

J.HPLA
ISSN XXXX-XXXX (Online)

Journal of Health Policy, Law & Administration

วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

Vol. 12 No. 2

May - August 2026

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒

พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๘



Journal of Health Policy, Law and Administration

วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

ISSN XXXX-XXXX (Online)

Vol.12 No.2

April – August 2026

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒

พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๙

Content สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Factors Predicting Self-Management Behaviors among Glycemic Uncontrolled Type-2 Diabetes Patients in Tha Mai District, Chanthaburi Province 1-14
Natcha Maneechay Umawadee Laothong Tassanee Silawan
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
ณัฐชา มณีฉาย, อุมาวดี เหลลาทอง, ทศนีย์ ศิลาวรรณ
- Development of the Operation Model of the Long-term Care Service Fund for Dependent People of Nong Bon Subdistrict Administrative Organization, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province 15-28
Nongluck Phiwphuy, Surasak Thiabritthi, Kemika Sombateyotha
การพัฒนาแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
นงลักษณ์ ผิวผุย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, เขมิกา สมบัติโยธา
- Factors Associated with the Development of District Health System Networks by the District Quality of Life Development Committee in Ban Muang District Under the Context of Health Promotion Hospitals Transferred to Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization 29-41
Pantawee Khamsao, Theerawut Thammakun
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านม่วง ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
พันทวี คำสาว, วีระวุธ ธรรมกุล

- Factors Associated with Access to Hydrotherapy Clinic Services of Service Recipients at the Hydrotherapy Center, Surat Thani Municipality 43-54
Yowwapha Nawalertpanya, Theerawut Thammakun

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
เยาวภา นวเลิศปัญญา, วีระวุธ ธรรมกุล
- Perception of the Mahidol University Regulations on Graduate Studies 2024 regarding the Appointment of Thesis/Independent Study Committees: A Case Study of Mahidol University 55-68
Warunee Asawathanyasakul, Papatsara Siengsanaow, Yodsakone Chuarungrueang, Supoj Yeethong, Natamol Jukphet, Sitthipat Sontun, Keattipong Munairm and Rattiya Jailerd

การรับรู้ ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล
วารุณี อัครธัญญาสกุล, ปภัสรา เสี่ยงเสนาะ, ยศกร ฉั่วรุ่งเรือง, สุพจน์ ยี่ทอง, นฐมด จักรเพ็ชร, สิทธิพัฒน์ สนตุน, เกียรติพงศ์ มั่นเอี่ยม และ รัตติยา ใจเลิศ
- Factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province. 69-79
Pratuang Pengkaew, Thawatchai Sattayasomboon, Kongprai Tunsuchart

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
ประเทือง เป็งแก้ว, ธวัชชัย สัตยสมบุญ, ก้องไพร ต้นสุชาติ
- Factors Affecting Participation in the Management of the Local Health Security Funds by the Local Health Security Fund Committees in Pathum Thani Province 81-95
Preeyanoot Pannil, Youwanuch Sattayasomboon, Seo Ah Hong, Sariyamon Tiraphat

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี
ปริยานุช ปานนิล, ยูวนุช สัตยสมบุญ, Seo Ah Hong, ศรียามน ทิรพัฒน์
- The Development Of Road Accident Prevention By Community Network Participation Of Thung Si Mueang Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province. 97-110
Nonglak Prawat, Surasak Thiabrithi, Sirapat Khodseewong

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
นงลักษณ์ ประวัติ, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ศิริภัสร์ โคตรสีวงษ์

- Problems in the Enforcement of Laws for Reducing Disparities in Access to Medical Technology 111-123

Budsaya Chantarawisut, Krisda Saengcharoensap

ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์
บุษญา จันทรวิสุทธิ์, กฤษณา แสงเจริญทรัพย์
- Development Chronic Disease Clinic Service at Nongkham Health Promoting Hospital, Nongkham Subdistrict At Samat District, Roi Et Province 125-136

Aem-orn Singpong, Surasak Thiabrithi, Vorapoj Promasatayaprot

การพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองขาม ตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
เอมอร สิงห์ป๋อง, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต
- Effectiveness of Self-Directed Video-Based Learning on Elderly Caregiver Knowledge: A Pre-Post Study in Phoknoi Sub-District Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province 137-147

Passakorn Ongarj, Ratchadaporn Ungcharoen

การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร
พัสกร องอาจ, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ
- Health Behavior Modification among Risk Group of Hypertension in Khongchaipattana Subdistrict, Khongchai District, Kalasin Province 149-158

Woramalee Ngoendee , Kemika Sombateyotha, Sumattana Glangkarn

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้องชัยพัฒนา อำเภอห้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
วรมาลี เ็นดี , เขมิกา สมบัติโยธา, สุมัทนา กลางคาร
- Factors Associated with Organizational Commitment of Registered Nurses in Community Hospitals, Pathum Thani Province 159-176

Petch Buaban, Sarunya Benjakul, Orawan Quansri, Sariyamon Tiraphat

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี
เพชร บัวบาน, ศรีณญา เเบญจกุล, อรวรรณ ขวัญศรี, ศรียามน ตีรพัฒน์

- The factors influencing the oral health care behaviors of parents for preschool children in Mueang Phichit District, Phichit Province 177-190
Namthip Sriraungphan , Songsak Suksan

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร
จังหวัดพิจิตร

น้ำทิพย์ ศรีเรืองพันธ์, สังศักดิ์ สุขสันต์

วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

Journal of Health Policy, Law and Administration

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
 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) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการ
บริหาร

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิ์บทความและให้สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหารเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

420/1 อาคารสวัสดิ์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
email: phlaw.journal@gmail.com

สำนักงาน

420/1 อาคารสวัสดิ์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
email: phlaw.journal@gmail.com

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร
420/1 อาคารสวัสดิ์ 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

วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

Journal of Health Policy, Law and Administration

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิตินันท์ ศิริโชครัตน์, สถาบัน
ส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

Assistant Editors

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

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวีร์ศรี กิจสุขจิต คณะสังคมศาสตร์
ภาควิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิ
รินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัศกร องอาจ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิม
พระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทรวรรณ ทองใหญ่
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมานโน
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Advisory board

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

Editors in chief

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

Editorial Team

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

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

Asst. Prof. Dr. Vanvisa Sresumatchai, Faculty of Public
Health, Mahidol University
Asst. Prof. Dr. Pattarawan Thongyai, Ramkhamhaeng
University
Asst. Prof. Dr. Suthee Usathaporn, Faculty of Law,
Dhurakij Pundit University.
Asst. Prof. Dr. Nitsit Intamano, Sriprathum university

Assoc. Prof. Dr. Piyathida Khajornchaikul, Faculty of
Public Health, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร. แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ธีรภัทร กังสังข์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ Department of Health Professions, Hofstra University

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลป์กุล สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศแข มั่นจิตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. ทศพร ชูศักดิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี มหาวิทยาลัยบูรพา

Assoc. Prof. Ann Jirapongsuwan, Faculty of Public Health, Mahidol University

Assoc. Prof. Thanadchapon Kungsung, Sukhothai Thammathirat Open University

Assoc. Prof. Dr. Chanapong Rojanaworarit, Department of Health Professions, Hofstra University

Assoc. Prof. Dr. Vorapoj Promasatayaprot, Mahasarakham University

Assoc. Prof. Dr. Sumattana Glangkam, Mahasarakham University

Assoc. Prof. Dr. Lawan Thanasilpakul, Sukhothai Thammathirat Open University

Assoc. Prof. Dr. Eua Aree Ingchanin, Chulalongkorn University

Assoc. Prof. Dr. Niramai Phitkhae Manjit, Thammasat University

Assoc. Prof. Dr. Warangkana Chankong, Sukhothai Thammathirat Open University

Assoc. Prof. Dr. Nittaya Pensirinapa, Sukhothai Thammathirat Open University

Assoc. Prof. Dr. Thassaporn Chusak, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

Assoc. Prof. Dr. Patchana Jaidee, Burapha University

บรรณาธิการแถลง

กองบรรณาธิการวารสารมีความยินดีแจ้งให้ผู้อ่าน นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านทราบว่าวารสารได้มีการปรับเปลี่ยนชื่อวารสารและเลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร (ISSN) เพื่อให้สอดคล้องกับพัฒนาการทางวิชาการและขอบเขตเนื้อหาที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จากเดิม “วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข (Public Health Laws and Policy)” เป็น “วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร (Journal of Health Policy, Law and Administration)”

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเริ่มใช้ตั้งแต่ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2569) เป็นต้นไป ทั้งนี้ การปรับชื่อวารสารในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนบทบาทของวารสารในการเป็นเวทีทางวิชาการที่เปิดกว้างสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายสุขภาพ กฎหมายสุขภาพ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศและการกำหนดนโยบายสาธารณะในระดับต่าง ๆ

กองบรรณาธิการยังคงมุ่งมั่นรักษามาตรฐานทางวิชาการของวารสารให้มีคุณภาพ โปร่งใส และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของวารสารวิชาการสากล โดยกระบวนการพิจารณาบทความยังคงใช้ระบบผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (peer review) เพื่อให้ผลงานที่เผยแพร่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการ ตลอดจนผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และสังคมโดยรวม

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การปรับเปลี่ยนชื่อวารสารในครั้งนี้จะช่วยเสริมสร้างบทบาทของวารสารให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้าน นโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร ที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้เขียน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อ่าน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนวารสารมาอย่างต่อเนื่อง

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัย และผู้สนใจส่งผลงานทางวิชาการเพื่อร่วมเผยแพร่ในวารสาร วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร (Journal of Health Policy, Law and Administration) เพื่อร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้และขับเคลื่อนสังคมด้านนโยบายสุขภาพและกฎหมายสุขภาพต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารนโยบายสุขภาพ กฎหมาย และการบริหาร

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

Factors Predicting Self-Management Behaviors among Glycemic Uncontrolled Type-2 Diabetes Patients in Tha Mai District, Chanthaburi Province

Natcha Maneechay¹ Umawadee Laothong² Tassanee Silawan^{2*}

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

2 Faculty of Public Health, Mahidol University.

Corresponding author: e-mail : tassanee.sil@mahidol.ac.th

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Maneechay, N., Laothong, U., & Silawan, T. Factors Predicting Self-Management Behaviors among Glycemic Uncontrolled Type-2 Diabetes Patients in Tha Mai District, Chanthaburi Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2).
retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286558

Received: 21 January 2026

Revised: 16 February 2026

Accepted: 20 February 2026

This cross-sectional descriptive study aimed to examine factors predicting self-management behaviors among patients with type 2 diabetes with poor glycemic control in Tha Mai District, Chanthaburi Province. The sample consisted of 300 patients with type 2 diabetes who had an HbA1c level of $\geq 7\%$ who were registered and receiving services at three community hospitals. Data were collected using interviews and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The results showed that the respondents demonstrated moderate levels of self-management behaviors and knowledge regarding glycemic control, while outcome expectations, conformity to reference groups, self-efficacy, and social support were at high levels. Factors significantly associated with and predictive of self-management behaviors ($P < 0.05$) included education, occupation, marital status, self-efficacy, social support, outcome expectations, and conformity to reference groups. These factors jointly explained 37.2% of the variance in self-management behaviors. The findings suggest that programs to promote self-management behaviors among patients should be systematically developed, with an emphasis on strengthening self-efficacy, clearly communicating anticipated health outcomes, fostering the involvement of family members or reference groups, and tailoring guidance to patients' educational levels, occupations, and social contexts, to enhance the effectiveness of self-management.

Keywords: Self-management; Diabetic patients; Glycemic level; Behavior; Self-efficacy

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ณัฐชา มณีฉาย¹, อุมวดี เหลลาทอง², ทศนีย์ ศิลาวรรณ^{2*}

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์(วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล natcha.mae@student.mahidol.ac.th

2 ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ อีเมลติดต่อ tasanee.sil@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 21 มกราคม 2569

วันแก้ไข 16 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ 20 กุมภาพันธ์ 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c \geq ร้อยละ 7 จำนวน 300 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุเชิงเส้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 37.2 ผลการวิจัยชี้ว่าควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ที่เน้นเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง สื่อสารผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือกลุ่มอ้างอิง และปรับคำแนะนำให้สอดคล้องกับระดับการศึกษา อาชีพ และบริบททางสังคมของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเอง

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวาน; ระดับน้ำตาลในเลือด; พฤติกรรม; การรับรู้ความสามารถของตนเอง

บทนำ

โรคเบาหวานว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติในการนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงาน อันเป็นผลจากการทำงานของอินซูลินที่บกพร่องหรือไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความชุกสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้จำแนกโรคเบาหวานออกเป็น 6 ชนิด โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด (World Health Organization, 2019) ซึ่งในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุสำคัญจากภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการหลั่งอินซูลินที่ไม่เพียงพอ (Diabetes Association of Thailand, 2023)

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 (Health Systems Research Institute, 2021) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงระบบบริการสุขภาพที่สะท้อนปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2566 กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ไม่ตั้งครรภ์ให้มีค่า HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5,289 คน และเกือบครึ่งหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 49.4 สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของระบบการดูแลผู้ป่วยในอำเภอท่าใหม่ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีจำนวนตำบลมากที่สุดของจังหวัด มีโรงพยาบาลชุมชนถึง 3 แห่ง และผู้ป่วยมีความหลากหลายด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและอัตราการเสียชีวิต พฤติกรรมการจัดการตนเองจึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจ เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส (Limthin et al., 2023) รวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Sukanun et al., 2018) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองเฉพาะด้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา (Kawitu, 2019) โดยยังขาดการบูรณาการปัจจัยเชิงจิตสังคมที่สำคัญซึ่งกำกับการตัดสินใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรม รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททางสังคมอย่างครอบคลุม การวิจัยนี้จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ซึ่งเน้นบทบาทของการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Bandura A., 1989) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่อธิบายอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มอ้างอิง (House, 1981) เพื่อกำหนดตัวแปรการวิจัยที่ครอบคลุมทั้งลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 7 ด้านที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (American Association of Diabetes Educators, 2009) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมถึงช่วยในการออกแบบระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

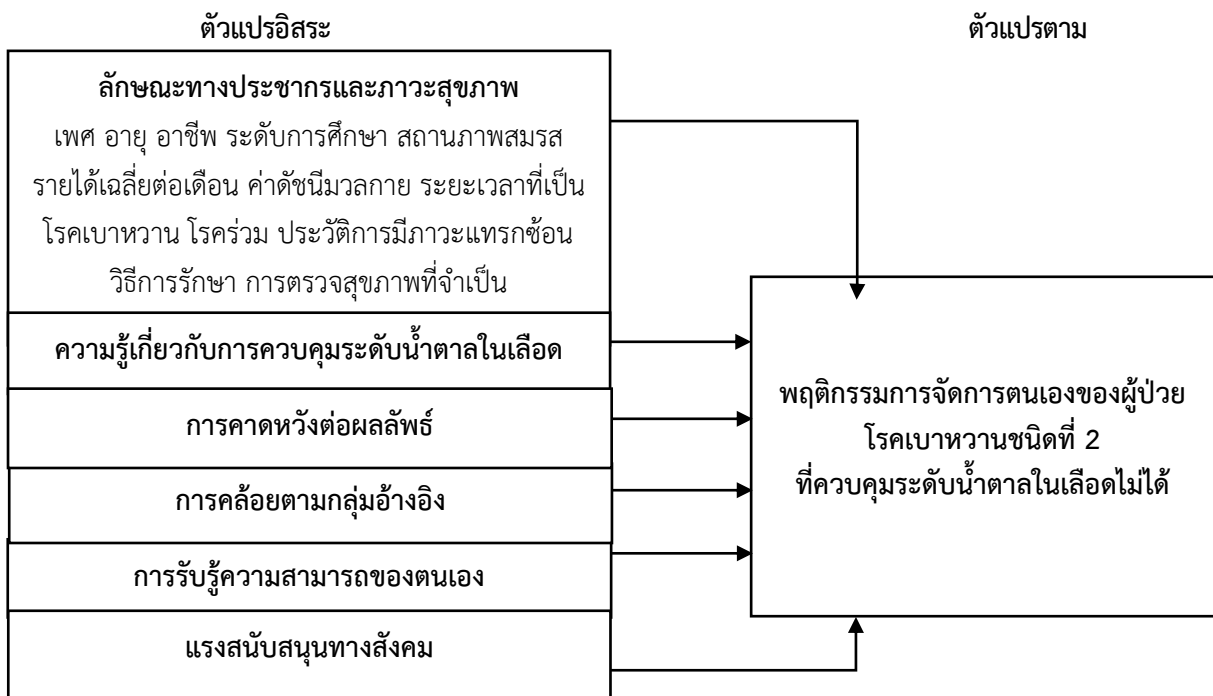
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura A., 1989) ร่วมกับทฤษฎีแรง

สนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (House,1981) นำสู่กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ที่ครอบคลุมลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7) ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,485 คน (Ministry of Public Health, 2023) ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7) ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 300 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากรของ Daniel (Daniel, W. W.,1999) โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยครั้งล่าสุดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7 ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยการรับประทานยาเม็ด ฉีดอินซูลิน และรับประทานยาเม็ดร่วมกับฉีดอินซูลิน 3) มีสติสัมปชัญญะสามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และ 4) สมครใจเข้าร่วมศึกษา และลงนามในเอกสารยินยอมสำหรับการวิจัย

สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ 1) เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 2) ไม่ได้เข้ารับบริการตามนัด และคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) จากนั้นสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) ด้วยการหาอัตราส่วนระหว่างประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดหน่วยสุ่มเริ่มต้น (Random start: r) โดยเรียงลำดับตั้งแต่ 1 ถึง k จากนั้นจับฉลากเพื่อให้ได้หน่วยสุ่มเริ่มต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ คำถามลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ประวัติการมีภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน และการตรวจสุขภาพที่จำเป็น

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยพัฒนาจากการศึกษาของ Kawitu (2019) และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Questionnaire Revised: DSMQ-R) (Schmitt A, et al., 2022) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียด การติดตามประเมินการควบคุมเบาหวาน การแก้ไขปัญหาในการจัดการตนเอง และการลดปัจจัยเสี่ยง รวม 18 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับท่านเลย ตรงกับท่านเล็กน้อย ตรงกับท่านพอสมควร และตรงกับท่านมากที่สุด สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะทำการกลับคะแนน จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลพฤติกรรมจัดการตนเอง (0-54 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-31 คะแนน) ระดับปานกลาง (32-42 คะแนน) และระดับสูง (43-54 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ เป็นเป็นคำถามลักษณะให้เลือกตอบ โดยตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิด 0 คะแนน จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (0-10 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับสูง (8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลการคาดหวังต่อผลลัพธ์ (10-50 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และระดับสูง (40-50 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การคาดหวังต่อผลลัพธ์ (10-50 คะแนน) จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (10-50 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และระดับสูง (40-50 คะแนน)

