนนในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนนโยบายค่าตอบแทนและสวัสดิการ เพื่อให้เหมาะสมกับภาระงานและค่าครองชีพ รวมทั้งควรสื่อสารให้ชัดเจนเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การปรับขึ้นค่าตอบแทนและการประเมินผลที่เป็นธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1.ควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยจัดโปรแกรมหรือนโยบายให้กับกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการดำเนินการ

- 2.การศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงาน

- 3.การศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อเป็นการทำความเข้าใจบุคลากรในมิติทางจิตใจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรแต่ละเจเนอเรชันมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Buaprang, W. (2018). *The relationship between quality of work life and organizational commitment of judicial officers in Saraburi Province* [Master's thesis, Sukhothai Thammathirat Open University] [in Thai].
- Buasuk, T. (2017). *Organizational values and organizational commitment of anesthetic nurses across generations in university hospitals* [Master's thesis, Mahidol University] [in Thai].
- Chumpol, T. (2020). *Quality of work life factors affecting employee commitment to the organization: A case study of nurses in hospitals in Bangkok and its vicinity* [Master's thesis, Mahidol University] [in Thai].
- Gallup Consulting. (2010). *State of the American workplace: Employee engagement insights for U.S. business leaders*.
- Greenberg, J., & Baron, R. A. (2008). *Behavior in organizations*. Retrieved from <https://research.ebsco.com>

- Khantakit, S. (2021). *A comparative study of organizational commitment among Baby Boomers, Generation X, and Generation Y personnel at the Faculty of Medicine, Chiang Mai University* [Master's thesis, Chiang Mai University] [in Thai].
- Khandahat, P., Yuenyong, T., Ngamsa-ard, B., Tinnanukul, N., & Phonrakiet, K. (2025). *Quality of work life of personnel at Pathum Thani Hospital* [in Thai]. *Journal of Modern Academic Promotion and Development*, 3(3), Article 3.
- Mannheim, K. (1952). *Essays on the sociology of knowledge*. Porirua Publishing.
Retrieved from <https://research.ebsco.com>
- Manakit, N. (2011). *Organizational commitment of three generations of working-age groups: A case study of primary school teachers* [Master's thesis, Kasetsart University] [in Thai].
- Ompradit, S., & Thungmahamek, P. (2016). *A comparative study of quality of work life between government employees and permanent workers of the Army Transportation Department* [in Thai]. *Academic Journal of Pacific Institute of Management Science*, 2(2), Article 2.
- Phantira, P. (2020). *A comparison of organizational commitment between Generation X and Generation Y civil servants: A case study of the central office of the Excise Department* [Master's thesis, Chulalongkorn University] [in Thai]. <https://doi.org/10.58837/CHULA.IS.2020.394>
- Ploybusara, B., & Sirapatsorn, W. (2015). *Quality of work life and maintaining organizational commitment among employees of different ages: A case study of personnel in the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Interior* [in Thai]. *Political Science Review Journal, Kasetsart University*, 2(2), Article 2.
- Phoschanasombat, S. (2016). *Factors influencing organizational commitment of personnel at the Office of Disease Prevention and Control 8, Nakhon Sawan Province* (Master's thesis, Burapha University).
- Saralee Saengsaeng. (2016). *Quality of work life and work-life balance of operational employees in Generation X and Generation Y* [Independent study, Thammasat University] [in Thai].
- Steers, R. M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), Article 1. <https://doi.org/10.2307/2391745>
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: What is it? *Sloan Management Review*, 15(1), Article 1.
- Udon, N., Chalakbang, W., Phengsawat, W., & Sathiennopakao, P. (2018). *Quality of work life of employees in public higher education institutions* [in Thai]. *Journal of Roi Et Rajabhat University*, 12(1), Article 1.

Health belief model and social support affecting the perception of alcohol control laws among entrepreneurs in Thung Khao Luang district, Roi Et province

Surasak Kanyarat¹ Nakarin Prasit² Supachai Yanarueng³ Peerayat Saengtrisu⁴ Warunyu Phordee⁵
Kamontip Suyanang⁶

1 Student, Public Health Administration Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

2 Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

3 Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

4 Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Na Yung District Public Health Office, Udon Thani Province

5 Medical Technologist, Professional Level, Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen Province

6 Public Health Technical Officer, Senior Professional Level (Dental Public Health), Lom Khom Subdistrict Health Promoting Hospital, Phon District, Khon Kaen Province

Corresponding Author: e-mail : nakapr@kku.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Kanyarat, S., Prasit, N., Yanarueng, S., Saengtrisu, P., Phordee, W., & Suyanang, K. Health Belief Model and Social Support Affecting The Perception of Alcohol Control Laws Among Entrepreneurs in Thung Khao Luang District, Roi Et Province . *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 111–123. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/284973

Received: 10 November 2025

Revised: 8 December 2025

Accepted: 12 December 2025

Abstract

This study employed a cross-sectional descriptive research designed to examine the influence of health belief patterns and social support on entrepreneurs' perceptions of the Alcohol Control Act in Thung Khao Luang District, Roi Et Province. The sample included 216 entrepreneurs who owned, or operated alcohol retail businesses. Data were collected using a structured questionnaire validated for content validity (IOC > 0.50) and high reliability (Cronbach's α = 0.969). Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple linear regression were used for data analysis. The results revealed that the overall levels of health belief, social support, and perception of alcohol control laws among entrepreneurs were high. Four factors were found to significantly predict law perception ($p < 0.05$): peer social support, community and social support, perceived barriers, and perceived susceptibility. These factors collectively explained 26.8% of the variance in law perception ($R^2 = 0.268$). The findings highlight the necessity of strengthening individual perception and awareness, in conjunction with enhancing social support, to serve as a fundamental foundation for driving consistent and continuous legal compliance. This, in turn, will lead to a sustainable reduction in alcohol consumption-related problems within the community.

Keywords: Health belief model, Social support, Law perception, Alcohol control, Entrepreneurs

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

สุรศักดิ์ กัญยรัตน์¹ นครินทร์ ประสิทธิ์^{2*} ศุภชัย ยาณะเรือง³ พิรยุทธ แสงตรีสุ⁴ วรรณัญ พอดิ⁵ กมลทิพย์ สุหญ้านาง⁶

1. นักศึกษาหลักสูตรการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
4. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี
5. นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
6. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลอมคอม อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ อีเมลติดต่อ nakapr@kku.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 10 พฤศจิกายน 2568
วันแก้ไข 2 ธันวาคม 2568
วันตอบรับ 12 ธันวาคม 2568

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ประกอบการร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 216 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.50) และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.969 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการอยู่ในระดับมาก โดยมีตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การรับรู้กฎหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ ด้านชุมชนและสังคม การรับรู้ด้านอุปสรรค และการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้กฎหมายได้ร้อยละ 26.8 ($R^2 = 0.268$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้าง การรับรู้และความตระหนักรู้ในระดับบุคคล ให้เข้มแข็งควบคู่ไปกับการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นรากฐานสำคัญในการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้กฎหมาย, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ผู้ประกอบการ

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อครอบคลุมหลายประเด็น ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอุบัติเหตุทางถนนและความรุนแรงในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจที่สร้างความสูญเสียมูลค่ากว่า 2.7 แสนล้านบาท ต่อปี และด้านสังคมที่นำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมและความยากจน โดยในปี 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติเปิดเผยผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีประชากรจำนวน 16.0 ล้านคนที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ดื่มเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง 7.0 ล้านคน และกลุ่มที่ดื่มเป็นครั้งคราว 9.0 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการเป็นประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เกิดประสิทธิผล โดยการรับรู้กฎหมาย หมายถึงกระบวนการที่บุคคลได้รับรู้ทำความเข้าใจ และแปลความหมายของข้อกำหนดทางกฎหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้อง (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2565) สำหรับผู้ประกอบการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำเป็นต้องมีความเข้าใจในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนเพราะการตระหนักรู้ในกฎหมายเหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างถูกต้องและส่งผลให้สามารถลดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราต่อสังคมโดยรวมได้ (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2565) การขาดการรับรู้หรือความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการอาจส่งผลกระทบต่อสังคมในหลายด้าน เช่น การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน การเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับและปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งองค์ประกอบของการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ ประกอบด้วย 1) การรับรู้

มาตรการควบคุมฉลากและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การรับรู้มาตรการควบคุมวันและเวลาจำหน่าย 4) การรับรู้มาตรการควบคุมการขายให้กับบุคคล 5) การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การรับรู้มาตรการควบคุม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย เมื่อเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ในมิติของผู้ประกอบการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความเสี่ยงทางกฎหมายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเสี่ยงทางสังคมและธุรกิจด้วย เช่น โอกาสที่จะถูกตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ ความเสี่ยงต่อการสูญเสียใบอนุญาต ความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจากชุมชนหรือความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุ ต่ำกว่าเกณฑ์ การรับรู้เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อตัดสินใจในการปฏิบัติตามกฎหมาย ความรุนแรงของผลกระทบมีหลายระดับ ตั้งแต่ผลกระทบทางการเงิน เช่น ค่าปรับ การถูกสั่งปิดกิจการชั่วคราวไปจนถึงผลกระทบระยะยาว เช่น การถูกเพิกถอนใบอนุญาตการสูญเสียความน่าเชื่อถือในชุมชน หรือการถูกดำเนินคดีอาญา ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ด้านความรุนแรง 3) การรับรู้ด้านประโยชน์ 4) การรับรู้ด้านอุปสรรค และ 5) การรับรู้ด้านความสามารถของตนเอง (Becker, 1974)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้และการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการ (House, 1981) แรงสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และ

ข้อมูลย้อนกลับ (Cobb, 1976) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสารและความรับผิดชอบร่วมกัน ในบริบทของการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรม การปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการ โดยเฉพาะเมื่อต้องปรับตัวให้เข้ากับข้อกำหนดทางกฎหมายใหม่ๆ (Cohen & Wills, 1985) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความท้าทายต่างๆ โดยผู้ประกอบการที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะรับรู้ และปฏิบัติตามกฎหมายได้ดีกว่า เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และกำลังใจในการปรับตัว นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ และปฏิบัติตามกฎหมาย โดยผ่านกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านปฏิบัติการ 4) ด้านเพื่อนร่วมอาชีพ 5) ด้านชุมชนและสังคม 6) ด้านหน่วยงานรัฐ และ 7) ด้านสื่อ (House, 1981)

อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีความน่าสนใจในการศึกษาการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ของผู้ประกอบการเนื่องจากวัฒนธรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่มีความผูกพันกับวิถีชีวิตและการ สันติสุขในชุมชน รวมถึงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจการค้าในพื้นที่มากขึ้นโดยมีร้านค้าและธุรกิจขนาด เล็กกระจายอยู่ตามชุมชนต่างๆ ทั้งร้านค้าปลีก ร้านอาหาร และร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานประกอบการ

เหล่านี้ เป็นแหล่งจ้างงานและสร้างรายได้ให้กับคนในท้องถิ่นซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ ของประชาชนในพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลการคัดกรอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่เข้าถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้นและเริ่ม ดื่มเร็วขึ้น สถานการณ์นี้จึงจำเป็นต้องเร่งพัฒนาการรับรู้และบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการที่เป็นจุดจำหน่ายหลัก ดังนั้น การศึกษาการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการในพื้นที่จึงมีความสำคัญเนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน จึงถือเป็นช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญที่ควรได้รับการศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรการและแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายที่มีประสิทธิภาพและช่วยลดปัญหาการดื่มสุราในพื้นที่ซึ่งกำลังทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

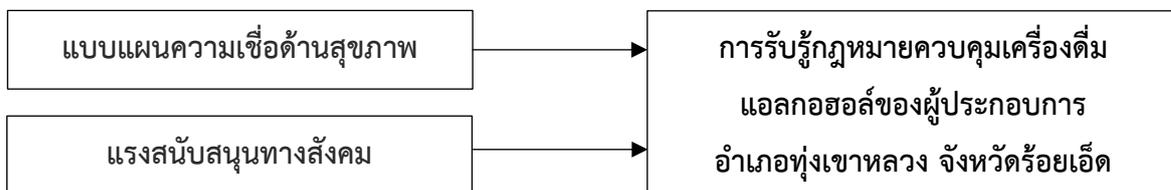
1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วได้นำแนวคิดและทฤษฎีมา ประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นตัวแปรควบคุมโดยมีตัวแปรต้น ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพของ (Becker, 1974) และแรงสนับสนุนทางสังคมประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ House (House, 1981) ส่วนตัวแปรตาม คือ การรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ

ประยุกต์ใช้แนวคิดขอพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551)



วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ คือ ตัวแทนผู้ประกอบการต่อร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนึ่งร้าน ตามใบอนุญาตในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจการที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 216 ร้าน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด, 2568) มีเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ประกอบกิจการร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เป็นผู้แทนผู้ประกอบการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกิจการที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 คน ต่อตัวแทนร้าน 1 ร้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะในการตัดสินใจ
- 2) ผู้แทนผู้ประกอบการร้านค้าที่ไม่ประสงค์ในการเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

โดยในการศึกษาครั้งนี้การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับภาวะที่ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression

Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (Cohen, 1988) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A.B})}{R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.A.}} + W$$

ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาของโชติระวี อินจำปา และบุญยดา วงศ์พิมล (โชติระวี อินจำปา และบุญยดา วงศ์พิมล, 2563) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน รวมถึงหน่วยในการวิเคราะห์ที่ใกล้เคียงกันกับการวิจัยในครั้งนี้ จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 211 คน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนประชากรทั้งหมด 216 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมานเพื่ออ้างอิงไปยังประชากรเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับตัวแปรตามในกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) โรคประจำตัว 6) รายได้ 7) ระยะเวลาที่เปิดธุรกิจ 8) การอบรมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุม

เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 9) ประวัติตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Becker (Becker, 1974) จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ด้านความรุนแรง 3) การรับรู้ด้านประโยชน์ 4) การรับรู้ด้านอุปสรรค 5) การรับรู้ด้านความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ House (House, 1981) จำนวน 35 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูล 3) ด้านปฏิบัติการ 4) ด้านเพื่อนร่วมอาชีพ 5) ด้านชุมชนและสังคม 6) ด้านหน่วยงานรัฐ และ 7) ด้านสื่อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551(พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์, 2551) ได้แก่ 1) การรับรู้มาตรการควบคุมผลกและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ 2) การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่จำหน่ายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ 3) การรับรู้มาตรการควบคุมวันและเวลาจัดจำหน่าย 4) การรับรู้มาตรการควบคุมการขายให้กับบุคคล 5) การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่บริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ 6) การรับรู้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ของ (Likert, 1967) การแปลผลคะแนนระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4.50 - 5.00 คะแนน ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 3.50 - 4.49 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2.50 - 3.49 คะแนน ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.50 - 2.49 คะแนน ระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.00 - 1.49 คะแนน (สำเร็จ จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) 21 มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้ คือ ไม่มีความสัมพันธ์ ($r = 0$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70) ความสัมพันธ์สูง ($r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99) และความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ ($r = \pm 1$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยข้อคำถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ด้านแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.823 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.958 และด้านการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.933 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งหมด มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.969

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย ในการเก็บข้อมูลของผู้ประกอบการร้านจำหน่ายเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ดและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอเก็บข้อมูลตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม 2568 ถึง 8 พฤศจิกายน 2568

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2568 เลขที่ HE682138 ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับปกปิดรายชื่อและข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษา โดยนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่ได้ระบุตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้องค์ประกอบคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการ

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี (S.D.= 9.16 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 มีผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวมากที่สุด จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,590 บาท (S.D.= 7,348 บาท) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท มีระยะเวลาที่เปิดธุรกิจอยู่ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 เฉลี่ย 9.74 ปี (S.D.= 6.20) มีค่ามัธยฐาน 10 ปี จำนวนปีที่เปิดกิจการต่ำสุด 1 ปี จำนวน ปีที่เปิดกิจการสูงสุด 30 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกรอบรมเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ประกอบการ

เมื่อพิจารณาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D.=0.18) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ด้านความสามารถของตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.= 0.32) รองลงมาคือ การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.= 0.27) การรับรู้ด้านความรุนแรง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.= 0.27) การรับรู้ด้านอุปสรรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.= 0.30) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ด้าน

ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.= 0.31)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ประกอบการ

เมื่อพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมรวมพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.22) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.= 0.30) รองลงมาคือ ด้านสื่อ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.= 0.33) ด้านปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.= 0.35) ด้านชุมชนและสังคม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.= 0.33) ด้านเพื่อนร่วมอาชีพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.= 0.29) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านหน่วยงานรัฐ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.= 0.32) รองลงมาคือ ด้านข้อมูล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.= 0.37)

ระดับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.= 0.17) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้มาตรการควบคุมวันและเวลาจัดจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.32) รองลงมาคือ การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.33) การรับรู้มาตรการควบคุมสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.30) การรับรู้มาตรการควบคุมฉลากและบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=0.30) การรับรู้มาตรการควบคุมการขายให้กับบุคคล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.=0.27) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.36)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการรับรู้กฎหมายควบคุม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อย่างมีนัยสำคัญ value <0.001) และรายละเอียดองค์ประกอบตัวแปร ดัง
ทางสถิติ ($r = 0.397$, p -value <0.001; $r = 0.358$, p - ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด (n=216)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.397	< 0.001	ปานกลาง
1. การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง	0.274	< 0.001	ต่ำ
2. การรับรู้ด้านความรุนแรง	0.234	< 0.001	ต่ำ
3. การรับรู้ด้านประโยชน์	0.177	0.009	ต่ำ
4. การรับรู้ด้านอุปสรรค	0.282	< 0.001	ต่ำ
5. การรับรู้ด้านความสามารถของตนเอง	0.283	< 0.001	ต่ำ
ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคม	0.358	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านอารมณ์	0.176	0.008	ต่ำ
2. ด้านข้อมูล	0.163	0.016	ต่ำ
3. ด้านปฏิบัติการ	0.261	< 0.001	ต่ำ
4. ด้านเพื่อนร่วมอาชีพ	0.391	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านชุมชนและสังคม	0.309	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านหน่วยงานรัฐ	0.237	< 0.001	ต่ำ
7. ด้านสื่อ	0.180	0.007	ต่ำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบข้อมูลการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบ็องตันโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบข้อมูลเชิงอัตรันยมีการแจกแจงโค้งปกติ (p -value = 0.200) พบการกระจายตัวของข้อมูลมากกว่า

0.05 ตามที่กำหนดไว้ และการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ ตัวแปรไม่มีปัญหาความสัมพันธ์อัตโนมัติ จากการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกันทดสอบโดยค่า Durbin Watson เท่ากับ 2.117 ซึ่งอยู่ระหว่างค่ามาตรฐาน โดยตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ด้านอุปสรรค แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการอำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด (n=216)

Factor	B	95%CI		SE	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		lower	Upper								
1.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ	0.163	0.084	0.242	0.040	0.277	4.064	<0.001	0.403	0.162	0.158	0.162
2.แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ด้านอุปสรรค	0.116	0.048	0.184	0.034	0.204	3.364	0.001	0.473	0.223	0.216	0.061
3.แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง	0.112	0.035	0.190	0.039	0.176	2.866	0.005	0.498	0.248	0.237	0.024
4.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านชุมชนและสังคม	0.085	0.015	0.155	0.036	0.161	2.395	0.017	0.517	0.268	0.254	0.020
Constant 2.051, F=19.629, p-value<0.001, R=0.517, R ² =0.268, R ² adj=0.254											

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาครัฐได้มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายอย่างกว้างขวางและมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดขึ้น ทำให้ผู้ประกอบการจำนวนมากตระหนักรู้ข้อกำหนดและปฏิบัติตามมากขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านทุกช่องทางควบคู่กับบทลงโทษที่รุนแรง (ปรับสูงและจำคุก) ส่งผลให้ร้านค้าส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนเนื่องจากเกรงกลัวบทลงโทษ (Bamrung Srinuanpan, 2019) อย่างไรก็ตาม การที่ระดับการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ไม่สูงมาก) อาจเกิดจากข้อจำกัดบางประการในการบังคับใช้กฎหมายที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งทำให้การปฏิบัติตามกฎหมายไม่ทั่วถึงเต็มที่ (Maneenin et.al., 2025) นอกจากนี้ความซับซ้อนของกฎหมายบางข้อและความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบย่อยในกฎหมายฉบับใหม่ ส่งผลให้ผู้ประกอบการหลายราย “รู้สึกติดขัด” และไม่มั่นใจว่าจะ

ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง (Prasit, N et.al., 2024) ผู้ประกอบการบางส่วนอาจพยายามหลีกเลี่ยงข้อห้ามของกฎหมาย เช่น การใช้โลโก้หรือตราสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปรากฏในสินค้าอื่นเพื่อเลี่ยงกฎการห้ามโฆษณา (พงค์ศักดิ์ เจ๊ะพงศ์ และคณะ, 2566) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้ระดับการรับรู้กฎหมายของผู้ประกอบการอยู่ในระดับปานกลางตามที่ผลการศึกษาค้นคว้าให้เห็น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในมิติการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้อันตราย พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงนัยสำคัญกับการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการ เหตุผลสำคัญมาจากกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ซึ่งอธิบายว่าการตัดสินใจปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัตินั้นๆ รวมถึงการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง หากผู้ประกอบการรู้สึกว่าการปฏิบัติตามกฎหมายมีอุปสรรคมาก (เช่น ต้นทุนสูง หรือยุ่งยากต่อธุรกิจ) ย่อมมีแนวโน้ม

ที่จะล้มเหลวหรือไม่อยากปฏิบัติตาม ส่งผลให้ทัศนคติต่อกฎหมายไม่ดีนัก งานวิจัยจำนวนมากสอดคล้องกับประเด็นนี้ โดยชี้ว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคหรือกฎหมาย กล่าวคือ ยิ่งมองว่ามีอุปสรรคมาก การปฏิบัติตามก็ยิ่งลดลง (Boulos et.al., 2023) ในทางกลับกัน ผู้ประกอบการที่ตระหนักถึง “โอกาสเสี่ยง” หรือความเสี่ยงที่ตนเองหรือสังคมจะได้รับผลกระทบจากปัญหาแอลกอฮอล์ (เช่น ความเสี่ยงที่จะถูกลงโทษตามกฎหมายหรือความเสี่ยงที่ชุมชนจะเกิดอันตรายจากการบริโภคแอลกอฮอล์) มักจะให้คุณค่ากับกฎหมายมากขึ้น และเต็มใจปฏิบัติตามกฎหมายอย่างจริงจัง ผลการวิจัยเชิงปริมาณยืนยันว่าเมื่อคนเรามีการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์สูง จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคสูงกลับลดทอนพฤติกรรมป้องกันลงอย่างมีนัยสำคัญ (Carpenter, 2010) ดังนั้น ในบริบทของการศึกษานี้ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งสองมิติส่งผลให้ผู้ประกอบการที่รู้สึกเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์และไม่เห็นอุปสรรคมากนัก จะมีทัศนคติเชิงบวกและการรับรู้ที่ดีต่อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดยิ่งขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมอาชีพและจากชุมชนสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้กฎหมายของผู้ประกอบการอย่างมีนัยสำคัญ เพราะการสนับสนุนและบรรทัดฐานทางสังคมสามารถกำหนดพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลได้อย่างมาก หากผู้ประกอบการอยู่ในเครือข่ายเพื่อนร่วมอาชีพที่ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการปฏิบัติตามกฎหมาย (เช่น มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร แนะนำวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือกดดันทางบวกให้ปฏิบัติตามกฎ) ผู้ประกอบการคนนั้นก็จะมีทัศนคติที่มั่นใจและมีแนวโน้มปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้น งานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามข้อแนะนำทางการแพทย์และพฤติกรรมป้องกันต่างๆ (Belgrave et.al., 1994) กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมักมีอัตราการปฏิบัติตามที่สูงขึ้น ในทำนองเดียวกัน แรงสนับสนุนจากชุมชนและสังคมวงกว้าง (เช่น การที่ผู้นำชุมชนหรือประชาชนในพื้นที่ร่วมกันรณรงค์ป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์) จะสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการเคารพกฎหมายของ

ผู้ประกอบการ แนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคมที่อธิบายว่าปัจจัยด้านเพื่อนและกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล (Carpenter, 2010) ในบริบทวัฒนธรรมไทยเอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชายไทยมักถูกหล่อหลอมโดยค่านิยมกลุ่มเพื่อนและความคาดหวังทางสังคมว่าการดื่มเป็นการยืนยันความเป็นชาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของเพื่อนฝูงมีอิทธิพลอย่างมาก (Prasit, N et.al., 2023) ดังนั้นหากในกลุ่มผู้ประกอบการด้วยกันมีทัศนคติร่วมที่เห็นพ้องในการเคารพกฎหมาย (เช่น สมาคมร้านค้าหรือชมรมผู้ประกอบการที่ส่งเสริมการทำธุรกิจอย่างถูกกฎหมาย) ก็จะทำให้เกิดแรงกดดันทางบวกให้สมาชิกทุกคนปฏิบัติตามกฎระเบียบโดยไม่รู้สึกริเดดเดี่ยว นอกจากนี้การสนับสนุนจากชุมชนยังอาจมาในรูปแบบของการผลักดันเชิงนโยบาย เช่น ภาคประชาสังคมที่เรียกร้องให้รัฐเพิ่มบทลงโทษผู้ขายสุราให้เด็กเยาวชนและห้ามการใช้โลโก้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมส่งเสริมการขายต่างๆ ซึ่งเป็นมาตรการที่สังคมมองว่าจะช่วยลดปัญหาได้ เมื่อผู้ประกอบการรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนให้ความสำคัญกับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพร้อมเพรียงกันเฝ้าระวังสนับสนุนการบังคับใช้ พวกเขาจะมีทัศนคติที่ดีต่อกฎหมายและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามกฎหมายนั้นอย่างเคร่งครัดยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่และเสนอเชิงนโยบายได้หลากหลาย ในยุคปัจจุบันที่พฤติกรรมเครื่องดื่มของเยาวชนและช่องทางการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรปรับกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ดังนั้นควรมุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากแอลกอฮอล์ทั้งต่อธุรกิจและต่อสุขภาพชุมชน เพื่อเพิ่มการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหา โดยการสื่อสารควรเน้นข้อความเชิงป้องกันที่เน้นย้ำความเสี่ยงควบคู่กับแนวทางเพิ่มความเชื่อมั่นว่าผู้ประกอบการสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้จริง (self-efficacy) ซึ่งกลวิธีนี้มีส่วนช่วยจูงใจให้คนปรับพฤติกรรมตามที่แนะนำ และควรลดอุปสรรคในการปฏิบัติตามกฎหมายสำหรับผู้ประกอบการ เช่น จัดอบรมให้คำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตามกฎหมาย

ในชีวิตจริงของร้านค้า จัดทำคู่มือหรือช่องทางปรึกษา เพื่อให้ผู้ประกอบการได้รับความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหา ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้ของผู้ประกอบการลดลงและพร้อมปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้น นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ควรทำงานเชิงรุกกับเครือข่ายผู้ประกอบการและชุมชน นอกจากนี้การสนับสนุนให้เกิดชมรมหรือเครือข่ายผู้ประกอบการค้าปลีกที่ร่วมแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและตรวจสอบกันเอง จะสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเชิงบวก ช่วยให้ผู้ประกอบการมีกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันควรส่งเสริมบทบาทของชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำท้องถิ่น ในการร่วมสอดส่องดูแลการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ตนเอง และเป็นกลไกแจ้งเตือนเมื่อพบการฝ่าฝืน ซึ่งเป็นการสร้าง “แรงกดดันจากสังคม” ให้ผู้ประกอบการรักษามาตรฐานตามกฎหมายอยู่เสมอ และในส่วนด้านนโยบายสาธารณะ ควรปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทปัจจุบันอยู่เสมอ ดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ที่เพิ่งมีผลบังคับใช้ ซึ่งมีการอัปเดตมาตรการหลายด้านให้เหมาะสมกับยุคดิจิทัล เช่น ผ่อนปรนให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงห้ามการโฆษณาชักจูงใจเชิงส่งเสริมการขายอย่างเด็ดขาดเพื่อลดการจูงใจผ่านสื่อออนไลน์ การปรับแก้ดังกล่าวสะท้อนความพยายามในการควบคุมการสื่อสารการตลาดรูปแบบใหม่ๆ ที่อาจเข้าถึงเยาวชนได้ง่าย ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานพื้นที่จำเป็นต้องเร่งจัดทำระเบียบข้อย่อยหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนรองรับกฎหมายใหม่ เพื่อให้ผู้ประกอบการไม่สับสนหรือตีความคลาดเคลื่อนในการทำการตลาดและจำหน่ายสินค้า ทั้งนี้มีบทเรียนว่าการขาดกฎระเบียบที่ชัดเจนทำให้ผู้ประกอบการรู้สึกลำบากใจในการดำเนินธุรกิจภายใต้กฎหมายใหม่ เนื่องจากเกรงว่าจะทำผิดโดยไม่ตั้งใจ รวมทั้งภาครัฐควรรับฟังเสียงจากชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในการปรับปรุงมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ข้อเสนอจากภาคประชาสังคมไทยที่ได้รวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอแก้ไขกฎหมาย โดยเน้นการปิดช่องโหว่ของกฎหมายเดิม เช่น ห้ามบริษัทยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้โลโก้สินค้าไปทำกิจกรรม CSR เพื่อโฆษณาแฝง และ เพิ่มโทษแก่ร้านค้าที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเข้มงวดยิ่งขึ้น มาตรการเหล่านี้

สอดคล้องกับคำแนะนำเชิงนโยบายตามหลักฐานวิชาการที่มุ่งปกป้องเยาวชนและสังคมจากพิษภัยแอลกอฮอล์ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยกย่องว่าประเทศไทยมีระบบนโยบายแอลกอฮอล์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพติดอันดับต้นๆ ของโลก (World Health Organization, 2020) แต่ก็เตือนว่าจำเป็นต้องปรับปรุงให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การนำนัยจากงานวิจัยนี้ไปใช้ควรครอบคลุมทั้งการรณรงค์สร้างค่านิยมใหม่ในหมู่เยาวชนให้เห็นโทษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เพื่อลดแรงจูงใจจากสื่อที่มักเชิดชูการดื่มว่าเท่ การเสริมพลังให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายได้โดยง่าย และการปรับปรุงนโยบายให้ทันสมัยและบังคับใช้อย่างจริงจัง สุดท้ายแล้ว การบูรณาการความรู้จากงานวิจัยเข้ากับการดำเนินงานในพื้นที่และการกำหนดนโยบายจะช่วยให้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บรรลุเป้าหมายในการคุ้มครองสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การเสริมสร้างการรับรู้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการควรดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคมและการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการอย่างสม่ำเสมอ พร้อมส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างร้านค้า ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และสนับสนุนกันในการปฏิบัติตามกฎหมาย นอกจากนี้ควรเน้นการสื่อสารความเสี่ยงให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงผลกระทบของการละเมิดกฎหมายทั้งในมิติทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงสร้างแรงจูงใจเชิงบวก เช่น การยกย่องหรือให้รางวัลแก่ร้านค้าที่ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวัฒนธรรมการค้าขายที่รับผิดชอบและยั่งยืนในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) ควรมีการศึกษาติดตามผล (Longitudinal Study) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ประกอบการหลังการบังคับใช้กฎหมายฉบับใหม่ หรือภายหลังการดำเนินโครงการส่งเสริมความรู้ของภาครัฐ

2) การวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ หรือเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและชนบท เพื่อให้เข้าใจปัจจัยด้านบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ประกอบการได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึกมุมมอง แรงจูงใจ และอุปสรรคของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามกฎหมาย

3) การวิจัยในแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามกฎหมาย (Law Compliance) ของผู้ประกอบการโดยตรง เพื่อพิสูจน์เชิงประจักษ์ว่าระดับการรับรู้ที่สูงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากมุ่งเน้นการวัดระดับความรู้และการรับรู้ผ่านการประเมินตนเอง ซึ่งอาจเกิดความเอนเอียงและไม่สามารถยืนยันพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติจริงของผู้ประกอบการในสถานการณ์ค้าขายได้ อีก

ทั้งการนำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ประกอบการ อาจไม่ครอบคลุมแรงจูงใจที่แท้จริง เนื่องจากผู้ประกอบการมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและผลกำไร มากกว่าความตระหนักเรื่องสุขภาพ ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพอาจไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการตัดสินใจปฏิบัติตามกฎหมายเท่าที่ควร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและเอื้อเพื่อโอกาสในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอทุ่งเขาหลวง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอย่างจริงใจและเต็มใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Boulos, D. N., & Hassan, A. M. (2023). Using the Health Belief Model to assess COVID-19 perceptions and behaviours among a group of Egyptian adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(1), 1624.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661-669.
- Chotirawi Injumpha and Boonyada Wongpimon. (2022). Predictive Factors of Intention to Avoid Alcohol Drinking among University Students in Roi Et Province. *Thai Red Cross Nurses Journal*, 15(1), 64-76.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development. Retrieved on March 5, 2025, from https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=48528&deptcode=brc&news_views=220
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Jehphong P., Kaewtong S., Kongmuang P. A study of awareness of alcohol beverage business control laws: Legal measures to regulate the use of alcohol beverage trademarks with other products. *NRRU Community Research Journal*. 2023;17(2):126–138.
- Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In *Attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York.
- Maneenin, N., Jirapomkul, C., Maneenin, C., Mahato, R. K., & Laohasiriwong, W. (2025). Associations between alcohol control law enforcement and online purchasing on regular alcohol consumption among Thai men: a nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25(1), 3193.
- National Statistical Office. (2021). Health Behavior Survey 2021. Retrieved March 5, 2025, from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20230505110449_60642.pdf
- Office of the Alcohol Control Committee. (2022). Final report on the project: Public opinion survey to support alcohol control, fiscal year 2022. Retrieved March 5, 2025, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1661420250106013530.pdf>
- Prasit, N., Laohasiriwong, W. ., Nonthamat, A. ., Sresutham, P., Nidthumsakul, N. ., Nilnate, N. ., & Senahad, N. . (2024). Investigating the Challenges in Alcoholic Beverage Control and Law Enforcement: Analyzing Binge Drinking Prevalence Among the Working-Age Population in Thailand Based on 2017 National Survey. *Journal of Population and Social Studies*, 32, 481–493.
- Prasit, N., Laohasiriwong, W., Phimha, S., Bouphan, P., Senahad, N., Yotha, N., ... & Thummawongsa, P. (2023). Evaluation of binge drinking behavior among working-age populations in Thailand using GIS: A national survey in 2017. *J Public Hlth Dev*, 21(2), 140-151.
- Srinuanpan, B. (2019). Communication Efficiency of Understanding and Implementation with the Alcohol Control Act 2008 in Nakhon Si Thammarat Province, Thailand. *Asian Crime and Society Review*, 6(1), 61-71.
- World Health Organization. (2020). World-class assessment team commended Thailand’s alcohol control measures as a role model for Asia. Retrieved on November 5, 2025, from <https://www.who.int/thailand/news/detail/24-01-2020-world-class-assessment-team-commended-thailand-s-alcohol-control-measures-as-a-role-model-for-asia>

Factors Relating to Frailty among Community-Dwelling Elderly in Nam-Phrae subdistrict, Hangdong district, Chiang Mai Province

Kanuengnit Singkaewwong

Public Health Technical Officer, Professional Level, Sub-district Health Promoting Hospital, Nam-Phrae subdistrict, Hangdong district, Chiang Mai Province
corresponding author: email: kanuengnits99@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Singkaewwong, K. (2026). Factors Relating to Frailty among Community-Dwelling Elderly in Nam-Phrae subdistrict, Hangdong district, Chiang Mai Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 125–139. retrieved from https://so05.tc-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/285541

Received: 8 December 2025.

Revised: 29 December 2025.

Accepted: 30 December 2025.

Abstract

Frailty is a significant health concern among older adults, serving as a primary contributor to adverse health outcomes such as falls, increased disease burden, functional decline, permanent disability, and diminished quality of life. This study employed a cross-sectional design to investigate the prevalence and associated factors of frailty among older adults residing in Nam Phrae Subdistrict, Hang Dong District, Chiang Mai Province. A total of 349 participants were selected through simple random sampling using the official registry of older adults. Data were collected using the elderly health screening and assessment form of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Descriptive statistics were used to analyze general characteristics and frailty prevalence, while binary logistic regression was employed to identify factors associated with frailty.

The study found that 63.69% of the participants were female, with an average age of 68.37 years. The prevalence of frailty was 5.9%. Factors significantly associated with frailty included: Activities of Daily Living (ADL): Older adults who were only partially independent (able to perform some self-care) were 7.80 times more likely to experience frailty compared to those who were fully independent (95% CI = 1.207–50.132, $p = 0.031$). Nutrition Status: Older adults at risk of malnutrition were 4.20 times more likely to experience frailty compared to those with normal nutritional status (95% text CI = 1.317–13.382, $p = 0.015$).

These research findings provide empirical evidence that can be utilized to develop appropriate and effective care plans for the elderly.

Keyword: Frailty, Activities of Daily Living, Nutrition, Older adults

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

คณินนิตย์ ลิงห์แก้ววงศ์*

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

*ผู้ประพันธ์บทความ อีเมลล์ติดต่อ: kanuengnits99@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 8 ธันวาคม 2568
วันแก้ไข 29 ธันวาคม 2568
วันตอบรับ 30 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งการหกล้ม ภาวะโรค ภาวะทุพพลภาพ และพิการถาวร คุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 349 คน ใช้วิธีการกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อตามทะเบียนผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความชุกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางใช้สถิติ Binary Logistic regression

ผลการศึกษา พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.69 อายุเฉลี่ย 68.37 ปี ความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 5.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง 7.80 เท่า (95% CI = 1.207 – 50.132, p-value = 0.031) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร มีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง 4.20 เท่า (95% CI = 1.317 – 13.382, p-value = 0.015) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ภาวะโภชนาปกติ

ผลการวิจัยที่ได้จะช่วยให้ทราบข้อมูลเชิงประจักษ์สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ ภาวะเปราะบาง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากปี พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนถึง 426 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง (World Health Organization, 2022) สอดคล้องกับรายงานองค์การสหประชาชาติที่ระบุว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี จะเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2593 มากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีถึงสองเท่า (United Nations, 2022) ปรากฏการณ์นี้เกิดจากอัตราการเกิดที่ลดลงควบคู่กับอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นและอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำลง สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ 13,193,217 คน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด โดยกลุ่มอายุ 60–69 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 55.92) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70–79 ปี (ร้อยละ 29.81) และ 80–89 ปี (ร้อยละ 14.27) ภาคเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุด ร้อยละ 23.50 ถือเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ ภาวะเสื่อมถอยทางร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นพลวัตสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะเปราะบาง (Frailty) (Department of Older Persons, 2024)

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความเสื่อมของระบบสรีรวิทยาและการลดลงของปริมาณสำรองของร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการรักษาสมดุลและตอบสนองต่อความเครียดลดลง โดยพบมากในเพศหญิงและผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต (Bandein-Roche et al., 2015; Fried et al., 2001) แนวคิดของ Fried และคณะ (2001) กำหนดองค์ประกอบที่โนไทป์ 5 ประการ ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ เหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเร็วในการเดินลดลง และกิจกรรมทางกายลดลง หากพบ ≥ 3 ข้อถือว่าเข้าสู่ภาวะเปราะบาง ผลกระทบครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย เช่น การถดถอยของการทำกิจวัตรประจำวันและความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Doody et al., 2022; Wu, Lin, & Hsiung, 2015) ด้าน

จิตใจและสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้าและการลดลงของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจที่เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและอัตราการเสียชีวิต (Gomes et al., 2018)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ พบว่าความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุแตกต่างกันตามบริบทประชากรและสุขภาพ โดยในเอเชียมีอัตราสูงถึงร้อยละ 20.5 และในจีนร้อยละ 10 แต่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 ในกลุ่มอายุ ≥ 85 ปี (To et al., 2022; He et al., 2019) เพศหญิงมีความเปราะบางมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (Jenkins et al., 2023; Qin et al., 2022) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ อายุสูง โรคประจำตัวหลายโรค การใช้ยาหลายชนิด ภาวะโภชนาการผิดปกติ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม และความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chen et al., 2014; Arauna et al., 2020; Jenkins et al., 2023) ขณะเดียวกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เช่น การศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (Sousa et al., 2021; Qin et al., 2022) การทบทวนวรรณกรรมจึงเน้นความจำเป็นในการพัฒนาระบบคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อป้องกันผลลัพธ์ทางสุขภาพที่รุนแรง (Shilpa & Norman, 2022) สำหรับประเทศไทย ความชุกของภาวะเปราะบางมีความแตกต่างกันตามพื้นที่และบริบทของการอยู่อาศัย โดยในชุมชนภาคกลางและกรุงเทพฯ พบร้อยละ 32.1 (Jaidee & Sasat, 2017) ในสถานสงเคราะห์สูงถึงร้อยละ 58.7 (Netchan et al., 2019) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 22.9 (Kulprateepunya et al., 2021) และภาคเหนือร้อยละ 26.4 โดยหญิงอายุ ≥ 80 ปีมีความชุกสูงถึงร้อยละ 47.4 (Boribun et al., 2017) ปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับต่างประเทศ ได้แก่ อายุ เพศหญิง สถานภาพหม้าย การศึกษา การใช้ยาหลายชนิด โรคประจำตัว การหกล้ม การรักษาในโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้า ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และภาวะโภชนาการ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าปัจจัยประชากร สุขภาพ และเศรษฐกิจสังคมเป็นตัวกำหนดสำคัญของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุไทย ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเป็นระบบ.

จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรผู้สูงอายุ 451,671 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 ของประชากรทั้งหมด เป็นอันดับสองของประเทศไทยรองจากจังหวัดนครราชสีมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) อำเภอหางดงซึ่งอยู่ติด

กับอำเภอเมืองเชียงใหม่มีประชากร 61,502 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ 17,539 คน คิดเป็นร้อยละ 28.52 ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง พบว่า เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากร 7,657 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,771 คน (ร้อยละ 23.12) แบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 64.25% ตอนกลาง 26.14% และตอนปลาย 9.61% (Health Data Center, 2567) ส่วนปัญหาด้านสุขภาพที่คาดว่าสอดคล้องกับภาวะเปราะบาง ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 26.96 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.17 (Health Data Center, 2567) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 3.17 มีความเสี่ยงต่อการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 2.26 มีความเสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวร้อยละ 1.00 และมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 0.83 (Health Data Center, 2567) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าตำบลน้ำแพร่เป็นพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์และมีภาระโรคเรื้อรังสูงรวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรได้รับการเฝ้าระวังและจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

จากข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและการคัดกรองความเสี่ยงที่สะท้อนถึงปัญหาสุขภาพเรื้อรังและความเสี่ยงทางกายภาพและจิตใจของผู้สูงอายุตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่ถูกเชื่อมโยงกับการประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยตรง ทั้งที่ภาวะเปราะบางเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการลดคุณภาพชีวิตและการเพิ่มภาระการดูแลสุขภาพในระยะยาว ประกอบกับเครื่องมือมาตรฐาน เช่น T-FRAIL ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล ยังไม่เคยถูกนำมาใช้ในพื้นที่ ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุตำบลน้ำแพร่ แม้ว่าจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างโรคเรื้อรังเหล่านี้กับการเกิดภาวะเปราะบาง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ควรได้รับการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกัน บริบทพื้นที่กิ่งเมือง-ชนบทของตำบลน้ำแพร่ ซึ่งมีลักษณะภูมิทัศน์ผสมผสานระหว่างที่ราบ เนินเขา และพื้นที่ชนบท อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้ง ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน เช่น ภาวะโภชนาการ กิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า

และการเคลื่อนไหว สามารถจะนำไปพัฒนาเป็นปัจจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ถูกนำมาใช้ในเชิงวิจัยและการปฏิบัติจริง

ดังนั้นจากการขาดการคัดกรองภาวะเปราะบางด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และการไม่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่กับการประเมินภาวะเปราะบางในเชิงระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ตำบลน้ำแพร่ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,771 คน (Health Data Center, 2567)

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร ของ Daniel (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 316 คน และเพื่อป้องกันกร

สุญหายของข้อมูลร้อยละ 10 (Daniel, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่าง 349 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุนำมารวมกันแล้วทำการจับฉลาก แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอดงจังหวัดเชียงใหม่ อายุ 60 ปีขึ้นไป สมรรถภาพร่างกายสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม โรคทางจิตเภท โรคข้อเข่าเสื่อม มะเร็ง อัมพฤกษ์ อัมพาต ติดบ้าน ติดเตียง และโรคไต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบคัดกรอง ประกอบด้วย 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว สถานภาพสมรส สภาพการอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง (Frail scale) ใช้แบบคัดกรอง T – Frail Sriwong et al. (2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนเพลียบ่อยมาแค่ไหน เวลาที่เดินขึ้นบันได 10 ขั้นด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพักและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่ เวลาท่านเดิน 300 – 400 เมตรด้วยตนเองโดยไม่หยุดพักและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่ แพทย์เคยแจ้งว่าท่านมีโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ และ ปัจจุบันท่านหนักเท่าไร (ซึ่งน้ำหนักโดยไม่สวมรองเท้า) รวมจำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การประเมิน ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Bathel Activity of Daily Living : ADL) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ Feeding, Grooming, Transfer, Toilet use, Mobility, Dressing, Stairs, Bathing, Bowels และ Bladder รวมจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์การประเมิน กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ และ/

หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ คะแนน ≥ 12 คะแนน กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง คะแนน 5 – 11 คะแนน กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คะแนน ≤ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment : MNA (Short form) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วยข้อคำถามในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อยอาหาร การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดหรือไม่ สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่ มีปัญหาทางด้านจิตทางประสาทหรือไม่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงหน่องหน่วยเป็นเซนติเมตร รวมจำนวน 7 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 14 คะแนน โดยโภชนาการปกติ (12 – 14 คะแนน) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (8 – 11 คะแนน) และขาดสารอาหาร (0 – 7 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (Thai Mental state Examination : TMSE) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วยข้อคำถาม Orientation (6 คะแนน), Registration (3 คะแนน), Attention (5 คะแนน), Calculation (3 คะแนน), Language (10 คะแนน), Recall (3 คะแนน) รวม 6 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยคะแนนรวม < 24 คะแนนถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Modified Mini Sarcopenia Assessment-5 : Modified MSRA-5) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วยข้อคำถาม คุณอายุเท่าไร (7 คะแนน) คุณได้รับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลในช่วงปีที่ผ่านมาหรือไม่ (2 คะแนน) ข้อใดเป็นระดับในการทำกิจกรรมของคุณ (15 คะแนน) คุณรับประทานอาหาร 3 มื้อเป็น

ประจำหรือไม่ (2 คะแนน) คุณชน้ำหนักลดลงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ (10 คะแนน) รวมคะแนนเต็ม 34 คะแนน ถ้าคะแนนรวม ≤ 30 ถือว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ส่วนที่ 7 การประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้ม ด้วยวิธี Time Up and Go Test (TUG) จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำวันได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมาที่นั่ง เกณฑ์การประเมิน ถ้าใช้เวลา ≥ 12 วินาที หรือ ทำไม่ได้ ถือว่า มีความเสี่ยงหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน เป็นเครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน (Gold standard) ในการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ T- FRAIL, ADL, MNA (Short form), TMSE, MSRA-5 เท่ากับ 0.72, 0.86, 0.73, 0.80, 0.70 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ถึง สาธารณสุขอำเภอหาดง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแพร่ เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแพร่ เพื่อบริหารเวลาในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลน้ำแพร่

3. อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย พร้อมให้อาสาสมัคร อ่านทำความเข้าใจของอาสาสมัคร และทำการลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารยินยอมของอาสาสมัคร

4. เมื่อได้รับความยินยอมผู้วิจัยและผู้ช่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลน้ำแพร่

อำเภอหาดง ที่ได้รับการชักชวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เข้ามาช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมแบบคัดกรองและแบบประเมินผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนจนครบตามจำนวน

6. การรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ลงวันที่ 30 กันยายน 2568 เลขที่โครงการวิจัย 47/2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความชุกของภาวะเปราะบาง

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL), ภาวะโภชนาการ (MNA Short form), ภาวะสมองเสื่อม (TMSE) , มวลกล้ามเนื้อน้อย (Modified MSRA-5), และความเสี่ยงของภาวะหกล้ม (TUG) กับภาวะเปราะบางโดยใช้ Chi-square test และ Binary Logistic Regression ซึ่งระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหาดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 63.69 และ 36.1) อายุเฉลี่ย 68.37 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.34 kg/m^2 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 61.9 ความเป็นอยู่ของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้

ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.1 รายได้เฉลี่ย 3,808.31 บาท ต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.5 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 45.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.8 ดังตารางที่ 1

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 98.0 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 70.5 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 84.0 ไม่มีความผิดปกติของสมองด้านความจำ ร้อยละ 61.3 มีความเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย และร้อยละ 81.4 ไม่มีความเสี่ยงหกล้ม

3. ความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีภาวะเปราะบางร้อยละ 5.7 และไม่มีภาวะเปราะบางร้อยละ 94.3

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression แบบตัวแปรเดียว (Univariable Analysis) เพื่อทำการเลือกปัจจัยที่มี p - value < 0.2 ได้แก่ อายุ การมีโรค

ประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ความเสี่ยงต่อความผิดปกติของสมองด้านความจำ ความเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย และความเสียหายหกล้ม เพื่อทำการวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression แบบควบคุมตัวแปร (Multiple Logistic Regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางเป็น 7.791 เท่า (95% CI = 1.207 – 50.132, p-value = 0.031) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และภาวะโภชนาการ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางเป็น 4.199 เท่า (95% CI = 1.317 – 13.382, p-value = 0.015) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะ ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 349)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะเปราะบาง		มีภาวะเปราะบาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	120	36.5	6	30.0	126	36.1
หญิง	209	63.5	14	70.0	234	63.9
ปัจจัย	ไม่มีภาวะเปราะบาง		มีภาวะเปราะบาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (\bar{X} = 68.37, S.D. = 6.275, Min = 60, Max = 94)						
60 – 69 ปี	211	64.1	9	45.0	220	63.0
70 – 79 ปี	105	31.9	6	30.0	111	31.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	13	4.0	5	25.0	18	5.2
ดัชนีมวลกาย (\bar{X} = 23.34, S.D. = 4.26, Min = 11.73, Max = 42.35)						
น้อยกว่า 18.5	38	11.6	3	15.0	41	11.7
18.5 – 22.99	116	35.3	8	40.0	124	35.5
23.00 – 24.99	67	20.4	2	10.0	69	19.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 25	108	32.8	7	35.0	115	33.0
สถานภาพ						
โสด	28	8.5	0	0.0	28	8.0
สมรส	204	62.0	12	60.0	216	61.9
หม้าย / หย่าร้าง	97	29.5	8	40.0	105	30.1

ปัจจัย	ไม่มีภาวะเปราะบาง		มีภาวะเปราะบาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเป็นอยู่ครอบครัว						
อาศัยอยู่คนเดียว	31	9.4	2	10.0	33	9.5
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	196	59.6	10	50.0	206	59.5
อาศัยอยู่กับบุตรหลาน	102	31.0	8	40.0	110	31.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	53	16.1	6	30.0	59	16.9
ประถมศึกษา	256	77.8	13	65.0	269	77.1
มัธยมศึกษา	13	4.0	1	5.0	14	4.0
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	1.5	0	0	5	1.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	0.6	0	0	2	0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	162	49.2	18	90.0	180	51.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	0.6	0	0.0	2	0.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	14.0	1	5.0	47	13.5
รับจ้างทั่วไป	82	24.9	1	5.0	83	23.8
ทำนา ทำสวน ทำไร่	37	11.2	0	0.0	37	10.6
รายได้ (\bar{X} = 3,808.31, S.D. = 3,434.54, Min = 800, Max = 20,000)						
เพียงพอ	124	37.7	0	0.0	124	35.5
ไม่เพียงพอ	205	62.3	20	100	225	64.5
การมีโรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	114	34.7	4	20.0	118	33.8
มีโรคประจำตัว 1 โรค	153	46.5	7	35.0	160	45.8
มีโรคประจำตัว 2 โรค	48	14.6	5	25.0	53	15.2
มีโรคประจำตัว 3 โรค	14	4.3	4	20.0	18	5.2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ความผิดปกติด้านความจำ ความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และความเสี่ยงหกล้ม ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบล น้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 349)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะเปราะบาง		มีภาวะเปราะบาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)						
ช่วยเหลือตัวเองได้	326	99.1	16	80.0	342	98.0
ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง	3	0.9	4	20.0	7	2.0
ภาวะโภชนาการ (MNA Short form)						
โภชนาการปกติ	241	73.3	5	25.0	246	70.5
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	78	23.7	13	65.0	91	26.1
ขาดสารอาหาร	10	3.0	2	10.0	12	3.4
ความผิดปกติของสมองด้านความจำ (TMSE)						
มีความผิดปกติ	46	14.0	10	50.0	56	16.0
ไม่มีความผิดปกติ	283	86.0	10	50.0	293	84.0

ปัจจัย	ไม่มีภาวะประอบาง		มีภาวะประอบาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อมวลกล้ามเนื้อน้อย (MRSA-5)						
มีความเสี่ยง	195	59.3	19	95.0	214	61.3
ไม่มีความเสี่ยง	134	40.7	1	5.0	135	38.7
ความเสี่ยงหกล้ม (TUG)						
มีความเสี่ยง	55	16.7	10	50.0	65	18.6
ไม่มีความเสี่ยง	274	83.3	10	50.0	284	81.4

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของความชุกของภาวะประอบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (n = 349)

ภาวะประอบาง	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะประอบาง	20	5.7
ไม่มีภาวะประอบาง	329	94.3

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะประอบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ Univariable Logistic Regression (n = 349)

ตัวแปร	Crude OR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย	Reference		
หญิง	1.340	0.502 – 3.578	0.560
อายุ			
60 – 69 ปี	Reference		
70 – 79 ปี	1.340	0.465 – 3.864	0.588
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	9.017	2.640 – 30.798	<0.001*
ดัชนีมวลกาย			
< 18.5	Reference		
18.5 – 22.99	0.847	0.221 – 3.460	0.874
23.00 – 24.99	0.298	0.060 – 2.364	0.378
≥ 25	0.783	0.202 – 3.336	0.821
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	Reference		
มีโรคประจำตัว	2.121	0.693 – 6.493	0.188
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	Reference		
มีโรคประจำตัว	2.121	0.693 – 6.493	0.188
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน			
ช่วยเหลือตนเองได้	Reference		
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	27.167	5.602 – 131.740	<0.001*

ตัวแปร	Crude OR	95% CI	p-value
ภาวะโภชนาการ	Reference		
โภชนาการปกติ	8.033	2.776 – 23.246	<0.001*
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	9.640	1.663 – 55.897	0.012*
ขาดสารอาหาร			
ความเสี่ยงต่อความผิดปกติของสมองด้านความจำ			
ไม่มีความเสี่ยง	Reference		
มีความเสี่ยง	6.152	2.427 – 15.597	<0.001*
ความเสี่ยงต่อมวลภาวะกล้ามเนื้อน้อย			
ไม่มีความเสี่ยง	Reference		
มีความเสี่ยง	13.056	1.727 – 98.706	0.013*
ความเสี่ยงหกล้ม			
ไม่มีความเสี่ยง	Reference		
มีความเสี่ยง	4.982	1.979 – 12.540	0.001*

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ Multiple Logistic Regression (n = 349)

ตัวแปร	Adjust OR	95% CI	p-value
อายุ			
60 – 69 ปี	Reference		
70 – 79 ปี	0.393	0.166 – 1.328	0.133
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	0.725	0.125 – 4.211	0.720
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	Reference		
มีโรคประจำตัว	1.770	0.492 – 6.366	0.382
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			
ช่วยเหลือตนเองได้	Reference		
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	7.791	1.207 – 50.312	0.031*
ภาวะโภชนาการ			
โภชนาการปกติ	Reference		
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	4.199	1.317 – 13.382	0.015*
ขาดสารอาหาร	2.506	0.315 – 19.965	0.385
ความเสี่ยงต่อความผิดปกติของสมองด้านความจำ			
ไม่มีความเสี่ยง	Reference		
มีความเสี่ยง	2.682	0.881 – 8.166	0.082
ความเสี่ยงต่อมวลภาวะกล้ามเนื้อน้อย			
ไม่มีความเสี่ยง	Reference	0.842 – 61.717	0.071
มีความเสี่ยง	7.209		

ตัวแปร	Adjust OR	95% CI	p-value
ความเสี่ยงหกล้ม	Reference		
ไม่มีความเสี่ยง	1.743	0.514 – 5.916	0.373
มีความเสี่ยง			

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลน้ำแพร่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 5.7 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงและสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในประเทศจีนที่พบความชุกระหว่างร้อยละ 5.9 – 17.4 (He et al., 2019) แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะต่ำกว่าการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย เช่น จังหวัดนครนายกที่พบร้อยละ 9.06 (Charoensukhsiri et al., 2025) จังหวัดพะเยาร้อยละ 10 (Songapiwatkul et al., 2023) กรุงเทพมหานครร้อยละ 21.07 (Sirikamolsethian et al., 2024) และจังหวัดอุบลราชธานีร้อยละ 22.9 (Kulprateepunya et al., 2023) รวมถึงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุกรวมในภูมิภาคเอเชียซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 20.5 (To et al., 2022) ทั้งนี้ ความผันแปรของค่าความชุกสามารถอธิบายได้ด้วยความแตกต่างของบริบทส่วนบุคคลและบริบททางสังคมในแต่ละพื้นที่ อาทิ สภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคม สุขภาวะ ปัญหาสุขภาพ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ (Ongmekiat, 2019) นอกจากนี้ ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละพื้นที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อค่าความชุกที่ใช้ในการคัดกรองในแต่ละงานวิจัย (Jaidee & Sasat, 2017) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าอัตราการเกิดภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบความชุกสูงถึงร้อยละ 38.46 สอดคล้องกับการศึกษาใน 62 ประเทศทั่วโลกที่พบว่าความชุกของภาวะเปราะบางจะทวีความรุนแรงตามช่วงวัย โดยอาจพบสูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป (O’Caoimh et al., 2021) เช่นเดียวกับงานวิจัยในบริบทของไทยที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุในช่วงวัย 70 – 79 ปี มีแนวโน้มเกิดภาวะเปราะบางมากกว่ากลุ่มอายุ 60 – 69 ปี โดยมี

โอกาสเกิดภาวะเปราะบางทางกายภาพสูงถึง 3.77 เท่า (นิชาธิ์ย์ สำเนียง, 2024; Jaidee & Sasat, 2017) ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้จึงชี้ให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของพลังงานสำรองในร่างกายและนำไปสู่ภาวะเปราะบางในที่สุด

จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงบางส่วน มีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางสูงถึง 7.8 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติ ทั้งนี้ กิจวัตรประจำวันดังกล่าวครอบคลุมถึงความสามารถพื้นฐาน อาทิ การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน) การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหวภายในที่พักอาศัย การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได รวมถึงความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Li et al. (2024) ซึ่งระบุว่าภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับดัชนีการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) โดยมีค่า Odds Ratio (OR) สูงถึง 6.741 และจากการติดตามผลในระยะยาวยังพบว่า ADL และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เป็นตัวพยากรณ์สำคัญต่อการเกิดภาวะเปราะบางในอนาคต โดยเฉพาะ IADL ที่สามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้นานถึง 4 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2024) ในประเทศจีนที่พบว่าภาวะเปราะบางเพิ่มความเสี่ยงต่อข้อจำกัดทางกายภาพในระดับ BADL สูงถึง 29.25 เท่า นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Chen et al. (2021) ที่พบว่า ADL เป็นปัจจัยสำคัญที่ร่วมอธิบายการเกิดภาวะเปราะบางได้ถึงร้อยละ 59 โดยมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านอายุ กระบวนการคิด

การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เน้นย้ำว่าความเสื่อมถอยของสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวันไม่เพียงแต่เป็นอาการแสดงของภาวะเปราะบางเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ความเปราะบางรุนแรงขึ้นจนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพในที่สุด

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางสูงถึง 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารที่มีสูงถึงร้อยละ 26.10 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sirikul et al. (2024) ที่ระบุว่ากลุ่มประชากรที่เปราะบางมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการสูงถึง 4.47 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sudjapong et al. (2024) ที่พบความเสี่ยงสูงถึง 5.33 เท่า นอกจากนี้ Boulos et al. (2015) ยังยืนยันว่าสัดส่วนของภาวะโภชนาการที่ไม่ดีจะแปรผันตามระดับความรุนแรงของภาวะเปราะบางที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ นิชาธิย์ สำเนียง (2567) ที่ระบุว่าความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเปราะบางทางกายภาพถึง 6.00 เท่า ในเชิงสรีระวิทยาอธิบายได้ว่า ภาวะเปราะบางส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลียและเบื่ออาหาร นำไปสู่การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะโปรตีนและไมโครนิวเทรียนต์ที่สำคัญ อาทิ โฟเลต วิตามินซี วิตามินอี และวิตามินดี ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการสูญเสียมวลกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงการลดลงของกิจกรรมทางกายจนเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ (Sarcopenia) อันเป็นสาเหตุหลักของภาวะเปราะบาง (Klinputtarn et al., 2023; Samneang, 2024) สำหรับการที่ผลทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่มที่ขาดสารอาหารนั้น สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารมักมีจำนวนน้อยในบริบทของชุมชน (ร้อยละ 3.4) ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มประชากรขนาดใหญ่กว่าและอยู่ในระยะเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression สามารถตรวจจับนัยสำคัญของความสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงได้ชัดเจนกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการ

เฝ้าระวังและป้องกันตั้งแต่ระยะก่อนเกิดภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ควรจัดกิจกรรม “โรงเรียนผู้สูงอายุ” ที่เน้นเรื่องการเลือกรับประทานอาหารโปรตีนสูงเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ (Sarcopenia)

2. ควรมีการใช้แบบประเมิน ADL และภาวะโภชนาการเป็นเครื่องมือคัดกรองเชิงรุกโดย อสม. เพื่อจำแนกกลุ่ม “pre-Fail” (ก่อนเปราะบาง) ออกมาดูแลก่อนจะกลายเป็นภาวะเปราะบาง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial) เช่น ความเหงาหรือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

2. การศึกษาเชิงทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance training) ร่วมกับการเสริมโภชนาการ แล้วติดตามผลว่าสามารถลดระดับความเปราะบางในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีความชุกร้อยละ 5.7 และค่าเฉลี่ยอายุ 68 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) ทำให้ผลการวิจัยนี้อาจใช้ไม่ได้กับกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมักมีความเปราะบางสูงกว่า

2. ช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่กว้างในบางตัวแปร เช่น ADL (95% CI = 1.207 – 50.132) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาภาวะเปราะบางที่มีปัญหา ADL มีจำนวนน้อย ส่งผลให้ความแม่นยำ (Precision) ของค่าการถ่วงน้ำหนัก แม้จะมีความนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

3. การคัดกรองสุขภาพบางส่วนอาจมาจากการตอบคำถามของผู้สูงอายุเอง ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจำไม่ได้ (Recall Bias) หรือการตอบ

ให้ดูดีกว่าความเป็นจริง (Social Desirability Bias)
โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ประจำหมู่บ้านตำบลน้ำแพร่ ทุกท่านที่มีส่วน
เกี่ยวข้องและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ขอขอบคุณผู้สูงอายุตำบลน้ำแพร่ทุกท่านที่เข้า
ร่วมโครงการวิจัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากรใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัคร

เอกสารอ้างอิง

- Bandeem-Roche, K., Seplaki, C. L., Huang, J., Buta, B., Phadwal, K., Al-Rifai, M., ... & Walston, J. D. (2015). Frailty in older adults: A nationally representative profile in the United States. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(11), 1427–1434. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv133>
- Boulos, C., Salameh, P., & Barberger-Gateau, P. (2015). Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. *Clinical Nutrition*, 35(1), 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.01.008>
- Charoensuksiri, S., Sutthinak, S., & Charoensuksiri, K. (2025). Prevalence of frailty among older Thai adults in the universal healthcare coverage area of a university-affiliated tertiary medical institute, Nakhon Nayok Province. *Ramathibodi Medical Journal*, 48(3), Article e271673. (In Thai)
- Chen, L. Y., Fang, T. J., Lin, Y. C., & Hsieh, H. F. (2021). Exploring the mediating effects of cognitive function, social support, activities of daily living and depression in the relationship between age and frailty among community-dwelling elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12543. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312543>
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Manual of screening and health assessment for the elderly 2021*. (In Thai)
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2024). *Elderly health screening and chronic disease reports: Nam Phrae Sub-district*. <https://hdcservice.moph.go.th> (In Thai)
- He, B., Ma, Y., Wang, C., Jiang, M., Geng, C., Chang, X., ... & Han, L. (2019). Prevalence of frailty among community-dwelling elderly in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 23(7), 595–602. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1225-z>
- Jaidee, S., & Sasat, S. (2017). A study of frailty in older people resided in community, Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 117–131. (In Thai)
- Ji, D., Guo, H., Qiu, S., Dong, L., Shen, Y., Shen, Z., & Xu, J. (2024). Screening for frailty and its

- association with activities of daily living, cognitive impairment, and falls among community-dwelling older adults in China. *BMC Geriatrics*, 24(1), 576. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05187-z>
- Klinputtam, N., Thongma, S., Klinchetu, N., & Srithumsuk, W. (2023). The role of nurses in home care for older people with frailty. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 50–57. (In Thai)
- Kulprateepunya, K., Nuengchais, P., Khokluecha, P., Chaitaweep, K., Butsri, K., Detphon, K., ... & Klamngoen, K. (2023). Prevalence of frailty in community-dwelling older adults in Ubon Ratchaburi. *Journal of Corporate Management and Local Innovation*, 7(10), 183–194. (In Thai).
- Li, X., Li, X., Sun, L., Yang, L., Wang, C., Yuan, T., ... & Zhang, L. (2024). The bidirectional relationship between activities of daily living and frailty during short-and long-term follow-up period among the middle-aged and older population: Findings from the Chinese nationwide cohort study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1382384. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1382384>
- National Statistical Office. (2024). *Report on the Thai elderly population 2023*. Ministry of Digital Economy and Society. (In Thai)
- O’Caoimh, R., Sezgin, D., O’Donovan, M. R., Molloy, D. W., Clegg, A., Rockwood, K., & Liew, A. (2021). Prevalence of frailty in 62 countries across the world: A systematic review and meta-analysis of population level studies. *Age and Ageing*, 50(1), 96–104. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa219>
- Ongmekiat, T. (2019). Frailty in older adults: A case study. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(3), 5–19. (In Thai)
- Samneang, N. (2024). Prevalence and factors associated with physical frailty in older people attending the elderly clinic at Nakomping Hospital. *Nakomping Hospital Journal*, 15(1), 76–93. (In Thai)
- Sirikamolsethian, B., Wongkampan, S., Na Thalang, R., & Chailarp, K. (2024). Epidemiology of frailty, sarcopenia, and dementia among community-dwelling older people in Lak Si District, Bangkok. *Journal of the Princess Chulabhorn Royal Academy*, 62(2), 63–74. (In Thai)
- Sirikul, S., Roopsawang, I., & Aree-Ue, S. (2024). Frailty as a key predictor of malnutrition among older adults with swallowing problems. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(2), 308–320. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.267113>
- Songapiwatkul, L., Hongtanod, W., Yesong, W., & Namwong, A. (2023). Prevalence and factors associated with frailty among community-dwelling older people. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(2), 241–251. (In Thai)
- Sriwong, W., Mahavisessin, W., Srinonprasert, V., Siriussawakul, A., Aekplakorn, W., Limpawattana, P., ... & Wongviriyawong, T. (2022). Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRAIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. *BMC Geriatrics*, 22(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02863-5>.
- Sadjapong, U., Silangim, P., Chaichana, K., & Thongtip, S. (2024). Malnutrition, fear of falling, and

quality of life are associated with frailty in older adults. *Journal of Health Research*, 38(3), 283–290. <https://doi.org/10.56808/2586-940X.1085>.

To, T. H. M., Doan, T. T. N., Ho, W. C., & Liao, W. C. (2022). Prevalence of frailty among community-dwelling older adults in Asian countries: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 10(5), 895. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050895>

United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. UN Department of Economic and Social Affairs.

World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

The Effectiveness of the Basic Life Support Training Program in Bangkok Metropolitan Area

Nittaya Lordkaew^{1*}, Theerawut Thummakun², Araya Prasertchai²

1. Master of Public Health Student, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

2. Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: e-mail: Nittaya.lor@cra.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Lordkaew, N., Thummakun, T., & Prasertchai, A. . (2026). The Effectiveness of the Basic Life Support Training Program in Bangkok Metropolitan Area. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 141–153. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/285900

Received: 24 December 2025

Revised: 3 January 2026

Accepted: 6 January 2026

Introduction and research objectives: Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) remains a critical public health issue. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a hands-on Basic Life Support (BLS) training program in Bangkok Metropolitan area, using the Knowledge-Attitude-Skill (KAS) framework.

Research methods: 60 participants from Chulabhorn Hospital were randomly allocated into experimental (n=30) and control (n=30) groups. The experimental group received 4-hour hands-on BLS training (theory 120 minutes, practice 120 minutes), while the control group watched a 10-minute instructional video. Knowledge, attitude, and practical skills were assessed before intervention, immediately after, and at 1-month and 3-month follow-ups using validated instruments (Cronbach's alpha >0.70). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, ANCOVA, and repeated measures ANOVA.

Results: The experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores post-intervention, with an increase of 7.23 points ($p < 0.001$). The experimental group showed better attitudes (mean difference=3.70, $p = 0.012$) and superior practical skills (mean difference=1.63, $p < 0.001$) compared to the control group. Knowledge retention remained significantly higher at 3-month follow-up in the experimental group (25.80 ± 1.86 vs 23.10 ± 2.51 , $p < 0.001$).

Conclusion and Implications: Hands-on BLS training effectively improves knowledge, attitude, and practical skills with sustained retention. Healthcare institutions should implement standardized hands-on training programs for the general public and establish systematic follow-up mechanisms with regular updated training every 3-6 months.