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง (10-50 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และระดับสูง (40-50 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนที่เป็นโรคเบาหวาน หรือบุคลากรสุขภาพในด้านข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ อารมณ์ และการประเมินค่า จำนวน 20 ข้อ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 3

ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อย/ไม่เคยได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนปานกลาง และได้รับการสนับสนุนมาก จากนั้นจัดระดับคะแนนรวมและแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคม (20-60 คะแนน) แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20-35 คะแนน) ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน) และระดับสูง (48-60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) สร้างแบบสัมภาษณ์จากการศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากนั้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

2) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในอำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย Kuder-Richardson มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.837 สำหรับส่วนที่ 4 การคาดหวังต่อผลลัพธ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.818 ส่วนที่ 5 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.776 ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.847 และส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.838 ซึ่งวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย จากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์จากการวิจัย

3) อบรมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และจริยธรรมการวิจัย

4) ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2025-053 วันที่ รับรอง 8 เมษายน 2568 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics version 30.0 สถิติที่ใช้ มีดังนี้

1) อธิบายคุณลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) สำหรับตัวแปรกลุ่มหรืออันดับจะสร้างตัวแปรใหม่ให้อยู่ในรูปตารางหุ่น และนำตัวแปรอิสระทั้งหมดวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (r) เพื่อทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหากตัวแปรอิสระที่มีค่าความสัมพันธ์กันเอง (Collinearity) ในระดับที่มากกว่า 0.75 จะทำการคัดเลือกตัวแปรออก จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นด้วยวิธี Stepwise โดยกำหนดตัวแปรและรหัสแทนข้อมูลและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 56.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ

66.6 ผู้ป่วยเบาหวานจบการศึกษาาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าร้อยละ 71.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ ชาวประมงร้อยละ 35.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาทร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย ในเกณฑ์เป็นโรคอ้วนร้อยละ 37.3 เป็นโรคเบาหวานนาน 2 – 5 ปีร้อยละ 31.0 มีโรคร่วมร้อยละ 86.7 ไม่เคยมี ภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 54.7 รักษาเบาหวานด้วยการ รับประทานยาเม็ดร้อยละ 59.7 และได้รับการตรวจเท้า ร้อยละ 90.3 ดังตารางที่ 1

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาพรวมระดับปานกลางร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ ระดับ ต่ำร้อยละ 30.7 และระดับสูงร้อยละ 14.7 โดยส่วนใหญ่ ไปพบแพทย์ตามนัดหมายเป็นประจำร้อยละ 96.7 ไม่ เปลี่ยนขนาดยาหรือหยุดกินยาถ้าเจ้าหน้าที่ไม่สั่งร้อยละ 90.0 มีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดร้อยละ 85.7 มีช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉินขึ้นในสถานการณ์ต่างๆร้อยละ 84.7 ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีการทำกิจกรรมทางกายหรือ ออกกำลังกายอย่างเพียงพอร้อยละ 22.0 และหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 30.7 ดังตารางที่ 2

3. ความรู้ การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การคล้อย ตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดภาพรวมระดับปานกลางร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำร้อยละ 42.3 และระดับสูงร้อยละ 9.7 มีการคาดหวังต่อผลลัพธ์ภาพรวมระดับสูงร้อยละ 93.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 6.0 และระดับ ต่ำร้อยละ 0.3 มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงภาพรวม ระดับสูงร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อย ละ 30.0 และระดับต่ำร้อยละ 12.3 มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองภาพรวมระดับสูงร้อยละ 49.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 41.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.3 และมีแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ระดับสูงร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อย ละ 33.3 และระดับต่ำร้อยละ 7.0 ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ การศึกษา (ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า) การมี อาชีพ สถานภาพสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่) การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทาง สังคม และโดยตัวแปรข้างต้นร่วมกันอธิบายความ แปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 37.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ

ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 300)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	200	66.7
ชาย	100	33.3
อายุ		
15 – 39 ปี	14	4.7
40 – 49 ปี	38	12.7
50 – 59 ปี	80	26.7
60 ปี ขึ้นไป	168	56.0
Mean ± SD = 60.30 ± 11.47 Min – Max = 21 – 87		
สถานภาพสมรส		
โสด	39	13.0
สมรส / คู่	198	66.0
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	63	21.0

ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 300)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	215	71.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	6.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	33	11.0
อนุปริญญา / ปวส.	11	3.7
ปริญญาตรี	22	7.3
อาชีพหลัก		
เกษตรกร / ชาวประมง	107	35.7
เกษียณอายุ / ว่างงาน	65	21.7
ผู้ใช้แรงงาน / รับจ้างทั่วไป	52	17.3
ธุรกิจส่วนตัว / อาชีพอิสระ / ค้าขาย	42	14.0
ข้าราชการ / พนักงานของรัฐ / รัฐวิสาหกิจ	10	3.3
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	18	6.0
พระสงฆ์	6	2.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	82	27.3
5,001 – 10,000 บาท	102	34.0
10,001 – 20,000 บาท	68	22.7
20,001 – 40,000 บาท	33	11.0
มากกว่า 40,000 บาท	15	5.0
Mean \pm SD = 16,057.52 \pm 27,924.46 Min – Max = 600 – 250,000		
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5)	8	2.7
ร่างกายสมส่วน (18.5 – 22.9)	62	20.7
ภาวะน้ำหนักเกิน (23.0 – 24.9)	41	13.7
โรคอ้วน (25.0 – 29.9)	112	37.3
โรคอ้วนอันตราย (ตั้งแต่ 30.0)	77	25.7
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	32	10.7
2 – 5 ปี	93	31.0
6 – 10 ปี	83	27.7
11 – 20 ปี	70	23.3
21 – 40 ปี	22	7.3
Mean \pm SD = 9.52 \pm 7.65 Min – Max = 0.08 – 40		
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	40	13.3
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	260	86.7

ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 300)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	218	46.3
โรคไขมันในเลือดสูง	202	42.9
โรคไตเรื้อรัง	23	4.9
โรคหัวใจและหลอดเลือด	15	3.2
โรคมะเร็ง	8	1.7
โรคอ้วน	4	0.8
ไทรอยด์	4	0.8
เกาต์	3	0.6
โรคถุงลมโป่งพอง / โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	0.2
กรดไหลย้อน	1	0.2
ต่อหิน	1	0.2
หอบหืด	1	0.2
อัมพฤกษ์	1	0.2
ซีมีเศร้า	1	0.2
ภาวะแทรกซ้อนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อน	164	54.7
เคยมีภาวะแทรกซ้อน	136	45.3
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	65	39.4
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	54	32.7
เบาหวานขึ้นตา	35	21.2
แผลที่เท้า	11	6.7
วิธีการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน		
ทานยาเม็ด	179	59.7
ฉีดอินซูลิน	18	6.0
ทานยาเม็ดและฉีดอินซูลิน	97	32.3
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร	6	1.5
การตรวจสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เท้า	271	90.3
ร่างกายทั่วไป	270	90.0
ตา	261	87.0
สุขภาพช่องปากและฟัน	239	79.7
การทำงานของไต	233	77.7
ปัสสาวะ	233	77.7
ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่	148	49.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่ศึกษา

พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (n=300)	ร้อยละ
พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 34.82; SD. = 6.76)		
ระดับสูง	44	14.7
ระดับปานกลาง	164	54.7
ระดับต่ำ	92	30.7
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Mean = 5.58; SD. = 1.57)		
ระดับสูง	29	9.7
ระดับปานกลาง	144	48.0
ระดับต่ำ	127	42.3
การคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Mean = 45.71; SD. = 4.10)		
ระดับสูง	281	93.7
ระดับปานกลาง	18	6.0
ระดับต่ำ	1	0.3
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Mean = 39.22; SD. = 8.31)		
ระดับสูง	173	57.7
ระดับปานกลาง	90	30.0
ระดับต่ำ	37	12.3
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 39.09; SD. = 7.46)		
ระดับสูง	148	49.3
ระดับปานกลาง	124	41.3
ระดับต่ำ	28	9.3
แรงสนับสนุนทางสังคม (Mean = 47.67; SD. = 7.32)		
ระดับสูง	180	60.0
ระดับปานกลาง	99	33.0
ระดับต่ำ	21	7.0

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	Pvalue
ค่าคงที่	-3.385	3.881		-0.872	0.384
การศึกษา (ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)	4.763	1.225	0.180	3.888	< 0.001
สถานภาพสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)	1.612	0.666	0.113	2.419	0.016
มีการประกอบอาชีพ	2.544	0.741	0.160	3.432	< 0.001
การคาดหวังต่อผลลัพธ์	0.229	0.80	0.139	2.855	0.005
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	0.110	0.044	0.135	2.484	0.014
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.209	0.051	0.226	4.134	< 0.001

$R^2 = 0.386$, Adjusted $R^2 = 37.2$, $S.E._{est} = 5.362$, $F = 26.264$, sig of $F = < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klungthumnum et al. (2016) และ Sukanun et al. (2018) ที่รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Duangpratoom and Rattanakanahutanon (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองยังไม่สม่ำเสมอ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อ่านฉลากโภชนาการ เนื่องจากบริโภคอาหารที่ปรุงเองหรือจากตลาดสดซึ่งไม่มีฉลากกำกับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่เคยตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองและไม่บันทึกผล อันเป็นผลจากข้อจำกัดด้านการจัดการบริการและอุปกรณ์ของสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการขาดความรู้ในการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำและการดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน แม้จะมีการตรวจเท้าเป็นประจำทุกปี ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างในการให้ความรู้และการสนับสนุนเชิงปฏิบัติ ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า การมีอาชีพ การคาดหวังต่อผลลัพธ์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านปัญญา สังคม และบริบทชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การคาดหวังผลลัพธ์ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Bandura, 1989)

การที่การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikutjatuporn et al. (2017) และ Jan-in et al. (2025) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองสูงจะสามารถควบคุมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่า ในขณะที่ปัจจุบันปัจจัยด้านสังคม โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีบทบาทสำคัญในการเอื้อให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง แรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคม ช่วยเสริมทั้งด้านข้อมูล กำลังใจ และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suphunnakul et al. (2017) และ Suwanpukdee and Wangwonsin (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Putthong (2018) และ Wongrith (2019) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิดและผู้ป่วยรายอื่นสามารถกระตุ้นความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาที่สูงและการมีอาชีพสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม เนื่องจากเอื้อต่อความสามารถในการแสวงหาและตีความข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Panthu and Maneewong (2017) และ Peerawankul (2023) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Kaewpeng et al. (2024) ที่พบว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของบริบททางสังคมและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ อาจอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเองในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพมากขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของ Kuntee (2024) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังต่อผลลัพธ์ ควบคู่กับการจัดระบบแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือกลุ่ม

อ้างอิง รวมถึงระดับการศึกษา อาชีพ และบริบททางสังคมของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานโดยการจัดการกิจกรรมกลุ่มย่อยร่วมกับสื่อที่เข้าใจง่ายและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การสาธิต ภาพประกอบ กิจกรรมกลุ่มย่อย รวมถึงมีพี่เลี้ยงหรือบุคลากรด้านสุขภาพคอยกำกับหรือให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

2) ควรจัดระบบแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มอ้างอิง และบุคลากรสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งด้านข้อมูล กำลังใจ และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ

3) ควรออกแบบการให้คำแนะนำและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา อาชีพ และบริบททางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

เอกสารอ้างอิง

- American Association of Diabetes Educators. (2009). AADE guidelines for the practice of diabetes self-management education and training (DSME/T). *The Diabetes Educator*, 35(3_suppl): 85S-107S. https://www.researchgate.net/publication/228663487_AADE_Guidelines_for_the_Practice_of_Diabetes_Self-Management_EducationTraining_DSMET#fullTextFileContent
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.). *Annals of child development*, 6,1-60.
- Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. *Handbook I: Cognitive domain*. New York: Longmans, Green and Co.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (1999). Determination of Sample Size for Estimating Proportions. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*, 8, 189-190. https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/145_stat_-_textbook.pdf
- Diabetes Association of Thailand. (2023). Guidelines for the practice of diabetes mellitus 2023. Retrieved July 28, 2024, from <https://drive.google.com/file/d/1OAIIDiCyGsJYA1-wTAXoOu6yLYL9c7IG/view>.
- Duangpratom, N., & Rattanahanahutanon, F. (2019). FACTORS ASSOCIATED TO SELF-CARE BEHAVIORS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN HUAI KHAMIN HEALTH PROMOTING HOSPITAL, DAN CHANG, SUPHAN BURI PROVINCE. *Valaya Alongkorn Review Journal*, 9(2), 53–67. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/var/article/view/213475>
- Health Systems Research Institute. (2021). Report on the 6th National Health Survey of Thailand, 2019-2020 (Physical Examination). Retrieved July 30, 2024, from <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=203>.

4) ควรพัฒนารูปแบบการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมแรงเชิงบวกและปรับการดูแลให้สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) การวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายกลไกและบริบทเชิงลึกของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลที่มีความจำเพาะมากขึ้น

2) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาจากปัจจัยทำนายที่พบในการวิจัยนี้ เช่น โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังต่อผลลัพธ์ ต่อความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเอง

3) การศึกษาบทบาทของระบบสนับสนุนทางสังคมรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกลุ่มออนไลน์หรือแพลตฟอร์มดิจิทัล ต่อความสม่ำเสมอและความยั่งยืนของพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ

- House, J.S. (1981). Work Stress and Social Support. Retrieved January 17, 2024, from <https://pdfcoffee.com/house-1981-work-stress-and-social-support-pdf-free.html>
- Jan-in, J., Wongsiri, N., Nakkliang, K. & Chusak, T. (2025). FACTORS INFLUENCING HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH UNCONTROLLED DIABETES MELLITUS IN THA DIN DAENG SUB-DISTRICT, PHAK HAI DISTRICT, PHRA NAKHON SRI AYUTTHAYA PROVINCE. *Research and Development Health System Journal*, 18(1), 177–190. <https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i1.2025.273742>
- Kawitu, K. (2019). Associated factors with blood sugar controlling among the elderly with diabetes, nearby communities of Siam university. *Journal of Nursing, Siam University*, 20(38), 82–95. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/154842>
- Kaewpeng, N., Puangmali, N., Uttarakom, P., Tongtummachart, N., & Meesuk, N. (2024). Factors Associated with Blood Sugar Control Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Huai Kapi Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province. *Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima*, 30(2), 90–103. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/264526>
- Klungthumnium, K., Wirojratana, V., Jitramontree, N. & Pongthavornkamol, K. (2016). The Relationships Between Illness Representations, Emotional Representation And Self - Care Behaviors In Older Persons With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 135-144. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66871/54614>
- Kuntee, A. . (2024). Factor Associated with Blood Sugar Control Behaviors Among the type II Diabetic Patients in Nhung Hee Tambon Health Promoting Hospital, Nhung Hee Sub-district, Plapak District, Nakhon Phanom Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(1), 18–28. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/946>
- Limthin, P., Theerawiwat, M., Imami, N. ., & Pekali, A. . (2023). Factors related to self-management behavior to control blood sugar of patients with type 2 diabetes in Phang Nga Province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 1(2), 70–84. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/1830>
- Ministry of Public Health. (2023). Illnesses caused by major non-communicable diseases. Retrieved July 30, 2024, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
- Panthu, K. & Maneewong, J. (2016). Factors Predicting Health Promoting Behaviors of the Elderlys with Type 2 Diabetesin the Central Region of Thailand. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima*, 22(1), 93-107. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/63737/52313>
- Peerawankul, N. (2023). Self-Care Behavior of Type 2 Diabetes Patients at Prankratai Hospital Kamphaeng Phet Province. *Journal of Science and Technology Northern*, 3(3), 38–55. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1073>
- Putthong, S. (2018). Predictive factors on the Plasma Glucose Level in Type 2 Diabetes Mellitus client : Relative analysis under The theory of planned Behavior In SuratThani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 31(1), 83–96. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/166572>
- Schmitt A, Kulzer B, Ehrmann D, Haak T, Hermanns N. (2022). A self-report measure of diabetes self- management for type 1 and type 2 diabetes: the diabetes self-management questionnaire-revised (DSMQ-R)–clinimetric evidence from five studies. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 2, 823046. <https://www.frontiersin.org/journals/clinical-diabetes-and-healthcare/articles/10.3389/fcdhc.2021.823046/full>

Sirikutjatupom, A., Wirojratana, V. & Jitramontree, N. (2017). Factors Predicting Self-Management Behaviour of Elderly Type 2 Diabetes Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 32(1), 81–93.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/82615>

Sukanun, T., Meesuk, N., & Wongsala, A. (2018). Factors Influencing Glycemic Control Behaviors among Patients with Diabetes at Bansuan Tambon Health Promoting Hospital, Meuang District, Chonburi Province. *Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi*, 27(1), 93–102.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/117228>

Suphunnakul, P., Sirinual, S., Noin, J., Chayodom, V., & Singhadej, O. (2017). Factors Predicting Self-Care Behaviors Among the Elderly with Type 2 Diabetes in Sukhothai province. *EAU Heritage. Journal Science and Technology (Online)*, 11(1), 211–223.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/74314>

Suwanpukdee, S., & Wangwonsin, A. (2021). Factors affecting self-care behavior for delaying the deterioration of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients, Plak Raet sub-district, Bang Rakam district, Phitsanulok province. *Disease Control Journal*, 47(Suppl 1), 655–663. <https://doi.org/10.14456/dcj.2021.58>

Wongrith, P. (2019). Predicting diabetic self-care management based on the theory of planned behavior among elderly with type 2 diabetes in Thailand. *Diabetes Mellitus*, 22(4), 367-376.

https://www.researchgate.net/publication/336817342_Predicting_diabetic_self-care_management_based_on_the_theory_of_planned_behavior_among_elderly_with_type_2_diabetes_in_Thailand#fullTextFileContent

World Health Organization (WHO). (2019). Classification of Diabetes Mellitus. Retrieved July 28, 2024, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf?sequence>.

Development of the Operation Model of the Long-term Care Service Fund for Dependent People of Nong Bon Subdistrict Administrative Organization, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province

Nongluck Phiwphuy^{*1}, Surasak Thiabrithi², Kemika Sombateyotha²

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

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: e-mail : 65011481039@msu.ac.th -

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Phiwphuy, N. ., Thiabrithi , S. ., & Sombateyotha, K. . Development of the Operation Model of the Long-term Care Service Fund for Dependent People of Nong Bon Subdistrict Administrative Organization, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2). retrieved from https://so05.tcithaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286810

Received: 1 February 2026

Revised: 19 February 2026

Accepted: 20 February 2026

Abstract

This study employed an action research approach with the objective of developing an operational model for the Long-Term Care (LTC) health service system fund for dependent persons under the Nong Bon Subdistrict Administrative Organization, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. The sample was selected using purposive sampling, with 73 participants: 50 community members, 15 local administrative personnel, and 8 academic representatives. Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results indicated that, prior to the development, the fund's operational capacity was at a moderate level in terms of knowledge of fund operations and the participation of network partners. The development process comprised four main activities: (1) formulation of an action plan and individual care plans; (2) provision of care for dependent persons according to individual care plans; (3) monitoring and evaluation of operations; and (4) performance evaluation by the Subcommittee for Supporting Health Service Provision for Dependent Persons.