Keywords: Basic life support, Training course, Practical skills, public sector

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ในกรุงเทพมหานคร

นิตยา หลอดแก้ว¹, ธีระวุธ ธรรมกุล², อารยา ประเสริฐชัย²

1. นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. อาจารย์ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*อีเมลติดต่อ: Nittaya.lor@cra.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 24 ธันวาคม 2568

วันแก้ไข 3 มกราคม 2569

วันตอบรับ 6 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

บทนำและวัตถุประสงค์การวิจัย ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในประเทศไทย ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพภายใน 4 นาทีสามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 จึงควรให้ประชาชนมีทักษะการช่วยชีวิต การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม 4 ชั่วโมง (ทฤษฎี 120 นาที ปฏิบัติ 120 นาที) และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับชมสื่อวิดีโอ ทั้งสองกลุ่มถูกประเมินความรู้ ทักษะคิด และทักษะ ก่อน หลัง และติดตามผลที่ 1 และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบที่แบบจับคู่ การทดสอบที่แบบอิสระ การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7.23 คะแนน ($p < 0.001$) เมื่อควบคุมตัวแปรรบกวนแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.70 คะแนน ($p = 0.012$) และคะแนนทักษะสูงกว่า 1.63 คะแนน ($p < 0.001$) การติดตามผลที่ระยะ 1 เดือนและ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (26.33 เทียบกับ 23.63 ที่ 1 เดือน และ 25.80 เทียบกับ 23.10 ที่ 3 เดือน)

สรุปผลการศึกษาและการนำไปใช้ โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะคิด และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แนะนำให้หน่วยงานสาธารณสุขขยายผลการจัดอบรมให้ประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน; โปรแกรมการฝึกอบรม; ทักษะการปฏิบัติ; ภาคประชาชน

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (Out of Hospital Cardiac Arrest) เป็นภาวะฉุกเฉินร้ายแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ตามรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (National Institute for Emergency Medicine, 2023) พบว่าในปี 2565 มีผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในประเทศไทยจำนวน 56,728 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 85.6 รายต่อประชากรแสนคน โดยส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ การมีประชาชนจำนวนมากที่มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ประสบเหตุได้ โดยผลการศึกษาพบว่าหากผู้ที่ประสบภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) ภายใน 4 นาทีหลังเกิดอาการจะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 50 (Daya et al., 2015)

ปัจจุบันสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) มีการส่งเสริมการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทั่วไปเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบผู้ประสบภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที (American Heart Association, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างมีนัยสำคัญ (Tanigawa et al., 2011; Bottiger & Van Aken, 2015) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการทำ CPR และการใช้ AED ที่ถูกวิธี เนื่องจากไม่เคยผ่านการอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่ยังไม่มีหลักสูตรการสอนช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างเป็นทางการและแพร่หลายเท่าที่ควร (Chaisongmuang et al., 2018)

กลุ่มผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาในแผนกศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเผชิญเหตุการณ์ฉุกเฉินจากภาวะหัวใจหยุดเต้น

เฉียบพลัน ซึ่งมักมีสาเหตุหลักมาจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น Ventricular Fibrillation (VF), Ventricular Tachycardia (VT) หรือ Asystole ญาติและผู้ดูแลเหล่านี้จึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีโอกาสเผชิญเหตุการณ์วิกฤตกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้ ศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จึงได้ริเริ่มจัดทำโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตพื้นฐานภาคประชาชนสำหรับผู้ป่วยและญาติ (Basic Life Support: BLS) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาทักษะ และสร้างความมั่นใจให้แก่ญาติและผู้ป่วยในการให้การช่วยชีวิตพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการนี้ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีสถิติการจัดอบรมที่เติบโตขึ้นอย่างชัดเจน เริ่มที่ปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้าอบรม 64 คน จาก 9 รอบ, ปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้าอบรม 164 คน จาก 10 รอบ, ปี พ.ศ. 2567 มีผู้เข้าอบรม 290 คน จาก 12 รอบ, และปี พ.ศ. 2568 มีผู้เข้าอบรม 177 คน จาก 10 รอบ (Cardiovascular Center, Chulabhorn Hospital, 2025) จากข้อมูลข้างต้นนี้แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและการตอบรับที่ดีของโครงการ ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักรู้และความต้องการเรียนรู้ทักษะการช่วยชีวิตของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการที่ผ่านมายังพบประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นด้านรูปแบบการอบรม เนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การประเมินผลที่เป็นระบบ และการติดตามผลการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าอบรมสามารถนำทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้จริงเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ความสำเร็จของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยความเข้าใจในหลักการและการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์จริง

หลักการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีปัจจัยหลายประการซึ่งจะผันแปรตามสถานการณ์ ดังนั้นผู้ให้การช่วยเหลือจึงต้องรู้จักวิธีการประเมินสถานการณ์ก่อนการตัดสินใจเข้าช่วยเหลือ และแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ทันท่วงที และต่อเนื่อง เพราะมีผลต่อโอกาสรอดชีวิตผู้ให้การช่วยเหลือจะต้องควบคุมสติให้มั่นคง ไม่ตื่นเต้นตกใจสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องและโทรแจ้งขอความช่วยเหลือ

ช่วยเหลือ โดยแจ้งอาการ สถานที่ และสถานการณ์ เพื่อให้ทีมกู้ชีพสามารถเข้าช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วที่สุด (Heart Association of Thailand, 2018) ด้วยเหตุนี้ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการอบรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด KAS (Knowledge, Attitude, Skill) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานภาคประชาชน โดยแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรมทางด้านสุขภาพ เนื่องจากสามารถอธิบายกระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งในมิติของความรู้ ความรู้สึกนึกคิด และความสามารถในการปฏิบัติจริง กล่าวคือ ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจในหลักการ ขั้นตอน และแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ทศนคติ (Attitude) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความตระหนัก และความพร้อมในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเมื่อเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉิน และทักษะ (Skill) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

การนำกรอบแนวคิด KAS มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับลักษณะของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมุ่งเน้นทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการช่วยชีวิต และการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยอาศัยกรอบแนวคิด KAS จะช่วยให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการฝึกอบรมได้อย่างรอบด้าน และแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการในเชิงพฤติกรรม และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในสถานการณ์จริงได้อย่างชัดเจน

ดังนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงมุ่งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานภาคประชาชนสำหรับผู้ป่วยและญาติของศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่ดำเนินการ

มาอย่างต่อเนื่องนั้น มีประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมโครงการในด้านความรู้ ทศนคติ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากน้อยเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยและญาติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม โดยพิจารณาผลลัพธ์ภายหลังการอบรม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังตั้งข้อสงสัยว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมดังกล่าว ผู้ป่วยและญาติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทศนคติต่อการให้การช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉิน และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างไปจากก่อนการอบรมหรือไม่ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานภาคประชาชนได้อย่างชัดเจนเพียงใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลด้านความรู้ ทศนคติ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานภาคประชาชน ในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิด KAS (Knowledge, Attitude, Skill) (Bloom et al., 1956) เป็นกรอบในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยความรู้ (Knowledge) เป็นรากฐานนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude) และส่งผลต่อทักษะการปฏิบัติ (Skill) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง พร้อมการติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการอบรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้วิจัยครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้ได้แก่ อาสาสมัครจำนวน 60 คน ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในช่วงเดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2567 โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับฉลากจากฉลากที่ ระบุหมายเลข 1 กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และหมายเลข 2 กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานมาก่อน อายุ 20 – 60 ปี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีอุปสรรค ทางด้านร่างกายและจิตใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม n4Studies (Ngamjarus & Pattanittum, 2024) ผู้วิจัยกำหนด อิทธิพล (Effect Size) ของขนาดตัวอย่างโดยการอ้างอิงค่า อิทธิพลและขนาดของตัวอย่างจากงานวิจัยของสำเนียง จันทร์รัตน์ และวิศรา เบ้าหนู (Chanrat & Baenu, 2019) ค่าขนาดค่า อิทธิพลได้ 0.99 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Sample size for comparing two independent means from n4Studies) 0.95 แทนค่าในโปรแกรม n4Studies โดยการคำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างตามสูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน จาก การคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรม การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.1 การช่วยเหลือผู้ที่หมดสติโดยการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

1.2 การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED)

1.3 วิธีปฐมพยาบาลเมื่อมีสิ่งแปลกปลอมที่อุดกั้น ทางเดินหายใจ

1.4 การจัดทำพักฟื้น (Recovery Position)

1.5 วีดิโอสอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2.2 แบบทดสอบความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน จำนวน 30 ข้อ

- การประเมินสถานการณ์และความปลอดภัยก่อน เข้าช่วยเหลือ เช่น เมื่อพบผู้ป่วยหมดสติล้มอยู่ ควรทำอะไร ใดเป็นลำดับแรก ก) เริ่มกดหน้าอกทันที ข) ตรวจสอบความปลอดภัยของสถานที่และผู้ป่วย ค) โทรแจ้งเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ง) เปิดทางเดินหายใจ

- การตรวจสอบการหายใจและชีพจร เช่น การ ตรวจสอบชีพจรผู้ใหญ่ควรตรวจที่ตำแหน่งใด และใช้เวลาานเท่าใด

- ขั้นตอนและเทคนิคการกดหน้าอก เช่น อัตราการ กดหน้าอกที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่คือ ก) 60-80 ครั้งต่อนาที ข) 80-100 ครั้งต่อนาที ค) 100-120 ครั้งต่อนาที ง) 120-140 ครั้งต่อนาที

- ความลึกของการกดหน้าอกที่เหมาะสม เช่น "การ กดหน้าอกสำหรับผู้ใหญ่ควรกดลึกประมาณเท่าใด"

2.3 แบบสอบถามทัศนคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน จำนวน 10 ข้อ

- ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เช่น "ฉันมีความมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นได้อย่าง ถูกต้อง"

- ความสำคัญของการเรียนรู้ทักษะ CPR เช่น "การเรียนรู้ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ บุคคลทั่วไป"

- ความกลัวและความกังวลในการให้ความช่วยเหลือ เช่น "ฉันรู้สึกกลัวว่าจะทำผิดพลาดหรือทำให้ผู้ป่วยได้รับ บาดเจ็บมากขึ้น"

- ความรับผิดชอบทางกฎหมาย เช่น "ฉันกังวล เกี่ยวกับความรับผิดชอบทางกฎหมายหากให้การช่วยเหลือ และเกิดผลเสียกับผู้ป่วย"

2.4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนการประเมินสถานการณ์และการตรวจสอบเบื้องต้น

- โทรแจ้งเจ้าหน้าที่กู้ชีพ 1669 และขอเครื่อง AED
- ตรวจสอบการหายใจและชีพจรภายใน 10 วินาที

ขั้นตอนการกดหน้าอก

- จัดท่านอนของผู้ป่วยอยู่บนพื้นราบแข็ง
- วางมือในตำแหน่งที่ถูกต้อง (กึ่งกลางหน้าอกระหว่างหัวนม)
- กดหน้าอกด้วยแรงกดที่เหมาะสม (ลึก 5-6 เซนติเมตร)

ขั้นตอนการใช้เครื่อง AED

- เปิดเครื่อง AED และทำตามคำสั่งของเครื่อง
- ห้ามสัมผัสผู้ผู้ป่วยขณะเครื่องวิเคราะห์จังหวะการเต้นของหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ รูปแบบ และความเหมาะสมด้านภาษา ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) พบว่า แบบสอบถามทั่วไปได้ค่า IOC เท่ากับ 0.933 แบบทดสอบความรู้ได้ค่า 0.967 ขณะที่แบบสอบถามทัศนคติและแบบประเมินการปฏิบัติได้ค่า IOC เท่ากับ 1.000 ทั้งหมด ซึ่งค่าที่ได้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 0.5 (Polit & Beck, 2006) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิจัย

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้พนักงานจากบริษัท กรีน สปอต จำกัด ที่เคยผ่านการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจำนวน 20 คน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Suan Sunandha Rajabhat University, 2024) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7675 และแบบสอบถามทัศนคติมีค่าเท่ากับ 0.8897 ซึ่งทั้งสองค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.70 (Taber, 2018) บ่งชี้ว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ดี

ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ผู้วิจัยทดสอบแบบประเมินการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มทดลอง 20 คน โดยวิทยากรผู้รับผิดชอบโครงการจำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน การวิเคราะห์ค่า Kappa ของ Cohen (Cohen, 1960) สำหรับข้อมูลแบบทวิภาค (ผ่าน/ไม่ผ่าน) ให้ผลค่าเท่ากับ 0.579 ซึ่งตามเกณฑ์การแปลผลของ Landis and Koch (Landis & Koch, 1977) ค่าดังกล่าวอยู่ในระดับความสอดคล้องปานกลาง (0.41-0.60) แสดงให้เห็นว่าผู้ประเมินมีความสอดคล้องในการประเมินที่ยอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาดำเนินการ จำนวน 9 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 - มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง การดำเนินการเริ่มต้นด้วยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เพื่อใช้พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ยังได้ประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์หัวใจและหลอดเลือดและหัวหน้าโครงการฝึกอบรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง การดำเนินการเริ่มต้นด้วยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เพื่อใช้พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ยังได้ประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์หัวใจและหลอดเลือดและหัวหน้าโครงการฝึกอบรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้เข้าร่วมได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นเวลา 4 ชั่วโมง ก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับทราบข้อมูลและลงนามในหนังสือยินยอม จากนั้นตอบแบบสอบถามทั่วไป ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้น (Pre-test) และตอบแบบสอบถามทัศนคติ การอบรมแบ่งเป็นภาคทฤษฎี 120 นาที ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับหัวใจแห่งการรอดชีวิต การประเมินการหายใจ หลักการทำ CPR การใช้เครื่อง AED การช่วยเหลือเมื่อทางเดินหายใจอุดตัน และการจัดทำพิกพื้น ตามด้วยภาคปฏิบัติ 120 นาที ที่ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติจริงตามสถานีสถาน 4 สถาน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้เข้าร่วมทำแบบทดสอบความรู้ (Post-test)

แบบสอบถามทัศนคติ และได้รับการประเมินทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พร้อมทั้งแจ้งช่องทางการติดตามผลการทดสอบความรู้ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน ผ่านแบบฟอร์ม Microsoft Form

กลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมได้รับการศึกษาจากสื่อวิดีโอ โดยขั้นตอนเริ่มต้นเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ ลงนามในหนังสือยินยอม ตอบแบบสอบถามทั่วไป ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้น และตอบแบบสอบถามทัศนคติ จากนั้นรับชมวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานประมาณ 10 นาที หลังรับชมวิดีโอเสร็จสิ้น ผู้เข้าร่วมทำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และได้รับการประเมินทักษะการปฏิบัติทันที พร้อมแจ้งช่องทางการติดตามผลการทดสอบความรู้ในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน ผ่านแบบฟอร์ม Microsoft Form เช่นกัน

เมื่อเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมครบทั้ง 30 คนในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้เข้าสู่กระบวนการประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างรูปแบบการฝึกอบรมของทั้งสองกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ภายใต้หมายเลขอ้างอิง EC047/2567 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองสิทธิและการพิทักษ์ศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา **การให้ข้อมูลและความยินยอม** ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงรายละเอียดที่ครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการถอนตัวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วม **การคุ้มครองความเป็นส่วนตัว** ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่บุคคลภายนอกโดยเด็ดขาด

และในการนำเสนอผลการวิจัย จะรายงานข้อมูลในภาพรวม โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมได้ ตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความคิดเห็นของพวกเขา โดยวางตัวเป็นกลาง ไม่แสดงอคติ และไม่ตัดสินความเห็นหรือพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม ในกรณีที่จำเป็นต้องบันทึกภาพ เสียง หรือจัดทำบันทึกการสังเกต ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบ และขอความยินยอมก่อนดำเนินการทุกครั้ง เพื่อรักษาความโปร่งใสและสร้างความไว้วางใจในกระบวนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)** ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลและลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. **สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)** ประกอบด้วย **Paired Samples t-test** ในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม, **Independent Samples t-test** ในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม, **Analysis of Covariance (ANCOVA)** ในการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนก่อนการอบรมเป็นตัวแปรร่วม, **One-way Repeated Measures ANOVA** ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาติดตามผล ได้แก่ หลังการฝึกอบรมทันที ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เป็นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567 โดยมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังนี้ อายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 38.93 ปี (SD = 11.51, ช่วงอายุ 20-58 ปี) กลุ่ม

ทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.97 ปี (SD = 8.05, ช่วงอายุ 20-56 ปี) เพศ ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเท่ากัน คือ ชายและหญิงกลุ่มละ 50% **ระดับการศึกษา** กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (73.33%) รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี (20%) และมีมัธยมปลาย/อนุปริญญา (6.67%) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (60%) มีมัธยมปลาย/อนุปริญญา (23.33%) มีมัธยมต้นหรือ

ต่ำกว่า (13.33%) และสูงกว่าปริญญาตรี (3.33%) **จำนวนสมาชิกในครอบครัว** กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.37 คน (SD = 2.20) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.77 คน (SD = 1.72)

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทัศนคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Mean difference (95%CI)	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
คะแนนความรู้	20.30	3.05	16.17	3.90	4.13 (2.32, 5.94)	4.57	<0.001
คะแนนทัศนคติ	39.73	4.55	35.20	5.19	4.53 (2.01, 7.05)	3.60	0.001

Independent T-test

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในระยะก่อนเข้ารับการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (กลุ่มละ 30 คน) พบว่า ด้านคะแนนความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 20.30 คะแนน (SD = 3.05) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 16.17 คะแนน (SD = 3.90) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 4.13 คะแนน (95% CI: 2.32, 5.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 สำหรับด้านคะแนนทัศนคติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 39.73 คะแนน (SD = 4.55) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.20 คะแนน (SD = 5.19) โดยมีความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 4.53 คะแนน (95% CI: 2.01, 7.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพื้นฐานความรู้และทัศนคติที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการอบรม ซึ่งความแตกต่างพื้นฐานนี้อาจส่งผลต่อการเปรียบเทียบคะแนนภายหลังการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการควบคุมตัวแปรรบกวน (Covariate Control Method) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Analysis of Covariance (ANCOVA) เพื่อเปรียบเทียบผลของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คะแนนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุม ตัวแปรรบกวน (covariate) โดยใช้สถิติ ANCOVA

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Mean difference (95%CI)	F	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
คะแนนความรู้	27.53	1.25	27.37	1.61	0.17 (-0.57, 0.91)	0.05	0.819
คะแนนทัศนคติ	39.00	4.20	35.30	1.90	3.70 (2.02, 5.38)	6.75	0.012
คะแนนทักษะ	18.37	1.10	16.73	1.41	1.63 (0.98, 2.29)	-	<0.001

Analysis of Covariance (ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนอบรมเป็นตัวแปรร่วม

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในระยะเวลาหลังเข้ารับการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA เพื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนเข้ารับการอบรมที่อาจส่งผลต่อคะแนนหลังการอบรม พบผลดังนี้ ด้านคะแนนความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.53 คะแนน (SD = 1.25) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 27.37 คะแนน (SD = 1.61) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 0.17 คะแนน (95% CI: -0.57, 0.91) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านคะแนนทัศนคติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 39.00 คะแนน (SD = 4.20) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.30 คะแนน (SD = 1.90) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 3.70 คะแนน (95% CI: 2.02, 5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมแม้จะควบคุมตัวแปรรบกวนแล้ว ด้านคะแนนทักษะการปฏิบัติ กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.37 คะแนน (SD = 1.10) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 16.73 คะแนน (SD = 1.41) โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 1.63 คะแนน (95% CI: 0.98, 2.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการปฏิบัติที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนพื้นฐานก่อนการอบรมแล้ว การอบรมไม่ได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ยังคงมีความแตกต่างของทัศนคติและทักษะการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีทัศนคติและทักษะการปฏิบัติที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทัศนคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทัศนคติ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้ารับการอบรม		หลังเข้ารับการอบรม		Mean difference (95%CI)	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
คะแนนความรู้	20.30	3.05	27.53	1.25	7.23 (6.05, 8.41)	12.54	<0.001
คะแนนทัศนคติ	39.73	4.55	39.00	4.20	-0.73 (-1.50, 0.04)	-1.94	0.062
คะแนนทักษะ	-	-	18.37	1.10	-	-	-

paired T-test

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการอบรม วิเคราะห์ผลดังนี้ **ด้านความรู้** ก่อนเข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 20.30 คะแนน (SD = 3.05) หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 27.53 คะแนน (SD = 1.25) มีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย 7.23 คะแนน (95% CI: 6.05, 8.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ด้านทัศนคติ** ก่อนเข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 39.73 คะแนน (SD = 4.55) หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 39.00 คะแนน (SD = 4.20) มีความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย -0.73 คะแนน (95% CI: -

1.50, 0.04) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ด้านทักษะการปฏิบัติ** มีคะแนนเฉลี่ย 18.37 คะแนน (SD = 1.10) การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินคะแนนทักษะก่อนการอบรม เนื่องจากการประเมินทักษะในประชาชนที่ไม่เคยผ่านการอบรมอาจก่อปัญหาด้านจริยธรรมและความปลอดภัย ได้แก่ (1) ความเสี่ยงต่อหุ่นจำลองหรืออุปกรณ์การฝึก และ (2) ความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจของผู้เข้าร่วม

สรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการนี้ประสบความสำเร็จในการเพิ่มระดับความรู้ เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน

ทัศนคตินั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เพื่อติดตามผลคะแนนความรู้ในช่วงหลังการทดลอง ที่ระยะเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน

ตารางที่ 4 การประเมินประสิทธิผลการคงอยู่ของความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในช่วงเวลาการติดตามผล เปรียบเทียบคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มทดลองในระยะเวลาต่างๆ ด้วย One-way Repeated Measure ANOVA

คะแนน	ก่อนอบรม		หลังอบรม		ระยะติดตาม 1 เดือน		ระยะติดตาม 3 เดือน		
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
กลุ่มทดลอง	20.30	3.05	27.53	1.25	26.33	1.65	25.80	1.86	
กลุ่มควบคุม	16.17	3.90	27.37	1.61	23.63	1.81	23.10	2.51	
แหล่งความแปรปรวน	SS		df		MS		F		P-value
กลุ่มทดลอง									
ช่วงเวลา	927.76		3		309.25		89.24		<0.001
ความคลาดเคลื่อน	301.49		87		3.47				
กลุ่มควบคุม									
ช่วงเวลา	1962.67		3		654.22		128.97		<0.001
ความคลาดเคลื่อน	441.33		87		5.07				

พบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลา ($F(3,87) = 89.24$, $p < 0.001$) โดยมีค่า Mean Square (MS) เท่ากับ 309.25 และค่าความคลาดเคลื่อน (Error MS) เท่ากับ 3.47 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ขณะที่ในกลุ่มควบคุมก็พบความแตกต่างของคะแนนความรู้ตามช่วงเวลาเช่นกัน ($F(3,87) = 128.97$, $p < 0.001$) โดยมี $MS = 654.22$ และ $Error MS = 5.07$ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ตามเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยชีวิตพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ทัศนคติมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่สะท้อนถึงความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.23 คะแนนจากก่อนการอบรม ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่อง AED และการจัดการสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Greif et al. (2015) ที่พบว่าการศึกษาแบบ hands-on ที่ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นจำลองช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจได้ดีกว่าการเรียนแบบทฤษฎีเพียงอย่างเดียว การที่กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยโรคหัวใจมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่อง AED อย่างถูกต้องจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยในกรณีที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันขึ้นได้

คะแนนทัศนคติของกลุ่มทดลองลดลงเล็กน้อยหลังการอบรม (ลดลง 1.17 คะแนน) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.062$) ซึ่งผลการศึกษานี้อาจดูขัดกับความคาดหวังในเบื้องต้นที่มุ่งหวังให้ทัศนคติดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาเชิงลึกพบว่า การลดลงของคะแนนนี้เกิดจากความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังจากผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เห็นความท้าทาย ความซับซ้อน และความรับผิดชอบที่แท้จริงของการช่วยชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะในมิติของความมั่นใจที่ปรับลดลงจากความ

มั่นใจที่มากขึ้นไปก่อนการอบรมสู่ความมั่นใจที่สมจริงและมีเหตุผลมากขึ้นหลังการอบรม ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วย Dunning-Kruger Effect ที่ Kruger และ Dunning (1999) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลที่มีความรู้้น้อยมักมีความมั่นใจสูง แต่เมื่อได้รับความรู้และประสบการณ์มากขึ้น ความมั่นใจจะปรับลดลงสู่ระดับที่สมจริงมากขึ้นก่อนที่จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอีกครั้งเมื่อมีความชำนาญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการลดลงของความมั่นใจนี้เป็นสัญญาณบวกที่แสดงถึงการเรียนรู้ที่แท้จริงและการตระหนักถึงความรู้ในความรู้ที่ผิดชอบ การที่ผู้เข้าอบรมตระหนักถึงความท้าทายและความซับซ้อนของการช่วยชีวิตจะช่วยให้มีการเตรียมตัวและตัดสินใจอย่างรอบคอบมากขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพิ่มขึ้น 9.87 คะแนน, $p < 0.001$) และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงสามารถพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ทักษะเฉพาะด้านพบว่าผู้เข้าอบรมมีความสามารถตีเย็บในการประเมินสถานการณ์ (ผ่านร้อยละ 93.33) การโทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ผ่านร้อยละ 90) และการวางมือในตำแหน่งที่ถูกต้อง (ผ่านร้อยละ 86.67) ทักษะเหล่านี้เป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญและเป็นรากฐานของการช่วยชีวิต การเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Anderson et al. (2019) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรม BLS ในญาติผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าอัตราการปฏิบัติทักษะได้ถูกต้องหลังการอบรม 1 ครั้ง อยู่ที่ร้อยละ 65-75 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ที่พบอัตราการปฏิบัติถูกต้องโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 70.5 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมมีประสิทธิผลอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานสากล

การติดตามผลระยะ 3 เดือนหลังการอบรมพบว่ากลุ่มทดลองสูญเสียความรู้เพียง 1.73 คะแนน (ลดลงร้อยละ 6.9 จากคะแนนหลังการอบรมทันที) ขณะที่กลุ่มควบคุมสูญเสียความรู้ถึง 4.27 คะแนน (ลดลงร้อยละ 21.4) แสดงว่าโปรแกรมการอบรมนี้สร้างพื้นฐานความเข้าใจที่ยั่งยืนและสามารถรักษาความรู้ไว้ได้ดีกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวทางของ American Heart Association (2020) ที่แนะนำให้มีการอบรมซ้ำทุก 2 ปีเพื่อรักษาความรู้และทักษะไว้ในระดับที่เหมาะสม การที่ผู้เข้าอบรมสามารถรักษาความรู้ไว้ได้นั้นเกิดจากการออกแบบ

โปรแกรมที่เน้นทั้งความเข้าใจในหลักการและการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและจดจำได้นาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร (1) จัดทำแนวทางการเผยแพร่ความรู้การช่วยชีวิตผ่านช่องทางดิจิทัลและสื่อสารมวลชนที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย เนื่องจากพบว่ากลุ่มควบคุมสามารถเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลนี้ได้ (2) กำหนดมาตรฐานหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการปล่อยหน้าอกให้คืนตัวอย่างเต็มที่ พร้อมกำหนดระบบทบทวนความรู้เป็นระยะ

2. โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร (1) พัฒนาหลักสูตรที่เน้นการฝึกปฏิบัติการปล่อยหน้าอกให้คืนตัวและการกดหน้าอก 100-120 ครั้งต่อนาที รวมทั้งการประเมินการตอบสนองและจัดการสิ่งแปลกปลอมในช่องปาก (2) ใช้การสาธิตซ้ำในประเด็นซับซ้อน เพิ่มการฝึกในสถานการณ์จำลองที่หลากหลาย และจัดอบรมซ้ำทุก 6 เดือน (3) พัฒนาเนื้อหาด้านทัศนคติโดยเน้นความรู้สึกร่วมกันที่ต่อสังคม พร้อมให้ข้อมูลการคุ้มครองทางกฎหมายเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการช่วยเหลือ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) โดยใช้การสุ่มแบบกลุ่มเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล และติดตามผลในระยะ 1-2 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะในระยะยาว

2. ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ บุคคลพิการ และเปรียบเทียบผลในบริบทที่แตกต่าง เช่น ชุมชนเมืองกับชนบท รวมทั้งพิจารณาอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และการนำไปใช้

3. ควรทดลองใช้เทคโนโลยี VR/AR เพื่อจำลองสถานการณ์ฉุกเฉิน พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการเรียนรู้แบบต่อเนื่อง และสร้างรูปแบบการเรียนรู้ผ่านเกมเพื่อเพิ่มคุณภาพการอบรมและการจดจำทักษะ

4. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของความรู้และความเชื่อมโยงระหว่างทัศนคติกับทักษะการปฏิบัติ

5. โรงพยาบาลจุฬาราชมนตรีควรจัดทำระบบติดตามความรู้และทักษะระยะยาว พร้อมประเมินผลการใช้งานจริงใน

สถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อวัตถุประสงค์ของการอบรมในการเพิ่ม
อัตราการรอดชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่
ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาล
จุฬารณที่อนุเคราะห์สถานที่และอำนวยความสะดวก นัก
ฉุกเฉินการแพทย์นายสุธีร์ วัฒนธรรม และพยาบาลวิชาชีพ

นางสาวประไพภัทร พึ่งพระเดช ผู้ประเมินทักษะการปฏิบัติ
รวมทั้งผู้ช่วยและญาติผู้ช่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้
ความร่วมมือเป็นอย่างดี คณาจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรม
มาธิราช เพื่อนนักศึกษา ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก
ท่านที่ให้การสนับสนุนและกำลังใจตลอดการดำเนินการวิจัย
ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- American Heart Association. (2020). Highlights of the 2020 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S337-S357. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000897>
- Anderson, R., Sebaldt, A., Lin, Y., & Cheng, A. (2019). Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. *Resuscitation*, 135, 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.033>
- Bloom, B. S. (Ed.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook 1: Cognitive domain*. Addison Wesley Publishing Company.
- Bottiger, B. W., & Van Aken, H. (2015). Kids save lives—Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*, 94, A5-A7. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>
- Cardiovascular Center, Chulabhorn Hospital. (2025). *Statistical data of participants in BLS training programs from 2022-2025* [Internal database]. Unpublished internal document. (In Thai)
- Chaisongmuang, P., & Phraekhao, C. (2018). Effects of a basic life support training program for cardiac arrest in high school students at a secondary school in the Northeast region. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*, 28(2), 118-132. (In Thai)
- Chanrat, S., & Baenu, W. (2019). A study of the effectiveness of basic life support training workshop for the general public in Nong Khai Province. *Journal of Medicine Udon Thani Hospital*, 27(2), 199-210. (In Thai)
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Daya, M. R., Schmicker, R. H., Zive, D. M., Rea, T. D., Nichol, G., Buick, J. E., Brooks, S., Christenson, J., MacPhee, R., Craig, A., Rittenberger, J. C., Davis, D. P., May, S., Wigginton, J., & Wang, H. (2015). Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). *Resuscitation*, 91, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.02.003>
- Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288-301.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>

- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- National Institute for Emergency Medicine. (2023). *Statistics on deaths from sudden cardiac arrest in Thailand*. <https://www.niems.go.th/> (In Thai)
- Ngamjarus, C., & Pattanittum, P. (2024). n4Studies: Sample size and power calculations for iOS [Mobile application software]. Retrieved from <https://www.n4studies.com>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Resuscitation Standards Committee, Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. the King. (2018). *Basic life support and automated external defibrillator (AED) manual for the public 2018*. Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. the King. <https://thaicpr.org> (In Thai)
- Suan Sunandha Rajabhat University. (2024). Validation of research instruments and data collection [Online course materials]. DTP5104 Research and innovation development. https://eledu.ssu.ac.th/wipawan_ea/course/view.php?id=14#section-8 (In Thai)
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tanigawa, K., Iwami, T., Nishiyama, C., Nonogi, H., & Kawamura, T. (2011). Are trained individuals more likely to perform bystander CPR? An observational study. *Resuscitation*, 82(5), 523-528. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.12.027>

Health and Environmental Impact Assessment Using Life Cycle Assessment of Biomass Fuel and Liquefied Petroleum Gas Usage in Khao Lam Production Processes in Chon Buri Province

Siwapa Sirijamorn¹, Rutaichanok Poopuang² Sunutcha Phopongsin³ Taddao Pahasup-anan⁴
Rotruedee Chotigawin^{5*}

1 Plan and Policy Annalist, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation.

2 Sanitation Technical Officer, Saensuk Municipality.

3 Lecturer, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

4 Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University.

5 Assistant Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding author: e-mail : rotruedee@go.buu.ac.th.

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Sirijamorn, S. ., Poopuang, R. ., Phopongsin, S., Pahasup-anan, T. ., & Chotigawin, R. (2026). Health and Environmental Impact Assessment Using Life Cycle Assessment of Biomass Fuel and Liquefied Petroleum Gas Usage in Khao Lam Production Processes in Chon Buri Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 155–171. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286280

Received: 9 January 2026

Revised: 25 January 2026

Accepted: 27 January 2026.

Abstract

Biomass-based Khao Lam production significantly impacts health and the environment. This study compared biomass fuel versus Liquefied Petroleum Gas (LPG) in Saensuk, Chon Buri, integrating health risk assessment and Life Cycle Assessment (LCA). Using mixed-methods, including on-site PM_{2.5}/PM₁₀ measurements and ISO 14040/14044-compliant analysis via OpenLCA, the research evaluated four dimensions: human health, ecosystems, resources, and climate change.

The results indicated that biomass combustion emitted PM₁₀ concentrations as high as $166.86 \pm 11.93 \mu\text{g}/\text{m}^3$, exceeding those from LPG ($97.51 \pm 10.06 \mu\text{g}/\text{m}^3$) and surpassing ambient air quality standards by 39.05%. The global warming potential associated with biomass fuel was 4.3 times higher than that of LPG (216.415 vs. 49.6 kg CO₂ eq). In terms of health impacts, biomass use resulted in a total disability-adjusted life year (DALY) loss of 2.87×10^{-4} DALYs, which was 5.2 times greater than that attributable to LPG. Regarding particle size distribution, biomass combustion primarily produced coarse particles, whereas LPG combustion generated a higher proportion of ultrafine particles smaller than 0.43 μm .

Overall, LPG offers superior performance in both health and environmental dimensions. Nevertheless, socioeconomic constraints remain a key barrier to fuel transition. The findings support policies that promote a transition toward clean energy while safeguarding traditional food knowledge, to enhance community health and foster the sustainability of grassroots economies in tourism-oriented areas.

Keywords: Particulate Matter; Environmental impacts; Health impacts; Life Cycle Assessment

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยการประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์จากการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลวของกระบวนการผลิตข้าวหลามในจังหวัดชลบุรี

ศิวา สิริจามร¹ ฤทัยชนก ภูพวง² สุนัฐชา เผ่าพงษ์ศิลป์³ ทัดดาว พาหาทรัพย์อนันต์⁴ และ รจฤดี โชติกาวิรินทร์^{5*}

1 นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

2 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เทศบาลเมืองแสนสุข

3 อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

4 อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

5 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* อีเมลติดต่อ rotruedee@go.buu.ac.th.