After implementation, participation among network partners increased, and knowledge of fund operations improved significantly. Dependent persons received care aligned with their health needs, supported by family members or caregivers. The success of the study was attributed to clear role understanding and active participation of network partners at all stages, enabling the fund to provide continuous and effective care services.

Keywords: long-term care, fund care, services, dependent persons, networks

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

นงลักษณ์ ผิวมุข^{1*}, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์², เขมิกา สมบัติโยธา²

1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* อีเมลติดต่อ 65011481044@msu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 1 กุมภาพันธ์ 2569

วันแก้ไข 19 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ 20 กุมภาพันธ์ 2569

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง จำนวน 73 คน ประกอบด้วย ภาคประชาชน 50 คน ภาคท้องถิ่น 15 คน และภาควิชาการ 8 คน เครื่องมือที่วิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนากองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน มีศักยภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดทำแผนปฏิบัติการและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 2) การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล 3) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

หลังการพัฒนา พบว่าการดำเนินงานของกองทุนมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลได้ตรงกับปัญหาสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของครอบครัว หรือญาติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความเข้าใจบทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน ส่งผลให้กองทุนสามารถจัดบริการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : กองทุนระบบการดูแลระยะยาว, การดูแล, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ภาคีเครือข่าย

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลง องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรโลกมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 1,100 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (United Nations, 2022) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ (National Statistical Office, 2023) ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Department of Health, 2023) ขณะเดียวกัน โครงสร้างครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวลดลง ผู้ดูแลมักมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ เวลา และเศรษฐกิจ ทำให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และระบบสุขภาพโดยรวม (Samrit Srithamrongsawat, 2018)

ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบว่าตำบลหนองบอน มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 33 คน โดยเป็นเพศชาย 9 คน และเพศหญิง 24 คน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 68.25 รองลงมาเป็นภาวะพึ่งพิงจากอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 14.60 ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดเตรียมและรับประทานยาประจำ รวมถึงการพาไปตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายขาดผู้ดูแลในครอบครัวที่สามารถให้การดูแลได้อย่างสม่ำเสมอ ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากกลุ่มจิตอาสาในชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นครั้งคราว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปวดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัด

ตกหล่น รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะหดหู่และ ความรู้สึกไร้คุณค่า ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอาจประสบภาวะความเครียดจากการดูแลระยะยาวและปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง ส่งผลให้ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุบางราย ต้องอยู่บ้านตามลำพังและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น (Ban Tha Dua Subdistrict Health Promoting Hospital, 2023)

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการดูแลในชุมชนผ่านกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (National Statistical Office, 2023) อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า การบริหารจัดการกองทุน LTC ในหลายพื้นที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อจำกัดด้านการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และความต่อเนื่องของการให้บริการตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน ยังมีศักยภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินงานกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลหนองบอนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ภาคท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาชน โดยมุ่งให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพรายบุคคล ภายใต้การ

สนับสนุนของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ ภาควิชาเครือข่ายมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการสะท้อนผลสู่ชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผลให้กองทุนสามารถจัดบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ อันนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

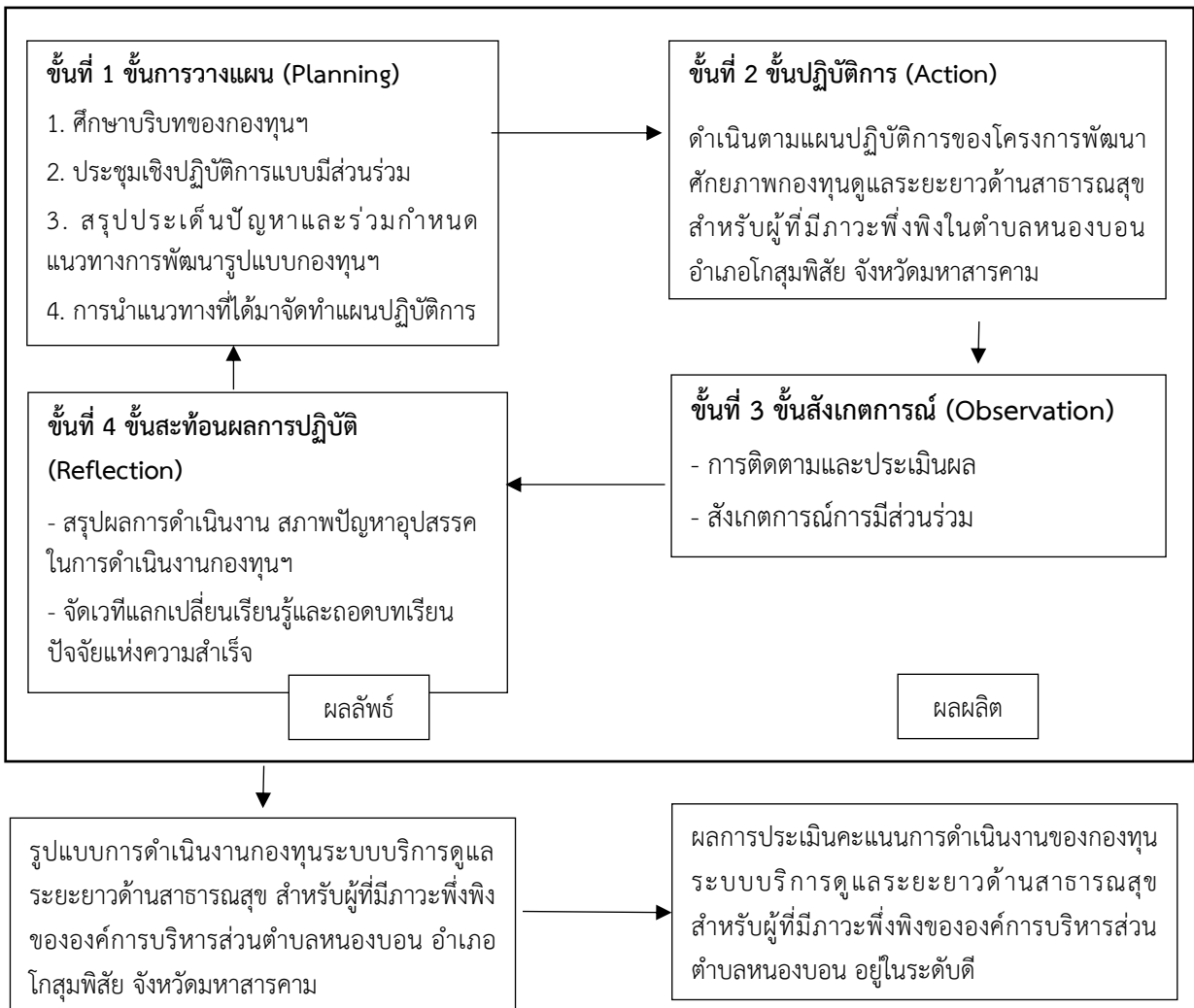
- 1) เพื่อศึกษาบริบทของกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน
- 2) เพื่อศึกษาการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน
- 3) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตผล และการสะท้อนผล โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อพัฒนารูปแบบกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบท และสถานการณ์ของกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาและวิเคราะห์ ปัญหา สาเหตุ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานกองทุน จากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นปัญหา กำหนดแนวทางการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการ เก็บ ข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มภาค ท้องถิ่นกลุ่มภาค วิชาการ และกลุ่มภาคประชาชน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ โดยจัดโครงการพัฒนา ศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมี 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ มี วัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การติดตาม ประเมินผล และการ รายงานผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 5 ประเมินผลการดำเนินงาน กองทุนกองทุน ระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหาร ส่วนตำบลหนองบอน

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (Observation) ร่วม สังเกตการณ์ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการ ดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอด ระยะเวลาดำเนินการ

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อน ผลการดำเนินงานรูปแบบกองทุนระบบบริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตตามบริบทของพื้นที่ที่ เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และมีเงื่อนไขของการกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์ คัดออก (Exclusion Criteria ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มประชาชน จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน 33 คน

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 6 คน

3. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) 11 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)

2. เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

3. สนใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

4. สามารถติดต่อและสื่อความหมายเข้าใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาวิจัย

2. มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

3. เป็นคณะกรรมการอื่นๆ ที่อยู่ใน กลุ่มเป้าหมายแล้ว

กลุ่มที่ 2 กลุ่มภาคท้องถิ่น จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

1. คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน 10 คน

2. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองบอน 5 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน

2. เป็นคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองบอน

3. ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

4. สามารถติดต่อและสื่อความหมายเข้าใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาวิจัย

2. มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

3. เป็นคณะกรรมการอื่นๆ ที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายแล้ว

กลุ่มที่ 3 กลุ่มภาควิชาการ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย

1. ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน 1 คน

2. นักวิชาการสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน 1 คน

3. นักวิเคราะห์นโยบายและแผน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน 1 คน

4. นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน 1 คน

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเตี๋ย 2 คน

4. สาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัยหรือผู้แทน 1 คน

5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัยหรือผู้แทน 1 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองคลัง นักวิชาการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักพัฒนาชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านท่าเตี๋ย สาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัยหรือผู้แทน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย หรือผู้แทน

2. ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลหนองบอน ตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย

3. สมัครใจเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

4. สามารถติดต่อและสื่อความหมายเข้าใจ

5. เป็นผู้รับผิดชอบงานกองทุน LTC

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาวิจัย

2. มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

3. เป็นคณะกรรมการอื่นๆ ที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย การบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มภาคประชาชน ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน LTC , แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มภาคท้องถิ่น ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกด้านบริบทและการบริหารจัดการกองทุน , แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มภาควิชาการ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกด้านการบริหารจัดการกองทุน, แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน

ชุดที่ 4 แบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) เป็นแบบประเมินสำหรับคณะอนุกรรมการกองทุน ใช้ประเมินผลการบริหารจัดการและการดำเนินงานของกองทุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในส่วนของกรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในการวิจัย และแบบสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.90 คะแนน ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.60 สามารถนำไปใช้ได้ ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ภายหลังจากการปรับปรุง ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (pilot test) กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวนประมาณ 10 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจในข้อคำถาม ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ รวมทั้งทดสอบความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความชัดเจน เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาโดยประมาณ 60 นาที ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 616-537/2024 ลงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง การดำเนินการ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การตีความ และการสังเคราะห์สาระสำคัญ เพื่ออธิบายประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

1. บริบทของกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ตำบลหนองบอนตั้งอยู่ในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่ประมาณ 33.11 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ดอน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีประชากรทั้งสิ้น 5,715 คน กระจายอยู่ใน 11 หมู่บ้าน วัฒนธรรมชุมชนยึดโยงกับประเพณีฮีตสิบสองครองสิบสี่ ซึ่งเอื้อต่อความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกิจกรรมสาธารณสุขของชุมชน ด้านโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชน โรคที่พบมากในพื้นที่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ข้อมูลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคิดเป็นร้อยละ 6.55 โดยจำแนกเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงตามลำดับ สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ภายใต้การดูแลของกองทุน LTC ในตำบลหนองบอน มีจำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอนเริ่มดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562

โดยดำเนินงานภายใต้หลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการประเมินตนเองของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตามแบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) พบว่า อยู่ในระดับ Grade B ได้คะแนน 58 จาก 100 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่ากองทุนมีศักยภาพในระดับปานกลางระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มภาคประชาชนและภาคท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 57.80 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มภาควิชาการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มภาคประชาชนส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 77.10 และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มภาคท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ขณะที่กลุ่มภาควิชาการส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.50

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

จากสถานการณ์การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน นำไปสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ศึกษาสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาควิชาการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน เป็นนโยบายใหม่สำหรับประชาชนในตำบลหนองบอน ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการดำเนินงานของกองทุนฯ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับความล่าช้าในการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และจากการประชุมวิเคราะห์ร่วมกันของทั้ง 3 กลุ่มนั้น ได้มีมติร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฯ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม จนนำไปสู่การกำหนดโครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองบอน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการตามโครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองบอน การปฏิบัติการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานกองทุน LTC
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล
3. การจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล
4. การติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงาน
5. การประเมินผลการบริหารจัดการกองทุน LTC

ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนเพิ่มขึ้น สามารถจัดทำและนำแผนการดูแลรายบุคคลไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 33 คนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการด้านสุขภาพ และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในระดับดี

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

ขั้นตอนการสังเกตเป็นการติดตามผลการดำเนินงานตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทำการบันทึกผลการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลการสังเกตพบว่า การดำเนินงานกองทุน LTC มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนเมื่อมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ Care Manager, Care Giver และภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการประชุมติดตามและสะท้อนผลการดำเนินงานเป็นประจำ ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาเชิงปฏิบัติได้อย่างทันที่ และทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผลการสะท้อนกระบวนการดำเนินงานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองบอน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) จากทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาควิชาการ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นการวางแผน การดำเนินการ ไปจนถึงขั้นการสะท้อนผล การสะท้อนผลภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งสามกลุ่มมีความรู้และทักษะด้านการบริหารจัดการกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน เพิ่มขึ้นส่งผลให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบ ชัดเจน และสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver: CG) สามารถเยี่ยมบ้านและให้

คำแนะนำแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้สอดคล้องกับแผนการดูแลรายบุคคล นอกจากนี้ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครัวเรือนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น และสามารถลดภาระของครอบครัวได้

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ระดับความรู้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มภาคประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.32 (SD = 1.58) เป็น 7.82 (SD = 0.96) โดยมีค่า t เท่ากับ 12.75 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 กลุ่มภาคท้องถิ่นมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.90 (SD = 1.35) เป็น 8.27 (SD = 1.10) โดยมีค่า t เท่ากับ 8.88 และค่า p-value เท่ากับ 0.001 และกลุ่มภาควิชาการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา จาก 6.75 (SD = 1.16) เป็น 8.63 (SD = 1.06) โดยมีค่า t เท่ากับ 3.91 และค่า p-value เท่ากับ 0.006

ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาคประชาชน	4.32	1.58	7.82	0.96	12.75	0.001
ภาคท้องถิ่น	4.90	1.35	8.27	1.10	8.88	0.001
ภาควิชาการ	6.75	1.16	8.63	1.06	3.91	0.006

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาคท้องถิ่น	1.85	0.26	2.44	0.25	7.78	0.001
ภาควิชาการ	2.16	0.21	2.50	0.27	5.01	0.002

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่ม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาคประชาชน	1.94	0.28	2.38	0.13	12.01	0.001

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.05

3.2 ระดับการมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคท้องถิ่นและกลุ่มภาควิชาการก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มภาคท้องถิ่นมีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาเท่ากับ 1.85 (SD = 0.26) และเพิ่มขึ้นเป็น 2.44 (SD = 0.25) หลังการพัฒนา โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.78$, $p\text{-value} = 0.001$) และกลุ่มภาควิชาการมีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาเท่ากับ 2.16 (SD = 0.21) และเพิ่มขึ้นเป็น 2.50 (SD = 0.27) หลังการพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.01$, $p\text{-value} = 0.002$) ดังตารางที่ 2

3.3 ระดับความพึงพอใจ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคประชาชนก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการพัฒนา กลุ่มภาคประชาชนมีค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเท่ากับ 1.94

(SD = 0.28) และเพิ่มขึ้นเป็น 2.38 (SD = 0.13) หลังการพัฒนา ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.01$, $p\text{-value} = 0.001$)

3.4 ผลการประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ผลการประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care: LTC) ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน หลังการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน พบว่ามีคะแนนรวมเท่ากับ 86 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับกองทุนที่มีศักยภาพดี และสูงกว่าก่อนการพัฒนา มีคะแนนรวมเท่ากับ 58 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอนอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน เกิดขึ้นบนพื้นฐานของนโยบายสนับสนุน ระดับประเทศ ตามประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นกรอบสำคัญที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนระบบกองทุน LTC ในระดับพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม โดยความสำเร็จของกองทุนเกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายหลักในชุมชน ได้แก่ ภาคท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่เชื่อมโยงและเกื้อหนุนกันอย่างเป็นระบบ โดยภาคท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการกองทุน ครอบคลุมการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ การบริหารทรัพยากร และการกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สำหรับภาควิชาการมีบทบาทในการสนับสนุนองค์ความรู้เชิงวิชาชีพ อาทิ การประเมินสุขภาพ การจัดทำ

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การให้คำปรึกษาทางวิชาการแก่ Care Manager และ Care Giver รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม และภาคประชาชน มีบทบาทสำคัญในระดับชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน และการทำหน้าที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการบูรณาการการทำงานของทั้งสามภาคีเครือข่าย ส่งผลให้การดำเนินงานกองทุน LTC เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการจริงของพื้นที่ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลกลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีมที่มีเอกภาพและต่อเนื่อง แผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนากองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน มีศักยภาพในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กระบวนการพัฒนารูปแบบ

การดำเนินงานประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดทำแผนปฏิบัติการและการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 2) การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล 3) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

หลังการพัฒนาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC) ของกลุ่มภาคประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.60) และระดับมาก (ร้อยละ 43.40) สะท้อนว่าประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และกลไกของกองทุนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา แม้ความรู้ยังไม่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด ซึ่งอาจเนื่องมาจากความซับซ้อนของเนื้อหาตามนโยบายการบริหารงบประมาณ และการประสานงานหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตาม แนวโน้มดังกล่าวถือเป็นผลลัพธ์เชิงบวกต่อการขับเคลื่อนกองทุนในระดับชุมชน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน-หลังการพัฒนา พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สามารถยกระดับความรู้ของประชาชนได้จริง สอดคล้องกับงานของ (Pomprasert Thongthanya et al., 2020) and (Phatthranit Konkhum, 2021) ในด้านความพึงพอใจของภาคประชาชนหลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.00) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.00) โดยระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สะท้อนว่าประชาชนรับรู้ถึงคุณภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงานกองทุนมากขึ้น ปัจจัยสำคัญมาจากการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดย CG ตาม Care Plan การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสม และผลลัพธ์เชิงประจักษ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ (Kanokporn Sriwat, 2019) and (Pomprasert Thongthanya et al., 2020) สำหรับกลุ่มภาคท้องถิ่นหลังการพัฒนา พบว่ามีความรู้ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.30) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.00) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) รวมถึงระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่ใช้แนวทางแบบมีส่วนร่วม การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการมีพี่เลี้ยงจากหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ภาคท้องถิ่นเข้าใจบทบาทของ Care Manager (CM) และ Caregiver (CG) การจัดทำ Care Plan (CP) การใช้เกณฑ์ Activities of Daily Living (ADL) และการบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับงานของ (Sukon Panchapong,