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 มกราคม 2569

วันแก้ไข 25 มกราคม 2569

วันตอบรับ 27 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

มลพิษทางอากาศจากการผลิตข้าวหลามด้วยเชื้อเพลิงชีวมวลส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว (Liquefied Petroleum Gas: LPG) ในการผลิตข้าวหลาม พื้นที่ตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวทางบูรณาการระหว่างการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพและการประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment: LCA) วิธีวิจัยใช้รูปแบบผสมวิธี (Mixed-methods) ประกอบด้วยการตรวจวัดความเข้มข้นของฝุ่นละออง PM_{2.5} และ PM₁₀ ณ จุดผลิต และการวิเคราะห์ LCA ตามมาตรฐาน ISO 14040/14044 ด้วยซอฟต์แวร์ OpenLCA ครอบคลุม 4 มิติ คือ ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ ระบบนิเวศ ทรัพยากร และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ผลการศึกษาพบว่าค่าการเผาไหม้ชีวมวลปล่อยฝุ่น PM₁₀ เฉลี่ยสูงกว่า LPG (166.86±11.93 เทียบกับ 97.51±10.06 µg/m³) และเกินมาตรฐานคุณภาพอากาศ 39.05% ขณะที่ศักยภาพการก่อภาวะโลกร้อนจากชีวมวลสูงกว่า LPG ถึง 4.3 เท่า (216.415 เทียบกับ 49.6 kg CO₂ eq) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ชีวมวลก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะรวม 2.87×10⁻⁴ DALY ซึ่งสูงกว่า LPG ถึง 5.2 เท่า นอกจากนี้ LPG มีสัดส่วนฝุ่นละอองพิเศษขนาดเล็กกว่า 0.43 ไมครอนสูงกว่า แต่ก่อผลกระทบโดยรวมต่ำกว่า งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า LPG มีประสิทธิภาพดีกว่าในมิติสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนนโยบายการเปลี่ยนผ่านสู่พลังงานสะอาด ควบคู่การอนุรักษ์ภูมิปัญญาอาหารพื้นถิ่นเพื่อความยั่งยืนของเศรษฐกิจฐานราก

คำสำคัญ : ฝุ่นละอองขนาดเล็ก; ผลกระทบสิ่งแวดล้อม; ผลกระทบด้านสุขภาพ; การประเมินวัฏจักรชีวิต

บทนำ

มลพิษทางอากาศจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงแข็ง (ชีวมวล ถ่านไม้ และถ่านหิน) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรกว่าร้อยละ 40 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหลายล้านรายต่อปี การสัมผัสควันพิษจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทั้งในระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ยังส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ก่อให้เกิดการอักเสบและทำลายเซลล์สมอง (World Health Organization, 2023) โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ที่มีกใช้เวลานานในพื้นที่ที่มีความเข้มข้นของมลพิษสูง (Chitralada School Study, 2025; Shackelford et al., 2025) สถานการณ์นี้รุนแรงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และประเทศไทย ซึ่งภาคเศรษฐกิจนอกระบบ (Informal economy) ยังพึ่งพิงเชื้อเพลิงชีวมวลโดยขาดการกำกับดูแลด้านอาชีวอนามัยที่เข้มงวด

ในบริบทของประเทศไทย ภาคเศรษฐกิจนอกระบบมีบทบาทสำคัญต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม โดยมีแรงงานมากกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ และเป็นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชน (Kongtip et al., 2015) กลุ่มผู้ประกอบการผลิตอาหารพื้นบ้านเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่สร้างรายได้และดำรงรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมท้องถิ่น “ข้าวหลาม” นับเป็นตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารพื้นถิ่นที่มีชื่อเสียงของจังหวัดชลบุรี โดยตำบลแสนสุข อำเภอเมือง เป็นแหล่งผลิตหลักที่ขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์ OTOP มีผู้ประกอบการ 16 ร้าน ผลิตรวม 12,000-15,000 กระบอก/วัน กระบวนการผลิตแบบดั้งเดิมอาศัยการเผาไหม้เชื้อเพลิงชีวมวล (ฟืน กาบมะพร้าว และเศษไม้) เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้กลิ่นและรสชาติเฉพาะตัว ปัจจุบันร้อยละ 12.5 ยังคงใช้ชีวมวล เนื่องจากต้นทุนต่ำ (0.80-1.20 บาท/กก.) อย่างไรก็ตาม กระบวนการเผาไหม้ดังกล่าวเป็นแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองขนาดเล็กและมลพิษทางอากาศอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพอากาศในชุมชน และทัศนวิสัย (Tian et al., 2009) ขณะที่ร้อยละ 75 เปลี่ยนมาใช้ก๊าซปิโตรเลียมเหลว (Liquefied Petroleum Gas: LPG) ซึ่งสามารถลดการปล่อยฝุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีต้นทุนสูงกว่า 15-18 เท่า (18-22 บาท/กก.) และร้านที่ทำการ

เผาข้าวหลามทั้งแบบเผาด้วย LPG และชีวมวล ร้อยละ 12.5 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องประเมินผลกระทบในภาพรวมอย่างรอบด้าน เพื่อหาทางเลือกที่สมดุลระหว่างสุขภาพสิ่งแวดล้อม และความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ

การตัดสินใจเชิงนโยบายและการเลือกเทคโนโลยีการผลิตที่ยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการประเมินภายใต้มุมมองวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment: LCA) ซึ่งเป็นเครื่องมือสากลที่ประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นความซับซ้อนของผลกระทบจากการเลือกใช้เชื้อเพลิง โดย Tonne et al. (2023) รายงานว่า แม้ก๊าซธรรมชาติจะลดผลกระทบด้านสุขภาพ ณ จุดใช้งาน แต่กลับมีการปล่อยก๊าซมีเทนในกระบวนการต้นน้ำ ขณะที่ผลกระทบของชีวมวลขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาและกระบวนการผลิตอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากกระบวนการผลิตข้าวหลามในตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยเปรียบเทียบการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซ LPG ผ่านการประเมินเชิงบูรณาการทั้งด้านปริมาณและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กทางอากาศ รวมถึงการประเมิน LCA ภายใต้กรอบมาตรฐาน ISO 14040/14044 ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพมนุษย์ ระบบนิเวศ การใช้ทรัพยากร และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยใช้โปรแกรม OpenLCA 2.1.0 ผลการศึกษามุ่งสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายการเปลี่ยนผ่านสู่พลังงานสะอาดที่สมดุลระหว่างการคุ้มครองสุขภาพ การลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมความยั่งยืนของเศรษฐกิจฐานราก สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ พลังงาน การผลิตที่ยั่งยืน และการรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

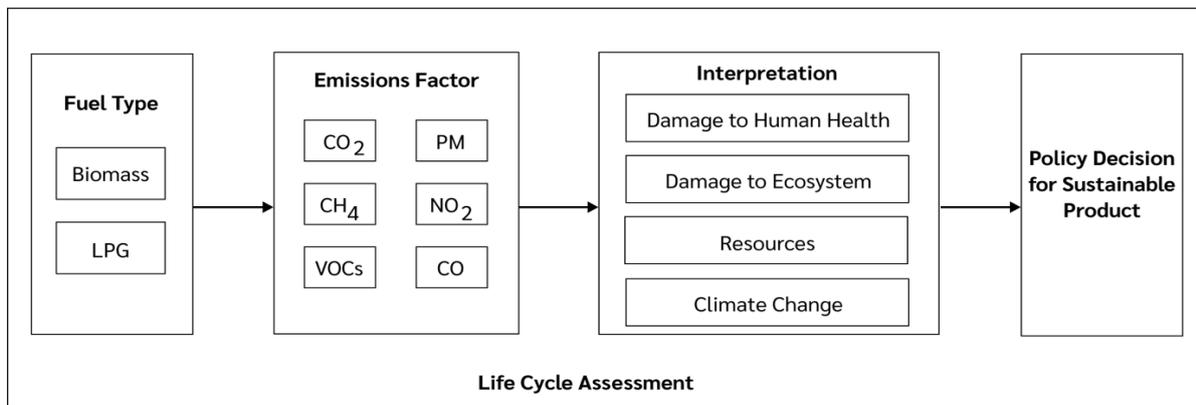
1. เพื่อประเมินปริมาณและการกระจายตัวของมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ที่เกิดจากกระบวนการผลิตข้าวหลามที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว ในพื้นที่ตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพภายใต้มุมมองวัฏจักรชีวิตระหว่างกระบวนการผลิตข้าวหอมที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) ในพื้นที่ตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงลำดับความสัมพันธ์เป็นขั้นตอนจากการเลือกชนิดเชื้อเพลิงที่ใช้ในการผลิตข้าวหอม (เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว) ซึ่งมีผลต่อปริมาณและชนิดของมลพิษที่ปล่อย

ออกมา (เช่น CO₂, PM, CH₄, NO₂, VOCs, CO) จากนั้นนำข้อมูลการปลดปล่อยมลพิษไปประเมินผลกระทบผ่านกระบวนการ Life Cycle Assessment (LCA) ใน 4 มิติ ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ ผลกระทบต่อระบบนิเวศ การใช้ทรัพยากร และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการผลิตข้าวหอมที่ยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในจังหวัดชลบุรี ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อประเมินความเข้มข้นและการกระจายขนาดของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM) จากกระบวนการเผาข้าวหอมในตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้การประเมินวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Assessment: LCA) ตามมาตรฐาน ISO 14040 เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมจากการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) การวิเคราะห์ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการจัดหาเชื้อเพลิง การปลดปล่อยมลพิษจนถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและแนวทางการผลิตที่ยั่งยืนในระดับชุมชน การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment: LCA)

1.1 การกำหนดเป้าหมายและขอบเขต (Goal and Scope)

ในขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายและขอบเขต (Goal and Scope Definition) ของการประเมินวัฏจักรชีวิต จะระบุวัตถุประสงค์หลักของ LCA อย่างชัดเจน เพื่อประเมินสมรรถนะด้านสิ่งแวดล้อมของกระบวนการหรือระบบที่ศึกษา พร้อมกำหนดขอบเขตของระบบและช่วงวัฏจักรชีวิตที่พิจารณา โดยครอบคลุมการกำหนดหน่วยหน้าที่ (functional unit) ขอบเขตของระบบ ข้อสมมติฐาน ข้อจำกัด และขั้นตอนการปันส่วน (allocation procedures) ตามกรอบมาตรฐานสากล (Bora, 2023)

1.2 การวิเคราะห์เพื่อทำบัญชีรายการสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Inventory; LCI)

การวิเคราะห์บัญชีรายการวัฏจักรชีวิต (Life Cycle Inventory: LCI) เป็นขั้นตอนสำคัญของ LCA ที่มุ่งรวบรวมข้อมูลเชิงระบบของปัจจัยนำเข้าและผลผลิตตลอดวัฏจักรชีวิตของกระบวนการผลิต โดยครอบคลุมวัตถุดิบ พลังงาน น้ำ ผลิตภัณฑ์ ของเสีย และการปล่อยมลพิษ เพื่อสะท้อนผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวมอย่างเป็นองค์รวม (Klöppfer, 2006) การวิเคราะห์ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์การไหลของวัสดุ (Material Flow Analysis: MFA) ภายใต้หลักสมดุลมวล

เพื่อประเมินทิศทางและปริมาณของวัสดุภายในขอบเขตพื้นที่และเวลาที่กำหนดอย่างเป็นระบบ

1.3 การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Impact Assessment; LCIA)

การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมตลอดวัฏจักรชีวิต ดำเนินการโดยนำข้อมูลสารขาเข้าและสารขาออกของทุกกระบวนการมาคำนวณด้วยโปรแกรม OpenLCA version 2.1.0 โดยประยุกต์ใช้วิธี ReCiPe 2016 v1.1 (Midpoint, Hierarchist) และใช้ค่า normalization factors ระดับโลกสำหรับปีอ้างอิง 2010 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในหมวดต่าง ๆ ได้ อย่างเป็นมาตรฐานสากล (Huijbregts et al., 2016) เป็นวิธีการประเมินผลกระทบของวัฏจักรชีวิต สามารถคำนวณได้ตามสมการที่ (1) ดังนี้

$$\text{Emission} = \sum (\text{Activity} \times \text{Emission Factor}) \quad (1)$$

โดย Emission คือ ปริมาณมลพิษที่ถูกปล่อยออก

Activity คือ ปริมาณสารที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ

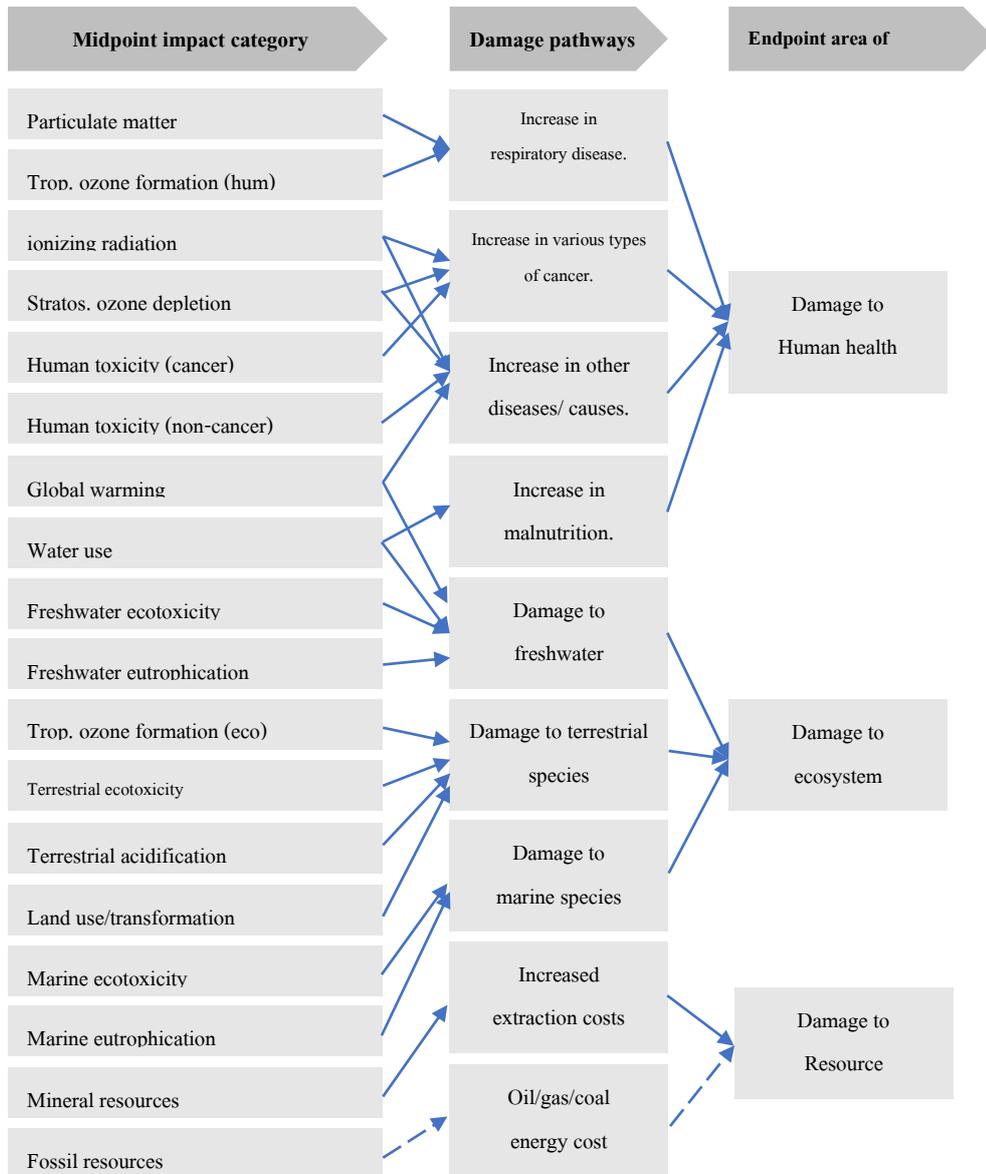
Emission Factor คือ ค่าแฟกเตอร์ของสารต่างๆ

การประเมินผลกระทบเลือกใช้คาร์บอนฟุตพริ้นท์ (kg CO₂ equivalent) เป็นหน่วยหลักในการแปลง

การปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยการกำหนดค่าสัมประสิทธิ์ศักยภาพการเกิดผลกระทบช่วยให้สามารถระบุประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมที่มีนัยสำคัญหรือจุดวิกฤตของระบบ (environmental hotspots) ได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบ

1.4 การวิเคราะห์และการแปลผล (Interpretation)

การแปลผลการศึกษาเป็นขั้นตอนสุดท้ายของ LCA โดยนำผลจากการวิเคราะห์บัญชีรายการและการประเมินผลกระทบทั้งระดับ midpoint และ endpoint โดยใช้ซอฟต์แวร์ OpenLCA version 2.1.0 และฐานข้อมูล Ecoinvent 3.5 สังเคราะห์เป็นข้อสรุปและข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตการศึกษา ภายใต้กรอบ ReCiPe 2016 ตามมาตรฐาน ISO 14040 และ ISO 14044 ครอบคลุม 4 มิติ คือ ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ ผลกระทบต่อระบบนิเวศ การใช้ทรัพยากร และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ นอกจากนี้ ยังครอบคลุมเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ SDG 3 (Good Health) SDG 7 (Clean Energy) SDG 12 (Responsible Consumption and Production) และ SDG 13 (Climate Action) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพรวมของหมวดหมู่ผลกระทบที่ครอบคลุมในวิธีการ ReCiPe2016
ที่มา: Huijbregts et al., 2016

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณและการกระจายตัวของฝุ่นละอองที่เกิดจากการเผาข้าวหลาม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษาตั้งอยู่ในตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี (13°18'18.7"N, 100°00'23.0"E) ซึ่งเป็นพื้นที่ชานเมืองชายฝั่งที่มีการใช้ประโยชน์ที่ดินแบบผสมผสานและมีกิจกรรมการเผาข้าวหลามตลอดทั้งปี ประชากรในการศึกษาคือ ร้านผลิตข้าวหลามทั้งหมด 16 ร้านในตำบลแสนสุข (ข้อมูลจากสำนักงานเทศบาลตำบลแสนสุข, 2565)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี purposive sampling โดยคัดเลือกร้านตัวแทน 2 ร้าน ตามเกณฑ์ ต่อไปนี้

- การใช้เชื้อเพลิง: ร้านที่ 1 ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลเป็นหลัก และร้านที่ 2 ใช้ LPG เป็นหลัก
- ปริมาณการผลิต: ร้านที่มีกำลังการผลิตใกล้เคียงค่ามัธยฐานของพื้นที่ (800-1,000 กระบอก/วัน)
- ความยินยอมและความพร้อมของพื้นที่ในการเข้าร่วมวิจัย: เจ้าของร้านให้ความยินยอม มีพื้นที่ที่เหมาะสมและอนุญาตให้ติดตั้งเครื่องวัดคุณภาพอากาศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องเก็บตัวอย่างฝุ่นแอนเดอร์เซนอิมแพคเตอร์ (Andersen Impactor) 8 ชั้น (Non-viable Anderson impactors) จำแนกตามขนาดทั้งหมด 9 ขนาด ได้แก่ 9.1 - 10.0, 5.9 - 9.0, 4.8 - 5.8, 3.4 - 4.7, 2.2 - 3.3, 1.2 - 2.1, 0.66 - 1.1, 0.43 - 0.65 และ <0.43 ไมครอน เครื่องวัดอัตราการไหลของอากาศ (Rotameter) บั้มเก็บตัวอย่างอากาศ (High flow pump) เครื่องปรับเทียบอัตราการไหลของอากาศ (Calibrator) กระดาษกรองใยแก้ว แผ่นอลูมิเนียมฟอยล์ (Aluminium Foil) ตู้ดูดความชื้น (Dessicator) เครื่องชั่งน้ำหนัก งานเพาะเชื้อสำหรับบรรจุกระดาษกรอง เครื่องวัดความชื้น เครื่องวัดความเร็วลม ทำการปรับเทียบอุปกรณ์และเครื่องมือ โดยการปรับเทียบบั้มก่อนเก็บตัวอย่างด้วยเครื่องวัดอัตราการไหลของอากาศแบบ Primary standard โดยมีอัตราการไหล 28.3 ลิตร/นาที สำหรับการปรับเทียบเครื่องมือให้ต่อเครื่องมือ เมื่อปรับเทียบเครื่องมือเรียบร้อยแล้วให้เอาเครื่องวัดอัตราการไหลออก แล้วจึงนำไปเก็บตัวอย่างอากาศต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองดำเนินการเป็นระยะเวลา 7 วัน (30 มีนาคม-9 เมษายน) โดยทำการเก็บชั่วโมง 3 ตำแหน่ง ระหว่างช่วงเวลาที่มีการเผา (04.30-07.30 น. และ 03.00-06.00 น.) ครั้งละ 3 ชั่วโมง เครื่องเก็บตัวอย่างอากาศติดตั้งตามหลักปฏิบัติมาตรฐาน โดยคำนึงถึงทิศทางลมซึ่งวัดด้วยเครื่องวัดความเร็วลมดิจิทัล (ความแม่นยำ ± 0.1 m/s) วางที่ความสูง 1.5 เมตรจากพื้นดินและห่างจากแหล่งกำเนิด 2 เมตร เพื่อสะท้อนระดับการรับสัมผัสของมนุษย์อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ดำเนินการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของร้านตัวอย่างเพื่อประกอบการวิเคราะห์ โดยรวบรวมข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมและการดำเนินงาน ได้แก่ ปริมาณวัตถุดิบ ลักษณะพื้นที่เผา ประเภทและปริมาณเชื้อเพลิงที่ใช้ระยะเวลาและช่วงเวลาการเผา จำนวนครั้งในการเผาต่อวัน และปริมาณข้าวหลามที่ผลิตต่อวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2. ระหว่างการเก็บตัวอย่างฝุ่นละออง มีการตรวจวัดความชื้น อุณหภูมิ และความเร็วลมในอากาศควบคู่กัน พร้อมดำเนินการควบคุมคุณภาพโดยตรวจสอบรอยรั่วและรอยต่อของสายยาง รวมถึงตรวจสอบอัตราการ

ไหลของอากาศ เพื่อให้มั่นใจถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัด

3 หลังการเก็บตัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ชั่วโมง แผ่นเยื่อกรองและแผ่นรองรับถูกบรรจุในจานเพาะเชื้อพลาสติกและพักในตู้ดูดความชื้นเป็นเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการดูดซับความชื้น ก่อนนำไปชั่งน้ำหนักด้วยวิธี กราวิเมตริกเพื่อคำนวณมวลฝุ่นละอองจากบรรยากาศและแยกตามแต่ละชั้นการกักเก็บ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณความเข้มข้นของฝุ่นในหน่วยมิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ดังสมการที่ (2) ปริมาณฝุ่นละอองในหน่วยมิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (mg/m^3)

$$= (A - B) / QT \quad (2)$$

เมื่อ A = น้ำหนักแผ่นกรองหลังเก็บตัวอย่าง (mg)

B = น้ำหนักแผ่นกรองก่อนเก็บตัวอย่าง (mg)

Q = อัตราการไหลของอากาศ (m^3/min)

T = เวลาที่เก็บตัวอย่าง (min)

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มข้นฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10}) พร้อมวิเคราะห์การกระจายขนาดอนุภาค เพื่อเปรียบเทียบปริมาณและลักษณะฝุ่นละอองระหว่างการเผาด้วยเชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซ รวมถึงช่วงเวลาที่ไม่มีมีการเผา ผลลัพธ์นำเสนอในรูปแบบการเปรียบเทียบกับมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป พ.ศ. 2535 พร้อมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฝุ่นละอองกับปัจจัยทางกายภาพ เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย

1. การประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ (Life Cycle Assessment: LCA)

1.1 การกำหนดเป้าหมายและขอบเขต (Goal and Scope)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG) ในกระบวนการผลิตข้าวหลาม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการผลิตที่ยั่งยืนของผู้ประกอบการในตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี การประเมินกำหนดขอบเขตระบบแบบ gate-to-gate ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมวัตถุดิบ การเผาด้วย

เชื้อเพลิง การใช้ทรัพยากร การปล่อยมลพิษและการจัดการของเสียภายในสถานที่ผลิต โดยกำหนดหน่วยการทำงานเป็นการผลิตข้าวหลาม 100 กระบอก เพื่อใช้เป็นฐานเปรียบเทียบผลกระทบระหว่างสถานการณ์การใช้เชื้อเพลิงทั้งสองประเภทภายใต้กรอบสมมติฐานที่กำหนดดังภาพที่ 3

Scenario 1: S1 กระบวนการผลิตข้าวหลามโดยใช้เชื้อเพลิงชีวมวล

Scenario 2: S2 กระบวนการผลิตข้าวหลามโดยใช้เชื้อเพลิง LPG



ภาพที่ 3 ขอบเขตของการศึกษาการประเมิน LCA ของการผลิตข้าวหลาม

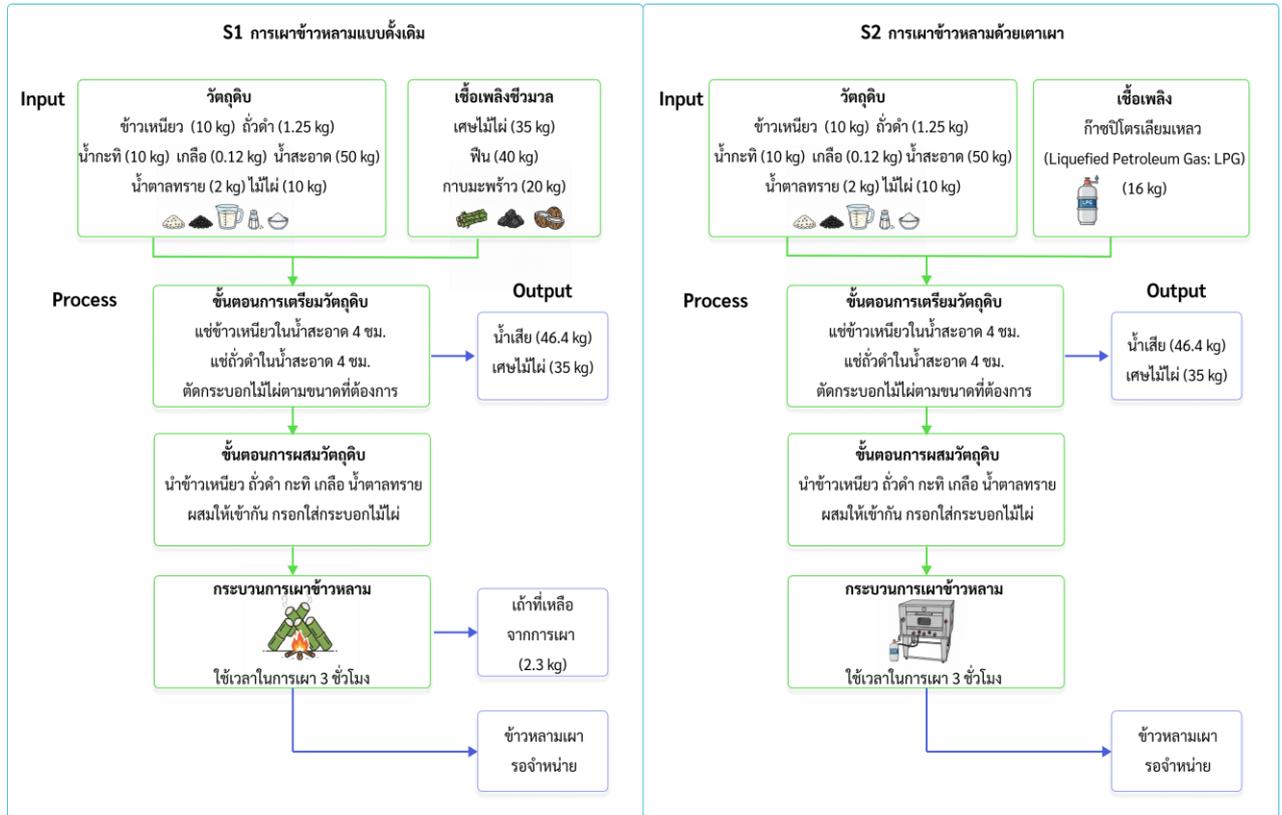
1.2 การวิเคราะห์เพื่อทำบัญชีรายการสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Inventory; LCI)

การจัดทำบัญชีรายการสิ่งแวดล้อมของการผลิตข้าวหลามกำหนดขอบเขตการศึกษาแบบ Gate-to-Gate โดยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลมวลสารและพลังงานขาเข้า-ขาออกในกระบวนการผลิตข้าวหลามสำเร็จรูป จำนวน 100 กระบอก ภายใต้สองสถานการณ์การใช้เชื้อเพลิง ได้แก่ S1: เชื้อเพลิงชีวมวล และ S2: ก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG)

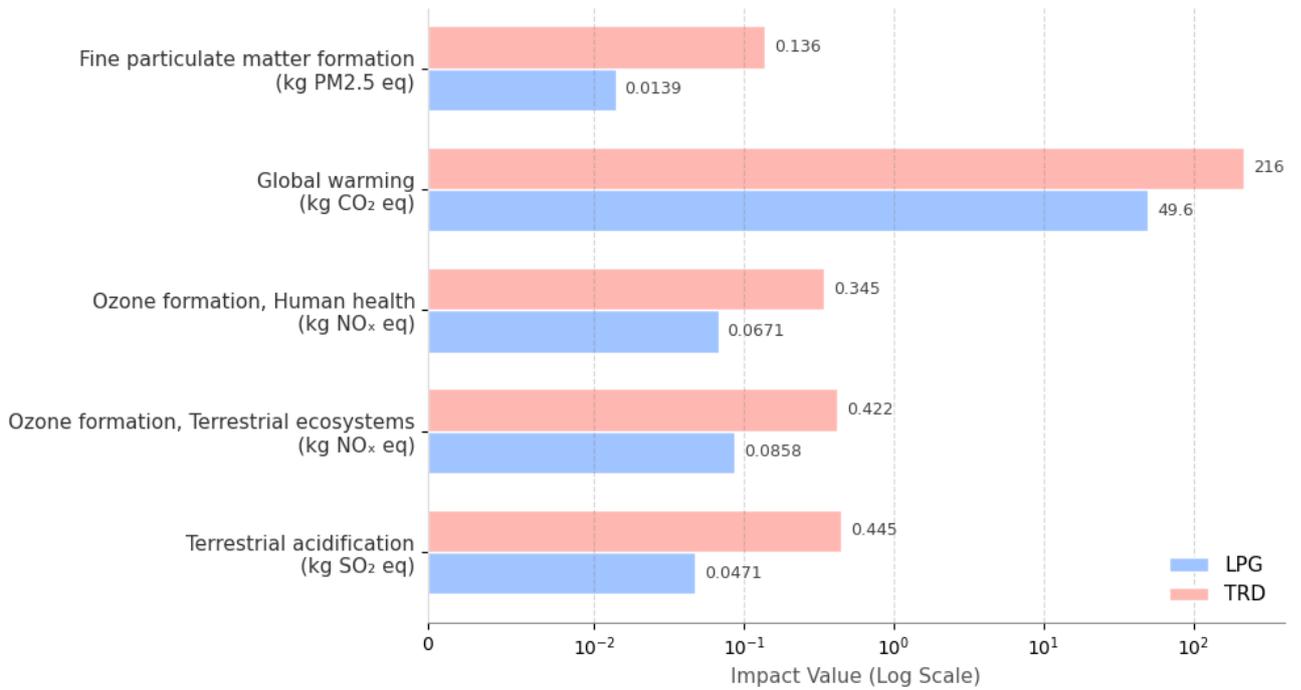
มวลสารขาเข้า (Inputs) ประกอบด้วย ข้าวเหนียว ถั่วดำ กะทิ น้ำตาลทราย น้ำประปา พลังงานไฟฟ้า เชื้อเพลิงหลัก (LPG หรือชีวมวล) และกระบอกไม้ไผ่ มวล

สารขาออก (Outputs) ประกอบด้วย น้ำเสียจากการล้างวัตถุดิบ และของเสียแข็ง ได้แก่ ถัง และเศษไม้ไผ่

ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ได้มาจากการลงพื้นที่สำรวจ ณ ร้านข้าวหลาม 2 แห่ง โดยดำเนินการบันทึกปริมาณการใช้วัตถุดิบ พลังงาน และน้ำ รวมถึงซึ่งน้ำหนักของเสียตลอดกระบวนการผลิต พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ประกอบการในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การจัดการวัตถุดิบ การเผาข้าวหลาม การบรรจุ จนถึงการจัดการของเสีย ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้มาจากรฐานข้อมูลในโปรแกรม OpenLCA งานวิจัย และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการเก็บข้อมูล LCI ของการผลิตข้าวหลามตาม Scenario S1 และ S2 ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลบัญชีรายการสิ่งแวดล้อม (LCI)



ภาพที่ 5 การเปรียบเทียบผลกระทบชั้นกลางของการผลิตข้าวหลาม 100 กระบอก โดยใช้เชื้อเพลิงชีวมวล (TRD) และเชื้อเพลิงก๊าซปิโตรเลียมเหลว (LPG)

1.3 การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Life Cycle Impact Assessment; LCIA)

การวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของการผลิตข้าวหอม โดยใช้รูปแบบการประเมินตาม ReCiPe 2016 ในการประเมินผลกระทบชั้นกลางและผลกระทบชั้นปลาย ในรูปแบบการประเมินความเสียหายด้วยโปรแกรม Open LCA 2.0 โดยคำนวณในการผลิตข้าวหอม 1 Function Unit (100 กระบอ) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) ผลการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมชั้นกลาง (Mid-point category)

ก. กระบวนการผลิตข้าวหอมโดยใช้เชื้อเพลิงชีวมวล (S1)

ผลการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระบวนการผลิตข้าวหอมที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลด้วยระเบียบวิธี ReCiPe 2016 Midpoint (H) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญในหลายหมวด โดยการวิเคราะห์เชิงปริมาณสะท้อนความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างการใช้พลังงานชีวมวลกับการปลดปล่อยมลพิษที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิต ดังนี้

- ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) โดยมีค่า Global Warming Potential เท่ากับ 216.415 kg CO₂ eq ซึ่งสะท้อนถึงการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจำนวนมาก อันมีสาเหตุหลักจากการเผาไหม้ชีวมวลในเตาหุงต้มที่มีประสิทธิภาพต่ำ

- มลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ (Air Pollution and Human Health) กระบวนการผลิตข้าวหอมเกิดการก่อตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Fine particulate matter formation) มีค่าเท่ากับ 0.136 kg PM_{2.5} eq ในขณะที่การก่อตัวของโอโซนที่ส่งผลต่อสุขภาพมนุษย์ (Ozone formation, Human health) มีค่าเท่ากับ 0.344 kg NO_x eq ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการเผาไหม้ไม้พินหรือเศษวัสดุทางการเกษตรในเตาแบบดั้งเดิมเป็นแหล่งกำเนิดอนุภาคแขวนลอยและก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ในระดับที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจของประชากรในพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

- ความเป็นพิษต่อระบบนิเวศและมนุษย์ (Toxicity Levels) ผลการประเมินพบค่า Terrestrial

ecotoxicity สูงถึง 25.611 kg 1,4-DCB ซึ่งเป็นหมวดความเป็นพิษที่มีค่าสูงที่สุด สะท้อนการสะสมของสารมลพิษในดินจากเถ้าถ่านและอนุภาคที่เกิดจากการเผาไหม้ ขณะที่ความเป็นพิษต่อมนุษย์พบค่า human non-carcinogenic toxicity เท่ากับ 3.444 kg 1,4-DCB และ human carcinogenic toxicity เท่ากับ 0.030 kg 1,4-DCB ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงสะสมของสารพิษในสิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหารรอบสถานประกอบการ

- การสะสมความเป็นกรดและการใช้ทรัพยากร (Acidification and Resource Depletion) การสะสมความเป็นกรดในดิน (Terrestrial acidification) มีค่าเท่ากับ 0.444 kg SO₂ eq ซึ่งเกิดจากการปลดปล่อยก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์และก๊าซไนโตรเจนออกไซด์จากการเผาไหม้ชีวมวล

- การบริโภคน้ำและที่ดิน (Water and Land Use) เป็นที่น่าสังเกตว่าค่า Water consumption มีค่าติดลบเท่ากับ -0.203 m³ ซึ่งอาจหมายถึงความสมดุลของน้ำในระบบหรือการหมุนเวียนน้ำกลับสู่ระบบในบางขั้นตอนของวัฏจักรชีวิต เช่น การระเหยของน้ำจากการเผา

ข. กระบวนการผลิตข้าวหอมโดยใช้เชื้อเพลิง LPG (S2)

- ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) มีค่า Global Warming Potential เท่ากับ 49.6 kg CO₂ eq ซึ่งต่ำกว่ากระบวนการที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวล (216.415 kg CO₂ eq) มากกว่า 4 เท่า ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิภาพการเผาไหม้ที่สูงและค่าความร้อนที่สม่ำเสมอของเตาก๊าซ ซึ่งช่วยลดปริมาณการใช้เชื้อเพลิงต่อหน่วยผลิตได้

- ผลกระทบต่อคุณภาพอากาศในระดับต่ำ โดยมีการก่อตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กเท่ากับ 0.0139 kg PM_{2.5} eq และการก่อตัวของโอโซนที่ส่งผลต่อสุขภาพมนุษย์เท่ากับ 0.0671 kg NO_x eq ซึ่งต่ำกว่ากระบวนการที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลเกือบ 10 เท่าเมื่อเทียบกับเชื้อเพลิงชีวมวล สะท้อนถึงประสิทธิภาพการเผาไหม้ที่สูงและการปลดปล่อยคาร์บอนดำและเถ้าที่ต่ำกว่าของ LPG เมื่อเทียบกับเชื้อเพลิงแข็งอย่างมีนัยสำคัญ

- การสะสมความเป็นกรดและการใช้ทรัพยากร (Acidification and Resources) แสดงผลกระทบด้านการสะสมความเป็นกรดในดินในระดับต่ำ โดยมีค่า terrestrial

acidification เท่ากับ 0.0471 kg SO₂ eq ซึ่งต่ำกว่าระบบที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลอย่างชัดเจน