2025) and (Pomprasert Thongthanya et al., 2020) และกลุ่มภาควิชาการ หลังการพัฒนา พบว่ามีความรู้ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.50) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.002$) สะท้อนว่าการพัฒนาที่เชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ช่วยเสริมบทบาทของภาควิชาการในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานของ (Sasinan Saiwaew, 2019) and (Dennapa Thongin, 2020)

จึงสรุปได้ว่า การดำเนินงานของกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลได้ตรงกับความต้องการและปัญหาสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของครอบครัว หรือญาติผู้ช่วย ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การเข้าใจบทบาท และการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล จนถึงการสะท้อนผลต่อชุมชน ซึ่งส่งผลให้กองทุนสามารถจัดบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานกองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องระหว่างภาคท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาชน ผ่านกิจกรรม เช่น การเยี่ยมบ้าน การประชุมวางแผนการดูแลรายบุคคล หรือการติดตามและประเมินผลกองทุนการดำเนินงานของระบบการเบิกชดเชยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านบริการทางการแพทย์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงาน
กองทุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้
มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองบอน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้
ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความ
ร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ
นี้ราบรื่น

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Department of Older Persons. (2022). Report on the situation of older persons in Thailand. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security.
- Health Systems Research Institute Foundation. (2021). Situation of the Thai elderly 2021. Bangkok: Amarin Printing and Publishing.
- Johnson, C. S., & Kromann-Kelly, I. (1995). Using action research to assess instruction. *Reading Horizons: A Journal of Literacy and Language Arts*, 35(3).
- Kaewdumkerng, K., & Thammakul, D. (2015). Health literacy enhancement among older adults. *Journal of Health Science Research*, 9(2), 1–8.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Klangkam, S., & Promsattayaprot, W. (2010). *Principles of health science research* (6th ed.). Maha Sarakham: Sarakham Printing.
- Kornkam, P. (2021). Development of a participatory care model for dependent older persons in Nampreek Subdistrict Municipality, Amnat Charoen Province (Master's thesis, Mahasarakham University).
- Kromann-Kelly, I. & Johnson, C. S. (1995). Using action research to assess instruction. *Reading Horizons*, 35(3).
- Ministry of Public Health. (2016). 20-year national strategic plan for public health. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2023). Thai elderly population: Current situation and future trends. Bangkok: Information Technology and Human Security Center.
- National Health Security Office. (2024). Guidelines for long-term care service management for dependent older persons under the national health security system. Bangkok: National Health Security Office.
- Prasert, K., et al. (2022). Development of a long-term care system and access to services for dependent older persons in Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 140–155.
- Prasatkool, P. (2016). Situation of older persons in Thailand 2015. Bangkok: Amarin Printing and Publishing.
- Pudmala, W. (2019). Community empowerment processes for improving quality of life among dependent older persons. *Academic Journal of Community Public Health*, 5(4), 96–111.
- Rattanaprachakul, N. (2020). Development of a care process for dependent older persons under the long-term care fund of Popan Subdistrict Administrative Organization, Maha Sarakham Province (Master's thesis, Mahasarakham University).

- Sathaworn, S. (2024). Factors influencing role performance of caregivers for dependent older persons in Uttaradit Province. Master of Public Health Thesis, Naresuan University.
- Sricharoensuk, Y., et al. (2018). Effectiveness of long-term care services for dependent older persons: A case study of Udon Thani Province. *Journal of Health Systems Research*, 12(4), 608–624.
- Srikean, A., Phuhongthong, M., & Chaiyarat, P. (2019). Development of caregiver volunteer guidelines for long-term care of dependent older persons. *Khon Kaen Provincial Public Health Office Journal*, 1(2), 1–11.
- Srithamrongsawat, S., et al. (2018). Final report: Research project on development of a long-term care system for dependent older persons under the national health security system. Bangkok: Decembery Co., Ltd.
- Thangin, D. (2020). Development of a long-term care system for dependent older persons under the long-term care fund of Hannangam Subdistrict Administrative Organization, Nong Bua Lamphu Province (Master's thesis, Mahasarakham University).
- Ubonrat Health Promoting Hospital. (2023). Annual report on long-term care for older persons. Maha Sarakham: Health Promoting Hospital.
- Yodsawat, V., & Khotchakorn, Y. (2022). Long-term care models for dependent older persons. *Dhammathas Academic Journal*, 22(3), 63–80.

Factors Associated with the Development of District Health System Networks by the District Quality of Life Development Committee in Ban Muang District Under the Context of Health Promotion Hospitals Transferred to Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization

Pantawee Khamsao^{1*} Theerawut Thammakun²

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

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

* Corresponding author: e-mail: khamsao32@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Khamsao, P., & Thammakun, T. Factors Associated with the Development of District Health System Networks by the District Quality of Life Development Committee in BanMuang District Under the Context of Health Promotion Hospitals Transferred to Sakon Nakhon Provincial Administrative Org. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287069

Received: 10 February 2026

Revised: 24 February 2026

Accepted: 2 March 2026

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the factors and the level of district health system network development, as well as to determine the factors influencing this development under the context of transferring Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) to the Provincial Administrative Organization (PAO). The sample consisted of 230 members of the District Quality of Life Development Committee (DQLDC) and health personnel in Ban Muang District. The sample size was determined using a formula for a known population size, followed by stratified random sampling. Data were collected using questionnaires with reliability coefficients ranging from 0.703 to 0.987. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis, incorporating dummy variables for categorical data.

The results revealed that the respondents possessed high levels of knowledge, attitudes, input factors, process factors, and organizational structure factors, alongside a high overall level of network development. Organizational structure, process factors, and knowledge regarding DQLDC roles collectively and significantly influenced the development of the district health system network, accounting for 72.4% of the variance ($R^2 = .724$). These findings can be practically applied to establish agreements for cross-organizational resource integration and to develop collective leadership, thereby ensuring seamless and continuous primary health care services.

Keywords: District Quality of Life Development Committee; district health system network; sub-district health promoting hospital; Administrative Transfer

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอบ้านม่วง ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

พันธวี คำสาว^{1*} อีระรุธ ธรรมกุล²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*อีเมลติดต่อ khamsoo32@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 กุมภาพันธ์ 2569

วันแก้ไข 24 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ 2 มีนาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายฯ ภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และบุคลากรสาธารณสุข อำเภอบ้านม่วง จำนวน 230 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบทราบจำนวนประชากร และสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.703-0.987 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยมีการสร้างตัวแปรหุ่นสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทศนคติ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และโครงสร้างองค์กรอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการพัฒนาเครือข่ายฯ ในภาพรวมที่อยู่ในระดับมาก ปัจจัยโครงสร้างองค์กร กระบวนการ และความรู้เกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ. มีอิทธิพลร่วมกันต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 72.4 ($R^2 = .724$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดทำข้อตกลง เพื่อบูรณาการทรัพยากรข้ามสังกัด และการพัฒนาศักยภาพผู้นำร่วม เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเกิดความต่อเนื่องและไร้รอยต่อ

คำสำคัญ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การถ่ายโอน

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ถือเป็นกลไกหลักที่ยึดโยงการบริการสุขภาพให้เข้าถึงระดับครอบครัวและชุมชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้ป่วยในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญที่ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานแบบบูรณาการคือ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)" ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างครั้งสำคัญที่สุดในรอบหลายทศวรรษ คือการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 และประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2564 สถานการณ์ ณ ปีงบประมาณ 2567 พบว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วกว่า 4,537 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 45.93 ของ รพ.สต. ทั้งหมด (The Coverage, 2024) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนี้ก่อให้เกิดความท้าทายในมิติของการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ (Network Governance) เนื่องจากการแยกส่วนระหว่างหน่วยงานบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) สังกัด อบจ. กับหน่วยงานแม่ข่ายทางวิชาการ (รพ.ชุมชน และ สสอ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเรื่องความไม่ต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care) และปัญหาการแบ่งปันทรัพยากร (Resource Sharing) (Kunawat & Sukarin, 2022)

ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุม โดยทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Donabedian (1980) ได้จำแนกองค์ประกอบของระบบสุขภาพออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health

System Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ที่ระบุว่าความเข้มแข็งของระบบสุขภาพต้องอาศัยโครงสร้างองค์กรที่มั่นคง โดยเฉพาะด้านการนำ (Leadership) และธรรมาภิบาล (Governance) นอกจากนี้ ทฤษฎีโครงสร้างองค์กรของ Mintzberg (1979) ยังชี้ให้เห็นว่าในองค์กรที่มีความซับซ้อนและมีการกระจายอำนาจสูง การประสานงานที่ไร้รอยต่อเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จ

บริบทของอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร มีความน่าสนใจเป็นพิเศษในเชิงวิชาการและการบริหาร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งหมดไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครครบ 100% (จำนวน 10 แห่ง) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 การเปลี่ยนสังกัด "แบบยกกรมทั้งอำเภอ" ทำให้กลไก พชอ. ของอำเภอบ้านม่วงต้องรับบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลาง (Intermediary) เพื่อเชื่อมประสานวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างระหว่างท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมถึงการจัดการข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรภายใต้กฎระเบียบใหม่ (Panyarat, 2022) แม้จะมีแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม (Participation) ของคนในชุมชนตามหลักการของ United Nations (1981) และการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations) ของ Rogers (2003) มาเป็นแนวทาง แต่ในสถานะการกระจายอำนาจที่ยังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเชิงประจักษ์ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอยังคงเป็นช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ในด้านงบประมาณและกำลังคน หรือศึกษาบทบาทของ พชอ. ในบริบทที่ที่ยังไม่มีการถ่ายโอน หรือมีการถ่ายโอนเพียงบางส่วน ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 100) ซึ่งเป็นบริบทใหม่ที่มีความซับซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) ร่วมกับทฤษฎีระบบ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายและปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

ระบบสุขภาพอำเภอภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ และเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ในอนาคต เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง
2. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านม่วง ภายใต้บริบท รพ.สต. ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของ พชอ. อำเภอบ้านม่วง

ภายใต้บริบท รพ.สต. ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎีลักษณะส่วนบุคคล (Individual Characteristics Theory), ทฤษฎีความรู้และการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Theory), ทฤษฎีทัศนคติและพฤติกรรม (Attitude-Behavior Theory) แนวคิด Input-Process-Outcome และแนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation Theory) ของ Cohen & Uphoff (1980) ร่วมกับทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง โดยมีองค์ประกอบดังนี้

ตัวแปรอิสระ

1.ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการ พชอ.

2.ปัจจัยนำเข้า
ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี

3.ปัจจัยด้านกระบวนการ
การจัดการประชุม การคัดเลือกประเด็น พชอ. การติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัล

4.ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร
ด้านการนำ ด้านกลยุทธ์ ด้านการจัดการข้อมูล และด้านการประเมินผล

ตัวแปรตาม

ผลลัพธ์
การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง ดังนี้

การมีส่วนร่วม

- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผล
- การมีส่วนร่วมของรพ.สต. สังกัด อบจ.

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยทำการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 487 คน

กลุ่มตัวอย่าง: การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบทราบจำนวนประชากร ที่ระดับความ

คลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ภาคส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกระดับโครงสร้างของ พขอ.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วนหลัก ดังนี้:

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (Personal Factors) เป็นแบบตรวจสอบรายการครอบคลุมตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการ พขอ.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับบทบาท พขอ. ใช้เกณฑ์การพิจารณาตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า (Input) ตามแนวคิด Health System Building Blocks ของ World Health Organization (2010) เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยกระบวนการ (Process) ตามแนวคิดของ Donabedian (1980) เป็นกิจกรรมและกระบวนการหลักที่เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ประกอบด้วย การจัดการประชุม การคัดเลือกประเด็น พขอ. การติดตามผลการดำเนินงาน และการจัดเวทีและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัล

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure Factors) เป็นกลไกและระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายตามทฤษฎีของ Mintzberg (1979) ประกอบด้วย ด้านการนำ ด้านกลยุทธ์ ด้านการจัดการข้อมูล ด้านการประเมินผล และการมีส่วนร่วมของ

รพ.สต.

ส่วนที่ 6 การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) วัดจากระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ.

แบบสอบถามส่วนที่ 4-6 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1932) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Best (1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 และแยกรายด้านอยู่ระหว่าง 0.703-0.987

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตรับรองความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงนายอำเภอบ้านม่วง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
3. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยเน้นย้ำความสมัครใจและความลับของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สกลนคร รหัสโครงการ 045-2568 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-044 ให้การรับรองในวันที่ 26 มิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา: ใช้ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และระดับตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ที่ศนคติ ปัจจัย

สนับสนุน ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร และระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

2. สถิติเชิงอนุมาน: วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาเครือข่ายฯ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดี่ยว (Simple Linear Regression) โดยมีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variables) สำหรับตัวแปรจัดประเภทและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอด้วย การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 การแจกแจงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=230)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	29.57
หญิง	162	70.43
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	35	15.22
31-40 ปี	88	38.26
41-50 ปี	58	25.22
51-60 ปี	46	20.00
มากกว่า 60 ปี	3	1.30
$\bar{X}=40.80$ S.D.=9.68 ค่าต่ำสุด=23 ค่าสูงสุด=65		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	4.78
ปริญญาตรี	197	85.65
ปริญญาโท	22	9.57
หน่วยงานที่สังกัด		
คณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	10	4.35
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)	8	3.48
บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	13	5.65
โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต	152	66.09
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด อบจ.สกลนคร	35	15.22
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร	12	5.22

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับ พขอ./ระบบสุขภาพอำเภอ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	69	30.00
4-5 ปี	44	19.13
มากกว่า 5 ปี	117	50.87
\bar{X} =6.80 S.D.=5.52 ค่าต่ำสุด=0ปี ค่าสูงสุด=34 ปี		

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.43) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 85.65) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.80 ปี (S.D.=9.68) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.39) รองลงมาคือผู้บริหาร (ร้อยละ 7.00) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.88 ปี (S.D.=9.72) และประสบการณ์

ทำงานเกี่ยวข้องระบบสุขภาพอำเภอหรือ พขอ. เฉลี่ย 6.80 ปี (S.D.=5.52) ดังตารางที่ 1

ผลการประเมินระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบทบาทของ พขอ. แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 81.30 ขณะที่กลุ่มที่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.65 และ 3.04 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) (n=230)

ระดับความรู้	เกณฑ์คะแนน (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	16-20	187	81.30
ระดับปานกลาง	12-15	36	15.65
ระดับน้อย	0-11	7	3.04
รวม		230	100.0

\bar{X} =17.57 S.D.=2.60 ค่าต่ำสุด=8 ค่าสูงสุด=20

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยโครงสร้างองค์กร และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ปัจจัย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำเข้า	3.78	0.52	มาก
• ด้านบุคลากร	3.91	0.53	มาก
• ด้านงบประมาณ	3.64	0.61	มาก
• ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.75	0.60	มาก
• ด้านเวลา	3.71	0.62	มาก
• ด้านเทคโนโลยี	3.88	0.62	มาก
ปัจจัยด้านกระบวนการ	3.77	0.62	มาก
• การจัดการประชุม	3.77	0.64	มาก
• การคัดเลือกประเด็น พขอ.	3.92	0.67	มาก
• การติดตามผลการดำเนินงาน	3.80	0.65	มาก
• การจัดเวทีและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.61	0.68	มาก

ปัจจัย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปัจจัยโครงสร้างองค์กร	3.87	0.67	มาก
• ด้านการนำ	4.00	0.72	มาก
• ด้านกลยุทธ์	3.82	0.67	มาก
• ด้านการจัดการข้อมูล	3.83	0.70	มาก
• ด้านการประเมินผล	3.81	0.71	มาก
การมีส่วนร่วม	3.62	0.76	มาก
• การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.47	0.92	มาก
• การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.58	0.82	มาก
• การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.77	0.73	มาก
• การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.50	0.90	มาก
• การมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ.	3.79	0.68	มาก

จากตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อยู่ในระดับมากทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยรวม 3.78 (S.D.=0.52) ด้านบุคลากรได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} =3.91, S.D.=0.53)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านกระบวนการในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวม 3.77 (S.D.=0.62) โดยการคัดเลือกประเด็น พขอ. ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} =3.92, S.D.=0.67)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรทั้ง 4 ด้านได้รับคะแนนเฉลี่ยรวม 3.87 (S.D.=0.67)

อยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยโครงสร้าง ด้านการนำองค์กร ได้คะแนนสูงสุด (\bar{X} =4.0, S.D.=0.72)

ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 5 องค์ประกอบ พบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 3.62 (S.D.=0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่า การมีส่วนร่วม รพ.สต. สังกัด อบจ. ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} =3.79, S.D.=0.68) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (\bar{X} =3.77, S.D.=0.73)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
เพศ	ชาย(Ref.)	68	3.59	0.91	0	-	0.624
	หญิง	162	3.64	0.68	0.05	-0.16, 0.27	
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี(Ref.)	197	3.60	0.77	0	-	0.278
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	3.66	0.47	0.07	-0.40, 0.53	
	ปริญญาโท	22	3.86	0.77	0.26	-0.08, 0.60	
ตำแหน่งปัจจุบัน	บุคลากรสาธารณสุข(Ref.)	201	3.63	0.74	0	-	0.013*
	ผู้บริหาร	13	3.89	0.97	0.27	-0.15, 0.69	

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	S.D.	Mean difference	95% CI	p-value
	บุคลากรสังกัด อปท.	6	2.71	0.62	-0.91*	-1.52,-0.31	
	ผู้นำชุมชน	10	3.78	0.53	0.15	-0.33, 0.62	
หน่วยงานที่สังกัด							0.192
	รพ.พระอาจารย์มั่น(Ref.)	152	3.65	0.71	0	-	
	อสม.	10	3.97	0.58	0.32	-0.16, 0.81	
	พชอ.	8	3.91	0.63	0.26	-0.28, 0.79	
	บุคลากรสังกัด อปท.	13	3.33	0.79	-0.32	-0.75, 0.11	
	รพ.สต. สังกัด อบจ.	35	3.56	0.90	-0.09	-0.37, 0.19	
	อบจ.สกลนคร	12	3.32	0.97	-0.33	-0.77, 0.12	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดี่ยว (Simple Linear Regression) โดยมีการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variables) สำหรับตัวแปรจัดประเภท และกำหนดให้กลุ่มที่มีค่า Mean difference = 0 เป็นกลุ่ม

อ้างอิง พบว่า ตำแหน่งปัจจุบัน กลุ่มบุคลากรสังกัด อปท. มีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ต่ำกว่าบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -0.91, 95% CI: -1.52, -0.31, $p = 0.003$) นอกนั้นไม่พบความแตกต่างความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการปัจจัยโครงสร้างองค์กร กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ปัจจัย	การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ					
	การมีส่วนร่วม รวม ตัดสินใจ	การมีส่วนร่วม ดำเนินงาน	การมีส่วนร่วม รับผลประโยชน์	การมีส่วนร่วม ประเมินผล	การมีส่วนร่วม รพ.สต.สังกัด อบจ.	รวม
อายุ	0.017	-0.009	-0.048	-0.041	-0.031	-0.023
ประสบการณ์การทำงาน	0.038	0.002	-0.003	-0.004	0.014	0.011
ประสบการณ์เกี่ยวข้อง พชอ.	-0.114	-0.181*	-0.147*	-0.150*	-0.109	-0.151*
ความรู้รวม	0.054	0.133*	0.199*	0.094	0.150*	0.130*
ปัจจัยนำเข้า	0.563*	0.533*	0.601*	0.580*	0.605*	0.615*
ปัจจัยกระบวนการ	0.573*	0.608*	0.698*	0.631*	0.636*	0.670*
ปัจจัยโครงสร้างองค์กร	0.725*	0.764*	0.838*	0.775*	0.792*	0.830*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอทั้ง 5 องค์ประกอบและคะแนนรวม โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Analysis) พบว่า อายุ และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ($p > 0.05$) ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับ พขอ. มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในทุกองค์ประกอบ ($r=-0.151$) ความรู้รวมเกี่ยวกับบทบาทของ พขอ. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอในทุกองค์ประกอบ ($r=0.130$)

ปัจจัยนำเข้า (Input Factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ($r=0.605$) และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r=0.615$ ปัจจัยกระบวนการ (Process Factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายทุกองค์ประกอบ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับผลประโยชน์ ($r=0.698$) และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r=0.670$ และปัจจัยโครงสร้างองค์กร (Organizational Structure Factors) มี

ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับผลประโยชน์ ($r=0.838$) ซึ่งเป็นค่าสูงสุดของการศึกษาทั้งหมด และมีค่าความสัมพันธ์รวม $r=0.830$

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Continuous Variables) ได้แก่ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ พขอ. ความรู้เกี่ยวกับบทบาท พขอ. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยโครงสร้างองค์กร เข้าสู่โมเดลเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Statistical Assumptions) ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และการทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุคูณ (Multicollinearity) ซึ่งพบว่าค่า VIF (Variance Inflation Factor) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด จึงเป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value	95% CI for B (Lower–Upper)	VIF
ประสบการณ์ เกี่ยวข้องกับ พขอ.	0.007	0.021	0.012	0.324	.746	-0.034, 0.048	1.056
ความรู้	-0.026	0.011	-0.090	-2.274	.024*	-0.049, -0.003	1.251
ปัจจัยนำเข้า	0.271	0.082	0.185	3.311	.001*	0.110, 0.432	2.516
ปัจจัยกระบวนการ	-0.424	0.102	-0.349	-4.163	.000*	-0.625, -0.223	5.660
ปัจจัยโครงสร้าง องค์กร	1.154	0.082	1.026	14.102	.000*	0.993, 1.315	4.258
(Constant)	0.311	0.343	-	0.907	.365	-0.364, 0.986	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยกับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอพบว่า

ปัจจัยโครงสร้างองค์กร มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเชิงบวก ($B = 1.154$; 95%

CI:0.993, 1.315) แสดงว่าเมื่อปัจจัยโครงสร้างองค์กรเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 1.154 หน่วยมาตรฐาน

ปัจจัยนำเข้า มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = 0.271$; 95% CI: 0.110, 0.432) แสดงว่าหากปัจจัยนำเข้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะเพิ่มขึ้น 0.271 หน่วยมาตรฐาน

ปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = -0.424$; 95% CI: -0.625, -0.223) แสดงว่าหากปัจจัยกระบวนการเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะลดลง 0.424 หน่วยมาตรฐาน

ความรู้เกี่ยวกับบทบาท พชอ. มีอิทธิพลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B = -0.026$; 95% CI: -0.049, -0.003) แสดงว่าหากความรู้เกี่ยวกับบทบาท พชอ. เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอจะลดลง 0.026 หน่วยมาตรฐาน

ส่วน **ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ พชอ.** ไม่พบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอได้ ร้อยละ 72.4 ($R = 0.851$, $R^2 = 0.724$, Adjusted $R^2 = 0.715$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านม่วง ประเด็นที่ค้นพบอย่างชัดเจนคือ ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร ถือเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภาวะผู้นำเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการพัฒนาเครือข่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srisamai & Prasertchai (2022) ที่พบว่าในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. นั้น ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดคือภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของผู้บริหารทั้งสองสังกัด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ยิ่งผู้บริหารแสดงบทบาทที่ชัดเจน การทำงานร่วมกันย่อมไร้รอยต่อมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้ยัง

สนับสนุนแนวคิดของ Mintzberg (1979) ที่อธิบายว่าโครงสร้างองค์กรที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยกลไกการประสานงานและการสั่งการที่ชัดเจนจากผู้นำ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน

ประเด็นต่อมาคือความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ความเข้าใจในบทบาท พชอ. อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผลการวิจัยกลับพบข้อเท็จจริงที่น่าสนใจว่าความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่ส่งผลต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอมากเท่ากับทัศนคติและแรงจูงใจ ประเด็นนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์และสาธารณสุข ดังที่ Glanz, Rimer, & Viswanath (2015) ได้ อธิบายไว้ในทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนผ่าน (Stages of Change) ว่าความรู้ (Knowledge) เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐาน แต่ทัศนคติ (Attitude) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้แม่นยำกว่า โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (Sense of Ownership) ระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือตัวขับเคลื่อนพฤติกรรมการทำงานร่วมกันที่แท้จริง ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างที่ผู้บริหารควรเร่งเติมเต็มด้านการสร้างทัศนคติเชิงบวกมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึง ปัจจัยนำเข้าพบว่าด้านงบประมาณยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญหรือเป็นคอขวดของการดำเนินงาน โดยเฉพาะปัญหาความล่าช้าและความไม่ชัดเจนของระเบียบเบิกจ่ายในช่วงแรกของการถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Within3 (2025) ที่ระบุว่าความท้าทายหลักของการกระจายอำนาจทางสุขภาพ คือการจัดการทรัพยากรการเงินที่ไม่คล่องตัว ส่งผลให้การขับเคลื่อนโครงการสุขภาพระดับพื้นที่เกิดการสะดุดลงและไม่ต่อเนื่อง

ประเด็นที่น่าสนใจและขัดแย้งกับความกังวลเดิมคือ ระดับการมีส่วนร่วมของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานหรือความกังวลที่ว่า การแยกสังกัดจะทำให้เกิดรอยร้าวในการทำงาน ดังที่ Sriratanaban et al. (2023) เคยตั้งข้อสังเกตไว้ ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันว่าสายสัมพันธ์วิชาชีพ (Professional Bond) ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขด้วยกัน มีความเหนียวแน่นและทรงพลังมากกว่าโครงสร้างการบังคับบัญชาตามสายงาน (Bureaucratic

Lines) ทำให้แม้จะเปลี่ยนสังกัด แต่ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนยังคงดำเนินต่อไปได้อย่างเข้มแข็ง

จากข้อค้นพบทั้งหมด สะท้อนให้เห็นประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะความเสี่ยงเรื่องความไม่ต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัดสามารถนำผลการวิจัยที่ระบุว่า "ปัจจัยโครงสร้างองค์กร" มีอิทธิพลสูงสุด ไปใช้ประกอบในการออกแบบกลไกการทำงานใหม่ เช่น การใช้ พขอ. เป็นกลไกกลางในการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อปลดล็อกกระเปาะการเบิกจ่ายงบประมาณและบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหารอยต่อของการส่งต่อผู้ป่วยและยกระดับการจัดการสุขภาพปฐมภูมิได้จริงในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอให้ยั่งยืน ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ควรจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน (Resource Sharing) ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์ ให้สามารถหมุนเวียนข้ามสังกัดได้อย่างคล่องตัว

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Duangphanlam, P. (2024). *Factors affecting the role of district quality of life development committee in primary care unit development, Bueng Kan Province*. (Master's independent study). Sukhothai Thammathirat Open University.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Kunawat, N., & Sukarin, V. (2022). Guidelines for health mission transfer to local administrative organizations. *Journal of Health Science*, 31(2), 255-266.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55.

1.2 ควรจัดหลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้บริหารทั้งสองสังกัด ให้มีทักษะการนำร่วม (Collective Leadership) เพื่อลดช่องว่างทางอำนาจและเอื้อต่อการทำงานแนวราบ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 คณะกรรมการ พขอ. ควรจัดเวทีถอดบทเรียนและแก้ปัญหาหน้างานร่วมกันอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง แทนการสั่งการจากส่วนกลาง

2.2 โรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. สังกัด อบจ. เพื่อรักษามาตรฐานบริการและสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ระหว่างพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนและไม่มีถ่ายโอน เพื่อสะท้อนผลกระทบที่แท้จริง

2. ควรสร้างต้นแบบระบบสุขภาพอำเภอวิถีใหม่ ที่บูรณาการจุดแข็งด้านงบประมาณของท้องถิ่นเข้ากับมาตรฐานวิชาการของสาธารณสุขให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบุคลากรโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านม่วง และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ตลอดจนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์

- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Panyarat, T. (2022). *Development of the district quality of life development committee model in Kalasin Province*. (Master's thesis). Mahasarakham University.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Singham, O., Chan-O-Wath, S., & Thammapanyawat, B. (2023). Effectiveness of sub-district health promoting hospitals after transferring to provincial administrative organization in Maha Sarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(2), 154-166.
- Sriratanaban, J., et al. (2023). *Health impact assessment of the transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations*. Health Systems Research Institute.
- Srisamai, T., & Prasertchai, A. (2022). Factors affecting the operation of district health system in Na Thawi District, Songkhla Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 4(2), 1-14.
- The Coverage. (2024, October 5). *Health system intelligence unit analysis for 2024*. <https://www.thecoverage.info>
- United Nations. (1981). *Popular participation as a strategy for promoting community level action and national development*. United Nations.
- Within3. (2025). *4 challenges in decentralization of health services*. <https://within3.com/blog/challenges-in-decentralized-health-care>
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO Press.
- World Health Organization. (2019). *Decentralization in health*. <https://www.who.int/health-laws/topics/governance-decentralisation/en/>

Factors Associated with Access to Hydrotherapy Clinic Services of Service Recipients at the Hydrotherapy Center, Surat Thani Municipality

Yowwapha Nawalertpanya^{1*}, Theerawut Thammakun²

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

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

*Corresponding author: e-mail : nefergemin@hotmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Nawalertpanya, Y., & Thammakun, T. . Factors Associated with Access to Hydrotherapy Clinic Services of Service Recipients at the Hydrotherapy Center, Surat Thani Municipality. *Public Health Policy and Laws Journal*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286736

Received: 28 January 2026.

Revised: 24 February 2026

Accepted: 2 March 2026

Abstract

The Hydrotherapy Center of Surat Thani Municipality is a local government health service unit that charges service fees and currently experiences low levels of service access. This cross-sectional survey research aimed to investigate the relationship between predisposing factors, enabling factors, and health need factors with the level of access to hydrotherapy clinic services among recipients in Surat Thani Province.

Data were collected from a sample of 177 participants using a questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability coefficient of 0.938. Data were analyzed using multiple logistic regression.

The findings revealed that predisposing factors regarding health beliefs and attitudes, enabling factors, and health need factors were overall at high levels. However, the level of service access was predominantly low (≤ 4 times per month), accounting for 58.2%. Factors significantly associated with service access at the 0.05 level were social predisposing factors, specifically marital status and income, and enabling factors related to service costs, particularly reimbursement rights.

Implications: Surat Thani Municipality and relevant agencies should utilize these findings to develop financial support measures or fee-subsidy schemes for low-income groups to mitigate financial barriers. Furthermore, service delivery models should be enhanced to increase flexibility, catering to the needs of individuals with time constraints. These results also serve as essential evidence for advocating the integration of hydrotherapy services into the national health insurance benefits package to ensure equitable and sustainable access to care.

Keywords: Hydrotherapy Center; health need factors; service accessibility

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

เยาวภา นวเลิศปัญญา^{1*}, ธีระวุธ ธรรมกุล²

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อีเมลติดต่อ nefergemin@hotmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 28 มกราคม 2569

วันแก้ไข 24 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ 2 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

ศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เป็นหน่วยบริการสุขภาพสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีค่าธรรมเนียมในการใช้บริการ และมีการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการ ศูนย์ธาราบำบัด จังหวัดสุราษฎร์ธานี วิธีการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 177 คน โดยใช้เครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ตั้งแต่ 0.67 – 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.938 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำด้านความเชื่อและเจตคติด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือ ใช้บริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 58.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยนำด้านสังคม ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และปัจจัยสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายของบริการในประเด็นสิทธิการเบิกจ่ายค่าบริการ

นัยเชิงนโยบาย เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการจัดทำมาตรการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อย การปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการให้มีความยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบทด้านเวลาของผู้รับบริการที่ พร้อมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการผลักดันบริการธาราบำบัดเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดอุปสรรคทางการเงินและเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ศูนย์ธาราบำบัด ; ความต้องการด้านสุขภาพ; การเข้าถึงบริการ

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสุขภาพในฐานะองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการดำเนินชีวิตและลดภาวะทุพพลภาพ โดยเสนอให้บูรณาการการฟื้นฟูสุขภาพไว้ในทุกระดับของระบบสุขภาพ รวมถึงการกระจายบทบาทไปสู่ระดับท้องถิ่นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (WHO, 2017) เมื่อพิจารณาในบริบทของประเทศไทย การดำเนินนโยบายดังกล่าวขับเคลื่อนผ่านกลไกการกระจายอำนาจ โดยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (The Decentralization Act, 1999) ในบริบทของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 17.41 ของประชากรทั้งหมด และประสบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพหลัก ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขเชิงพื้นที่ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนกลุ่มสูงวัยอย่างเป็นระบบ การจัดบริการธรรมาภิบาลในระดับท้องถิ่นจึงเป็นแนวทางเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับทั้งบริบทพื้นที่และยุทธศาสตร์ชาติในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน (Surat Thani Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน (National Strategy Committee, 2018)

เทศบาลนครสุราษฎร์ธานีตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ตามกรอบนโยบายด้านสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงได้จัดตั้งศูนย์ธรรมาภิบาล สังกัดสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมเปิดให้บริการ 4 คลินิกหลัก ได้แก่ คลินิกส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกาย คลินิกส่งเสริมสุขภาพจิต คลินิกโภชนาการเพื่อสุขภาพ และคลินิกธรรมาภิบาล โดยเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ วันละ 3 รอบบริการ อย่างไรก็ตาม การให้บริการดังกล่าวมีข้อจำกัดสำคัญคือไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพของรัฐได้ ผู้ใช้บริการจึงต้องชำระค่าธรรมเนียมการใช้บริการตามอัตราที่กำหนด ซึ่งจากการสำรวจข้อมูล

ผู้รับบริการย้อนหลัง 6 เดือน (มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2568) พบว่ามีผู้มารับบริการรวมเพียง 325 คน โดยเป็นผู้รับบริการธรรมาภิบาลจำนวน 273 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.25 ของประชากรในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี สะท้อนให้เห็นถึงระดับการเข้าถึงบริการที่ค่อนข้างต่ำ (Surat Thani City Municipality, 2025 ; Surat Thani Provincial Statistical Office, 2024)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ผู้ศึกษาจึงอาศัยกรอบแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's Behavioral Model of Health Services Use) ซึ่งเสนอว่า การตัดสินใจของบุคคลในการใช้บริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปัจจัยหลายด้านที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเชื่อและทัศนคติต่อบริการสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เช่น รายได้ การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งบริการ และสิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Need factors) ซึ่งสะท้อนทั้งความต้องการที่รับรู้โดยบุคคลและความจำเป็นด้านสุขภาพที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Andersen, 1995) อย่างไรก็ตาม แบบจำลองดังกล่าวมุ่งอธิบายพฤติกรรมในระดับบุคคลเป็นหลัก จึงจำเป็นต้องพิจารณาร่วมกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ซึ่งขยายการวิเคราะห์ไปสู่มิติของระบบบริการ โดยเสนอว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความเพียงพอของบริการ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวกในการรับบริการ (Accommodation) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เมื่อพิจารณาร่วมกัน กรอบแนวคิดทั้งสองช่วยอธิบายได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคลและระดับโครงสร้างบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม ความสะดวกในการเดินทาง สิทธิการรักษาพยาบาล และความถี่ในการใช้บริการ ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้บริการอย่างต่อเนื่อง (Deethong et al., 2022; Jirathananuwat, 2022; Ngamkham et al., 2018; Thophorm & Prasertchai, 2021)