- ความเป็นพิษและการบริโภคน้ำ (Toxicity and Water Consumption) ผลการวิเคราะห์ที่หมวดหมู่ความเป็นพิษทั้งหมด ทั้งในมนุษย์และระบบนิเวศ (Terrestrial, Freshwater, and Marine ecotoxicity) รวมถึงการสะสมธาตุอาหารในน้ำ (Eutrophication) มีค่าเป็นศูนย์ (0 kg 1,4-DCB / kg P/N eq) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการใช้ LPG แทบไม่มีการปลดปล่อยสารโลหะหนักหรือสารเคมีตกค้างสู่แหล่งน้ำและดินในขั้นตอนการดำเนินงาน สำหรับการบริโภคน้ำ (Water consumption) มีค่าอยู่ที่ 0.045 m³ ซึ่งแสดงถึงปริมาณน้ำที่ใช้จริงในกระบวนการผลิต

2) การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมชั้นปลาย (Endpoint category)

ก. กระบวนการผลิตข้าวหลามโดยใช้เชื้อเพลิงชีวมวล (S1)

- ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ (Damage to Human Health) จากการประเมินในหน่วย DALY (Disability-Adjusted Life Years) หรือปีสุขภาวะที่สูญเสียไป พบว่ากระบวนการผลิตนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสองประการ ได้แก่ การทำให้โลกร้อน (Global warming, Human health) มีค่าเท่ากับ 2.00842E-04 DALY ซึ่งถือเป็นแหล่งกำเนิดความเสียหายที่สูงที่สุดในหมวดสุขภาพมนุษย์ การก่อตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Fine particulate matter formation) มีค่าเท่ากับ 8.57091E-05 DALY ความเป็นพิษต่อมนุษย์ พบค่าความเสียหายจากสารที่ไม่ก่อมะเร็ง (7.84224E-07 DALY) และสารก่อมะเร็ง (1.00753E-07 DALY) ตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจคือมีการแสดงค่า ติดลบในส่วนของ การบริโภคน้ำต่อสุขภาพมนุษย์ (-4.51182E-07 DALY) ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของแบบจำลองวัฏจักรชีวิตที่มีการชดเชยการใช้น้ำในระบบ ผลรวมของผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ ทั้งหมดคือ 2.873 x 10⁻⁴ DALY หรือประมาณ 0.000287 DALY ซึ่งหมายถึงทุกๆ 1 รอบการผลิต (Functional Unit) ของกระบวนการนี้ จะส่งผลกระทบต่อประชากรโดยรวมสูญเสียปีสุขภาวะที่ดีไปประมาณ 2 ชั่วโมง 31 นาที

- ผลกระทบต่อคุณภาพระบบนิเวศ (Damage to Ecosystem Quality) ความเสียหายต่อความหลากหลายทางชีวภาพวัดในหน่วย species.yr (จำนวนสายพันธุ์ที่คาดว่าจะสูญพันธุ์ต่อปี) โดยมีประเด็นสำคัญ คือ

ผลกระทบต่อระบบนิเวศทางบก ปัจจัยหลักมาจากการทำให้โลกร้อน (Global warming, Terrestrial ecosystems) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 6.05963E-07 species.yr การก่อตัวของโอโซน (5.43526E-08 species.yr) และความเป็นพิษต่อระบบนิเวศทางบก (2.91904E-10 species.yr) ตามลำดับ และผลกระทบต่อระบบนิเวศทางน้ำพบความเสียหายในระดับที่ต่ำกว่าทางบกอย่างชัดเจน โดยมีค่าการสะสมธาตุอาหารในน้ำจืด (Freshwater eutrophication) อยู่ที่ 7.79324E-11 species.yr และความเป็นพิษในน้ำจืดเท่ากับ 2.35918E-12 species.yr โดยที่ผลรวมของผลกระทบต่อระบบนิเวศทั้งหมดเท่ากับ: 7.518 x 10⁻⁷ species.yr (หรือประมาณ 0.000000752 species.yr) แสดงให้เห็นว่าในการผลิตข้าวหลาม 1 รอบ มีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะสูญเสายพันธุ์สิ่งมีชีวิตไปเป็นสัดส่วนที่น้อยมากต่อปี

- ผลกระทบด้านความขาดแคลนทรัพยากร (Damage to Resource Scarcity) ความเสียหายในมิตินี้วัดด้วยต้นทุนส่วนเพิ่มที่สังคมต้องแบกรับในอนาคต (หน่วย USD2013) พบว่า การขาดแคลนทรัพยากรฟอสซิล (Fossil resource scarcity) มีค่าเท่ากับ 4.995 USD2013 การขาดแคลนทรัพยากรแร่ธาตุ (Mineral resource scarcity) มีค่าเพียง 0.002 USD2013 ผลรวมทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 4.997 USD2013 ซึ่งหมายถึง การผลิตข้าวหลาม 1 หน่วยการผลิต สามารถสร้างต้นทุนการใช้ทรัพยากรไว้ให้สังคมในอนาคตที่ต้องแบกรับเป็นมูลค่าประมาณ 5 ดอลลาร์สหรัฐ (ตามค่าเงินปี 2013) โดยภาระเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.9) เกิดจากการพึ่งพาพลังงานฟอสซิลที่แฝงอยู่ในวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์

ข. กระบวนการผลิตข้าวหลามโดยใช้เชื้อเพลิง LPG (S2)

- ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ (Damage to Human Health) พบค่า Global warming, Human health เท่ากับ 4.60288E-05 DALY ค่า Fine particulate matter formation เท่ากับ 8.71482E-06 DALY และ Ozone formation, Human health มีผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ที่ 6.1032E-08 DALY โดยที่ ค่าความเป็นพิษต่อมนุษย์ทั้งกลุ่มที่ก่อมะเร็งและไม่ก่อมะเร็ง (Human toxicity) รวมถึงการแผ่รังสี (Ionizing radiation) มีค่าเป็น 0 DALY ชี้ให้เห็นว่าการใช้ LPG ในขั้นตอนการผลิต (Gate-to-Gate) ปลอดภัยต่อสุขภาพในมิติของสารเคมีตกค้างและสารก่อมะเร็งมากกว่ากระบวนการผลิตแบบ

ดั้งเดิม ผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์มีค่าผลรวมเท่ากับ 5.491×10^{-5} DALY ซึ่งหมายถึง ในการผลิตข้าวหลามโดยใช้เชื้อเพลิง LPG เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะที่ดีไปประมาณ 0.020 วัน หรือเทียบเท่ากับ 29 นาที ต่อหนึ่งรอบการผลิต

- ผลกระทบต่อคุณภาพระบบนิเวศ (Damage to Ecosystem Quality) พบว่าอยู่ในระดับที่ต่ำ ค่า Global warming Terrestrial ecosystems มี ค่ำ $1.3888E-07$ species.yr Ozone formation, Terrestrial ecosystems มีค่าเท่ากับ $1.10569E-08$ species.yr และ Terrestrial acidification พบค่าการสะสมความเป็นกรดเพียง $9.97782E-09$ species.yr ผลรวมทั้งหมดต่อระบบนิเวศเท่ากับ 1.60522×10^{-7} species.yr แสดงให้เห็นว่าในการผลิตข้าวหลามด้วยเชื้อเพลิง LPG หนึ่งหน่วยการผลิต จะมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียสายพันธุ์สิ่งมีชีวิตในระดับที่น้อยมากเมื่อเทียบกับระบบนิเวศโดยรวม

- ผลกระทบด้านความขาดแคลนทรัพยากร (Damage to Resource Scarcity) พบว่าเกิดผลกระทบด้าน Fossil resource scarcity และ Mineral resource scarcity มีค่าเท่ากับ 0 USD2013 ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าภายใต้ขอบเขตการศึกษาและฐานข้อมูลที่ใช้ กระบวนการผลิตด้วย LPG ไม่ได้สร้างต้นทุนให้กับสังคมในอนาคตในมิติของความขาดแคลนทรัพยากรที่สกัดจากธรรมชาติโดยตรงในขั้นตอนการดำเนินงาน

2. การศึกษาปริมาณและการกระจายตัวของฝุ่นละอองจากการเผาข้าวหลาม ตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี

2.1 ความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM₁₀)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของปริมาณฝุ่นละออง PM₁₀ ระหว่างการใช้เชื้อเพลิงทั้งสองประเภท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเข้มข้นของฝุ่น PM₁₀ จากการผลิตข้าวหลามจำแนกตามประเภทเชื้อเพลิง

การทดลอง	เชื้อเพลิงชีวมวล (µg/m ³)	LPG (µg/m ³)
ครั้งที่ 1	139.38	74.60
ครั้งที่ 2	131.53	106.01
ครั้งที่ 3	182.57	43.19
ค่าเฉลี่ย ± SD	166.86 ± 11.93	97.51 ± 10.06
Background	184.53	239.50

การเผาข้าวหลามด้วยเชื้อเพลิงชีวมวลปล่อยฝุ่น PM₁₀ สูงกว่าการใช้ LPG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (166.86 ± 11.93 เทียบกับ 97.51 ± 10.06 µg/m³; $p < 0.05$) โดยมีอัตราส่วนความแตกต่าง 1.71:1 และมีค่าความเข้มข้นเกินมาตรฐานคุณภาพอากาศ 24 ชั่วโมงถึง 39.05% ขณะที่การใช้ LPG ให้ค่าฝุ่นต่ำกว่ามาตรฐาน 18.74% นอกจากนี้การพบค่า PM₁₀ พื้นหลังของระบบ LPG สูงกว่าช่วงการเผาอย่างเด่นชัด สะท้อนถึงอิทธิพลของแหล่งกำเนิดมลพิษอื่นในพื้นที่ เช่น การจราจรหรือกิจกรรมก่อสร้าง ซึ่งอาจ

ส่งผลต่อคุณภาพอากาศโดยรวมมากกว่ากระบวนการเผาเอง

2.2 การกระจายตัวของฝุ่นละอองตามขนาดอนุภาค

ผลการวิเคราะห์การกระจายตัวของฝุ่นในระบบ 9 ชั้น (stage 1-9) แสดงให้เห็นรูปแบบที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างทั้งสองประเภทเชื้อเพลิง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายตัวของฝุ่นละอองตามขนาดอนุภาคจากการผลิตข้าวหลาม

ชั้นที่	ขนาดของฝุ่น ละออง (μm)	เชื้อเพลิงชีวมวล ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	LPG ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	อัตราส่วน
1	9.1-10.0	43.84 \pm 6.31	16.36 \pm 12.77	2.68:1
2	5.9-9.0	13.09 \pm 5.67	12.43 \pm 8.85	1.05:1
3	4.8-5.8	8.51 \pm 4.09	3.93 \pm 0.00	2.17:1
4	3.4-4.7	9.82*	5.89*	1.67:1
5	2.2-3.3	13.74 \pm 7.08	2.94 \pm 1.39	4.67:1
6	1.2-2.1	13.74 \pm 12.26	7.85 \pm 0.00	1.75:1
7	0.66-1.1	17.01 \pm 1.13	1.96*	8.68:1
8	0.43-0.65	33.37 \pm 5.89	11.78 \pm 5.55	2.83:1
9	<0.43	13.74*	34.35*	0.40:1
รวม	78.10 (46.82%)	58.92 (60.46%)		

หมายเหตุ * เมื่อคำนวณค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) พบว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และข้อมูลขนาดของฝุ่นละอองบางจำนวนมีค่าเป็นศูนย์จึงไม่สามารถคำนวณค่าเฉลี่ยเรขาคณิต (Geometric Mean) ได้

การวิเคราะห์การกระจายขนาดอนุภาคฝุ่น PM_{10} เผยให้เห็นความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างเชื้อเพลิงทั้งสองประเภทอย่างมีนัยสำคัญ การเผาไหม้ชีวมวลแสดงการกระจายแบบไบโมดัล (bimodal distribution) โดยมีการสะสมสูงสุดในช่วงฝุ่นหยาบขนาด 9.10–10.0 μm (43.84 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; 26.27% ของ PM_{10}) อย่างไรก็ตาม พบการสะสมของอนุภาคละเอียดในช่วง 0.43–0.65 μm คิดเป็น 20.00% ส่งผลให้ $\text{PM}_{2.5}$ มีสัดส่วน 46.82% ของ PM_{10} ทั้งหมด สะท้อนความเสี่ยงต่อสุขภาพจากฝุ่นละเอียดที่สามารถแทรกซึมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนปลายได้ ในทางตรงกันข้าม การเผาไหม้ LPG แสดงรูปแบบการกระจายที่เอนเอียงไปทางอนุภาคขนาดเล็ก (fine-dominated profile) โดยอนุภาคขนาดเล็กกว่า 0.43 μm มีสัดส่วนสูงสุด (35.23%) และ $\text{PM}_{2.5}$ คิดเป็น 60.46% ของ PM_{10} ทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่า LPG เป็นแหล่งกำเนิดฝุ่นละเอียดพิเศษ (ultrafine particles) ที่มีความสามารถในการแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือดและก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลายอวัยวะได้

ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า สภาวะความเร็วลมต่ำ ความชื้นสัมพัทธ์สูง และอุณหภูมิอากาศที่ต่ำกว่าค่าพื้นหลัง เป็นปัจจัยจำกัดการแพร่กระจายและส่งเสริมการสะสมตัวของฝุ่นละอองจากกระบวนการเผาข้าวหลาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเช้ามืด ซึ่งความชื้นสัมพัทธ์ที่สูงและอุณหภูมิที่ลดต่ำลงมีบทบาทสำคัญในการเร่งปฏิกิริยาการรวมตัวของอนุภาค (Particle

Agglomeration) ส่งผลให้ระดับความเข้มข้นของ PM_{10} และ $\text{PM}_{2.5}$ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่จึงจำเป็นต้องผนวกปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยาเหล่านี้เข้าสู่การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพกับปริมาณฝุ่น PM_{10} จากการเผาข้าวหลามพบรูปแบบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละปัจจัย ดังนี้

1) ความเร็วลมแสดงความสัมพันธ์แบบผกผันกับปริมาณฝุ่น การเผาด้วยชีวมวลที่ความเร็วลม 0.63 m/s ให้ปริมาณฝุ่น 151.16 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ แต่เมื่อลมลดเหลือ 0.45 m/s ปริมาณฝุ่นเพิ่มขึ้นเป็น 184.53 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ สำหรับ LPG ที่ความเร็วลม 0.29 m/s เกิดฝุ่น 74.60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ แต่พบค่าผิดปกติใน Background (239.50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) ที่ความเร็วลม 0.55 m/s บ่งชี้ถึงอิทธิพลของแหล่งกำเนิดมลพิษภายนอก ผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีการกระจายตัวของมลพิษทางอากาศที่ความเร็วลมสูงช่วยเจือจางความเข้มข้นของฝุ่น

2) ความชื้นสัมพัทธ์มีความสัมพันธ์แบบผกผันเช่นกัน การเผาด้วยชีวมวลที่ความชื้น 86.10% เกิดฝุ่น 151.16 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ แต่เมื่อความชื้นลดเหลือ 63.60% ฝุ่นเพิ่มขึ้นเป็น 184.53 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ รูปแบบเดียวกันพบในการเผาโดยใช้ LPG กลไกที่เป็นไปได้คือความชื้นสูงส่งเสริม wet

deposition และการจับตัวของฝุ่น ในขณะที่สภาวะแห้งเอื้อต่อการลอยตัวของอนุภาค

3) อุณหภูมิแสดงความสัมพันธ์เชิงบวกกับปริมาณฝุ่น เมื่ออุณหภูมิเพิ่มจาก 28.98°C เป็น 34.64°C ในการเผาด้วยชีวมวล ปริมาณฝุ่นเพิ่มจาก 151.16 เป็น 184.53 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ และเมื่ออุณหภูมิเพิ่มจาก 29.26°C เป็น 35.90°C ใน LPG ฝุ่นเพิ่มเป็น 239.50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีอิทธิพลสำคัญต่อการกระจายตัวและความเข้มข้นของฝุ่นละออง โดยเฉพาะความเร็วลมและความชื้นสัมพัทธ์ ซึ่งควรนำไปประกอบการพิจารณาในการออกแบบมาตรการควบคุมมลพิษอากาศสำหรับกิจกรรมผลิตข้าวหลาม

อภิปรายผลการวิจัย

1. มิติด้านสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางสังคม

ผลการศึกษานี้ให้เห็นความขัดแย้งระหว่างการใช้เชื้อเพลิงดั้งเดิมกับความยั่งยืนด้านสุขภาพ โดยการเผาไหม้ชีวมวลก่อให้เกิดมลพิษ $\text{PM}_{2.5}$ สูงถึง 0.1365 kg $\text{PM}_{2.5}$ eq ซึ่งสูงกว่าก๊าซ LPG เกือบ 10 เท่า สะท้อนถึงประสิทธิภาพการเผาไหม้ที่สมบูรณ์กว่าของ LPG (Himanshu et al., 2021) ความแตกต่างนี้ส่งผลให้ค่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ของชีวมวล (2.873×10^4) สูงกว่า LPG อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับระดับฝุ่น $\text{PM}_{2.5}$ (151.16 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) ที่เกินมาตรฐานถึง 26% ซึ่งยืนยันว่ากิจกรรมนี้เป็นแหล่งกำเนิดมลพิษที่สำคัญในชุมชน

แม้ชีวมวลจะมีสัดส่วนเถ้าต่ำ (0.5–3.0% wt) (Obemberger et al., 2006) แต่กระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ เป็นแหล่งแพร่กระจายของโลหะหนักคาร์บอนมอนอกไซด์และสารก่อมะเร็งกลุ่ม PAHs (Vassilev et al., 2010; Tejpal et al., 2019) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรกระบบหัวใจหลอดเลือดในกลุ่มประชากรเปราะบาง (Kodgule & Salvi, 2012) ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย SDG 3 (Good Health and Well-being) โดยประสิทธิภาพของเตาชีวมวลที่ต่ำเพียง 13.5% เมื่อเทียบกับ LPG ได้ตอกย้ำถึงช่องว่างทางเทคโนโลยีที่สร้างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในสตรีและเด็กจากครัวเรือนรายได้น้อยที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสมลพิษในระยะยาว

2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อระบบนิเวศและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การวิเคราะห์ LCA ระดับ Midpoint แสดงให้เห็นว่าการใช้ชีวมวลส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสูงถึง 216.415 kg CO_2 eq ซึ่งมากกว่า LPG ถึง 4.3 เท่า ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย SDG 13 เนื่องด้วยโครงสร้างทางเคมีของชีวมวลเอื้อต่อการปล่อย Black Carbon และ $\text{PM}_{2.5}$ ในปริมาณสูง (Bond et al., 2013) ในขณะที่ LPG แม้จะมีการเผาไหม้ที่สมบูรณ์กว่า แต่มีการปลดปล่อย SO_2 NO_x และ VOCs ซึ่งก่อให้เกิดอนุภาคหยาบ (Ultrafine particles) ที่สามารถแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ (Pope & Dockery, 2006; Zhu et al., 2021)

ในด้านผลกระทบต่อระบบนิเวศ ชีวมวลส่งผลกระทบต่อสูงกว่า LPG อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีปัจจัยหลักจากภาวะโลกร้อนที่คุกคามความหลากหลายทางชีวภาพตามกรอบ SDG 13 (Climate Action) ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าสถานะพลังงานหมุนเวียนของชีวมวลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการประกันความยั่งยืนหากขาดเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การประเมินแบบ Cradle-to-Grave ในอนาคตควรครอบคลุมผลกระทบต่อกระบวนการสกัดและขนส่งในระบบ LPG เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์เปรียบเทียบที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. มิติด้านเศรษฐกิจ ต้นทุนทรัพยากรและความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ

การวิเคราะห์ระดับ Endpoint พบว่าระบบชีวมวลมีต้นทุนการขาดแคลนทรัพยากร สูงถึง 4.99 USD2013 เนื่องจากการพึ่งพาพลังงานฟอสซิลแฝงในห่วงโซ่อุปทานและความไม่มีประสิทธิภาพเชิงความร้อนของเตาแบบดั้งเดิมที่มีค่าเพียง 13.5% (Gangavarapu, 2024) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อต้นทุนแฝงด้านแรงงาน เวลา และโลจิสติกส์ที่สูงกว่าระบบ LPG แม้ราคาวัตถุดิบชีวมวลจะต่ำกว่าแต่กลับให้ผลประหยัดต่อขนาดที่ต่ำกว่าเมื่อพิจารณาจากต้นทุนภายนอก

ข้อค้นพบนี้เชื่อมโยงกับ SDG 7 (Affordable and Clean Energy) SDG 8 (Decent Work and Economic Growth) และ SDG 12 (Responsible Consumption and Production) โดยชี้ให้เห็นว่าการยกระดับเทคโนโลยีเตาเผาชีวมวลให้มีประสิทธิภาพสูงเป็นกุญแจสำคัญในการลดต้นทุนต่อหน่วยพลังงาน แม้การลงทุนเริ่มต้นจะสูงแต่จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจชุมชนในระยะยาวผ่านการลดปริมาณการใช้เชื้อเพลิงที่เกินความจำเป็น

- Chitralada School Study. (2025). The impact of PM2.5 on the health of primary school students aged 10–13 in Bangkok. *International Journal of Research in Social Sciences*.
<https://doi.org/10.47772/URISS.2025.905000411>
- Gangavarapu, V. T. (2024). Life cycle assessment of cooking fuels: A case study in Tamil Nadu, India (TRITA-ITM-EX 2024:115) [Master's thesis, KTH Royal Institute of Technology]. DiVA.
- Himanshu, Pal, K., Jain, S., & Tyagi, S. K. (2021). Energy and exergy analysis and emission reduction from forced draft gasifier cookstove models: A comparative study. *Journal of Thermal Analysis and Calorimetry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/S10973-021-11137-Y>
- Huijbregts, M. A. J., Steinmann, Z. J. N., Elshout, P. M. F., Stam, G., Verones, F., Vieira, M. D. M., Hollander, A., Zijp, M., & van Zelm, R. (2016). ReCiPe 2016: A harmonized life cycle impact assessment method at midpoint and endpoint level. Report I: Characterization (RIVM Report 2016-0104). National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).
- Klöppfer, W. (2006). Book review: The Hitch Hiker's Guide to LCA: An orientation in LCA methodology and application, by Baumann, H., & Tillman, A.-M. *International Journal of Life Cycle Assessment*, 11(2), 142. <https://doi.org/10.1065/lca2006.02.008>
- Kodgule, R., & Salvi, S. (2012). Exposure to biomass smoke as a cause for airway disease in women and children. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 12(1), 82–90. <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e32834ecb65>
- Kongtip, P., Nankongnab, N., Chaikittiporn, C., Laohaudomchok, W., Woskie, S., & Slatin, C. (2015). Informal workers in Thailand: Occupational health and social security disparities. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 25(2), 189–211. <https://doi.org/10.1177/1048291115586036>
- Obernberger, I., Brunner, T., & Bärnthaler, G. (2006). Chemical properties of solid biofuels: Significance and impact—Standardisation of solid biofuels in Europe. *Biomass and Bioenergy*, 30(11), 973–982. <https://doi.org/10.1016/j.biombioe.2006.06.011>
- Pope III, C. A., & Dockery, D. W. (2006). Health effects of fine particulate air pollution: Lines that connect. *Journal of the Air & Waste Management Association*, 56(6), 709–742. <https://doi.org/10.1080/10473289.2006.10464485>
- Shackelford, B. B., Steenland, K., Kirby, M. A., Balakrishnan, K., Chiang, M., Diaz-Artiga, A., McCracken, J. P., Thompson, L. M., Rosa, G., Waller, L. A., Jabbarzadeh, S., Wang, J., Pillarisetti, A., Johnson, M. A., Peel, J. L., Checkley, W., & Clasen, T. F. (2025). Gestational and postnatal exposures to fine particulate matter (PM2.5) and their association with acute ear infections, diarrhea, respiratory symptoms, and mortality: A longitudinal study of infants in the multicountry Household Air Pollution Intervention Network (HAPIN) trial. *Environmental Research*, 285(1), 122258. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2025.122258>
- Tejpal, N., Swaranjit, & Sharma, P. (2019). Study of effects of cooking fuels biomass and LPG on pulmonary function tests in rural women of Punjab. *International Journal of Current Medical and Applied Sciences*, 23(1), 1–5. <http://www.ijcmaas.com>
- Tian, D., Hu, Y., Wang, Y., Boylan, J. W., Zheng, M., & Russell, A. G. (2009). Assessment of biomass burning emissions and their impacts on urban and regional PM 2.5: A Georgia case study. *Environmental Science & Technology*, 43(2), 299–305. <https://doi.org/10.1021/es801827s>
- Tonne, C., Adair-Rohani, H., Amann, M., Ceston, J., Häsler, B., Kiesewetter, G., Lee, J., Nagendra, S. M. S., Sambandam, S., Thondoo, M., & Usmani, F. (2023). Health and climate impacts of scaling adoption of liquefied petroleum gas (LPG) for clean household cooking in Cameroon: A modeling study. *Environmental Health Perspectives*, 131(4), 047003. <https://doi.org/10.1289/EHP11361>
- Vassilev, S. V., Baxter, D., Andersen, L. K., & Vassileva, C. G. (2010). An overview of the chemical composition of biomass. *Fuel*, 89(5), 913–933. <https://doi.org/10.1016/j.fuel.2009.10.022>

- World Health Organization. (2023). Household air pollution and health. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/environmental-health-thailand/household-air-pollution.pdf>
- Zhu, W., Cai, J., Hu, Y., Zhang, H., Han, X., Zheng, H., & Wu, J. (2021). Long-term exposure to fine particulate matter relates with incident myocardial infarction (MI) risks and post-MI mortality: A meta-analysis. *Chemosphere*, 267, 128903. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2020.128903>

The Model Development of Medical Service Reimbursement for the Inpatient department, Suwannaphum Hospital, Roi-Et Province

Pidsamai Savisai^{1*} Songkhamchai Leethongdissakul² Surasak Thiabrithi³

¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Maharakham University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Maharakham University

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Maharakham University

* Corresponding author: e-mail: 65011481044@msu.ac.th -

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Savisai, P. ., Leethongdissakul, S. ., & Thiabrithi, S. . (2026). Model Development of Medical Service Reimbursement for the Inpatient department, Suwannaphum Hospital, Roi-Et Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 173–186. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286094

Received: 11 January 2026

Revised: 24 January 2026

Accepted: 27 January 2026

Abstract

This action research aimed to develop a medical service reimbursement model for the inpatient department of Suwannaphum Hospital. The target group is comprised of 114 personnel involved in the reimbursement process. Research instruments included questionnaires and tools for operational system development. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were examined using content analysis.

The results showed that the newly developed operational process significantly improved reimbursement efficiency, increasing from 58% to 83.96% in the 2025 fiscal year, and generating additional revenue of 8,548,471.71 THB. The development of the reimbursement model had the following six steps: (1) contextual study and situation analysis, (2) stakeholder meetings to report problems and co-create solutions, (3) plan formulation and approval, (4) implementation of the action plan, (5) process evaluation, and (6) lesson-learned extraction through reflection and identification of improvement strategies.

Post-development evaluation indicated that personnel's knowledge increased by an average of 2.87 points (SD = 2.17), which was statistically significant ($p < .05$) at the 95% confidence level. Operational skills increased by an average of 0.35 points (SD = 0.48), ability and readiness for implementation increased by 0.63 points (SD = 0.65), and participation in operations increased by 0.35 points (SD = 0.48). Key success factors were synthesized into a preliminary SVP Model consisting of: (1) an effective system (System), (2) active stakeholder participation (Participation), and (3) value creation with an emphasis on operational sustainability (Value Added).

Keywords: medical service reimbursement, model development, inpatient department, SVP Model, personnel competency

การพัฒนาารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พิสมัย สาวาศัย^{1*} สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล² สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมลติดต่อ 65011481044@msu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 11 มกราคม 2569

วันแก้ไข 24 มกราคม 2569

วันตอบรับ 27 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุววรรณภูมิ กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 114 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และเครื่องมือพัฒนาระบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกชดเชย จากร้อยละ 58 เป็นร้อยละ 83.96 ในปีงบประมาณ 2568 ส่งผลให้รายรับเพิ่มขึ้นเป็น 8,548,471.71 บาท กระบวนการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยฯ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อรายงานปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3) จัดทำและอนุมัติแผน 4) นำแผนสู่การปฏิบัติ 5) ประเมินผลกระบวนการ และ 6) ถอดบทเรียนและหาแนวทางปรับปรุง

หลังการพัฒนา พบว่าสมรรถนะบุคลากรด้านความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.87 คะแนน (SD = 2.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.35 คะแนน (SD = 0.48) ด้านความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.63 คะแนน (SD = 0.65) และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.35 คะแนน (SD = 0.48) ปัจจัยแห่งความสำเร็จถูกสังเคราะห์เป็น SVP Model ได้แก่ 1) System ระบบที่มีประสิทธิภาพ 2) Participation การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และ 3) Value Added การสร้างคุณค่าและความยั่งยืนของการทำงาน

คำสำคัญ : การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์, การพัฒนารูปแบบ, แผนกผู้ป่วยใน, SVP Model, สมรรถนะบุคลากร

บทนำ

ระบบการเงินการคลังเป็นระบบหล่อเลี้ยงสำคัญในการบริหารจัดการของหน่วยบริการทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในระบบสุขภาพภายใต้แนวคิด the sixth Building Blocks หรือ 6 BBs ของ World Health Organization: WHO (WHO, 2017) และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การวางแผนระบบการเงินการคลังที่ดีและเหมาะสม เป็นตัวบ่งชี้ความเจริญและพัฒนาการทางเศรษฐกิจของประเทศในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งกลไกการคลังด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานของความสามารถในระบบสุขภาพ ในการรักษาและปรับปรุงคุณภาพสวัสดิการของมนุษย์ โดยหากปราศจากเงินทุนก็จะเป็นการจ้างงาน ไม่มียาที่จะรักษา และไม่มีส่งเสริมสุขภาพ การคลังสุขภาพทำให้เกิดเงินทุนที่มีอยู่ เช่น การตั้งแรงจูงใจทางการเงินที่เหมาะสมในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้ ซึ่งกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพเป็นส่วนขับเคลื่อนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน (สงครามชัย สิทธิทองดี, 2558)

ประเทศไทยมีการจัดระบบเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพหรือระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันสามระบบหลัก ประกอบด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ Universal Care Coverage Scheme หรือ UCS ระบบประกันสังคม หรือ Social Security Scheme หรือ SSS และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยแต่ละระบบต่างมีกลไก ระบบ และกฎหมาย รวมถึงกลไกการอภิบาลระบบของตนเอง รวมถึงมีปรัชญาแนวคิดในการพัฒนาระบบที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละระบบสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ รวมถึงการบริหารจัดการและกำหนดรูปแบบ วิธีและอัตราจ่ายที่แตกต่างกัน (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขและคณะ, 2562)

สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเป็นสวัสดิการที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพดีที่สุดในเมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน และผู้มีสิทธิไม่ค่อยมีข้อกังขาหรือกังวลเรื่องคุณภาพของบริการ เมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน การมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพมีบางกลุ่มที่เข้าถึงบริการ

ของหลายสิทธิ ดังเช่นผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมจำนวนไม่น้อยยังได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากนายจ้างหรือซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อเพิ่มเติมความมั่นใจและความมั่นคงในการได้รับบริการทางสุขภาพ (วิโรจน์ ฤ ะนองและคณะ, 2564)

จากข้อมูลภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 90.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีวิธีการเบิกจ่ายค่าบริการตาม DRG (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2567) ดังนั้นระบบ DRG ที่มีคุณภาพจะต้องมีการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และทันเวลา ซึ่งเป็นพื้นฐานการคำนวณค่าใช้จ่ายชัดเจนให้กับผู้ให้บริการที่สะท้อนความเป็นจริงมากที่สุด

ปัจจุบันโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 104,924 คน สัดส่วนของความครอบคลุมสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71 สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 9 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 20 โดยในปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 114 ราย CMI 1.01 ความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียนของแพทย์อยู่ที่ ร้อยละ 73.45 และเมื่อตรวจสอบระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกหนี้เก็บแต่ละสิทธิ พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการแม้จะมีสัดส่วนประชากรน้อยที่สุดแต่มีระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ยาวนานมากที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิการรักษาอื่นๆ โดยล่าช้าไปถึง 118 วัน ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่ควรเกิน 60 วัน ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าความล่าช้าอยู่ที่ 75 วัน และสิทธิประกันสังคมความล่าช้าอยู่ที่ 69 วัน ตามลำดับ และผลจากความล่าช้านี้เองส่งผลให้การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือน เมษายน พบมียอดเงินที่เรียกเก็บหนี้ไปทั้งสิ้น 32,484,399.83 บาท แต่เก็บได้จริง 18,840,951.90 บาท คิดเป็น ร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับ ซึ่งมีจำนวนเงินที่สูญหายไปจากระบบข้อมูลการชดเชยที่ไม่มีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 42 ซึ่งเป็นจำนวนเกือบถึงครึ่งหนึ่งที่มีการสูญหายไปจากกรณีนี้ (งานการเงินโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ, 2567)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหาการ

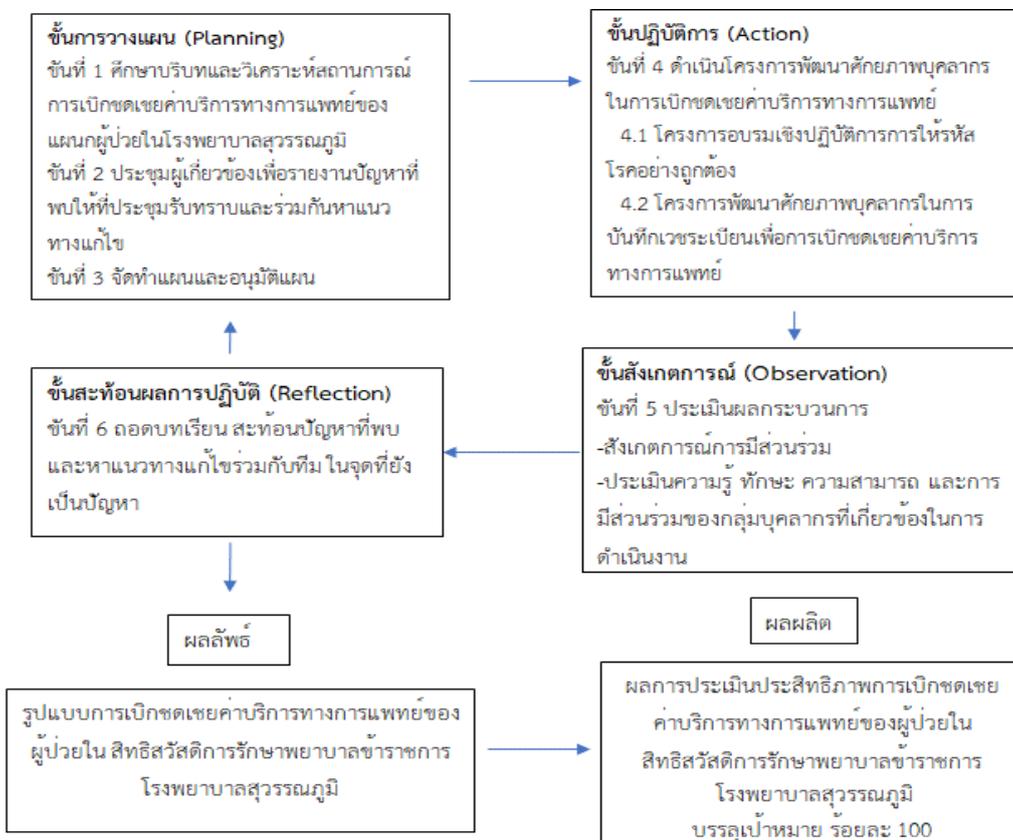
เบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า เพื่อให้ได้ค่าชดเชยตามที่สมควรจะได้รับจัดสรรอย่างครบถ้วนและป้องกันการถูกหักเงินชดเชยในภายหลัง รวมถึงมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน
- 3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อประสิทธิภาพการเบิกชดเชยและสมรรถนะบุคลากร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action

Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น เน้นส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานด้วยตนเอง ในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ โดยใช้

กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ เตรียมผู้ดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการ audit เวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเวชสถิติ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ รายงานปัญหาที่พบให้ที่ประชุมรับทราบ และคืนข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้รับรู้สถานการณ์ปัญหา ร่วมกัน รวมถึงเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อร่วมกันวางแผนจัดทำแนวทางแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบท

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ ที่ได้จากขั้นที่ 1

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

ติดตามผลการดำเนินงาน สังเกตการณ์มีส่วนร่วม และประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยการถอดบทเรียนจากปัญหาที่พบในระบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการทำ Focus groups ร่วมกับทีมคณะกรรมการ Audit เวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเวชสถิติ รวม 25 คน เพื่อสะท้อนปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 114 คน ประกอบด้วย

แพทย์	จำนวน 23 คน
พยาบาล	จำนวน 88 คน
เวชสถิติ	จำนวน 2 คน

นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้ประเด็นหรือหัวข้อที่กำหนดขึ้นมาอย่างกว้างๆ เพียงประเด็นหลัก ส่วนประเด็นย่อยมีการเพิ่มเติมระหว่างกระบวนการ ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากร สมรรถนะของบุคลากรในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลังสุขภาพ การบริหารโรงพยาบาล และการวิจัยทางสาธารณสุข พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาโดยประมาณ 60 นาที ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 295-808/2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1.บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ได้แก่ การให้รหัสโรค การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรับรักษาจนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การคำนวณการจ่ายชดเชย การส่งข้อมูล ระยะเวลาการส่งข้อมูล และการตรวจสอบรายงานการโอนเงิน ซึ่งทางโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ได้ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) กลุ่มงานการแพทย์ ดำเนินการสรุปคำวินิจฉัยและบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2) กลุ่มบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน บันทึกและตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3) งานเวชระเบียน ให้รหัสทางการแพทย์และการผ่าตัด บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และติดตามการส่งข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม e-claim, FDH เพื่อทำการส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 113,472 คน สัดส่วนของความครอบคลุมสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71 สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 9 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 20 โดยในปี 2566 ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 114 ราย CMI 1.01 ความทันเวลาในการสรุปเวช

ระเบียนของแพทย์อยู่ที่ ร้อยละ 73.45 ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บแต่ละสิทธิ พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแม้จะมีสัดส่วนประชากรน้อยที่สุดแต่มีระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บที่ยาวนานมากที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิการรักษาอื่นๆ โดยล่าช้าไปถึง 118 วัน ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่ควรเกิน 60 วัน ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความล่าช้าอยู่ที่ 75 วัน และสิทธิประกันสังคมความล่าช้าอยู่ที่ 69 วัน ตามลำดับ และผลจากความล่าช้านี้เองส่งผลให้การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือน เมษายน พบมียอดเงินที่เรียกเก็บหนี้ไปทั้งสิ้น 9,244,212.50 แต่เก็บได้จริง 5,374,789.25 บาท คิดเป็นร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับ ในส่วนของการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ แพทย์ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีทั้งหมด 24 ท่าน พบว่าภาพรวมความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียนอยู่ที่ร้อยละ 73.22 โดยมีแพทย์ที่สรุปเวชระเบียนล่าช้ามากที่สุดร้อยละ 100 จำนวน 1 ท่าน ในส่วนของการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า มีความครบถ้วนอยู่ที่ ร้อยละ 97.32 และในประเด็นของความถูกต้องของการสรุปโรครวมถึงการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ พบความถูกต้อง ร้อยละ 81.82

2.ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

จากสถานการณ์ การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน นำไปสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ได้กระบวนการดำเนินงานการพัฒนาแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิก่อนการพัฒนาดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความรู้

ทักษะ ความสามารถและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อรายงาน ปัญหาที่พบให้ที่ประชุมรับทราบและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ดำเนินการประชุมคณะดำเนินงาน โดยได้ข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 24 มกราคม 2568 ณ ห้องประชุมโพลิน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ เพื่อ ทบทวนกระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์ และดำเนินการวางแผนงานอย่างมี ขั้นตอนโดยคณะกรรมการสามารถกำหนดแนวทางการ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนและอนุมัติแผน จากการ ประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ได้มีการกำหนดแผนการ ดำเนินงานโครงการที่สามารถดำเนินการได้จริงในชั้น การปฏิบัติตามแผน ซึ่งได้แผนพัฒนา ดังนี้

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรค อย่างถูกต้อง

2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการ บันทึกรหัสระบบเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ นำ แผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลกระบวนการ

ตารางที่ 1 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนา

แผนงานโครงการ	การประเมินผล
1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคอย่างถูกต้อง	ผู้เข้าร่วมการอบรมทราบถึงแนวทางการให้รหัสโรคและรหัส หัตถการ รวมถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง และสามารถนำความรู้จากการเข้าอบรมมาประยุกต์ใช้ในการ พัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้
2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน การบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์	ผู้เข้าร่วมการอบรม ทราบถึง เกณฑ์คุณภาพในการบันทึกเวช ระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และเข้าใจถึงความสำคัญของการเบิกชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์ตามระบบ DRG

ขั้นตอนที่ 6 ถอดบทเรียน สะท้อนปัญหาที่พบและ หาแนวทางแก้ไขจากการประชุมของคณะกรรมการดำเนิน ร่วมกับผู้วิจัย สรุปผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยพบว่ายังมี กิจกรรมที่มีผลสำเร็จและกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ ซึ่งกิจกรรม ที่ยังไม่สำเร็จนั้น คือ

การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บแผนผู้ป่วยในที่แยกออกมา จากห้องบัตร ไม่สามารถทำได้เนื่องจากปริมาณบุคลากรที่มี จำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการหากแยกออกมา จะมีผลกระทบในหลายๆ ด้านตามมาและจากการ ดำเนินงานตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ นั้นพบว่า การ ร่วมกันกำหนดแนวทางทำให้เกิดการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงานมากยิ่งขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมและเกิด ความเข้าใจตรงกันในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการ เบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ แต่ก็พบว่ายังมีข้อจำกัด ในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การเข้ารับการอบรมและการพัฒนาความรู้ ไม่ สามารถทำกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ครบ 100% เนื่องจาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ หรือหากจะครบ 100% ได้ จำเป็นต้องจัดอบรมหลายวัน จึงใช้วิธีการให้แต่ละแผนกส่ง ตัวแทนมาอบรมแผนกละ 2 คน และนำไปถ่ายทอดความรู้ ภายในหน่วยงานต่อไปจากนั้นประเมินความรู้ก่อนและหลัง การพัฒนา

2) การตรวจสอบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ มี เกณฑ์ที่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้การตรวจสอบสุ่มตรวจได้ยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี จึงใช้การสุ่มตรวจในบางกรณีเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในการดำเนินงานในเรื่องของอัตรากำลัง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาล สุพรรณภูมิ

3.1 ข้อมูลสมรรถนะของบุคลากร ด้านความรู้ พบว่า มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.90 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ร้อยละ 52.60 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการวิจัย 8.70 คะแนน (SD = 1.55) และหลังการวิจัย 11.57 คะแนน (SD = 2.15) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัย ค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 2.87 (SD_(both) = 2.17) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีความแตกต่างอยู่ระหว่าง 2.466 -3.270 คะแนน

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติงาน ระดับมาก ร้อยละ 63.20 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับทักษะในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.50 มีค่าเฉลี่ยของทักษะในการปฏิบัติงาน ก่อนดำเนินการวิจัย 3.65 คะแนน (SD = 0.52) และหลังการวิจัย 4.01 คะแนน (SD = 0.18) ซึ่งค่าเฉลี่ยทักษะในการปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการ

ทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัย ค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.35 (SD_(both) = 0.48) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.270 – 0.446 คะแนน

ด้านความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน ระดับมาก ร้อยละ 60.50 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 44.70 มีค่าเฉลี่ยของความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน ก่อนดำเนินการวิจัย 3.64 คะแนน (SD = 0.51) และหลังการวิจัย 4.27 คะแนน (SD = 0.74) ซึ่งค่าเฉลี่ยความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.63 (SD_(both) = 0.65) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.509 – 0.753 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา

สมรรถนะของบุคลากร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean diff. of <i>d</i>	df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ด้านความรู้	8.70	1.55	11.57	2.15	2.87	113	14.13	<0.001
ด้านทักษะ	3.65	0.52	4.01	0.18	0.35	113	7.97	<0.001
ด้านความสามารถและความพร้อม	3.64	0.52	4.27	0.74	0.63	113	10.29	<0.001

3.2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ระดับมาก ร้อยละ 47.40 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.70 มีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนดำเนินการวิจัย 3.55 คะแนน (SD = 0.59) และหลังการวิจัย 3.91 คะแนน (SD = 0.50) ซึ่งค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.35 (SD_(both) = 0.48) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.27 – 0.45 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของบุคลากร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean diff. of <i>d</i>	df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ระดับการมีส่วนร่วม	3.55	0.59	3.91	0.50		113	7.97	<0.001

4. การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาล สุวรรณภูมิ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โดยกระบวนการวิจัยที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ การศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการถอดบทเรียน ส่งผลต่อการพัฒนาระบบในหลายมิติ ดังนี้

4.1 ด้านการพัฒนาคน (Human Resource Development)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างชัดเจน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงาน

ก่อนการพัฒนา พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับปานกลางและควรปรับปรุง โดยเฉพาะความรู้ด้านกระบวนการก่อนการส่งเบิก ซึ่งมีอัตราการตอบถูกต้องต่ำที่สุด (ร้อยละ 31.60) สะท้อนถึงช่องว่างด้านองค์ความรู้ที่ส่งผลต่อคุณภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ภายหลังการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคและโครงการพัฒนาศักยภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่าระดับความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.70 เป็น 11.57 คะแนน และบุคลากรที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.60 เป็นร้อยละ

52.60 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการสามารถยกระดับความรู้เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับระบบ DRG ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านทักษะการปฏิบัติงาน พบว่าหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$) เป็นระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะทักษะด้านความถูกต้องครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ความรวดเร็ว และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการลดข้อผิดพลาดในการเบิกชดเชยนอกจากนี้ ความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.64 เป็น 4.27 ($p < .001$) และบุคลากรที่มีระดับความสามารถและความพร้อมในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยไม่เพียงเพิ่มพูนความรู้ แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจ ความรับผิดชอบ และความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง

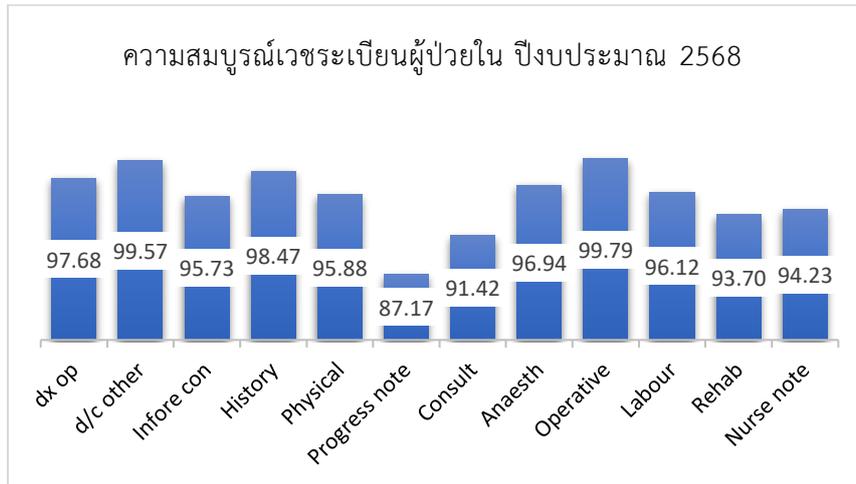
4.2 ด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศและ ข้อมูล (Information System Development)

กระบวนการวิจัยส่งผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในเชิงคุณภาพของข้อมูลมากกว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบเทคโนโลยี

จากการวิเคราะห์ปัญหาและการสนทนากลุ่มพบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการไม่ถูกต้อง และความล่าช้าในการไหลเวียนของเวชระเบียน ซึ่งล้วนส่งผลต่อการถูกเรียกเงินคืนและการเบิกชดเชยล่าช้า

ภายหลังการพัฒนา บุคลากรมีทักษะในการใช้ระบบและเครื่องมือสารสนเทศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพิ่มขึ้น รวมถึงสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพ

ข้อมูลที่ใช้ในการเบิกชดเชยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และตรวจสอบย้อนหลังได้มากขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสำเร็จของเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ 2568

แม้ว่าจะยังไม่สามารถพัฒนาระบบสารสนเทศใหม่หรือจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บผู้ป่วยในแยกจากห้องบัตรได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง แต่กระบวนการวิจัยช่วยยกระดับ “การใช้ระบบที่มีอยู่” ให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศในระยะต่อไป

4.3 ด้านการพัฒนาการจัดการ

(Management Development)

กระบวนการวิจัยส่งผลต่อการพัฒนาการจัดการในเชิงระบบและเชิงกระบวนการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ การประสานงาน และการควบคุมติดตามงาน

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้เกี่ยวข้องจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เวชระเบียน และฝ่ายประกันสุขภาพ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มากขึ้น ลดการทำงานแบบแยกส่วน และเพิ่มการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

ผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการดำเนินงานซึ่งปรับจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก

สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง แต่เป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบ

แม้การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บผู้ป่วยในจะยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่กระบวนการถอดบทเรียน (AAR) ช่วยให้ผู้บริหารและทีมงานเห็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนเชิงนโยบายในอนาคต

4.4 ผลต่อการพัฒนาการจัดเก็บรายได้ของ

โรงพยาบาล (Revenue Cycle Development)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ส่งผลเชิงบวกต่อการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในส่วนของรายได้จากผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งใช้ระบบ DRG เป็นกลไกหลักในการชดเชยค่าบริการ

ก่อนการพัฒนา ระบบการจัดเก็บรายได้ประสบปัญหาความล่าช้าและการสูญเสียรายได้จากการเบิกชดเชยไม่ครบถ้วน อันเนื่องมาจากความไม่ถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และการไหลเวียนเอกสารที่ไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการถูกเรียกเงินคืน (Claim Rejection) และการตีกลับข้อมูลจากหน่วยงานต้นสังกัด

ภายหลังการพัฒนา พบว่าการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้รหัสและการบันทึกข้อมูล รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดข้อผิดพลาดใน

กระบวนการเรียกเก็บเงิน และเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ในการเบิกชดเชย ส่งผลให้กระบวนการจัดเก็บรายได้มีความต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 5 ปีย้อนหลัง

รายการ	ปีงบประมาณ				
	2564	2565	2566	2567	2568
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (วัน)	130.28	129.23	127.95	84.13	70.21
จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (บาท)	30,652,028.05	35,337,212.03	32,593,060.98	32,484,399.83	32,858,421.50
รายได้จากการเบิกชดเชย (บาท)	17,165,135.71	18,499,030.50	17,965,295.21	18,840,951.90	27,515,032.60
ร้อยละของจำนวนเงินที่เรียกเก็บได้	56	52.35	55.12	58	83.74

จากการดำเนินงานตามกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากเดิมที่เรียกเก็บหนี้ได้เพียง 18,840,951.90 บาท ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับในปีงบประมาณ 2567 แต่ปัจจุบันสามารถเรียกเก็บหนี้ได้เพิ่มมากขึ้นถึง 27,515,032.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.74 ของยอดเงินที่ควรจะได้รับในปีงบประมาณ 2568

โดยสรุป กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มิได้ก่อให้เกิดเพียงรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติใหม่เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนาระบบในภาพรวม ได้แก่ การพัฒนาคนให้มีสมรรถนะสูงขึ้น การยกระดับคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศ การพัฒนาการจัดการให้มีความเป็นระบบมี

ส่วนร่วม และพัฒนาการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

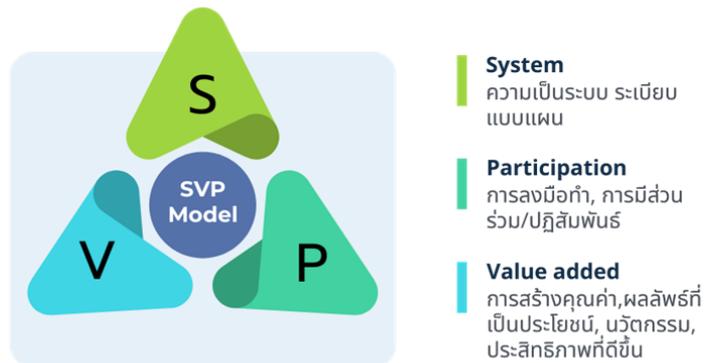
กระบวนการมีส่วนร่วม การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพอื่นต่อไป

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

จากการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ System Participation และ Value added เกิดเป็น SVP Model ซึ่งมาจากคำว่า Suvannaphum Model ดังภาพประกอบ

Suvarnaphum Model

ระบบดี มีส่วนร่วม รวบรวมพลังสร้างคุณค่า



ภาพที่ 2 Suvarnaphum Model

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการดำเนินการในครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานร่วมกันพัฒนาและ สามารถกำหนดแผนการทำงานและโครงการเพื่อการแก้ปัญหาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โดยมีแผนงานโครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคอย่างถูกต้อง และโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากนั้นนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ พบว่า ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และทำให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณวิมล พูลสุวรรณ (2565) ศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนากระบวนการทั้ง 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการตรวจสอบข้อมูลนำเข้า กระบวนการบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม E-Claim และกระบวนการส่งมอบงานให้กับ สปสช. ในแนวทางตามผลการศึกษา สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง ทั้งคุณภาพข้อมูล การใช้ต้นทุน/ทรัพยากรให้คุ้มค่า และการส่งมอบงานให้ทันเวลา

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษาของ สุนนท์ จันทร์แก้ว (2566) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร มีกระบวนการ 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของปัญหาการบันทึกคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2) การจัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 7) การเปรียบเทียบผล 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) สรุปผล การพัฒนาตามขั้นตอนได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลโสธร ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ การประเมินแก่คณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา สรุปผลกระบวนการดังกล่าว ผู้เข้าอบรมมีความรู้ตามเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น คือก่อนอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60 หลังอบรมคณะกรรมการมีความรู้ระดับดีร้อยละ 64 และระดับดีมากร้อยละ 32 และได้กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนใน 4 เกณฑ์เร่งด่วน จากทั้งหมด 12 เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent คือ เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record จะเห็นว่าหลังการพัฒนามีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับทักษะการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ของแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.18$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.29$) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนกวพร ภูมิการีย์ (2563) ศึกษา เรื่องการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม(DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานทำให้ได้ กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมใหม่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันเวลา และครบถ้วน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสวรส แก้วศรีทัศน์ (2561) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดงโขด จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบท และวิเคราะห์ปัญหา 2) แต่งตั้งคณะทำงาน 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 5) ประเมินผลการพัฒนา และ 6) คืนข้อมูลและถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และพฤติกรรมในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนา

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.50$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮารีปัน มิสลิมิน (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ในการลดความผิดพลาด จากการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า ความผิดพลาดในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเภท Coding audit ลดลง ทั้งการวินิจฉัยโรคหลัก การไม่สรุปโรคร่วม การสรุปโรคร่วมผิด การสรุปโรคร่วมไม่พบหลักฐานสนับสนุน การให้รหัสโรคและหัตถการผิด การบันทึกเวลาจำหน่ายผู้ป่วย และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยเปลี่ยนแปลง หลังการตรวจสอบ ส่งผลให้การเรียกเงินกองทุนผู้ป่วยในคืนลดลง 96.75% เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2563 ด้วยรูปแบบความร่วมมือทั้ง 4 ด้าน 1) ด้านบุคคล ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญการอบรมฟื้นฟู คู่มือการวินิจฉัยโรค การผลิตสื่อแนวทางการบันทึกหลักฐานในเวช

ระเบียน กำหนดแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียน 2) ด้านเทคนิค พัฒนาแบบฟอร์ม แผนพัฒนาระบบสารสนเทศเข้าสู่ Smart Hospital การสอนบันทึกข้อมูล 3) ด้านระบบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน ระบบควบคุมกำกับงาน ระบบการตรวจสอบซ้ำและแก้ไขความผิดพลาด และ 4) ด้านนโยบาย รางวัลเพิ่มแรงจูงใจและสร้างขวัญกำลังใจ นโยบายการดำเนินงานเวชระเบียน และคณะกรรมการเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) นโยบายจากผู้บริหาร มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการได้ดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญ รวมทั้งกำหนดนโยบาย บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ในแนวทางเดียวกัน

2) ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาและใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ ซึ่งจะช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร

3) ควรจัดให้มีคณะทำงานหรือกลไกกลางในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

การดำเนินงานของระบบการเบิกชดเชยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านบริการทางการแพทย์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง

4) ควรมีการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ควรเพิ่มกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุน (Unit cost) และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในรายโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และควรมีการขยายผลไปสู่การพัฒนาการเบิกจ่ายค่าชดเชย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จนับว่าปรี่น

เอกสารอ้างอิง

- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press.
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (Eds.). (2016). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hari-pin, M. (2022). Development of a collaborative model among medical personnel to reduce errors in inpatient medical record documentation: A case study of Sabayoi Hospital, Songkhla Province. In *Proceedings of the 13th Hatyai National and International Conference*.
- Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2020). *Medical record audit guideline*. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing. (in Thai)
- Jannoij, T. (2013). Health care payment models for universal health coverage: Reducing inequality and enhancing equity in health. In *Proceedings of the 2013 Health Systems Research Conference*. (in Thai)
- Kaewsritas, S., Thembol, N., & Boonsang, A. (2018). Factors affecting the quality of inpatient medical record documentation among multidisciplinary teams at Det Udom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province. *Maharakham Hospital Journal*, 15(3), 135–141. (in Thai)
- Kemmis & Mc Taggart. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.)*. Victoria: Deakin University.
- Khongkasawat, T. (2009). *How to implement competency in organizations*. Bangkok: Technology Promotion Association (Thailand–Japan). (in Thai)
- Leethongdee, S. (2015). *Health system management (2nd ed.)*. Khon Kaen: Klangnanawitthaya Press. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2006). *Hospital and health service standards commemorating the 60th anniversary of His Majesty the King’s accession to the throne*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- National Health Security Office. (2014). *Guidelines for auditing the quality of medical record documentation*. Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)
- Phumikariy, C. (2020). Development of a medical service reimbursement process under the Diagnosis Related Group (DRG) system at Phra Sri Mahapho Hospital, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Community Public Health*, 6(3), 62–70. (in Thai)
- Preker, A. S., Harding, A., & Travis, P. (2000). “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 779–790.
- Saengthian, Y. (2013). *Medical records and health service quality improvement*. Bangkok: Publisher. (in Thai)
- Saenthong, N. (2004). *Understanding competency*. Bangkok: HR Center. (in Thai)
- Sangkamee, N., Lekboonyasin, O., & Ronnapatranit, R. (2005). Process improvement for inpatient medical reimbursement using diagnosis related groups at Srinagarind Hospital. *Khon Kaen University Academic Service Journal*. (in Thai)
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (Eds.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sunthon, C. (2023). Development of the quality of inpatient medical record documentation at Yasothon Hospital. *Journal of Community Public Health*, 9(3).
- Wanwimon, P. (2022). Guidelines for improving the efficiency of medical service reimbursement claims of the Urban Disease Prevention and Control Institute. *Vajira Medical Journal and Journal of Urban Medicine*.
- World Health Organization. (2007). *Everybody’s business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Everybody’s business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action*. World Health Organization.

A Human Rights Analysis of Migrant Worker Amnesty Measures in Thailand

Chardsumon Prutipinyo¹ Pitakpol Boonyamalik²

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

** Corresponding Author: Chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

2 Independent Scholar

Academic article

OPEN ACCESS

Citation: Prutipinyo, C., & Boonyamalik, P. . (2026). A Human Rights Analysis of Migrant Worker Amnesty Measures in Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 12(1), 187–197. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286189

Received: 28 December 2025

Revised: 10 January 2026

Accepted: 25 January 2026

Abstract

This article aims to analyze Thailand's migrant labor regularization measures for three nationalities during 2024–2025 (B.E. 2567–2568) within a framework of structural analysis of labor policy and human rights. It argues that migrant workers constitute an indispensable structural component of the Thai economic system, particularly amid aging population and labor shortages across multiple industrial sectors. State-led regularization measures function as mechanisms that integrate undocumented workers into the legal system through processes such as registration, work permit issuance, health examinations, and biometric data collection. These measures contribute, in the short term, to reducing irregular employment, enhancing labor market stability, and improving the efficiency of state administration.

From a human rights perspective, these measures reflect a shift from a punitive, control-oriented approach to labor governance toward the protection of workers as human beings with inherent dignity. Facilitating migrant workers' access to lawful employment, healthcare systems, social security, and the recognition of the rights of children and families, according to international human rights standards. Nevertheless, persistent structural limitations—such as the temporary nature of the policies, conditional forms of rights, and risks related to personal data protection—underscore the need to elevate regularization measures toward comprehensive and sustainable reform of migrant labor policy.

Keywords: Migrant workers; Human rights; Labour policy

การวิเคราะห์เชิงสิทธิมนุษยชนของมาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ฉัตรสมัน พดพิณโย¹ พัทธ์พัล บุญยมาลี²

1 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบบทความ Chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

2 นักวิชาการอิสระ

บทความวิชาการ

วันรับ 28 ธันวาคม 2568

วันแก้ไข: 10 มกราคม 2569

วันที่ออกรับ: 25 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งวิเคราะห์มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 ภายใต้กรอบการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างนโยบายแรงงานและสิทธิมนุษยชน โดยชี้ให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเป็นองค์ประกอบเชิงโครงสร้างที่ขาดไม่ได้ของระบบเศรษฐกิจไทย ท่ามกลางปัญหาสังคมสูงวัยและการขาดแคลนแรงงานในหลายภาคอุตสาหกรรม มาตรการผ่อนผันของรัฐทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมแรงงานที่อยู่นอกระบบเข้าสู่ระบบกฎหมาย ผ่านกระบวนการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตทำงาน การตรวจสุขภาพ และการจัดเก็บข้อมูลชีวมิติ ซึ่งช่วยลดจำนวนแรงงานผิดกฎหมาย เพิ่มเสถียรภาพตลาดแรงงาน และเสริมประสิทธิภาพการบริหารของรัฐในระยะสั้น

ในมิติสิทธิมนุษยชน มาตรการดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดการควบคุมแรงงานเชิงปราบปรามไปสู่การคุ้มครองแรงงานในฐานะมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี การเปิดโอกาสให้แรงงานเข้าถึงสิทธิในการทำงานอย่างถูกกฎหมาย ระบบสุขภาพ หลักประกันทางสังคม รวมถึงการรับรองสิทธิของเด็กและครอบครัว มีความสอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล แม้ว่าจะมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของนโยบายที่ยังมีลักษณะชั่วคราว สิทธิแบบมีเงื่อนไข และความเสี่ยงด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการยกระดับมาตรการผ่อนผันไปสู่การปฏิรูปนโยบายแรงงานข้ามชาติอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ; สิทธิมนุษยชน; นโยบายแรงงาน

บทนำ

ข้อมูลจาก *Thailand Migration Report 2024* ระบุว่าแรงงานจากเมียนมามีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มประเทศ CLMV โดยมีแรงงานที่อยู่ในระบบถูกต้องตามกฎหมายประมาณ 1,713,856 คน รองลงมาคือแรงงานจากกัมพูชาจำนวนประมาณ 401,354 คน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ระบบความตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงาน (MoU) มติคณะรัฐมนตรี 232,637 คน และแรงงานจากเวียดนามมีจำนวนค่อนข้างน้อย อยู่ที่ประมาณ 1,387 คน เมื่อเทียบกับรูปแบบการจ้างแรงงาน CLMV โดยรวม (Thailand Migration Report, 2024)

เมื่อพิจารณาแรงงานข้ามชาติ ตามสาขาอุตสาหกรรม (ข้อมูลปี 2566) พบว่าภาคก่อสร้างเป็นสาขาที่พึ่งพาแรงงานต่างด้าวมากที่สุด โดยมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 15.7 รองลงมาคือภาคเกษตรกรรม ปศุสัตว์ และประมง (ร้อยละ 10.99) การแปรรูปอาหารและเกษตรแปรรูป (ร้อยละ 10.4) บริการอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 10.2) และภาคบริการทั่วไป (ร้อยละ 10.0) โครงสร้างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแรงงานเมียนมาเป็นกลุ่มแรงงานหลักที่มีบทบาทเชิงโครงสร้างในหลายภาคเศรษฐกิจ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้แรงงานกายภาพและทักษะเฉพาะด้าน เช่น ก่อสร้างและเกษตรกรรม ขณะที่แรงงานจากกัมพูชาและลาวมีบทบาทสำคัญในงานบริการและภาคเกษตรในพื้นที่ชนบท ส่วนแรงงานเวียดนามแม้มีจำนวนน้อย แต่ยังปรากฏในงานบริการเฉพาะทางภายใต้ข้อตกลง MoU

การจำแนกแรงงานตามสัญชาติ และสาขาอุตสาหกรรมสะท้อนว่าแรงงานข้ามชาติไม่ใช่กลุ่มเดียวที่มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน หากแต่มีความหลากหลายทั้งในด้านจำนวนและบทบาททางเศรษฐกิจ ซึ่งการกำหนดนโยบายแรงงานจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างดังกล่าวเพื่อออกแบบมาตรการที่มีความยืดหยุ่นและเป็นธรรมต่อทั้งแรงงานและนายจ้าง

อย่างไรก็ดี การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยยังเผชิญความท้าทายหลายประการ เช่น ภาระจากการรายงานตัวทุก 90 วัน การรายงานนี้ ไม่ใช่การขอขยายวีซ่า แต่เป็นการยืนยันสถานะการพำนักตามกฎหมาย นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการต่ออายุวีซ่าและใบอนุญาตทำงาน

ที่เพิ่มสูงขึ้นจากการพึ่งพานายหน้า รวมถึงความซับซ้อนของกระบวนการด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน แม้แรงงานข้ามชาติจะมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาระดับการผลิตและการให้บริการในภาคเศรษฐกิจที่ขาดแคลนแรงงาน และช่วยสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ (Ministry of Labour, Thailand, 2025) แต่ประเด็นผลกระทบต่อแรงงานไทยยังคงเป็นข้อถกเถียง โดยมีทั้งมุมมองที่เห็นว่าแรงงานข้ามชาติสร้างการแข่งขันในงานทักษะต่ำ และมุมมองที่ชี้ว่าแรงงานกลุ่มนี้เข้ามาเติมเต็มช่องว่างที่แรงงานไทยไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเพียงพอ

ในช่วงปี 2567–2568 แรงงานต่างด้าวยังคงเป็นปัจจัยสำคัญของตลาดแรงงานไทย โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ก่อสร้าง การผลิต และบริการ ซึ่งประเทศไทยพึ่งพิงแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ เมียนมา กัมพูชา ลาว และเวียดนามอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Labour, Thailand, 2025) อุตสาหกรรมเหล่านี้ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานไทยอย่างรุนแรง เนื่องจากผลกระทบจากโครงสร้างประชากรสูงวัยและอัตราการเกิดที่ลดลง ดังนั้น แรงงานต่างด้าวจึงมีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างเชิงเศรษฐกิจของประเทศ ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอ 3 ประเด็น กล่าวคือ การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ การวิเคราะห์เชิงสิทธิมนุษยชนในมิติสิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัยและมีหลักประกัน และการเป็นผู้มีตัวตนและครอบครัวรวมถึงเด็กและผู้ติดตาม และท้ายสุดคือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ

ตั้งแต่ยุค ต้นทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ไทยเริ่มใช้มาตรการ ผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ เพื่อจัดการกับแรงงานที่เข้ามาทำงานโดยไม่มีเอกสารถูกต้อง โดยเริ่มเปิดหน้าต่างทะเบียนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายครั้งแรกในปี 1992 ในพื้นที่ชายแดนด้านเมียนมา ซึ่งอนุญาตให้แรงงานเหล่านี้จดทะเบียนและอยู่ได้เป็นเวลา 1 ปี และต่อมาขยายไปยังพื้นที่อื่น ๆ ตอนกลางทศวรรษ 1990 โดยยอมให้แรงงานจากเมียนมา กัมพูชา และ สปป.ลาว อยู่และทำงานอย่างถูกกฎหมายสูงสุดถึง 2 ปีภายใต้เงื่อนไขใบอนุญาตทำงาน (work permit) เพื่อรองรับความต้องการแรงงานในภาคเกษตร อุตสาหกรรม และการก่อสร้าง ซึ่งเป็นหนึ่งใน มาตรการผ่อน

ผัน ที่สำคัญของระบบการจัดการแรงงานข้ามชาติของไทย ตั้งแต่ก่อนยุค 2000 เป็นต้นมา (Papawadee Tanodomdej, 2016)

ในช่วง ทศวรรษ 2020 มาตรการผ่อนผันได้รับการปรับใช้เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับแรงงานทั้งที่เข้าทาง MOU และแรงงานผิดกฎหมาย เช่น การออก amnesty programme ในปี 2021–2023 ที่เปิดให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลายแสนคนลงทะเบียนและสามารถอยู่และทำงานได้อย่างถูกกฎหมายเป็นระยะเวลาสองปีเพื่อบรรเทาผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 และภาวะการขาดแคลนแรงงาน รวมถึงมาตรการลดค่าธรรมเนียมวีซ่าและใบอนุญาตเพื่อเพิ่มโอกาสให้แรงงานได้รับสถานะทางกฎหมายมากขึ้น (Adisorn Kerdmongkol, 2022)

ในมิติ สิทธิตามกฎหมายแรงงานและการคุ้มครองพื้นฐาน แรงงานข้ามชาติที่เข้าทำงานอย่างถูกต้องตามระบบ MOU หรือได้รับใบอนุญาตทำงานยังคงได้รับสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายแรงงานไทย เช่น การคุ้มครองค่าจ้างขั้นต่ำ ชั่วโมงการทำงาน การเข้าถึงประกันสังคม และสิทธิด้านสวัสดิการบางประการเหมือนกับแรงงานไทยทั่วไปเมื่อได้รับการลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามข้อกำหนดของกระทรวงแรงงาน ซึ่งรัฐบาลยืนยันว่าคุณคเหล่านี้ มีสิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัยและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน และยังคงเดินหน้าปรับปรุงระบบบริหารจัดการเพื่อรองรับแรงงานถูกกฎหมายอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ รัฐบาลไทยยังมี มาตรการเข้มงวดในการตรวจสอบแรงงานผิดกฎหมาย อยู่เรื่อย ๆ โดยมีการตรวจเช็คใบอนุญาต ปรับใช้โทษทางอาญาและทางปกครองสำหรับแรงงานและนายจ้างที่ทำผิดกฎหมายแรงงาน ซึ่งสะท้อนการใช้สิทธิเชิงบังคับตามกฎหมายมากกว่าแนวทางคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างรอบด้านสำหรับแรงงานบางกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังมี ช่องว่างด้านสิทธิมนุษยชนและความไม่มั่นคงของสถานะ อยู่มาก โดยเฉพาะสำหรับแรงงานที่ยังไม่สามารถนำเข้ามาอยู่ในระบบการลงทะเบียนได้ หรืออยู่ในสถานะ “ผิดกฎหมาย” ที่เสี่ยงต่อการถูกจับกุม ปรับ ทั้งการส่งกลับประเทศ (Asia News 2025)