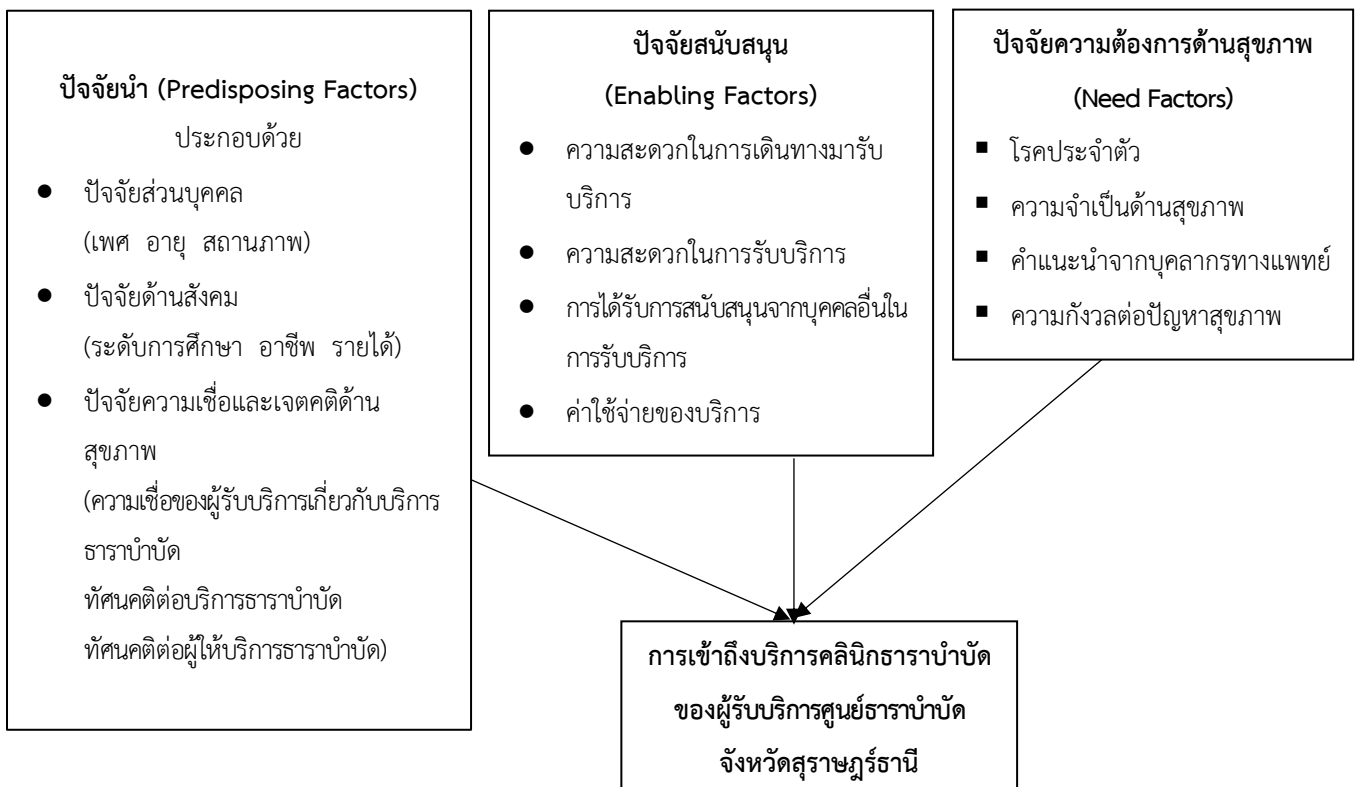
อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาที่ผ่านมาได้นำแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน และแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนซันสกี และโรมัส มาใช้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นบริบทของสถานพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของรัฐในการเบิกจ่ายค่าบริการได้โดยตรง ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทของศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่าบริการ บริบทเฉพาะดังกล่าวอาจส่งผลให้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติต่อธาราบำบัด ตลอดจนความสามารถและความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการ มีลักษณะแตกต่างจากการใช้บริการทางการแพทย์ทั่วไป นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังมุ่งอธิบายปัจจัยนำและปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับระดับในการเข้ารับบริการ เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ในบริบท

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน โดยผลที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการจัดบริการและกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ และระดับ การเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนทั่วไปที่เคยมารับบริการ ณ ศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ทั้ง 4 คลินิก ได้แก่ คลินิกธาราบำบัด, คลินิกสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกาย, คลินิกส่งเสริมสุขภาพจิต และคลินิกโภชนาการอาหารเพื่อสุขภาพ อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง (มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568) จำนวน 325 คน อ้างอิงจากข้อมูลผู้รับบริการในโปรแกรมระบบงานสถานีนอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร สำหรับประชากรที่ทราบจำนวนแน่นอน โดยกำหนดสัดส่วนของประชากร ที่ 0.5 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 0.05 (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 177 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่เคยรับบริการ ณ ศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี คลินิกใดคลินิกหนึ่ง อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568 และยินดีให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มเลือกจากหมายเลขผู้ป่วยนอก (HN) โดยการใช้คอมพิวเตอร์สุ่ม (Fowler, 2014)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และแบบเติมคำตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคลินิกธาราบำบัด รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความเชื่อและเจตคติด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน รวมจำนวน 14 ข้อ ปัจจัยสนับสนุน แบ่งเป็น 4 ด้าน รวมจำนวน 12 ข้อ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ซึ่งกำหนดระดับตามอัตราร้อยละของคะแนนเต็ม คือ ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 และระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ระดับการเข้าถึงบริการธาราบำบัด ได้แก่ ประเภทของคลินิกที่รับบริการ ความถี่ในการใช้บริการคลินิกธาราบำบัด (จำนวนครั้งต่อเดือน) รวมจำนวน 2 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และแบบเติมคำตอบ ความถี่ในการใช้บริการคลินิกธาราบำบัด ได้กำหนดตัวเลือกคำตอบเป็น 2 ประเภท ได้แก่ “ไม่เคยใช้บริการ” ซึ่งกำหนดค่าเป็น 0 ครั้ง และตัวเลือก “เคยใช้บริการ” โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุจำนวนครั้งจริงที่ใช้บริการ ในรูปแบบตัวเลขจำนวนเต็มต่อเดือน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนครั้งในการใช้บริการต่อเดือน พบว่าค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 4 ครั้งต่อเดือน ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดเกณฑ์ระดับการเข้าถึงบริการในการศึกษานี้ ดังนี้ ระดับการเข้าถึงบริการต่ำ คือ ใช้บริการธาราบำบัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อเดือน และระดับการเข้าถึงบริการสูง คือ ใช้บริการธาราบำบัดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งต่อเดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือสำหรับการศึกษาดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนที่เคยรับบริการศูนย์บริการสาธารณสุขที่มารับบริการธาราบำบัดที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.938 จากนั้น นำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จำแนกตามตัวแปรแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.949, 0.922, 0.816 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้จัดทำหนังสือขออนุญาตนายกเทศมนตรีนครสุราษฎร์ธานี ดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชาชนหลังจากรับบริการ ณ ศูนย์ธาราบ้ำบัตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม - 30 กันยายน 2568 ในวันและเวลาที่ศูนย์ธาราบ้ำบัตเปิดให้บริการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของ

โครงการวิจัย เลขที่ใบรับรอง 033.68 วันที่ ทำ
การรับรอง 18 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 17 สิงหาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรร่วมกันด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมของผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัต

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัตจำนวนทั้งสิ้น 177 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.50) โดยมีช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 62.10) มีอายุเฉลี่ย 60.08 ปี (SD=10.23) อายุต่ำสุด 19 ปี และมากที่สุด 83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.10) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.20) มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 36.7) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 48.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคม (n=177)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
1.1 เพศ		
ชาย	15	8.5
หญิง	162	91.5
1.2 อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	0.6
30 - 39 ปี	8	4.5
40 - 49 ปี	15	8.5
50 - 59 ปี	43	24.3
60 ขึ้นไป	110	62.1
$\bar{X} = 60.08, S.D. = 10.231, Median = 62, Min = 19, Max = 83$		
1.3 สถานภาพ		
โสด	42	23.7
สมรส	101	57.1
หม้ายหรือหย่าร้าง	34	19.2

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ปัจจัยทางสังคม		
2.1 ระดับการศึกษา		
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	73	41.2
ระดับปริญญาตรี	80	45.2
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	24	13.6
2.2 อาชีพ		
รับราชการ/ข้าราชการเกษียณ	55	31.1
พนักงาน/ลูกจ้างรัฐหรือเอกชน	7	3.9
ธุรกิจส่วนตัว	65	36.7
รับจ้างทั่วไป	9	5.1
เกษตรกร	12	6.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	16.4
2.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	36	20.3
10,001 - 30,000 บาท	85	48.0
30,001 - 60,000 บาท	47	26.6
มากกว่า 60,000 บาท	9	5.1
$\bar{X}=30,470.8, S.D.=29,908.8, \text{Median}=23,000, \text{Min}=700, \text{Max}=250,000$		

2. ระดับของคะแนนปัจจัยนำด้านความเชื่อและทัศนคติ คะแนนปัจจัยสนับสนุน และคะแนนปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัด

ผู้ศึกษารวมคะแนนของปัจจัยนำด้านปัจจัยความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการทางสุขภาพในแต่ละด้าน จากนั้นนำข้อมูลคะแนนมาจัดระดับ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ซึ่งกำหนดเกณฑ์คะแนนตามร้อยละของคะแนนเต็ม ผลการศึกษา พบว่า

ปัจจัยนำด้านความเชื่อและทัศนคติ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับบริการธาราบำบัด ด้านทัศนคติต่อบริการธาราบำบัด และด้านทัศนคติต่อผู้ให้บริการธาราบำบัด พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านทัศนคติต่อบริการธาราบำบัด 23.07 คะแนน (ร้อยละ 92.28) รองลงมา ได้แก่ ด้านทัศนคติต่อผู้ให้บริการคลินิกธาราบำบัด 18.09 คะแนน

(ร้อยละ 90.45) และด้านความเชื่อเกี่ยวกับบริการธาราบำบัด 22.15 คะแนน (ร้อยละ 88.60)

ปัจจัยสนับสนุน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความสะดวกในการรับบริการ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายของบริการคลินิกธาราบำบัด ซึ่งเฉพาะด้านค่าใช้จ่ายของบริการแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่ายของบริการคลินิกธาราบำบัด หัวข้อความคิดเห็นต่อประเด็นถ้าหากบริการสามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิ (ร้อยละ 90.20) รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ (ร้อยละ 90.10) และด้านค่าใช้จ่ายของบริการคลินิกธาราบำบัด หัวข้อความคิดเห็นค่าใช้จ่ายของบริการคลินิกธาราบำบัดไม่เป็นการ (ร้อยละ 89.40)

ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพที่มีผลต่อการใช้บริการธาราบำบัด ได้แก่ อิทธิพลของโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้อง

ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อิทธิพลของคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และความกังวลต่อปัญหาสุขภาพของตนเอง ผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัตส่วนใหญ่ มีคะแนนปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 74.0) และมีคะแนนปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพเฉลี่ย 17.07 คะแนน

ระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัตพิจารณาจากจำนวนครั้งหรือความถี่ที่ผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัตเข้ารับบริการคลินิกธาราบ้ำบัตต่อเดือน โดยกำหนดเกณฑ์ระดับการเข้าถึงบริการโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) คือ จำนวน 4 ครั้งต่อเดือน เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัตจำนวนทั้งสิ้น 177 คน ส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัตต่ำ คือ ใช้บริการคลินิกธาราบ้ำบัตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 58.2) และร้อยละ 41.8 ของผู้รับบริการมีระดับการเข้าถึงบริการสูง คือ ใช้บริการคลินิกธาราบ้ำบัตมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งต่อเดือน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยนำด้านปัจจัยความเชื่อและเจตคติด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับ ระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัตของผู้รับบริการศูนย์ธาราบ้ำบัต

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัต โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบตัวแปรเดียว พบว่ามีตัวแปรจำนวน 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการในระดับ $p < 0.25$ ตัวแปรดังกล่าวจึงถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบถอยหลัง (Backward Stepwise: Likelihood Ratio) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ได้มีการตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่าไม่ปรากฏปัญหาความสัมพันธ์ในโมเดล จึงสามารถดำเนินการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุได้ ผลการวิเคราะห์แสดง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัต ด้วยวิธี Backward Stepwise (Likelihood Ratio) (n=177)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	OR	Adjusted OR**	95% CI	p-value
1. สถานภาพ						0.025*
ไม่มีคู่สมรส (อ้างอิง)	76	50.0	1.00	1.00		
สมรส	101	35.6	0.554	0.478	0.250, 0.911	0.025
2. ระดับรายได้						0.037*
≤ 23,000 บาท (อ้างอิง)	89	36.0	1.00	1.00		
> 23,000 บาท	88	47.7	1.626	1.986	1.041, 3.787	0.037
3. ปัจจัยสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายของบริการ						
3.2 หากสามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิ์จะช่วยให้เข้าถึงบริการธาราบ้ำบัตได้ง่ายขึ้น						0.016*
เห็นด้วยระดับน้อยและปานกลาง (อ้างอิง)	54	27.8	1.00	1.00		
เห็นด้วยระดับมาก (มากที่สุด)	123	48.0	2.397	2.521	1.235, 5.149	

หมายเหตุ * $p < 0.05$

**Adjusted OR = ค่า Odds Ratio ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมที่

ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ โดยใช้เทคนิค Backward Stepwise, Likelihood Ratio ได้แก่

ความเชื่อเกี่ยวกับบริการ และทัศนคติต่อบริการธาราบำบัด ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความสะดวกในการรับบริการ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายของบริการคลินิกธาราบำบัด และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ

- แสดงค่าจากโมเดลสุดท้ายหลังการใช้ Backward Stepwise, Likelihood Ratio Test นั้น คือ ปัจจัยสถานภาพ, ปัจจัยระดับรายได้ และปัจจัยสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายของบริการ (การเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิ) (Nagelkerke $R^2 = 0.106$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดของผู้รับบริการศูนย์ธาราบำบัดเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.2) คือ ใช้บริการคลินิกธาราบำบัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้งต่อเดือน แม้จะมีความเชื่อและเจตคติที่ดีมากต่อบริการ มีความสะดวกและความต้องการด้านสุขภาพในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวอาจไม่เพียงพอหากมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซนที่อธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยหลายด้านที่ทำงานร่วมกัน ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Andersen, 1995) โดยผลการวิเคราะห์หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในโมเดลพบว่า สถานภาพ รายได้ และปัจจัยสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายของบริการ เรื่อง หากสามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยนำ (Predisposing factor) ด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดในระดับสูงน้อยกว่าผู้ที่ไม่สมรส คือ โสด หม้าย หรือหย่าร้าง (Adjusted OR = 0.478) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ใช้บริการด้านสุขภาพหรือการฟื้นฟูส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอธิบายว่า

การมีคู่สมรสช่วยสนับสนุนกำลังใจและการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ (Deethong et al., 2022; Ngamkham et al., 2018) ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวได้จากบริบทเฉพาะของบริการธาราบำบัด ซึ่งเป็นบริการทางการแพทย์ประเภทสนับสนุนการรักษาที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ ใช้ระยะเวลาในการรับบริการต่อครั้ง และต้องมีการเดินทางมายังสถานบริการอย่างสม่ำเสมอ ในบริบทดังกล่าว ผู้รับบริการที่มีสถานภาพสมรสอาจเผชิญข้อจำกัดด้านเวลาและภาระหน้าที่ในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่สมรส เช่น ภาระในการดูแลคู่สมรส บุตร หรือหลาน ส่งผลให้มีความยืดหยุ่นในการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสอาจมีอิสระในการบริหารจัดการเวลาและตัดสินใจเข้ารับบริการได้มากกว่า ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าสถานภาพสมรสอาจไม่ได้เป็นปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกบริบท หากแต่สามารถทำหน้าที่เป็นอุปสรรคได้ในกรณีของบริการที่ต้องใช้เวลาและความต่อเนื่องสูง เช่น บริการธาราบำบัด

รายได้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing factor) ด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิเคราะห์หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในโมเดลพบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้มากกว่า 23,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสเข้าถึงบริการคลินิกธาราบำบัดมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23,000 บาทต่อเดือน (Adjusted OR = 1.986) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยรายได้ มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ แม้บริการธาราบำบัดจะมีอัตราค่าธรรมเนียมที่ไม่สูงก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานสกีและโธมัส โดยเฉพาะมิติด้านความสามารถในการจ่าย (Affordability) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน (Penchansky & Thomas, 1981) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัย ก่อนหน้าที่พบว่าระดับรายได้และสถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพและบริการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของบริการที่ต้องใช้ความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ เช่น บริการกายภาพบำบัด

และบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Deethong et al., 2022; Thuphom & Prasertchai, 2021)

ในบริบทของศูนย์ธาราบ้ำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ปัจจัยด้านรายได้ อาจไม่ได้สะท้อนเพียงความสามารถในการจ่ายค่าธรรมเนียมการให้บริการเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เวลาในการเข้ารับบริการ และการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเพื่อมารับบริการ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่นที่มุ่งลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการพิจารณากลไกสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายหรือการบูรณาการบริการธาราบ้ำบัดเข้าสู่ระบบสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและยั่งยืน

ปัจจัยสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายของบริการในประเด็นความคิดเห็นต่อหากเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคลินิกธาราบ้ำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอิทธิพลมากที่สุด ในโมเดลการวิเคราะห์ โดยผลการวิเคราะห์หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในโมเดลพบว่า ผู้รับบริการที่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่าหากสามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิจะช่วยให้เข้าถึงบริการธาราบ้ำบัดได้ง่ายขึ้น มีโอกาสเข้าถึงบริการในระดับสูงมากกว่าผู้ที่เห็นด้วยในระดับน้อยและปานกลางถึง 2.521 เท่า ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้แสดงความเห็นด้วยในระดับมากที่สุดต่อประเด็นนี้ในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 69.5 สะท้อนให้เห็นว่าผู้รับบริการรับรู้ว่าการไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามสิทธิเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการธาราบ้ำบัดของศูนย์ธาราบ้ำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพนชานสกีและโธมัส โดยเฉพาะมิติ ด้านความสามารถในการจ่าย (Affordability) ซึ่งอธิบายว่าภาระค่าใช้จ่ายทางการเงินมีอิทธิพลโดยตรงต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชน (Penchansky & Thomas, 1981) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การรับรู้และการใช้สิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Jirathananuwat, 2022) รวมถึงการศึกษาใน

บริบทบริการแพทย์แผนไทยที่พบว่าประสิทธิผลการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทย (Thuphom & Prasertchai, 2021)

โดยสรุป คือ ในบริบทของศูนย์ธาราบ้ำบัด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงจากระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐได้ ผู้รับบริการจึงต้องชำระค่าบริการด้วยตนเองทุกครั้งที่มารับบริการ แม้ค่าบริการต่อครั้งจะมีอัตราไม่สูง แต่เนื่องจากบริการธาราบ้ำบัดเป็นบริการฟื้นฟูสุขภาพที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิผล ค่าใช้จ่ายสะสมจากการต้องมารับบริการอย่างสม่ำเสมอจึงกลายเป็นอุปสรรคทางการเงินที่สำคัญ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายเหตุผลว่าทำไมผู้รับบริการส่วนใหญ่จึงมีระดับการเข้าถึงบริการธาราบ้ำบัดในระดับต่ำ แม้จะมีทัศนคติที่ดีต่อบริการ โดยสะท้อนให้เห็นว่าการขาดกลไกการสนับสนุนด้านสิทธิการเบิกจ่ายเป็นปัจจัยอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของเพนชานสกีและโธมัสที่เน้นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ามีสถานบริการเพียงอย่างเดียว แต่ต้องพิจารณามิติด้านความสามารถในการจ่ายและการยอมรับของผู้รับบริการควบคู่กันไป (Penchansky & Thomas, 1981) ผลการศึกษานี้ จึงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่นที่ควรมุ่งเน้นการลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและสิทธิประโยชน์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียมและยั่งยืน

ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดสำคัญคือไม่ได้พิจารณาถึงตัวแปรด้านระดับราคา หรือรูปแบบกลยุทธ์การตลาดในการกำหนดตัวแปรอิสระ เนื่องจากศูนย์ธาราบ้ำบัดเป็นหน่วยงานบริการสาธารณะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมตามระเบียบท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในประเด็นรายได้และสิทธิการเบิกจ่ายที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคด้านความสามารถในการจ่าย (Affordability) ในเบื้องต้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่เคยเข้าใช้บริการศูนย์ธาราบ้ำบัดแล้ว ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จึงอาจยังไม่ครอบคลุมมุมมองของกลุ่มประชาชนที่ไม่เคยใช้