ในปีพ.ศ.2567-2568 รัฐบาลยังเดินหน้าปรับปรุงโครงสร้างการจัดการแรงงานข้ามชาติอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการออกมาตรการให้แรงงานที่เอกสารหมดอายุหรือเข้าเมืองอย่างไม่ถูกต้องสามารถได้รับการผ่อนผันให้มี temporary stay และสิทธิขอใบอนุญาตทำงาน ผ่านการลงทะเบียนตามนโยบายของกระทรวงแรงงาน รวมถึงการขยายสิทธิให้ผู้พำนักในค่ายผู้ลี้ภัยจากเมียนมาได้ทำงานอย่างถูกกฎหมายในบางกรณี ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่ผสมผสานประเด็นแรงงานและสิทธิมนุษยชนเพื่อรองรับทั้งแรงงานและความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจไทย (The Legal, October 16, 2024) และรัฐได้ดำเนินมาตรการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบพิเศษ (grace period) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยังไม่มีสถานะถูกกฎหมายสามารถลงทะเบียนเพื่อทำงานและพำนักต่อได้เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยคาดว่าจะมีแรงงานอยู่ระหว่าง 500,000–700,000 คนที่ได้รับประโยชน์จากมาตรการนี้ กระบวนการลงทะเบียนประกอบด้วย การตรวจสุขภาพ การทำประกันสุขภาพ และการเก็บข้อมูลทางชีวมิติ (biometric) เพื่อให้สามารถออกใบอนุญาตทำงานต่อเนื่องจนถึงปี 2569 อย่างถูกต้องตามกฎหมาย (Government Public Relations Department Thailand, 2025)

นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ขยายระยะเวลาการต่ออายุใบอนุญาตทำงาน (work permit) สำหรับแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น กัมพูชา เมียนมา ลาว และเวียดนาม เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระบบ กระทรวงแรงงานได้ประกาศต่อเวลาการอยู่อาศัยและการทำงานของแรงงานต่างด้าวออกไปเป็นช่วงระยะเวลาหลายเดือนถึงหลายปี เพื่อให้ทั้งนายจ้างและแรงงานมีเวลาที่เพียงพอในการดำเนินเอกสารและปฏิบัติตามข้อบังคับอย่างครบถ้วน (VnExpress International, 2025)

ในด้านการบังคับใช้กฎหมาย แรงงานต่างด้าวที่ทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตหรืออยู่ในสถานะผิดกฎหมายยังคงถูกจับกุมและดำเนินคดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายควบคุมแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย โดยในปี 2568 มีการตรวจสอบและดำเนินคดีกับแรงงานหลายพันคน เพื่อปกป้องตำแหน่งงานของคนไทยและรักษาความเป็นระเบียบของตลาดแรงงาน (The Nation Thailand, 2025)

รัฐบาลไทยได้นำมาตรการทางสังคมมาใช้ควบคู่กับการบริหารแรงงานข้ามชาติ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเปราะบางของแรงงานต่างด้าว หนึ่งในมาตรการสำคัญคือการ ยกเว้นค่าธรรมเนียม re-entry permit ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งเปิดโอกาสให้แรงงานสามารถเดินทางกลับไปเยี่ยมครอบครัวและกลับเข้ามาทำงานได้โดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม มาตรการดังกล่าวสะท้อนความพยายามของรัฐในการสร้างดุลยภาพระหว่างการบังคับใช้กฎหมายตรวจคนเข้าเมืองกับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแรงงานข้ามชาติ (Ministry of Labour, Thailand, 2025)

ข้อมูลเชิงสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 สะท้อนแนวโน้มเชิงบวกของการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบกฎหมาย โดยจำนวนแรงงานที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3.06 ล้านคนในปี 2567 เป็น 3.65 ล้านคนในปี 2568 (Thairath English, 2025) สอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงแรงงานซึ่งระบุว่า ณ กลางปี 2568 มีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานรวมทุกประเภทจำนวน 4,071,617 คน (The Nation Thailand, 2025) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีแรงงานที่อยู่นอกระบบซึ่งประเมินว่ามีจำนวนประมาณ 1–2 ล้านคน ตามรายงานขององค์กรภาคประชาสังคม สะท้อนข้อจำกัดของระบบการบริหารแรงงานที่ยังไม่สามารถครอบคลุมแรงงานทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์ (World Vision Thailand, 2025)

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาการเข้าถึงระบบสวัสดิการพบว่ายังมีช่องว่างอย่างมีนัยสำคัญ ในปี 2568 แรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสังคมมีเพียงประมาณ 1.39 ล้านคน หรือไม่ถึงครึ่งหนึ่งของแรงงานทั้งหมด ขณะที่แรงงานอีกส่วนหนึ่งต้องพึ่งพาประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข หรือกองทุนเฉพาะกิจ ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติที่ได้รับความคุ้มครองผ่านระบบประกันสังคมมีสัดส่วนเฉลี่ยเพียงประมาณร้อยละ 25 เท่านั้น (Thairath English, 2025; International Labour Organization [ILO], 2025)

แม้มาตรการผ่อนผันและมาตรการทางสังคมของรัฐจะช่วยเพิ่มจำนวนแรงงานที่เข้าสู่ระบบกฎหมาย และสะท้อนความพยายามในการยกระดับการคุ้มครองสิทธิ

แรงงาน แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงสวัสดิการและหลักประกันทางสังคมยังคงจำกัดและไม่ทั่วถึง สถานการณ์ดังกล่าวตอกย้ำความจำเป็นในการยกระดับการบริหารแรงงานข้ามชาติจากมาตรการเฉพาะหน้า ไปสู่การออกแบบระบบการคุ้มครองและสวัสดิการที่ครอบคลุม เป็นระบบ และยั่งยืนในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม จำนวนแรงงานที่มีใบอนุญาตทำงานตามฐานข้อมูลของกระทรวงแรงงานซึ่งสูงกว่า 4 ล้านคน เป็นตัวเลขที่รวมใบอนุญาตหลายประเภท และยังไม่ครอบคลุมแรงงานที่ยังคงอยู่นอกระบบหรือแรงงานผิดกฎหมายทั้งหมด ในมิติของความคุ้มครองทางสังคม แรงงานข้ามชาติยังมีระดับการเข้าถึงระบบประกันสังคมและสวัสดิการของรัฐในสัดส่วนที่ต่ำสูงนัก โดยเฉพาะแรงงานที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กองทุนประกันสังคมซึ่งมีสัดส่วนไม่ถึงครึ่งของแรงงานทั้งหมด (Thairath English, 2025)

กระทรวงแรงงานร่วมกับสำนักงานประกันสังคม (Social Security Office) และ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ริเริ่มโครงการนำร่องในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อทดสอบแนวทางใหม่ ๆ ในการขยายการคุ้มครองทางสังคมให้แก่แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะการขยายการเข้าถึงระบบประกันสังคมและการปกป้องสิทธิพื้นฐานอื่น ๆ โครงการนี้มุ่งแก้ปัญหาข้อมูลแรงงานที่กระจัดกระจายและยังไม่บูรณาการระหว่างหน่วยงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรวมแรงงานข้ามชาติเข้ากับระบบประกันสังคมอย่างทั่วถึง (International Labour Organization, 2025) แต่โครงการดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนการสำรวจและพัฒนาต้นแบบเพื่อการขยายผลในอนาคต โดยภาพรวม การเพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานที่ขึ้นทะเบียนและทำงานอย่างถูกต้องในช่วงปี 2567–2568 สะท้อนถึงความสำเร็จในระดับหนึ่งของมาตรการภาครัฐ โดยแนวโน้มจำนวนแรงงานในระบบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 โดยเฉพาะแรงงานที่ถือใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้อง แต่โครงสร้างการคุ้มครองด้านสวัสดิการและหลักประกันทางสังคมยังไม่ครอบคลุมแรงงานทั้งหมด โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบประกันสังคมและระบบสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งยังคงก่อให้เกิดช่องว่างด้านคุณภาพชีวิตและความเสี่ยงด้านสุขภาพในหมู่แรงงานข้ามชาติ

สิทธิในการทำงานอย่างเป็นธรรม รวมถึงค่าตอบแทนที่เหมาะสมและสภาพการทำงานที่ปลอดภัย เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ตามที่รับรองไว้ในมาตรา 23 ของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (United Nations, 1948) องค์การแรงงานระหว่างประเทศยืนยันว่า สิทธิแรงงานเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนสากล และแรงงานข้ามชาติควรได้รับการคุ้มครองไม่น้อยไปกว่าแรงงานในประเทศ (International Labour Organization, 2025; ILO, 2016) ในบริบทของไทย มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติจึงสะท้อนความพยายามของรัฐในการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับมาตรฐานแรงงานสากล ผ่านการอนุญาตให้ยื่นคำขอทำงาน ทำงานได้ระหว่างกระบวนการพิจารณา และเข้าถึงระบบตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ การจัดเก็บข้อมูลอัตลักษณ์บุคคล (biometric data) ภายใต้มาตรการดังกล่าวยังมีความหมายในเชิงสิทธิมนุษยชน เนื่องจากการมีตัวตนทางกฎหมาย (legal identity) เป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ ความยุติธรรม และการคุ้มครองทางสังคม (UNDP, 2018) ขณะเดียวกัน การอนุญาตให้บุคคลในความอุปการะ โดยเฉพาะเด็ก สามารถพำนักอยู่ร่วมกับบิดามารดาได้ สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กและหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (United Nations, 1989)

แม้มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติของไทยจะแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงบวก แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านความครอบคลุม ระยะเวลา และภาระค่าใช้จ่ายที่ยังตกอยู่กับแรงงานและนายจ้าง นโยบายดังกล่าวจึงยังคงเป็นการรับรอง “สิทธิแบบมีเงื่อนไข” มากกว่าสิทธิถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม มาตรการนี้ถือเป็นก้าวสำคัญของการเปลี่ยนผ่านจากการบริหารแรงงานเชิงควบคุมไปสู่การบริหารแรงงานบนฐานของการคุ้มครองและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การวิเคราะห์เชิงสิทธิมนุษยชน

1. สิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัยและมีหลักประกัน

สิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัยและมีหลักประกันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เชื่อมโยงโดยตรงกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการรับรองทั้งในปฏิญญาสากลว่า

ด้วยสิทธิมนุษยชนและกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (United Nations, 1948; United Nations, 1966) มาตรการด้านการตรวจสุขภาพ การประกันสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับระบบประกันสังคมจึงมิใช่เพียงกลไกควบคุมแรงงาน หากแต่เป็นการขยายสิทธิด้านสาธารณสุขและหลักประกันไปสู่แรงงานข้ามชาติที่เคยถูกกีดกันออกจากระบบคุ้มครองของรัฐ

ในบริบทของไทย มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 มีนัยสำคัญในการดึงแรงงานจากระบบนอกกฎหมาย เข้าสู่กรอบการคุ้มครองด้านแรงงานและสวัสดิการ โดยก่อนหน้านี้ แรงงานที่ไม่มีหรือมีเอกสารหมดอายุมักไม่กล้าเรียกร้องสิทธิด้านความปลอดภัยในการทำงาน เนื่องจากความเสี่ยงต่อการจับกุม ส่งผลให้ต้องยอมรับงานที่มีความเสี่ยง ค่าแรงต่ำ และชั่วโมงทำงานที่เกินกฎหมายกำหนด มาตรการผ่อนผันจึงช่วยเปิดทางให้แรงงานสามารถทำงานได้อย่างถูกต้องระหว่างกระบวนการพิจารณา เข้าถึงการตรวจสุขภาพและระบบประกัน และเพิ่มอำนาจต่อรองในการปฏิเสธงานที่ไม่ปลอดภัยหรือร้องเรียนการละเมิดสิทธิ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศยืนยันว่า ความปลอดภัยในการทำงานและหลักประกันทางสังคมไม่ควรถูกจำกัดด้วยสัญชาติหรือสถานะการเข้าเมือง เนื่องจากการกีดกันดังกล่าวบ่อนทำลายมาตรฐานแรงงานโดยรวมของประเทศ (ILO, 2016) การกำหนดให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงประกันสุขภาพหรือประกันสังคมจึงสอดคล้องกับสิทธิด้านสุขภาพตาม ICESCR มาตรา 12 (United Nations, 1966) และช่วยลดความเปราะบางต่อการเอาเปรียบตามหลัก “การทำงานที่มีคุณค่า” (Decent Work)

อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น ภาระค่าใช้จ่ายด้านประกันที่ยังตกอยู่กับแรงงานเป็นหลัก ระยะเวลาการคุ้มครองที่จำกัด และแรงงานบางกลุ่มที่ยังไม่อยู่ในขอบเขตของนโยบาย สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าสิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัยยังคงเป็น “สิทธิแบบมีเงื่อนไข” มากกว่าสิทธิถ้วนหน้า แม้เช่นนั้น มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติก็ถือเป็นก้าวสำคัญของการเปลี่ยนผ่านจากการบริหารแรงงานเชิงควบคุมไปสู่การคุ้มครองแรงงานในฐานะมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี

มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติตามมติคณะรัฐมนตรีที่ผ่านมา ถือเป็นจุดตัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญระหว่าง “แรงงานนอกระบบ” กับ “ระบบกฎหมายแรงงานไทย” โดยเปิดพื้นที่ให้สิทธิแรงงานตามกฎหมายภายในสามารถถูกนำมาใช้กับแรงงานข้ามชาติในทางปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้ กฎหมายแรงงานไทยถูกออกแบบบนสมมติฐานว่าแรงงานอยู่ในระบบการจ้างงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ขณะที่ในความเป็นจริง โครงสร้างเศรษฐกิจไทยกลับพึ่งพาแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่อยู่นอกระบบ ความไม่สอดคล้องดังกล่าวทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากตกอยู่ในสภาพ “มีสิทธิในตัวบท แต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้จริง” (de jure rights without de facto access) มาตรการผ่อนผันจึงทำหน้าที่เสมือนสะพานทางกฎหมาย (legal bridge) ที่เชื่อมแรงงานเข้าสู่ระบบการอนุญาตทำงาน และอยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายแรงงานอย่างเป็นรูปธรรม

ภายใต้กฎหมายแรงงานไทย เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สิทธิด้านค่าจ้าง ความปลอดภัย และสวัสดิการมีได้จำกัดเฉพาะแรงงานสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงสิทธิเหล่านี้ในทางปฏิบัติยังคงผูกโยงกับสถานะการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย มาตรการผ่อนผันจึงช่วยให้แรงงานข้ามชาติสามารถถูกนับสถานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมาย เข้าถึงการคุ้มครองด้านความปลอดภัยในการทำงาน และใช้กลไกโรงเรียนหรือกระบวนการยุติธรรมแรงงานได้จริง ส่งผลให้กฎหมายแรงงานมี “ผลในทางสังคม” (social effectiveness) มากขึ้น

ในมิติของหลักประกันทางสังคม การกำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคมหรือมีประกันสุขภาพขั้นต่ำ ช่วยขยายการคุ้มครองด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย และอุบัติเหตุจากการทำงานให้แก่แรงงานข้ามชาติ ซึ่งสอดคล้องทั้งกับกฎหมายภายในและพันธกรณีระหว่างประเทศของไทย โดยเฉพาะสิทธิด้านสุขภาพตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (United Nations, 1966) นอกจากนี้ การมีสถานะทางกฎหมายยังช่วยลดการเอารัดเอาเปรียบเชิงโครงสร้างในสถานประกอบการ เนื่องจากแรงงานสามารถปฏิเสธการ

ทำงานที่ผิดกฎหมายและใช้กลไกคุ้มครองตามกฎหมายได้มากขึ้น

อย่างไรก็ดี การเชื่อมแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบกฎหมายแรงงานยังมีข้อจำกัดสำคัญ เช่น ระยะเวลาการอนุญาตที่จำกัด ภาระค่าใช้จ่าย และการไม่ครอบคลุมแรงงานบางกลุ่ม ซึ่งสะท้อนว่าสิทธิแรงงานข้ามชาติยังคงเป็น “สิทธิภายใต้นโยบาย” มากกว่าสิทธิที่ได้รับการรับรองอย่างถาวรในระดับกฎหมายแม่บท

ในอีกด้านหนึ่ง การเก็บข้อมูลชีวมิติภายใต้มาตรการผ่อนผันมีทั้งมิติด้านความมั่นคงและสิทธิมนุษยชน แม้จะช่วยสร้างตัวตนทางกฎหมาย (legal identity) ให้แก่แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการเข้าถึงสิทธิและบริการของรัฐ (UNDP, 2018) แต่ข้อมูลชีวมิติถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวสูงตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) การดำเนินการของรัฐจึงต้องเป็นไปตามหลักความจำเป็น ความได้สัดส่วน และความโปร่งใส เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิในความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะในบริบทที่แรงงานข้ามชาติมีอำนาจต่อรองต่ำ และการให้ความยินยอมมักอยู่ภายใต้เงื่อนไขบังคับมากกว่าความยินยอมโดยเสรี (Taylor, 2020)

ในมิติทางสังคม มาตรการผ่อนผันที่เปิดโอกาสให้เด็กและผู้ติดตามสามารถพำนักอาศัยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย สะท้อนการขยายกรอบการคุ้มครองจาก “แรงงาน” ไปสู่ “ครอบครัวของแรงงาน” ซึ่งสอดคล้องกับพันธกรณีของไทยภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก และหลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (United Nations, 1989) การมองแรงงานข้ามชาติในฐานะมนุษย์ที่มีครอบครัว ไม่เพียงช่วยลดความเปราะบางของเด็ก แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนา นโยบายแรงงานที่ยั่งยืนและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในระยะยาว

2. การเป็นผู้มีตัวตนและครอบคลุมถึงเด็กและผู้ติดตาม

การจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยมีพัฒนาการในหลายมิติ ตั้งแต่การขยายระบบการขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ไปจนถึงการเพิ่มสิทธิด้านสวัสดิการและความคุ้มครองทางสังคมผ่านความร่วมมือกับ

องค์การระหว่างประเทศและภาคเอกชน โดยเฉพาะความพยายามในการทดลองขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ได้รับสิทธิอย่างเต็มที่ ความจำเป็นของแรงงานข้ามชาติยังคงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัยและอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้แรงงานข้ามชาติมีบทบาทสำคัญต่อภาคเศรษฐกิจหลักของประเทศ การกำหนดนโยบายแรงงานจึงจำเป็นต้องบูรณาการมิติเศรษฐกิจ สิทธิมนุษยชน และความร่วมมือกับประเทศต้นทาง เพื่อสร้างเสถียรภาพทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค

ในภาพเชิงนโยบาย แรงงานข้ามชาติจากประเทศลาว เมียนมา และเวียดนาม ถูกปรับสถานะจากการเป็น “ผู้หลบหนี” หรือ “ผู้กระทำความผิด” ไปสู่การเป็น “ผู้มีตัวตน” ในระบบกฎหมายของรัฐ การจำแนกแรงงานตามสถานะทางกฎหมาย เช่น ผู้ที่เอกสารหมดอายุ อยู่เกินกำหนด หรือเข้าเมืองโดยไม่ถูกต้อง สะท้อนการซ้อนทับระหว่างความไม่สมบูรณ์ทางกฎหมายกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ซึ่งรัฐเลือกใช้แนวทางการผ่อนผันมากกว่าการลงโทษ และยอมรับโดยปริยายว่าเศรษฐกิจไทยไม่อาจแยกออกจากแรงงานข้ามชาติได้

ในมิติสิทธิมนุษยชน หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นรากฐานสำคัญของกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ โดยได้รับการรับรองอย่างชัดเจนในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งยืนยันว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาอย่างเสรีและเสมอภาคในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชน (United Nations, 1948) หลักการดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากสถานะทางกฎหมายมักถูกใช้เป็นเงื่อนไขในการจำกัดสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างไรก็ตาม มาตรฐานสากลยืนยันว่าการไม่มีสถานะทางกฎหมายไม่อาจลดล้างความเป็นมนุษย์และศักดิ์ศรีของบุคคลได้ (OHCHR, 2014)

มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติที่ครอบคลุมถึงเด็กและผู้ติดตาม สะท้อนการเปลี่ยนผ่านเชิงนโยบายของรัฐไทยจากกรอบ “การบริหารแรงงานเพื่อเศรษฐกิจ” ไปสู่การเริ่มบูรณาการมิติทางสังคมและสิทธิมนุษยชนของแรงงานข้ามชาติเข้ากับนโยบายรัฐ แม้ประเทศไทยจะยังไม่พัฒนาไปสู่รัฐสวัสดิการแบบถ้วนหน้า แต่การยอมรับให้เด็กของแรงงานข้ามชาติสามารถพำนักอยู่ในระบบ

กฎหมายได้อย่างถูกต้อง ถือเป็นก้าวสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำข้ามรุ่น (intergenerational inequality) และสะท้อนการมองแรงงานข้ามชาติในฐานะมนุษย์ที่มีครอบครัวและอนาคต มากกว่าทรัพยากรแรงงานชั่วคราว

ในเชิงโครงสร้าง เด็กของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยเป็นกลุ่มประชากรที่ดำรงอยู่ “กึ่งกลางระหว่างระบบ” กล่าวคือ เติบโตและใช้ชีวิตในสังคมไทย แต่กลับไม่สามารถเข้าถึงสิทธิด้านการศึกษาและสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่เช่นเดียวกับเด็กไทย ปัญหานี้มิใช่เพียงประเด็นเชิงมนุษยธรรม หากแต่เป็นผลจากการเชื่อมโยงกันของนโยบายแรงงาน การเข้าเมือง และระบบสวัสดิการของรัฐ มาตรการผ่อนผันที่เปิดโอกาสให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีพำนักตามสิทธิของบิดามารดาได้ จึงเป็นจุดตั้งต้นของการขยายกรอบการคุ้มครองจาก “แรงงาน” ไปสู่ “ครอบครัวของแรงงาน” และตั้งคำถามต่อบทบาทของรัฐในการเปลี่ยนเด็กเหล่านี้จากผู้อยู่อาศัยชั่วคราวไปสู่ผู้ได้รับการคุ้มครองทางสังคม

ในมิติสิทธิในการศึกษา อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (CRC) กำหนดให้รัฐต้องจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติตามสัญชาติหรือสถานะทางกฎหมาย (United Nations, 1989) แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายการศึกษาเพื่อปวงชนและเปิดโอกาสให้เด็กทุกคนเข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐได้ แต่ในทางปฏิบัติ เด็กแรงงานข้ามชาติยังเผชิญอุปสรรคด้านภาษา ความไม่เข้าใจของสถานศึกษาเกี่ยวกับสิทธิเด็ก และค่าใช้จ่ายแฝง ส่งผลให้สิทธิในการศึกษาในเชิงกฎหมายยังไม่แปรเปลี่ยนเป็นการเข้าถึงอย่างแท้จริง งานศึกษาของ UNICEF (2019) ชี้ว่า เด็กข้ามชาติที่เข้าไม่ถึงการศึกษามีความเสี่ยงสูงที่จะตกอยู่ในวงจรแรงงานไร้ทักษะและความยากจนข้ามรุ่น ซึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างในระยะยาว

ในด้านสิทธิสุขภาพ สิทธิในการมีสุขภาพที่ดีได้รับการรับรองทั้งใน ICESCR และ CRC (United Nations, 1966; United Nations, 1989) มาตรการผ่อนผันที่กำหนดให้เด็กแรงงานข้ามชาติต้องมีประกันสุขภาพตลอดระยะเวลาการอนุญาตทำงานของบิดามารดา จึงช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและการป้องกันโรค ในเชิงนโยบาย การรวมเด็กกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพยังเป็นการลงทุนเชิงป้องกัน (preventive

investment) ที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านสาธารณสุขและภาระของรัฐบาลในระยะยาว (World Health Organization, 2018)

อย่างไรก็ตาม สิทธิของเด็กแรงงานข้ามชาติในไทยยังคงเป็นสิทธิที่มีเงื่อนไข เนื่องจากการเข้าถึงการศึกษาและสาธารณสุขยังผูกโยงกับสถานะของบิดามารดา ค่าใช้จ่ายด้านประกัน และความไม่ต่อเนื่องของมาตรการผ่อนผัน ข้อจำกัดเหล่านี้สะท้อนว่าการคุ้มครองเด็กยังขึ้นอยู่กับดุลพินิจเชิงนโยบาย มากกว่าการรับรองสิทธิในเชิงโครงสร้าง

โดยสรุป การเชื่อมโยงนโยบายผ่อนผันแรงงานข้ามชาติกับสิทธิด้านการศึกษาและสุขภาพของเด็ก แสดงให้เห็นว่านโยบายแรงงานไม่อาจแยกออกจากนโยบายสังคมได้อีกต่อไป การคุ้มครองเด็กแรงงานข้ามชาติไม่เพียงเป็นพันธกรณีด้านสิทธิมนุษยชน แต่ยังเป็นการลงทุนเพื่อเสถียรภาพทางสังคมและการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยในระยะยาว (UNDP, 2018; UNICEF, 2019)

ข้อสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย (Conclusion and Policy Recommendations)

มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติของประเทศไทยในช่วงปี 2567–2568 สะท้อนบทบาทเชิงโครงสร้างของแรงงานข้ามชาติในระบบเศรษฐกิจไทย ภายใต้บริบทสังคมสูงวัยและการขาดแคลนแรงงานในหลายภาคอุตสาหกรรม แรงงานข้ามชาติยังคงเป็นกำลังแรงงานสำคัญที่ช่วยพยุงการผลิต การก่อสร้าง เกษตรกรรม และภาคบริการ มาตรการผ่อนผันของรัฐจึงทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมแรงงานที่อยู่นอกระบบเข้าสู่ระบบกฎหมาย ผ่านการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาตทำงาน การตรวจสุขภาพ และการจัดเก็บข้อมูลชีวมิติ ซึ่งช่วยลดจำนวนแรงงานผิดกฎหมาย เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารแรงงาน และสร้างเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม การพึ่งพามาตรการลักษณะชั่วคราวและจำกัดเวลา (ad hoc) ยังสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของนโยบายแรงงานไทยที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตลาดแรงงานในระยะยาว

ในมิติสิทธิมนุษยชน มาตรการผ่อนผันแรงงานข้ามชาติถือเป็นพัฒนาการเชิงนโยบายที่สำคัญ เนื่องจากสะท้อนการเปลี่ยนกรอบคิดของรัฐจากการควบคุมและปราบปราม

ไปสู่การคุ้มครองแรงงานในฐานะมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี การอนุญาตให้แรงงานสามารถทำงานได้ระหว่างรอการพิจารณา การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม รวมถึงการเปิดพื้นที่ทางกฎหมายให้เด็กและบุคคลในความอุปการะสามารถพำนักอาศัยได้อย่างถูกต้อง ล้วนมีความสอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่บ่งชี้ให้เห็นว่าการคุ้มครองดังกล่าวยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุม ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาการคุ้มครอง และความเสี่ยงต่อสิทธิในความเป็นส่วนตัวจากการจัดเก็บข้อมูลชีวมิติ ส่งผลให้สิทธิของแรงงานข้ามชาติยังคงเป็น “สิทธิแบบมีเงื่อนไข” มากกว่าสิทธิถ้วนหน้าที่ได้รับการรับรองอย่างถาวรในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ

จากการวิเคราะห์เชิงนโยบาย ผู้เขียนขอเสนอว่าการบริหารแรงงานข้ามชาติของประเทศไทยควรถูกยกระดับจากมาตรการผ่อนผันชั่วคราวไปสู่การปฏิรูปเชิงโครงสร้าง โดยบูรณาการนโยบายแรงงาน การเข้าเมือง สิทธิเด็ก สาธารณสุข และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ รัฐควรออกแบบกลไกการจดทะเบียนแรงงานถาวรที่เข้าถึงได้ง่าย ลดต้นทุนและภาระของแรงงานและนายจ้าง พร้อมทั้งรับรองสิทธิในการทำงานอย่างปลอดภัย หลักประกันทางสังคม และสิทธิของเด็กโดยไม่ผูกติดกับสถานะชั่วคราวของบิดามารดา การยกระดับนโยบายดังกล่าวจะช่วยลดแรงงานผิดกฎหมาย ลดการเอารัดเอาเปรียบ และเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายแรงงานในภาพรวม

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ รัฐควรพิจารณา (1) การยกระดับมาตรการผ่อนผันให้เป็นนโยบายถาวรผ่านการออกกฎหมายเฉพาะหรือการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความต่อเนื่องและความมั่นคงทางสถานะของแรงงานข้ามชาติ (2) การเชื่อมโยงสิทธิแรงงานกับสิทธิเด็กและครอบครัว โดยรับรองการเข้าถึงการศึกษาและสาธารณสุขของเด็กแรงงานข้ามชาติในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐาน ไม่ผูกติดกับอายุใบอนุญาตทำงานของบิดามารดา (3) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลแรงงานแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูลแรงงาน การเข้าเมือง สาธารณสุข และประกันสังคม ภายใต้กรอบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เข้มแข็ง และ (4) การจัดตั้งกลไกติดตามและประเมินผลที่คำนึงถึงทั้งมิติสิทธิเด็ก เสถียรภาพแรงงาน และประสิทธิภาพการบริหารของรัฐ

โดยสรุป การปฏิรูปการบริหารแรงงานข้ามชาติ ยาวเพื่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ความเป็นธรรมทางสังคม จากมาตรการเฉพาะหน้าไปสู่นโยบายเชิงโครงสร้างไม่เพียง และการยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองแรงงานของประเทศ เป็นพันธกรณีด้านสิทธิมนุษยชน หากแต่เป็นการลงทุนระยะ ไทยในเวทีระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Adisorn Kerdmongkol. (2022). *Report on the impact of the Thai government's migrant worker amnesty program and forced labor risk*. Migrant Working Group (MWG).
- Asia News. (2026 January 19) Thailand tightens inspections of illegal migrant workers and workplaces. Bangkok Post. (2022). *Over 650,000 workers seek amnesty as govt sounds warning*. Bangkok Post.
- International Organization for Migration. (2024). *Thailand migration report 2024*. IOM.
- International Labour Organization. (2016). *Decent work for migrant workers*. ILO.
- International Labour Organization. (2016). *Promoting fair migration: General principles and operational guidelines*. ILO.
- International Labour Organization. (2025). *International labour standards and human rights*. <https://www.ilo.org/resource/international-labour-standards-and-human-rights>
- International Labour Organization. (2025, September 18). *Thai employers are piloting new approaches to expand social protection for migrant workers*. <https://www.ilo.org/resource/news/thai-employers-are-piloting-new-approaches-expand-social-protection-migrant>
- International Organization for Migration. (2019). *Biometrics and the governance of migration*. IOM.
- International Organization for Migration. (2019). *Identity management and migrant protection*. IOM.
- International Organization for Migration. (2019). *Migrant labor management and biometric registration*. IOM.
- Labor Protection Act B.E. 2541 (1998). *Royal Thai Government Gazette*.
- Ministry of Labour (Thailand). (2023). *Report on migrant worker amnesty and forced labor risk*. Ministry of Labour.
- Ministry of Labour, Department of Employment. (2025). *Three-nationality migrant worker regularization measures* Ministry of Labour.
- Ministry of Labour, Thailand. (2025). *Labour Minister shares good news! Workers from 3 nationalities will have a grace period waiving re-entry fees during Songkran*.
- Ministry of Labour, Thailand. (2025). *Thailand opens 15-day registration window for undocumented migrant workers from 4 nations*. Government Public Relations Department.
- Occupational Safety, Health, and Working Environment Act B.E. 2554 (2011). *Royal Thai Government Gazette*.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2014). *The economic, social and cultural rights of migrants in an irregular situation*. United Nations.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2018). *The right to privacy in the digital age*. United Nations.
- Papawadee Tanodomdej. (2016). Review of Thailand's migration worker management policy under the ASEAN Community. *CPG Online Magazine*, (5). German-Southeast Asian Center of Excellence for Public Policy and Good Governance (CPG), Faculty of Law, Thammasat University.

- Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019). *Royal Thai Government Gazette*.
- Reuters. (2025). *Thailand grants some Myanmar refugees right to legal work*. Reuters.
- Social Security Act B.E. 2533 (1990). *Royal Thai Government Gazette*.
- The Legal. (2024, October 16). *Proposed reforms for migrant workers in Thailand: Temporary stay and work permit relaxations*. <https://thelegal.co.th/2024/10/16/proposed-reforms-for-migrant-workers-in-thailand-temporary-stay-and-work-permit-relaxations/>
- Taylor, L. (2020). Data justice and biometric technologies in migration governance. *International Migration Review*, 54(3), 897–917.
- Taylor, L. (2020). What is data justice? *Big Data & Society*, 7(2), 1–14.
<https://doi.org/10.1177/2053951720946992>
- Taylor, S. (2020). Human rights and biometric data in labor migration. *Human Rights Review*, 21(3), 345–362.
- Thairath English. (2025, December 19). *Overview of Thailand's migrant workers in 2025 surpasses 3.6 million, but core issues remain unresolved* [Interview]. <https://en.thairath.co.th/scoop/interview/2902997>
- The Nation Thailand. (2025, August 27). *Thailand to clamp down on illegal migrant workers*.
<https://www.nationthailand.com/business/economy/40054592>
- UN Thailand. (2025). *Thailand migration report 2024* (Table 14). United Nations Thailand.
- UNICEF. (2019). *Children on the move in Thailand*. UNICEF.
- United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-human-rights>
- United Nations. (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights*. United Nations Treaty Series.
- United Nations. (1989). *Convention on the rights of the child*. United Nations Treaty Series.
- United Nations Development Programme. (2018). *Legal identity for all: Making the case*. UNDP.
- World Health Organization. (2018). *Health of refugee and migrant children*. WHO.
- World Vision Thailand. (2025). *The driving force of Thailand's economy: Voices and capacities of migrant populations*. World Vision.

The Application of Objectives and Key Results (OKRs) in Public Health Management: A Theoretical and Implementation Framework

Duongsamorn Manowan^{1*}

1 ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University

** Corresponding Author: Duongsamorn.man@mahidol.ac.th*

Academic article

Abstract

The public health situation is becoming more and more complicated; the strategic objectives being updated as a result of the terms used to evaluate confirmed cases. But few are using goal-setting system OKRs — in Thailand, at least. This system in practice leads to OKRs being mixed with traditional KPIs, which are set in the top-down approach and remain relatively uncoupled from real health outcomes, especially in the context of Value-Based Healthcare (VBHC). This article seeks to provide a conceptual framework and implementation road map for utilizing OKRs in public health management. Document research is the main methodology of this study, using domestic and overseas materials in the field of OKRs, PM, and VBHC.

based on this review, the paper proposes an approach to process integration of OKRs and VBHC. The model highlights the importance of integrating strategic objectives into everyday operations and converting these to measurable health delivery across system levels. It also demonstrates the need for continuous monitoring and periodic review to enable adaptive management. In sum, while this framework provides an applied pathway for public health agencies to better link strategy with results and go beyond a focus on spending to support value-based and sustainable management.

Keywords: Objectives and Key Results (OKRs); Value-Based Healthcare (VBHC) ; Public Health Management

การประยุกต์ใช้กรอบ Objectives and Key Results (OKRs) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

การบริหารงานสาธารณสุข: กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและแนวทางการดำเนินงาน

ดวงสมร มะโนวรรณ^{1*}

1 สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Duongsamom.man@mahidol.ac.th

บทความวิชาการ

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการบริหารงานสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทาย ก้าวข้ามขีดจำกัดจากความซับซ้อนของระบบ และการเชื่อมโยงเป้าหมายเชิงกลยุทธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การนำ Objectives and Key Results (OKRs) มาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทย ยังคงมีข้อจำกัดสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นความสับสนกับตัวชี้วัดแบบเดิม การกำหนดเป้าหมายในลักษณะบนลงล่าง รวมถึงการขาดความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์สุขภาพตามแนวคิด Value - Based Healthcare (VBHC) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและแนวทางการประยุกต์ใช้ OKRs เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุข โดยมุ่งอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายเชิงกลยุทธ์กับการดำเนินงาน

ในระดับปฏิบัติ การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสาร โดยทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ OKRs การบริหารเชิงผลลัพธ์ และระบบบริการสุขภาพเชิงคุณค่า ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ได้เสนอกรอบกระบวนการที่งานสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยการบูรณาการ OKRs กับ VBHC ในการส่งเสริมประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารองค์กรสาธารณสุขให้มุ่งสู่ผลลัพธ์และคุณค่าที่เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: วัตถุประสงค์และผลลัพธ์หลัก (OKRs); การดูแลสุขภาพบนพื้นฐานคุณค่า (VBHC); การบริหารจัดการสาธารณสุข

บทนำ

ปัจจุบัน การบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นลักษณะงานที่หลากหลายและจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในหลายระดับ ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับความคาดหวังของสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น โดยขณะที่งบประมาณและทรัพยากรยังคงมีข้อจำกัด สถานการณ์นี้ทำให้องค์กรจำเป็นต้องมองหาเครื่องมือที่ไม่เพียงกำหนดทิศทาง แต่สามารถติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อจำกัดของการวางแผนยุทธศาสตร์แบบดั้งเดิมที่อาจไม่เอื้อต่อการปรับตัว ส่งผลทำให้การบริหารงานสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น แนวคิด Objectives and Key Results (OKRs) จึงถูกนำมาใช้ในฐานะเครื่องมือเชิงกลยุทธ์ที่ช่วยเชื่อมโยงเป้าหมายระดับองค์กรกับการปฏิบัติงานในระดับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน (Phucharoenkalaya & Srijai, 2023)

บททวนวรรณกรรม

การบริหารงานสาธารณสุขในปัจจุบันมุ่งเน้นการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนผ่านเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ใน 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) ที่ยกระดับคุณภาพและความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นวัตกรรมดิจิทัล (Digital Innovation) ที่เน้นการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการข้อมูลและการตัดสินใจ และการพัฒนาทุนมนุษย์ (Human Capital) ซึ่งเป็นการเสริมสร้างขีดความสามารถและสมรรถนะของบุคลากรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 มิติเหล่านี้ถือเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติที่มุ่งเน้นความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนของประเทศ (Ministry of Public Health, 2017; Office of the National Economic and Social Development Council [NESDC], 2018). ดังนั้น บทความนี้จะศึกษาแนวคิดที่สามารถนำมา

ประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของการบริหารสาธารณสุขของไทย ดังนี้

แนวคิด Objectives and Key Results (OKRs)

แนวคิด Objectives and Key Results (OKRs) ได้รับการพัฒนาโดย Andy Grove ซึ่งทำงานในบริษัท Intel โดยต่อยอดจากแนวคิดการบริหารแบบมุ่งเป้าหมาย (Management by Objectives: MBO) ของ Peter Drucker และต่อมาได้มีหลายองค์กรนำไปใช้

ในเชิงแนวคิด Niven and Lamorte (2016) อธิบายเพิ่มว่า OKRs เป็นกรอบการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการสร้างผลกระทบ (impact) ผ่านการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้ โดย OKRs ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน ได้แก่

Objectives (วัตถุประสงค์) หมายถึง เป้าหมายหลักที่องค์กรต้องการบรรลุ โดยมีลักษณะเป็นเป้าหมายเชิงคุณภาพซึ่งมุ่งกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ โดยสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรในองค์กรร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

Key Results (ผลลัพธ์หลัก) หมายถึง ตัวชี้วัดผลสำเร็จของวัตถุประสงค์ ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงปริมาณสามารถวัดและประเมินผลได้ชัดเจน โดยทั่วไปหนึ่งวัตถุประสงค์จะมีตัวชี้วัดประมาณ 3-5 ตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและประเมินระดับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตัวชี้วัดเชิงปริมาณจะสะท้อนความสำเร็จ แนวคิดนี้มุ่งเน้นการบริหารที่ยึดผลลัพธ์เป็นสำคัญ มากกว่าการประเมินจากกิจกรรมที่ดำเนินการ และส่งเสริมการเชื่อมโยงเป้าหมายการดำเนินงานระหว่างระดับการบริหารต่าง ๆ ให้เกิดความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน (Stray et al, 2022)

หลักการสำคัญและการสอดประสาน (Alignment)

OKRs มิได้เป็นเพียงเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังเป็นระบบการบริหารที่ช่วยส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้มุ่งเน้นผลลัพธ์และการมีส่วนร่วมของ

บุคลากร OKRs ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพนักงานและองค์กร (Alignment) และการสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้าง (Employee Liberation) ซึ่งช่วยให้พนักงานสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อตอบโจทย์องค์กรได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ OKRs ยังทำให้เกิดวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันข้อมูลภายในทีม (Knowledge Sharing) ช่วยลดการรวมศูนย์อำนาจในการตัดสินใจ (Decentralization) อยู่กับคนใดคนหนึ่ง ตลอดคนสร้างระบบความโปร่งใสที่บุคลากรทุกระดับสามารถติดตามความก้าวหน้าของเป้าหมายร่วมกันได้ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กรอย่างยั่งยืน (Jitnathum, 2021; Kanokvijit & Kanokvijit, 2021) โดยมีหลักการสำคัญดังนี้

1) การมุ่งเน้นผลลัพธ์มากกว่ากิจกรรม (Outcomes over Activities)

แนวคิด OKRs ให้ความสำคัญกับเรื่องผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน มากกว่าการประเมินจากจำนวนกิจกรรมหรือผลผลิตที่ดำเนินการ ซึ่งแตกต่างจากระบบการบริหารแบบดั้งเดิมที่มักเน้นการรายงานกิจกรรมเป็นหลัก การมุ่งเน้นผลลัพธ์ช่วยให้การดำเนินงานเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ขององค์กรอย่างชัดเจน

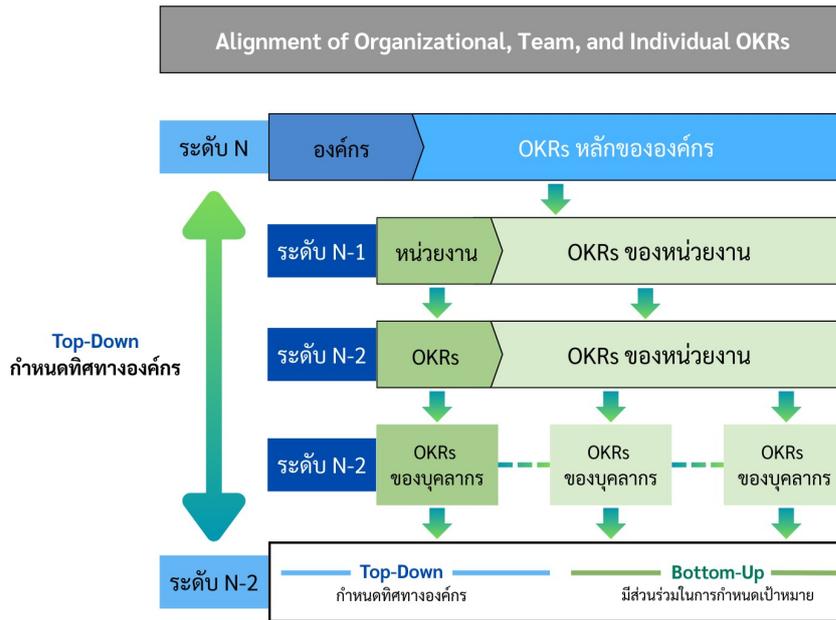
2) การสอดประสานแบบสองทิศทาง (Bidirectional Alignment)

การศึกษาของ Stray et al. (2022) อธิบายให้เห็นว่า OKRs ช่วยสร้างความโปร่งใสในการดำเนินงานและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมงาน โดยอาศัยกระบวนการกำหนดเป้าหมายแบบผสมผสานระหว่างแนวทางจากผู้บริหารระดับสูง (Top-down) และการมีส่วนร่วมจากบุคลากรฝ่ายระดับปฏิบัติการ (Bottom-up) ซึ่งช่วยให้เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ซึ่งงานวิจัยนี้ระบุว่า การประเมินนั้น มีองค์ประกอบสำคัญคือความถี่และช่วงเวลาในการประเมินผลลัพธ์ โดยทีมที่ประสบความสำเร็จจะกำหนดการประเมินเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าเป็นประจำทุกสัปดาห์

(Weekly Check-ins) เพื่อทบทวนอุปสรรคและปรับปรุงวิธีการทำงานให้ทันต่อสถานการณ์ และการประเมินผลลัพธ์หลักในภาพรวมทุกไตรมาส (Quarterly Final Evaluation) เพื่อวัดความสำเร็จของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งแนวทางการประเมินอย่างต่อเนื่องนี้ช่วยให้องค์กรสามารถรักษาความเชื่อมโยงของเป้าหมายและปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง

3) การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย (Challenge Goals)

Doerr (2018) อธิบายว่า วัตถุประสงค์ (Objectives) จะต้องถูกออกแบบให้ท้าทายและสร้างแรงจูงใจเชิงคุณภาพ แต่ในส่วนของผลลัพธ์หลัก (Key Results) จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความชัดเจนตามหลัก SMART เพื่อตัวเลขที่วัดผลได้จริง โดยการนำหลักการ SMART (Specific, Measurable, Action-oriented, Relevant, and Time-bound) มาบูรณาการร่วมกับกรอบการทำงานแบบ OKRs เพื่อยกระดับประสิทธิภาพสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schiemann et al, (2023) ที่ค้นพบว่า การใช้หลัก SMART มากำกับผลลัพธ์หลักช่วยให้การสื่อสารภายในองค์กรมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ลดความคลุมเครือในระดับปฏิบัติการ และทำให้บุคลากรทุกระดับมองเห็น "ภาพลักษณ์ของความสำเร็จ" ในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ Zhou (2022) ยังกล่าวว่าการกำหนดผลลัพธ์หลักที่อิงบนพื้นฐานของความชัดเจน (SMART-based Key Results) จะช่วยให้กระบวนการติดตามผลและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) มีความเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดการใช้ดุลยพินิจส่วนบุคคลและเปลี่ยนเป็นการมุ่งเน้นที่ความสำเร็จเชิงประจักษ์ ซึ่ง OKRs จะกำหนดเป้าหมายในระดับที่ท้าทายเพื่อกระตุ้นศักยภาพของบุคลากรในองค์กร โดยการบรรลุผลในระดับประมาณร้อยละ 70 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสะท้อนถึงการพัฒนาที่ต่อเนื่องได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การสอดประสานเป้าหมายตามกรอบ OKRs ระหว่างระดับองค์กร หน่วยงาน และบุคลากร ที่มา ดัดแปลงจาก Niven and Lamorte (2016) และ Stray et al. (2022)

ภาพที่ 1 แสดงแนวคิดการสอดประสานเป้าหมาย (Alignment) ภายใต้กรอบ Objectives and Key Results (OKRs) โดยเริ่มจากการกำหนด OKRs ในระดับองค์กร (ระดับ N) ซึ่งเป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์หลัก หรือ วิสัยทัศน์องค์กร จากนั้นจึงถ่ายทอดไปยังระดับหน่วยงาน (ระดับ N-1) และระดับปฏิบัติหรือบุคลากร (ระดับ N-2) เพื่อให้เป้าหมายในแต่ละระดับมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างเป็นระบบ กระบวนการดังกล่าวสะท้อนแนวทางการกำหนดเป้าหมายแบบผสมผสานระหว่างการกำหนดจากผู้บริหาร (Top-down) และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในระดับปฏิบัติ (Bottom-up) ซึ่งช่วยสร้างความชัดเจนของทิศทางองค์กร ส่งเสริมความโปร่งใส และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานร่วมกันของทีมงาน

แนวคิด Value-Based Health Care Delivery (VBHCD)

Porter และ Teisberg (2006) อธิบายแนวคิดการส่งมอบบริการสุขภาพบนพื้นฐานของคุณค่า (Value-Based Health Care Delivery: VBHCD) ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการบริหารจัดการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการปรับโครงสร้างระบบบริการให้ยึดติดกับ “คุณค่าที่เกิดกับผู้ป่วย”

(Patient Value) เป็นสำคัญ มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงปริมาณการให้บริการ (Volume of Services) แนวคิดนี้ได้นิยามคุณค่าในรูปแบบของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ระบบการบริหารแบบเดิมนั้นจะมีการแยกส่วนการรักษาและวัดผลเพียงรายกิจกรรมในการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบ VBHCD องค์กรจำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในด้านการจัดโครงสร้างหน่วยบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Integrated Practice Units) และการพัฒนาระบบการวัดผลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกควบคู่กับความคุ้มค่า ซึ่งสอดรับกับแนวทางการบริหารมุ่งผลลัพธ์ในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้แนวคิด Objectives and Key Results (OKRs) เพื่อเป็นกลไกในการถ่ายทอดนิยาม “คุณค่า” จากระดับยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายที่ท้าทายในระดับปฏิบัติการ

ความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิด VBHCD และระบบการบริหารจัดการแบบ OKRs สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nilsson et al, (2024) ระบุว่า การปรับโครงสร้างสู่หน่วยบริการเบ็ดเสร็จและการดึงผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบผลลัพธ์ เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถถูกกำหนดเป็นวัตถุประสงค์

(Objectives) ที่มุ่งเน้นความสอดคล้องประสานข้ามสายงานและการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ขณะเดียวกัน ระบบการวัดต้นทุนแบบ Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) ตามแนวคิดของ Porter & Kaplan (2011) ทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการกำหนดผลลัพธ์หลัก (Key Results) มีความถูกต้องในเชิงปริมาณ จะทำให้องค์กรสาธารณสุขสามารถติดตามและประเมินความคุ้มค่าของการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เชิงคุณค่าเปลี่ยนจากนามธรรมไปสู่กระบวนการที่วัดผลได้และมีความต่อเนื่องในระดับปฏิบัติการอย่างยั่งยืน

แนวคิด VBHCD จึงมองว่าการสร้างคุณค่าให้ผู้ป่วยต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ทั้งในด้านโครงสร้างองค์กร กระบวนการดูแล และระบบการวัดผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบริหารเชิงผลลัพธ์ในองค์กรสาธารณสุขยุคใหม่ และสามารถเชื่อมโยงกับการประยุกต์ใช้ Objectives and Key Results (OKRs) เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายเชิงกลยุทธ์สู่การดำเนินงานในระดับปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิด CFRs กับการสนับสนุนการบริหารเชิงผลลัพธ์

แนวคิด CFRs ย่อมาจากคำสามคำ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนทนา (Conversation) 2) การให้ข้อเสนอแนะ (Feedback) และ 3) การยอมรับความสำเร็จ (Recognition) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนตามหลักการของ Objectives and Key Results (OKRs) โดยมุ่งเน้นการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้บริหารและบุคลากร การให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา และการสร้างแรงจูงใจผ่านการยอมรับความก้าวหน้าในการดำเนินงาน แนวคิดดังกล่าวช่วยให้กระบวนการบริหารผลการดำเนินงานไม่จำกัดอยู่เพียงการประเมินเพียงรอบเดียว แต่เป็นวงจรการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ไตรมาส (Doerr, 2018) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันของบุคลากรและสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Niven & Lamorte, 2016) โดยเฉพาะในบริบทการบริหารงาน

สาธารณสุขที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายและการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การเชื่อมโยงกลยุทธ์การบริหารงานสาธารณสุขกับ Value-Based Healthcare ผ่าน OKRs การประยุกต์ใช้ Objectives and Key Results (OKRs) ในการบริหารงานสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ โดยช่วยลดการดำเนินงานแบบแยกส่วนและสร้างเป้าหมายร่วมของระบบ การนำระบบ OKRs มาใช้ในโรงพยาบาลช่วยแก้ไขปัญหาการทำงานแบบแยกส่วน (Silo Working) ด้วยการสร้างเป้าหมายร่วม และลดความคลุมเครือด้านบทบาทหน้าที่ (Role Ambiguity) และช่วยสร้างเป้าหมายร่วมกันในทีมบุคลากรที่มีความหลากหลาย (O'Neill & McKenna, 2024) สอดคล้องกับมุมมองของ Engagedly (2024) ที่วิเคราะห์ว่าการใช้กรอบการทำงาน OKRs ในอุตสาหกรรมบริการสุขภาพจะช่วยเชื่อมโยงความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่หลากหลายให้มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเพียงหนึ่งเดียว ส่งผลให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์องค์กรมีความชัดเจน โปร่งใส และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเป็นรูปธรรมนอกจากนี้ ระบบ OKRs ยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น (Kunpijit, 2023). การประเมินผล OKRs เป็นแบบทุกไตรมาสช่วยให้้องค์กรสามารถปรับกลยุทธ์ได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (BCG, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Value-Based Healthcare (VBHC) ที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าของบริการจากผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการได้รับ (Porter & Teisberg, 2006) โดย OKRs ทำหน้าที่เป็นกลไกที่ช่วยแปลงเป้าหมายเชิงคุณค่าให้กลายเป็นตัวชี้วัดที่สามารถติดตามและประเมินผลได้จริง (Silveira Bianchim et al, 2023; Kuttalam, 2025) ส่งผลให้การนำ OKRs มาใช้สามารถสนับสนุนกลยุทธ์หลักของการบริหารงานสาธารณสุข เช่น ความเป็นเลิศด้านบริการ นวัตกรรมดิจิทัล ประสิทธิภาพการดำเนินงาน และการพัฒนาทุนมนุษย์

ปัญหาและข้อจำกัดของการประยุกต์ใช้ OKRs

การประยุกต์ใช้ Objectives and Key Results (OKRs) ในองค์กรสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อสร้างความชัดเจนของเป้าหมายและเชื่อมโยงยุทธศาสตร์องค์กรสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม งานศึกษาของ Petkong et al. (2021) เรื่องประสบการณ์ของหัวหน้าหรือผู้ช่วยในการบริหารงานตามแนวคิด OKRs พบว่า แม้ OKRs จะช่วยส่งเสริมการสอดประสานเป้าหมายระหว่างระดับองค์กรและหน่วยงาน แต่การนำไปใช้ในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) ความเข้าใจในแนวคิด OKRs ที่ยังไม่ชัดเจน 2) ความสับสนระหว่าง OKRs กับ KPI 3) การสื่อสารและการถ่ายทอดเป้าหมายที่ไม่ทั่วถึง และ 4) การกำหนดเป้าหมายในลักษณะ Top-down ที่เน้นการกำหนดทิศทางจากผู้บริหารมากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรระดับปฏิบัติ ส่งผลให้การสอดประสานเป้าหมายและแรงจูงใจในการดำเนินงานยังไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ การขาดระบบ feedback ที่ต่อเนื่อง ภาระงานประจำที่สูง และการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างรวดเร็ว ยังส่งผลให้การดำเนินงานตาม OKRs ขาดความต่อเนื่องและประสิทธิผลในการขับเคลื่อนองค์กร

บทสังเคราะห์

จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมา ผู้เขียนได้สังเคราะห์กรอบกระบวนการประยุกต์ใช้ Objectives and Key Results (OKRs) ในการบริหารงานสาธารณสุข โดยการดำเนินงานเริ่มจากระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับยุทธศาสตร์ขององค์กรหรือวิสัยทัศน์ไปสู่ระดับการปฏิบัติการ กลยุทธ์การบริหารงานสาธารณสุขจะถูกแปลงเป็น OKRs (Objectives และ Key Results) เพื่อถ่ายทอดสู่การดำเนินงานในมิติสำคัญ ได้แก่ ความเป็นเลิศด้านบริการ นวัตกรรมดิจิทัล และการพัฒนาทุนมนุษย์ ผ่านกลไก alignment และ CFRs ซึ่งนำไปสู่การขับเคลื่อน Value-Based Healthcare และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงประสิทธิผลขององค์กร สามารถแสดงกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 2

จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมา ผู้เขียนได้สังเคราะห์กรอบกระบวนการประยุกต์ใช้ Objectives and Key Results (OKRs) ในการบริหารงานสาธารณสุข โดยการดำเนินงานเริ่มจากระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับยุทธศาสตร์ขององค์กรหรือวิสัยทัศน์ไปสู่ระดับการปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายและผลลัพธ์ที่สามารถวัดและประเมินได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวสามารถอธิบายได้เป็น 7 ขั้นตอนสำคัญ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดยุทธศาสตร์ (Strategic Direction Setting)

ผู้บริหารระดับสูงสุดกำหนดยุทธศาสตร์ระดับองค์กร หรือวิสัยทัศน์ขององค์กร โดยพิจารณาจากบริบททางนโยบาย ปัญหาสุขภาพของประชากร และทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น การยกระดับคุณภาพบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน หรือการส่งเสริมวัฒนธรรมด้านสุขภาพ การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการกำหนดทิศทางของ OKRs ในทุกระดับ

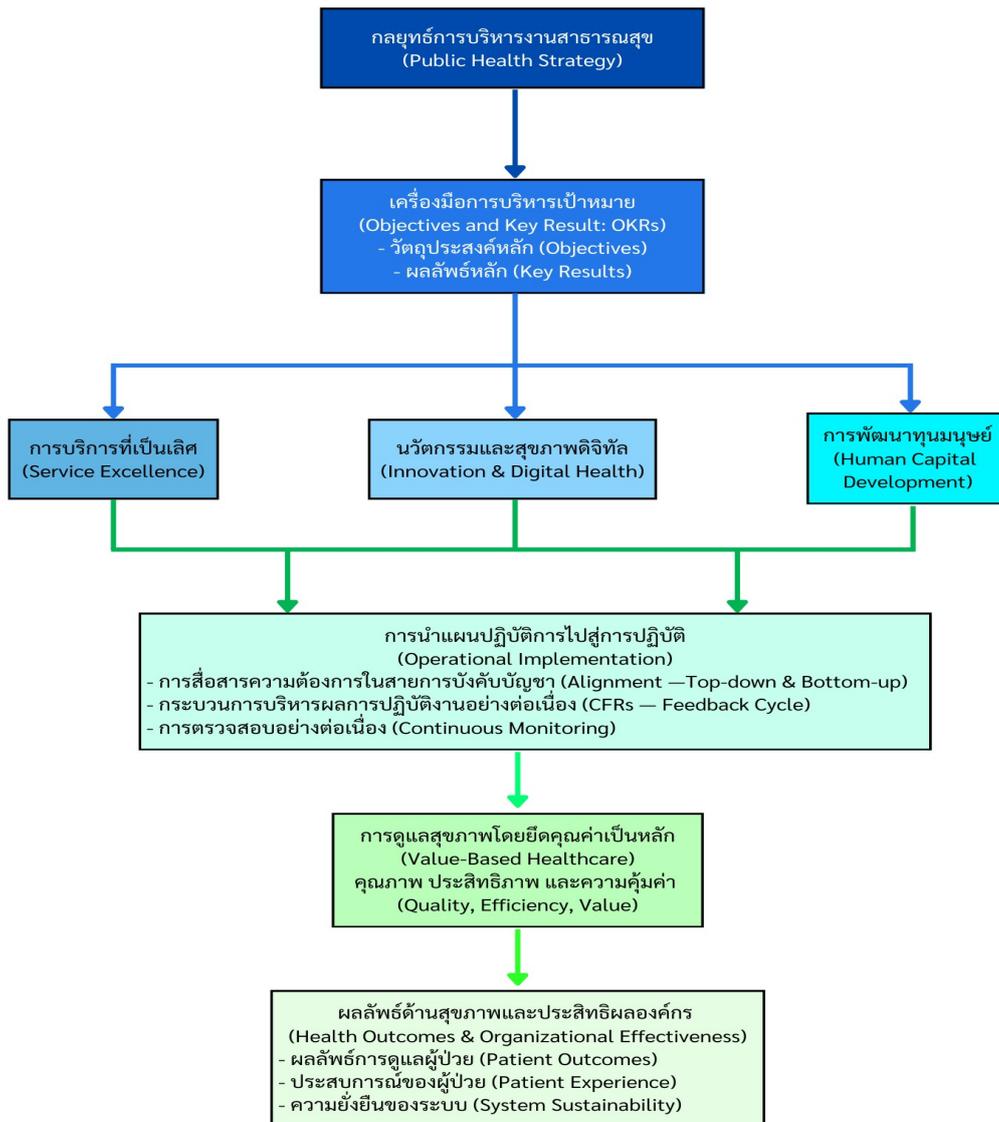
ขั้นตอนที่ 2 การกำหนด Objectives (Setting Objectives)

ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ที่กำหนด องค์กรจะกำหนด Objectives ซึ่งเป็นเป้าหมายเชิงคุณภาพที่สะท้อนผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุในช่วงเวลาที่กำหนด โดย Objectives ควรมีความชัดเจน สร้างแรงจูงใจ และสามารถสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจร่วมกันได้ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันขององค์กร

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนด Key Results (Defining Key Results)

ผลลัพธ์ (Key Results) เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่ใช้วัดความก้าวหน้าในการบรรลุ Objectives โดยต้องสามารถวัดผลได้อย่างชัดเจน มีกรอบเวลา และสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง มากกว่าการวัดกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยทั่วไปแต่ละ Objective ควรมี Key Results ประมาณ 3-5 ตัว เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



ภาพที่ 2: กรอบแนวคิดการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สาธารณสุขกับ OKRs และผลลัพธ์สุขภาพ

ที่มา: ผู้เขียนดัดแปลงและสังเคราะห์จาก Niven and Lamorte (2016), Doerr (2018), Porter and Teisberg (2006), และ Stray et al. (2022)

ขั้นตอนที่ 4 การถ่ายทอดสู่ระดับหน่วยงานและบุคลากร
(Alignment Process)

การถ่ายทอด OKRs จากระดับองค์กรสู่ระดับหน่วยงานและระดับบุคลากรเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้เกิดการสอดประสาน (Alignment) ระหว่างเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และการปฏิบัติงานจริง โดยใช้แนวทางผสมผสานระหว่าง Top-down ซึ่งกำหนดทิศทางจากผู้บริหาร และ

Bottom-up ที่เปิดโอกาสให้หน่วยงานและบุคลากรร่วมกำหนดเป้าหมายย่อยให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานของตน

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Review)

การดำเนินงาน OKRs ควรมีการติดตามความก้าวหน้าแบบระยะสั้น เช่น ทุกไตรมาส เพื่อประเมิน

ผลลัพธ์และปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยให้องค์กรสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลาที่

ขั้นตอนที่ 6 การใช้กระบวนการ CFRs (Conversation, Feedback, Recognition)

CFRs เป็นกลไกสนับสนุนที่สำคัญภายใต้ระบบ OKRs โดยเน้นการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา และการยอมรับความสำเร็จของบุคลากร ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ลดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์และการเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 7 การทบทวนและเรียนรู้ (Reflection and Continuous Improvement)

เมื่อสิ้นสุดรอบการดำเนินงาน องค์กรควรมีการทบทวนผลลัพธ์ วิเคราะห์บทเรียนที่ได้รับ และนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการปรับปรุง OKRs รอบถัดไป กระบวนการนี้ช่วยสร้างวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการบริหารงานสาธารณสุขให้มีความยั่งยืน

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด OKRs ในการบริหารงานสาธารณสุข

ผู้เขียนยกตัวอย่างให้เห็นภาพการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดอย่างเป็นรูปธรรม สามารถยกตัวอย่างการดำเนินงานในบริบทการบริหารงานสาธารณสุข ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการเชื่อมโยงกรอบแนวคิดสู่การปฏิบัติในการบริหารงานสาธารณสุข

ระดับในกรอบแนวคิด (Framework Level)	ตัวอย่างการดำเนินงาน (Example Actions)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Outcomes)
ยุทธศาสตร์การบริหารงานสาธารณสุข (Public Health Strategy)	กำหนดยุทธศาสตร์คือการลดความแออัดในบริการผู้ป่วยนอก และยกระดับคุณภาพการให้บริการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ทิศทางองค์กรชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ
กรอบการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ (OKRs)	<p>วัตถุประสงค์ (Objective): ระดับประสบการณ์การรับบริการผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพและลดระยะเวลารอคอย</p> <p>ผลลัพธ์ (Key Results):</p> <p>Key Result 1: ลดระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกจาก 120 นาที เหลือไม่เกิน 60 นาที ภายในไตรมาสที่ 2</p> <p>Key Result 2: เพิ่มคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ (CSAT) ให้ไม่น้อยกว่า 90%</p> <p>Key Result 3: ลดสัดส่วนผู้ป่วยที่รอกเกินมาตรฐาน (90 นาที) ลงอย่างน้อย 30% จากค่า baseline</p> <p>Key Result 4: เพิ่มอัตราการใช้ระบบนัดหมายออนไลน์เป็นอย่างน้อย 50% ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด</p>	เป้าหมายวัดผลได้และเชื่อมกับยุทธศาสตร์
การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Operational Implementation)	ปรับ workflow ระบบคิว, ใช้ระบบลงทะเบียนออนไลน์, ประชุมติดตาม OKRs รายไตรมาส	การดำเนินงานของหน่วยงานสอดคล้องกัน

ระดับในกรอบแนวคิด (Framework Level)	ตัวอย่างการดำเนินงาน (Example Actions)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected Outcomes)
การดูแลสุขภาพโดยยึดคุณค่าเป็นหลัก (Value-Based Healthcare)	ใช้ข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยและต้นทุนในการปรับปรุงบริการ ลดกิจกรรมที่ไม่สร้างคุณค่า	คุณค่าการบริการเพิ่มขึ้นโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและประสิทธิผลองค์กร (Health Outcomes & Organizational Effectiveness)	ลดระยะเวลาการรอจริง เพิ่มความพึงพอใจผู้ป่วย ลดข้อร้องเรียนในการรับบริการ	ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้นและองค์กรมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

บทสรุป

การประยุกต์ใช้แนวคิด Objectives and Key Results (OKRs) ในการบริหารงานสาธารณสุขนับเป็นแนวทางการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงเป้าหมายระดับยุทธศาสตร์สู่การดำเนินงานระดับปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงคุณภาพควบคู่กับผลลัพธ์เชิงปริมาณที่สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดความสอดคล้องระหว่างระดับองค์กร หน่วยงาน และบุคลากร อันนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญของ OKRs ประกอบด้วย การมุ่งเน้นผลลัพธ์มากกว่ากิจกรรม (Outcomes over Activities) การประสานเป้าหมายแบบสองทิศทาง (Bidirectional Alignment) และการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย (Challenge Goals) ซึ่งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรและสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ภายในองค์กร ทั้งนี้ การเสริมกระบวนการด้วยแนวคิด CFRs (Conversation, Feedback, Recognition) ช่วยสนับสนุนการสื่อสาร การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริหารองค์กรยุคใหม่ นอกจากนี้ การบูรณาการ OKRs เข้ากับแนวคิด Value-Based Healthcare ช่วยให้การบริหารงานสาธารณสุขมุ่งเน้นคุณค่าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ โดยเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว OKRs จึงทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ส่งเสริมการดำเนินงานแบบบูรณาการ และสนับสนุนการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิผลและความยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการนำแนวคิด Objectives and Key Results (OKRs) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์องค์กร เพื่อเพิ่มความชัดเจนของเป้าหมายและการติดตามผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในทุกระดับของระบบสุขภาพ โดยต้องมุ่งเน้นการถ่ายทอดเป้าหมายระดับนโยบาย (High-level Goals) ลงสู่ระดับปฏิบัติการอย่างสอดคล้อง (Alignment) เพื่อเปลี่ยนทัศนคติจากการมุ่งเน้นเพียงภาระงานตามหน้าที่ (Task-oriented) ไปสู่การมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (Impact-oriented) ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัดและสร้างความชัดเจนในการประเมินผลเชิงประจักษ์ที่เป็นเอกภาพทั่วทั้งองค์กร

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานในการประยุกต์ใช้ OKRs ในบริบทองค์กรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ที่เหมาะสมกับโครงสร้างองค์กรและลักษณะงานบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างเชิงบริบทของหน่วยงานบริการ คู่มือนี้ไม่ควรเป็นเพียงข้อบังคับแต่ต้องเป็นแนวทางที่ยืดหยุ่น (Flexible Framework) ที่ระบุตัวอย่างวัตถุประสงค์และผลลัพธ์หลักที่เหมาะสมกับลักษณะงานบริการสุขภาพ (Clinical and Non-clinical) เพื่อลดอุปสรรคในการเริ่มต้น และสร้างมาตรฐานการวัดผล

3. เพื่อสนับสนุนความสำเร็จของ OKRs ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรการพัฒนากระบวนการพัฒนาข้อมูลและ

เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อใช้ในการติดตามผลลัพธ์และประเมิน ประสิทธิภาพของ OKRs อย่างต่อเนื่อง การมีข้อมูลที่โปร่งใส และเป็นปัจจุบันจะเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริหาร อันจะ นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลที่มี ความแม่นยำ (evidence-based decision-making)

4. ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร จากการมุ่งเน้นการประเมินเพื่อการพัฒนาและการเรียนรู้ ร่วมกัน โดยการจัดสรรทรัพยากรและเวลาให้เกิดการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback Loop) และการ ทบทวนผลสัมฤทธิ์อย่างสม่ำเสมอ วัฒนธรรมที่มีการ ตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย และเปิดพื้นที่ให้ความผิดพลาดเป็น ส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความ ยั่งยืนให้กับระบบบริหารงานเชิงผลลัพธ์ ช่วยให้องค์กร สาธารณสุขมีความคล่องตัวและพร้อมรับมือกับการ เปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- BCG. (2024). *Unleashing the power of OKRs to improve performance*. Boston Consulting Group. www.bcg.com
- Doerr, J. (2018). *Measure what matters: How Google, Bono, and the Gates Foundation rock the world with OKRs*. Portfolio/Penguin.
- Engagedly. (2024). *How to implement OKR framework for healthcare industry*. engagedly.com
- Foocharoenkalaya, S., & Srijai, A. (2023). Development of a health strategy driving model using Objectives and Key Results (OKRs) for the Chiang Rai Provincial Public Health Office. *Chiang Rai Medical Journal*, 15(2), 1–19.
- Jitnathum, T. (2021). *Investigating the relationship between the implementation of OKR and employees' attitude and development* [Master's independent study, Thammasat University]. Thammasat University Digital Library.
- Kanokvijit, N., & Kanokvijit, A. (2021). Factors affecting the success of implementing OKRs in performance management of organizations in Thailand. *Journal of Association of Private Higher Education Institutions of Thailand (Social Sciences, Humanities, and Arts)*, 10(2), 125–140.
- Kunpijit, K. (2023). *Consulting project on Objectives and Key Results (OKRs) performance measurement system with a public hospital* [Master's independent study, Thammasat University]. Thammasat University Institutional Repository.
- Kuttalam, R. (2025). Empowering healthcare agility: A strategic framework for pandemic-responsive operational planning. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40521392/>
- Ministry of Public Health. (2017). *Twenty-year national strategic plan for public health (2017–2036)*. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Erichsen Anderson, A., & Sandoff, M. (2024). Value-based healthcare delivery: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 134. doi.org
- Niven, P. R., & Lamorte, B. (2016). *Objectives and key results: Driving focus, alignment, and engagement with OKRs*. John Wiley & Sons.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *National strategy 2018–2037*. National Strategy Secretariat Office.

- O'Neill, T., & McKenna, J. (2024). *The impact of OKRs on team dynamics in challenging projects: A case study approach*. ResearchGate. www.researchgate.net
- Petkong, M., Boonyoung, N., & Chukumnerd, P. (2021). Experience of head nurses in administration based on OKRs concepts. *Journal of Nursing and Health Care, 39*(2), 101–110.
- Porter, M. E., & Kaplan, R. S. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review, 89*(9), 46–77.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Schiemann, W. A., Seibert, J. H., & Morgan, B. S. (2023). Alignment and focus through OKRs: Enhancing organizational clarity and employee success. *Journal of Strategic Management, 15*(3), 45–62.
- Silveira Bianchim, M., Crane, E., Jones, A., Neukirchinger, B., Roberts, G., McLaughlin, L., & Noyes, J. (2023). The implementation, use and impact of patient reported outcome measures in value-based healthcare programmes: A scoping review. *PLOS ONE, 18*(12), e0290976. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290976>
- Stray, V., Moe, N. B., & Sjöberg, D. I. K. (2022). How agile teams make objectives and key results (OKRs) work. *Proceedings of the International Conference on Software and System Processes and International Conference on Global Software Engineering, 51–61*. doi.org
- Trinkenreich, B., Santos, G., Barcellos, M. P., & Conte, T. (2019). Combining GQM+Strategies and OKR: Preliminary results from a participative case study in industry. *Proceedings of the XXXIII Brazilian Symposium on Software Engineering, 552-561*. doi.org
- Zhou, H. (2022). Integrating SMART goals with OKRs for effective performance management. *International Journal of Business Administration and Management, 12*(1), 88–101.