บริการศูนย์ธาราบ้ำบัตมาก่อน ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศูนย์ธาราบ้ำบัต และหน่วยงานต้นสังกัดควรขยายช่วงเวลาให้บริการในช่วงนอกเวลาทำการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มผู้ที่มีภาระในการดูแลคนในครอบครัว ให้สามารถบริหารจัดการเวลาเพื่อมารับบริการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และพัฒนามาตรฐานการให้บริการที่เน้นมิติการยอมรับของผู้รับบริการควบคู่ไปกับคุณภาพการรักษา โดยออกแบบกิจกรรมที่สร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ใช้บริการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการซ้ำอย่างยั่งยืน

2. เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีมาตรการลดหย่อนค่าธรรมเนียมสำหรับกลุ่มที่มีรายได้น้อย หรือมาตรการอุดหนุนค่าบริการธาราบ้ำบัตผ่านกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และผลักดันการบูรณาการบริการธาราบ้ำบัตเข้ากับชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาในพื้นที่หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการและผลลัพธ์เชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1975). Access to medical care and its measurement. *Health Services Research, 9*(3), 208–220.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior, 38*(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (Eds.). (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. MacGraw-Hill.
- Deethong, R., Sattayasomboon, Y., Usathaporn, S., & Benjakul, S. (2022). Factors related to the physical therapy services utilization among clients in a community hospital, Prachuap Khiri Khan Province. *Public Health Policy & Law Journal, 8*(2), 249–264.
- Jirathananuwat, A. (2022). Factors affecting access to health services by older adults in an urban community in Thailand: A cross-sectional study. *F1000Research, 11*, 467. <https://doi.org/10.12688/f1000research.110551.2>

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของรูปแบบการอุดหนุนค่าบริการ หรือระดับราคาที่เหมาะสมต่อความเต็มใจในการจ่าย ของประชาชน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบนโยบายการเงินที่ลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายอย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อความเข้าใจเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ การรับรู้ และมุมมองของผู้กำหนดนโยบายร่วมกับผู้ให้บริการ ซึ่งจะช่วยอธิบายกลไกเชิงสังคมที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมการใช้บริการได้ชัดเจนขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระยะยาว ควบคู่กับการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันบริการธาราบ้ำบัตเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาร่วมให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่สนับสนุนและให้คำปรึกษาในการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วง

- National Strategy Committee. (2018). *National strategy (2018–2037)*. Office of the National Economic and Social Development Council.
- Ngamkham, S., Suwannapong, N., Tipayamongkhogul, M., Manmee, J. (2018). Access to Health Care Services of the Elderly, Thawiwatthana District, Bangkok. *Kuakarun Journal of Nursing, 25*(2), 91–104.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Surat Thani City Municipality. (2025). *Service utilization statistics of the hydrotherapy center (January–June 2025)*.
- Surat Thani Provincial Public Health Office. (2023). *Surat Thani provincial health development strategic plan (2023–2027)*.
- Surat Thani Provincial Statistical Office. (2024). *Surat Thani provincial statistical report 2024*. National Statistical Office of Thailand. (in Thai)
- Thophorm, R., & Prasertchai, A. (2021). Factors related to decisions to use Thai traditional medicine services among the people in Bang Mueang Municipality, Mueang District, Samut Prakan Province. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine, 19*(2), 523–538. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>

Perception of the Mahidol University Regulations on Graduate Studies 2024 regarding the Appointment of Thesis/Independent Study Committees: A Case Study of Mahidol University

Warunee Asawathanyasakul^{1*}, Papatsara Siengsanaow², Yodsakone Chuarungrueang³, Supoj Yeethong⁴, Natamol Jukphet⁵, Sitthipat Sontun⁶, Keattipong Munairm⁷ and Radtiya Jailerd⁸

1,5 General Administration Officer, Academic Service Section, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

2,3,4,6,7,8 Educator, Academic Service Section, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

**Corresponding author: e-mail: varunee.ass@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Asawathanyasakul, W., Siengsanaow, P., Chuarungrueang, Y., Yeethong, S., Jukphet, N., Sontun, S., Munairm, K., & Jailerd, R. Perception of the Mahidol University Regulations on Graduate Studies B.E. 2567 (2024) Regarding the Appointment of Thesis/Independent Study Committees: A Case Study of Mahidol University. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287014

Received: 9 February 2026

Revised: 10 March 2026

Accepted: 12 March 2026

Abstract (total, not more than 250 words)

This study aimed to examine the perception and understanding in the implementation of the Mahidol University Regulations on Graduate Studies 2024 (B.E. 2567) concerning the appointment of thesis and independent study committees. The sample consisted of 116 program chairs, program administrative committee members, faculty members, and program administrative staff, responsible for graduate education at the master's and doctoral levels.

This study employed a quantitative research approach by using electronic questionnaire administered via Google Forms.

The results revealed varying levels of perception and understanding of the regulations. The highest level of correct perception and understanding was the preparation of thesis and independent study proposals, proposal examinations, and related activities by the program's management and supervision (97.41%). However, the highest level of incorrect understanding was the quality required for appointing a principal thesis, or independent study advisor (43.97%), and lacking awareness the most was the effective date of the regulation (37.07%). No significant differences in overall perception and understanding were found among respondents across three disciplinary groups: health sciences, technology science, and humanities and social sciences.

The findings reflected the need to develop effective communication strategies through continuous training and the development of clear and accessible communicational materials to support the accurate and effective implementation of the regulations.

Keywords: Perception; Regulations on Graduate Studies 2024; Thesis and Independent Study

การรับรู้ ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

วารุณี อัครธัญญาสกุล^{1*} ปภัสรา เสี่ยงเสนาะ² ยศกร ฉั่วรุ่งเรือง³ สุพจน์ ยี่ทอง⁴ นฐมล จักรเพชร⁵
สิทธิพัฒน์ สนตุน⁶ เกียรติพงศ์ มั่นเอี่ยม⁷ และ รัตติยา ใจเลิศ⁸

1,5 เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2,3,4,6,7,8 นักวิชาการศึกษางานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

*อีเมลติดต่อ: varunee.ass@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 กุมภาพันธ์ 2069

วันแก้ไข 10 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 12 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ ไม่เกิน 250 คำ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ ในการใช้ข้อบังคับ มหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตรที่ปฏิบัติงานด้าน บัณฑิตศึกษา ในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก จำนวนทั้งสิ้น 116 ราย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยใช้แบบสอบถาม อิเล็กทรอนิกส์ ผ่านระบบ Google Forms

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับการรับรู้และความเข้าใจต่อข้อบังคับดังกล่าวแตกต่างกัน โดยประเด็นที่พบว่ามีการรับรู้และเข้าใจถูกต้องมากที่สุด คือ การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ การสอบโครงร่าง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการและการกำกับดูแลของหลักสูตร (ร้อยละ 97.41) ในขณะที่ประเด็นที่พบว่าไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ คุณสมบัติในการแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลัก (ร้อยละ 43.97) และประเด็นที่ไม่ทราบมากที่สุด คือ วันเริ่มมีผลบังคับใช้ของข้อบังคับดังกล่าว (ร้อยละ 37.07) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีระดับการรับรู้และความเข้าใจโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาวินิจฉัยสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบังคับดังกล่าว เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อบังคับไปใช้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้; ข้อบังคับการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาปี 2567; วิทยานิพนธ์และการค้นคว้าอิสระ

บทนำ

ตามที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ได้มอบหมายให้คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษาจัดทำกฎกระทรวง และประกาศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานอุดมศึกษา เพื่อให้สถาบันศึกษาระดับอุดมศึกษา ถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน โดยขอกกล่าวถึงประกาศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎกระทรวงมาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2565 และประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2565 (Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2022)

ตามที่มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2567-2570 ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 4 Management Innovation for Sustainability เป้าประสงค์ (Goal): Management for Sustainability กลยุทธ์ (Strategic Initiatives) ข้อ 1 สนับสนุนการดำเนินการทุกพันธกิจภายใต้หลักธรรมาภิบาล (Governance) การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และกฎระเบียบ (Compliance) ที่ทันต่อเหตุการณ์ และเกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานให้สามารถบริหารจัดการและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน รวมถึงเพิ่มขีดความสามารถในการฟื้นตัว (Resilience) (Mahidol University, 2023)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2567-2570 ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมและพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ที่สร้างบัณฑิตสมรรถนะสูง ตอบสนองต่อความสนใจเฉพาะบุคคลและตอบโจทยความต้องการของประเทศ กลยุทธ์ ข้อ 2 พัฒนาระบบการบริหารจัดการหลักสูตร แผนปฏิบัติการ ข้อ 3 ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับข้อบังคับ และประกาศที่เป็นปัจจุบัน และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ ข้อ 4 พัฒนาระบบการรับฟังเสียงของลูกศิษย์และการวิเคราะห์ผลเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของการบริการด้านการศึกษา (Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2023)

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรเฉลิม อิศรางกูร ณ อยุธยา คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย และทีมผู้บริหารของบัณฑิตวิทยาลัย ได้จัดทำข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2567 โดย

ประกาศใช้ ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2567 เพื่อให้การจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีมาตรฐานและคุณภาพสอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2565

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภ.ภ.วรินทร์ กฤตยาเกียรติน รองคณบดีฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพ ทรชนกและเล็งเห็นถึงความสำคัญการใช้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2567 จึงให้ผู้วิจัยทำการศึกษารับรู้ ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ กรณีศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารับรู้ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ ของประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตรที่ปฏิบัติงานด้านบัณฑิตศึกษา เฉพาะหลักสูตรปริญญาโท และหลักสูตรปริญญาเอก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนดไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระดับบัณฑิตศึกษา ภายในมหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย ประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตร จำนวน 271 หลักสูตร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane. (1973) ตั้งค่าความคลาดเคลื่อนไว้ที่ 0.05 หรือคิดเป็นระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านระบบ Google Forms เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ของประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตร เกี่ยวกับข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ โดยออกแบบตามรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนดไว้ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ ระดับหลักสูตร ชื่อหลักสูตร คณะ/สถาบัน/วิทยาลัย ประสบการณ์ทำงานด้านบัณฑิตศึกษา และกลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 โดยแบบสอบถามเลือก รู้ หรือ ไม่รู้ ซึ่งผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว เพื่อสรุปและดำเนินการวิเคราะห์ผลด้วยการหาค่าร้อยละ (Percentage) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 โดยแบบสอบถามเลือก ผิด หรือ ถูก ซึ่งผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว เพื่อสรุปและดำเนินการวิเคราะห์ผลด้วยการหาค่าร้อยละ (Percentage) จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี) เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผ่านการพิจารณาจากรองคมนตรีฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 ราย ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านระบบ google Forms ได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตร ของมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 271 หลักสูตร

จากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ จำนวน 366 ราย สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 116 ราย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE No. MU-MOU 2025/120.2107 รหัสโครงการ MU-MOU 2025/267.2305 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายการรับรู้และความเข้าใจ ของประธานหลักสูตร กรรมการบริหารหลักสูตร คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่หลักสูตรที่ปฏิบัติงานด้านบัณฑิตศึกษา เฉพาะหลักสูตรปริญญาโท และหลักสูตรปริญญาเอก ที่เกี่ยวกับข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้าอิสระ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตาราง พร้อมด้วยข้อเสนอแนะในการนำมาปรับปรุงและพัฒนางานต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 116 ราย พบว่าทั้งหมดเป็น นบุคลากรมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 86 ราย (ร้อยละ 74.14) ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นเจ้าหน้าที่หลักสูตร จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 56.03) เป็นหลักสูตรระดับปริญญาโท จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 47.41) ส่วนใหญ่เป็นคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 14.66) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านบัณฑิตศึกษา มากกว่า 10 ปี จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 41.38) และจำแนกตามกลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านหลักสูตรกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 47.41) รองลงมาปฏิบัติงานด้านหลักสูตรกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 27.59) และรองลงมาปฏิบัติงานด้านหลักสูตรกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 25.00) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=116)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยมหิดล		
ใช่	116	100
ไม่ใช่ (ยุติแบบสอบถาม)	0	0
2. เพศ		
ชาย	29	25.00
หญิง	86	74.14
ไม่ระบุ	1	0.86
3. สถานภาพ		
ประธานหลักสูตร	32	27.59
กรรมการบริหารหลักสูตร	8	6.90
คณาจารย์	6	5.17
เจ้าหน้าที่หลักสูตร	65	56.03
ประธานหลักสูตร และกรรมการบริหารหลักสูตร	2	1.72
กรรมการบริหารหลักสูตร และคณาจารย์	3	2.59
4. หลักสูตร		
ระดับปริญญาโท	55	47.41
ระดับปริญญาเอก	16	13.79
ระดับปริญญาโทและระดับปริญญาเอก	45	38.79
5. คณะ/สถาบัน/วิทยาลัย		
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	17	14.66
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	16	13.79
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	15	12.93
คณะวิทยาศาสตร์	15	12.93
คณะสาธารณสุขศาสตร์	10	8.62
คณะกายภาพบำบัด	5	4.31
คณะวิศวกรรมศาสตร์	4	3.45
คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์	4	3.45
วิทยาเขตกาญจนบุรี	4	3.45
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	3	2.59
สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้	3	2.59
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม	3	2.59
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว	3	2.59
คณะทันตแพทยศาสตร์	2	1.72
คณะพยาบาลศาสตร์	2	1.72
โครงการจัดตั้งสถาบันสิทธิมนุษยชนและสันติศึกษา	2	1.72
คณะศิลปศาสตร์	1	0.86
คณะสัตวแพทยศาสตร์	1	0.86
โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์	1	0.86
โครงการร่วม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและ ครอบครัว	1	0.86

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. คณะ/สถาบัน/วิทยาลัย (ต่อ)		
โครงการร่วม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบัน โภชนาการ	1	0.86
วิทยาลัยดุริยางคศิลป์	1	0.86
สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล	1	0.86
สถาบันโภชนาการ	1	0.86
6. ประสบการณ์ทำงานด้านบัณฑิตศึกษา		
น้อยกว่า 3 ปี	18	15.52
3 - 5 ปี	11	9.48
6 - 10 ปี	39	33.62
มากกว่า 10 ปี	48	41.38
7. กลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน		
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	55	47.41
วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	29	25.00
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	32	27.59

2. การรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567

ผลการศึกษาข้อมูล การรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 116 ราย จำแนกตามการรับรู้

พบว่า ส่วนใหญ่ตอบ “ไม่รู้” มากที่สุด เป็นข้อ 3 ท่านรู้หลักเกณฑ์การแต่งตั้ง และการนับภาระอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ภายใต้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เริ่มนับตั้งแต่นั้น

ได้รับอนุมัติหัวข้อเรื่อง และคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือการค้นคว้าอิสระ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 17.24)

และพบว่า ส่วนใหญ่ตอบ “รู้” มากที่สุด เป็นข้อ 2 ท่านรู้หรือไม่ว่า การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการและการกำกับดูแลของหลักสูตร จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 97.41) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลการรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 (n=116)

ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ			
	ไม่รู้	ร้อยละ	รู้	ร้อยละ
1. ท่านรู้หรือไม่ว่า มีข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 ที่กำหนดแนวทางแต่งตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ	11	9.48	105	90.52
2. ท่านรู้หรือไม่ว่า การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการและการกำกับดูแลของหลักสูตร	3	2.59	113	97.41
3. ท่านรู้หลักเกณฑ์การแต่งตั้ง และการนับภาระอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ภายใต้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เริ่มนับตั้งแต่นั้นได้รับอนุมัติหัวข้อเรื่อง และคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือการค้นคว้าอิสระ	20	17.24	96	82.76

ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ			
	ไม่รู้	ร้อยละ	รู้	ร้อยละ
4. ท่านรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติ ของคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หรือ การค้นคว้าอิสระ ภายใต้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	13	11.21	103	88.79
5. ท่านรู้เกี่ยวกับคุณสมบัติของคณะกรรมการสอบ ได้แก่ การสอบ วัตถุประสงค์ การสอบประมวลความรู้ และการสอบวิทยานิพนธ์หรือ การค้นคว้าอิสระ ภายใต้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	19	16.38	97	83.62

3. ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567

ผลการศึกษาข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจใน ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 116 ราย จำแนกตามความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง ไม่ ถูกต้อง ไม่ทราบ”

พบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้า อิสระ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือ

การค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริการจัดการและการ กำกับดูแลของหลักสูตร จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 97.41)

พบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ถูกต้อง” ส่วน ใหญ่ เป็นข้อ 8. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก หรือการค้นคว้าอิสระหลักได้ จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 43.97)

และพบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ทราบ” ส่วน ใหญ่ เป็นข้อ 1. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วย การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 37.07) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 จำแนกตามความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบ” (n=116)

ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ		
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ทราบ
1. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567	55 (47.41)	18 (15.52)	43 (37.07)
2. การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือ การค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริการจัดการและการกำกับดูแลของหลักสูตร	113 (97.41)	1 (0.86)	2 (1.72)
3. การนับภาระอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระหลัก ให้เริ่ม นับตั้งแต่เมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลัก ได้รับการแต่งตั้งจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยให้ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก จนถึงวันที่ยื่นเอกสารสอบวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระมีผล "ผ่าน" หรือ "ตก"	94 (81.03)	12 (10.34)	10 (8.62)
4. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณสามารถทำหน้าที่อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมหรืออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระร่วมได้	90 (77.59)	11 (9.48)	15 (12.93)
5. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ต้องมีคุณวุฒิปริญญาเอกหรือ เทียบเท่า และมีผลงานทางวิชาการที่ได้รับการ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่มีชื่อ อยู่ในฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับซึ่งตรงหรือสัมพันธ์กับหัวข้อวิทยานิพนธ์ ไม่น้อยกว่า 5 รายการ (สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาโท)	82 (70.69)	22 (18.97)	12 (10.34)

ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ		
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ไม่ทราบ
6. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ต้องมีคุณวุฒิปริญญาเอก หรือเทียบเท่า และมีผลงานทางวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ ในวารสาร ที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับซึ่งตรงหรือสัมพันธ์กับหัวข้อวิทยานิพนธ์ ไม่น้อยกว่า 10 รายการ (สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาเอก)	78 (67.24)	20 (17.24)	18 (15.52)
7. การเขียนวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ ให้ใช้ภาษาเดียวกับภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอนที่ระบุไว้ในเอกสารหลักสูตร เว้นแต่นักศึกษาจะขอใช้ภาษาอื่น ให้ประธานหลักสูตรเสนอขอใช้ภาษาอื่นในการเขียนวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระต่อคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยในการพิจารณาให้ความเห็นชอบ ให้คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาภาษาที่ใช้ในการเขียนวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ เพื่อพิจารณาเสนอความเห็นด้วย	98 (84.48)	7 (6.03)	11 (9.48)
8. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	53 (45.69)	51 (43.97)	12 (10.34)
9. อาจารย์ที่เกษียณอายุราชการ หรือลาออกจากการเป็นอาจารย์ประจำของหลักสูตร ถือว่าท่านสิ้นสุดสถานภาพการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	80 (69.97)	18 (15.52)	18 (15.52)
10. ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	95 (81.90)	12 (10.34)	9 (7.76)
11. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่คณะกรรมการสอบวัดคุณสมบัติการสอบประมวลความรู้ และการสอบวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระได้	88 (75.86)	16 (13.79)	12 (10.34)
12. คณะกรรมการสอบประมวลความรู้ ระดับปริญญาโท แผน 2 และสอบวัดคุณสมบัติ สำหรับระดับปริญญาเอก ต้องมีอย่างน้อย 3 ท่าน โดยประธานสอบต้องเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร	82 (70.69)	10 (8.62)	24 (20.69)
13. คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาเอก ประธานสอบ และกรรมการสอบ จำนวนไม่น้อยกว่า 5 ท่าน โดยต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ไม่น้อยกว่า 2 ท่าน และประธานสอบ ต้องเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	59 (50.86)	27 (23.28)	30 (25.86)
14. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลัก สามารถทำหน้าที่เป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระได้	84 (72.41)	22 (18.97)	10 (8.62)
15. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ สามารถทำหน้าที่ เป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาเอกได้	72 (62.07)	23 (19.83)	21 (18.10)

ผลการศึกษาข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 ของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 116 ราย จำแนกตามกลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน ดังนี้

1. กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 55 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 96.36) “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 49.09) และ “ไม่

ทราบ” ส่วนใหญ่ มี 2 ประเด็นที่เลือกจำนวนเท่ากันได้แก่ ข้อ 1 และข้อ 13 จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 27.27)

2. กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จำนวน 29 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 100) “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 34.48) และ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1 จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.93)

3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 32 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 43.75) และ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1 จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 53.13) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 จำแนกตามกลุ่มสาขาวิชาที่ปฏิบัติงาน (n=116)

1. กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 55 ราย

ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ
ถูกต้อง	
ข้อ 2 การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการ และการกำกับดูแลของหลักสูตร	53 (96.36)
ไม่ถูกต้อง	
ข้อ 8 อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	27 (49.09)
ไม่ทราบ	
ข้อ 1 ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567	15 (27.27)
ข้อ 13 คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาเอก ประธานสอบ และกรรมการสอบ จำนวนไม่น้อยกว่า 5 ท่าน โดยต้องมี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ไม่น้อยกว่า 2 ท่าน และประธานสอบต้องเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	15 (27.27)
ถูกต้อง	
ข้อ 2 การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการ และการกำกับดูแลของหลักสูตร	29 (100)
ไม่ถูกต้อง	
ข้อ 8 อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	10 (34.48)
ไม่ทราบ	
ข้อ 1 ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567	11 (37.93)

3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 32 ราย

ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567	จำนวน (คน) คิดเป็นร้อยละ
ถูกต้อง ข้อ 2 การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้า อิสระและกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการ และการกำกับดูแลของหลักสูตร	31 (96.88)
ไม่ถูกต้อง ข้อ 8 อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลักหรือการค้นคว้าอิสระหลักได้	14 (43.75)
ไม่ทราบ ข้อ 1 ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567	17 (53.13)

4. ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นและ
ข้อเสนอแนะ ส่วนใหญ่เสนอให้มีการจัดทำสไลด์ (Slide)
หรืออินโฟกราฟิก (Infographic) สรุปข้อบังคับในการ
ดำเนินการในการทำวิทยานิพนธ์ หรือขั้นตอนในการทำ
วิทยานิพนธ์ให้อ่านง่าย สื่อสารให้เข้าถึงและสามารถกด
เข้าไปดูได้ในเว็บไซต์บัณฑิตวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา การรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล
ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เพื่อแต่งตั้ง
คณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/การค้นคว้า
อิสระ กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล สามารถอภิปรายผล
การศึกษาตามแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การรับรู้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่า
ด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 พบว่า
ประเด็น ส่วนใหญ่ที่ตอบ “ไม่รู้” มากที่สุด เป็นข้อ 3 ทาน
ทราบหลักเกณฑ์การแต่งตั้ง และการนับภาระอาจารย์ที่
ปรึกษาหลักภายใต้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วย
การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 เริ่มนับตั้งแต่
ได้รับอนุมัติหัวข้อเรื่อง และคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือ
การค้นคว้าอิสระ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 17.24) จึงมี
ข้อเสนอว่า ควรจัดทำอินโฟกราฟิก เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับ
การแต่งตั้งคณะกรรมการทำหน้าที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์/
การค้นคว้าอิสระตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วย

การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 ขึ้นเว็บไซต์ของ
บัณฑิตวิทยาลัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Komkanok
Anugthanakul (2021) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้แนว
ปฏิบัติ และคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีต่อการ
ให้บริการของงานทะเบียนนักศึกษา คณะศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี กล่าวว่า การ
จัดทำระเบียบว่าด้วยงานทะเบียนและประมวลผล เพื่อให้
บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ และยังเกี่ยวข้องกับ
ผู้เรียนทุกคนตั้งแต่เข้าเรียนจนจบการศึกษาและออกจาก
สถานศึกษา โดยมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ที่หลากหลายช่องทาง เช่น เว็บไซต์ ระบบสารสนเทศ และ
สื่อโซเชียลมีเดีย รวมไปถึงเจ้าหน้าที่งานทะเบียนที่ให้
ข้อมูล และจัดกระบวนการทำงานเพื่อสร้างบริการที่
สะดวกรวดเร็ว ทำให้เป็นแนวทางแก่อาจารย์ นักศึกษา
และบุคลากรเกิดการรับรู้แนวปฏิบัติ สามารถเข้าถึงข้อมูล
งานทะเบียนและปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง
และประเด็นส่วนใหญ่ที่ตอบ “รู้” มากที่สุด เป็นข้อ 2 ทาน
ทราบหรือไม่ว่า การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการ
ค้นคว้าอิสระ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้า
อิสระ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์
หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการและการ
กำกับดูแลของหลักสูตร จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 97.41)
สอดคล้องกับงานวิจัยของ Panutda Saethong
(2021:130) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้และการปฏิบัติตาม
ระเบียบวินัยของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระ

จอมเกล้าพระนครเหนือ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี และสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ผลการวิจัยเกี่ยวกับการทราบหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับระเบียบวินัยนักศึกษาของมหาวิทยาลัยในภาพรวม และจำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคลด้านสถานศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ทราบหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับระเบียบวินัยนักศึกษาของมหาวิทยาลัย จำนวน 338 (ร้อยละ 84.50)

2. ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 พบว่าประธานหลักสูตร คณาจารย์ กรรมการบริหารหลักสูตร และเจ้าหน้าที่หลักสูตร มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 การจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ หรือการค้นคว้าอิสระ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ อยู่ภายใต้การบริการจัดการและการกำกับดูแลของหลักสูตร จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 97.41) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 55 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 96.36)

2. กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 29 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 100)

3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 32 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 96.88)

พบว่าประธานหลักสูตร คณาจารย์ กรรมการบริหารหลักสูตร และเจ้าหน้าที่หลักสูตร มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8. อาจารย์ประจำ นักวิจัยประจำ ศาสตราจารย์วุฒิคุณ สามารถทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หรือการค้นคว้าอิสระหลักได้ จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 43.97) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 55 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 49.09)

2. กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 29 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 34.48)

3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 32 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 43.75)

พบว่าประธานหลักสูตร คณาจารย์ กรรมการบริหารหลักสูตร และเจ้าหน้าที่หลักสูตร มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 37.07) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 55 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ มี 2 ประเด็นที่เลือกจำนวนเท่ากัน ได้แก่ ข้อ 1 และข้อ 13 จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 27.27)

2. กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 29 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1 จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.93)

3. กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 32 ราย พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1 จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 53.13)

ผลการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจในข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 พบว่า ประธานหลักสูตร คณาจารย์ กรรมการบริหารหลักสูตร และเจ้าหน้าที่หลักสูตร รวม 116 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2) กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และ 3) กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยมีความรู้ ความเข้าใจ ไม่แตกต่างกัน ประเด็นความเข้าใจ “ถูกต้อง” ส่วน

ใหญ่ เป็นข้อ 2 จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 97.41) “ไม่ถูกต้อง” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 8. จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 43.97) และ “ไม่ทราบ” ส่วนใหญ่ เป็นข้อ 1. จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 37.07) จึงเห็นควรทำโครงการจัดอบรมให้กับประธานหลักสูตร คณาจารย์ กรรมการบริหารหลักสูตร และเจ้าหน้าที่หลักสูตร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2567 พร้อมทั้งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำข้อเสนอแนะมาพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ Natcha Khamsiri, Matree Wannachai, and Nuchnat Phanthurat (2023:109) ได้ทำการศึกษารับรู้การจัดทำหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตร พ.ศ.2565 กรณีศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น มีข้อเสนอแนะให้มีการจัด Workshop สำหรับอาจารย์ประจำหลักสูตรหรือผู้เกี่ยวข้องก่อนการปรับปรุงหลักสูตรอย่างน้อย 1 ปี ควรมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงกฎ ระเบียบ เกณฑ์มาตรฐานในลักษณะของรูปภาพเพื่อให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pimpa Sri-ampai (2022:Abstract) ได้กล่าวสรุป ความรู้และความเข้าใจ คือสิ่งที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และประสบการณ์ที่ได้รับจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้ปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเห็นความสำคัญ และสามารถนำสิ่งที่ได้นั้น ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางการปฏิบัติงานที่หน่วยได้กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Faculty of Graduate Studies, Mahidol University (2023). Strategies Faculty of Graduate Studies, Mahidol University 2024-2027. [Internet] Retrieved [May 7, 2025] <https://graduate.mahidol.ac.th/thai/prospective-students/?p=aboutUs&t=2>
- Komkanok Anugthanakul. (2021). Service Recipients' Perception on Practice Guidelines and Service Quality of Service of Registration Department, Faculty of Liberal Arts, Rajamangala University of Technology Thanyaburi. Journal of Liberal Arts RMUTT, 3(2), 80. <http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3884/1/20220225-Research-Komkanok%20A..pdf>
- Mahidol University (2023). Mahidol University Strategic Plan 2024-2027. [Internet] Retrieved [May 7, 2025] https://science.mahidol.ac.th/PDF/MU_Plan67_70_oct66.pdf
- Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022). กฎกระทรวง มาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 139. ตอนที่ 20 ก. หน้า 14. [Internet] Retrieved [May 7, 2025]. https://www.mhesi.go.th/images/2565/T_1390003.PDF

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ตอบแบบสอบถามได้มีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ เสนอให้มีการจัดทำสไลด์ (Slide) หรือ อินโฟกราฟิก (Infographic) สรุปข้อบังคับในการดำเนินการในการทำวิทยานิพนธ์ หรือขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ให้อ่านง่าย สื่อสารให้เข้าถึง ให้สามารถกดเข้าไปดูได้ในเว็บไซต์บัณฑิตวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาช่องทางการรับรู้การสื่อสารของบุคลากรในมหาวิทยาลัย เพื่อนำมาปรับกระบวนการและพัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการใช้ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2567 เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาการออกข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กภ.วรินทร์ กฤตยาเกียรติ (รองคณบดีฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพ) ในการเป็นที่ปรึกษา พร้อมให้คำแนะนำและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณคณาจารย์และบุคลากรด้านบัณฑิตศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

- Natcha Khamsiri, Matree Wannachai, and Nuchnat Phanthurat. (2023). A Study on the Perception of Curriculum Development Based on the 2022 Curriculum Standards: A Case Study of Khon Kaen University. Academic Administration and Development Division, Khon Kaen University.
- Panutda Saethong. (2021). Perception and compliance with discipline among students of King Mongkut's University of Technology North Bangkok, King Mongkut's University of Technology Thonburi, and King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang. Technical Education Journal: King Mongkut's University of Technology North Bangkok, 12(2), 123-135. https://ojs.kmutnb.ac.th/index.php/jote/article/viewFile/5129/pdf_18
- Pimpa Sri-ampai. (2022) Knowledge and Understanding of Personnel Regarding Non-Budgetary Fund Usage Regulations of the Ministry of Foreign Affairs. A Thematic Paper for the Master of Business Administration Independent Study, Ramkhamhaeng University.
- Taro Yamane. (1973). Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper. & Row.

Factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province

Pratuang Pengkaew^{1*}, Kongprai Tunsuchart², Thawatchai Sattayasomboon^{2*}

¹M.Ph., Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

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

*Corresponding author: e-mail: tawatchai@scphpl.ac.th

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation: Pengkaew, P. ., Sattayasomboon, T., & Tunsuchart, K. . Factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287526

Received: 1 March 2026

Revised: 15 March 2026

Accepted 18 March 2026

This study was an analytic cross-sectional study. The objective was to examine the factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province. This study employed a stratified random sampling technique to recruit 191 monks as participants. Data was collected using a self-administered questionnaire. The reliability coefficients were 0.95 for Part II and 0.87 for Part III. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results revealed that the overall health-promoting behaviors of the participants were at a good level ($\bar{x} = 3.81$, S.D. = 0.55). Perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefits of health behavior practices, and perceived barriers engaging in health-promoting behaviors were also found to be at a good level. (mean=4.1, S.D.=0.54; mean 4.11 S.D.=0.60; mean 4.36 S.D.=0.55; mean=3.72 S.D.=0.70 respectively). The factors associated with health-promoting behaviors were underlying disease, age, years in monkhood, perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefits, and perceived barriers for practicing health-promoting behaviors were examined in relation to health-promoting behaviors.

Based on the findings, administrators can utilize this information as a foundation for formulating health promotion policies for monks. At the community level, environmental strategies should include campaigns promoting the offering of healthy food to monks and the organization of appropriate physical activity programs within temples that are suitable for monastic life.

Keywords: health promoting behaviors; health belief model; monks; Uttaradit province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ประเทือง เบ็งแก้ว¹, ก้องไพร ต้นสุชาติ², ธวัชชัย สัตยสมบุญ^{2*}

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*อีเมลติดต่อ : tawatchai@scphpl.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 1 มีนาคม 2569
วันแก้ไข 15 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 18 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์จำนวน 191 รูป ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นส่วนที่ 2 = 0.95 และส่วนที่ 3 = 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี (\bar{X} =3.81, S.D.=0.55) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.16 S.D.=0.54; \bar{X} =4.11 S.D.=0.60, \bar{X} =4.36 S.D.=0.55 และ \bar{X} =3.72 S.D.=0.70 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ($p < 0.05$) ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ จำนวนพรรษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นพื้นฐานสำหรับกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนควรณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ และจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ภายในวัด

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พระสงฆ์; จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

พระสงฆ์เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสังคมไทย เป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในการพัฒนาสังคม ชุมชน และประเทศ เป็นศูนย์กลางให้กับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Chiraphakphong, et al, 2019) สังคมไทยยึดหลัก “ธรรมนำโลก” เพื่อมุ่งสู่ 3 เป้าหมายสำคัญ คือ 1) พระภิกษุสงฆ์ต้องดูแลสุขภาพตนเองได้และถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย 2) ชุมชนและสังคมร่วมกันดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเป็นไปตามหลักพระธรรมวินัย และ 3) พระภิกษุสงฆ์มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม (National Health Commission Office, 2017) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางสร้างสุขภาพให้กับพระสงฆ์เพื่อฟื้นคืนบทบาทสถาบันทางศาสนาให้เป็นเสาหลักในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยตนเอง

หลักสุขภาพองค์รวม ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ต้องได้รับการดูแลสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งจากพุทธศาสนิกชน ชุมชน โรงเรียน หน่วยงาน ภาครัฐและภาคเอกชน โดยจะมุ่งเน้นในเรื่องของการให้พระภิกษุสงฆ์สามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเองประกอบกับการที่มีหน่วยงานเข้ามา มีบทบาทในเรื่องของการจัดกิจกรรมหรือแม้กระทั่ง การเข้ามาสนับสนุนรวมถึงเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ภายใต้ข้อจำกัดในการปฏิบัติ พุทธกรรมโดยปกติและพระสงฆ์สามารถที่ปฏิบัติ พุทธกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นปกติ เพียงจะต้องอยู่ในกรอบไม่เกินเลยหรือกระทำตนจนเป็นที่น่ารังเกียจและขัดต่อพระธรรมวินัยที่กำหนดไว้ตั้งแต่ในสมัยอดีต (National Health Commission Office, 2017) การออกกำลังกายของพระสงฆ์ก็สามารถที่จะปฏิบัติได้ในรูปแบบของการเดินจงกรม การทำสมาธิประโชยชน์ การกวาดลานวัด ถูศาลา หรือแม้กระทั่งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก็ถือเป็นการออกกำลังกายตามกิจวัตร 10 ของพระสงฆ์ที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพ และไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย โดยจุดมุ่งหมายหลักในการร่วมกันส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้พระสงฆ์ของประเทศห่างไกลจากโรค (Office of Health Promotion Support, 2017) การขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน 15,078 แห่ง และมีพระคิลา

นุปฏิฐาน (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด: พระออสว.) จำนวน 9,582 รูป (Bureau of Elderly Health,

Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) ข้อมูลปี 2563 พบว่า พระสงฆ์ยังมีปัญหาสุขภาพอย่างมากโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไขมันในเลือดสูง จากการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัด จำนวน 9,798 แห่ง พบว่า พระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 39.0 ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 6.0 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.0 (Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2020) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ที่รับใส่บาตรทำบุญจากประชาชน พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งค่านิยมทางโลกธรรม การปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้าไม่ถึงระบบบริการทางสุขภาพ หรือขาดญาติที่นอญดูแล เป็นต้น ซึ่งจากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ ปี พ.ศ.2565 จำนวน 18,496 รูป พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 25.48 (Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023)

การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจ ที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น ปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร หากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลพระสงฆ์ในด้านสุขภาพจะส่งผลทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง จากสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ดังกล่าว รัฐบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องมติมหาเถรสมาคมที่ 191/2560 และมติสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 5 ให้มีการขับเคลื่อนงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลเสริมสร้างทักษะ การดำรงชีวิตการเรียนรู้และการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต เพื่อเป็นคนไทยที่มีศักยภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมอยู่ดีมีสุข

(Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023)

จังหวัดอุตรดิตถ์ ในอำเภอพิชัย มีวัดจำนวน 46 วัด สำนักสงฆ์จำนวน 11 แห่ง ที่พักสงฆ์ 8 แห่ง มีพระสงฆ์จำนวน 378 รูป (Pichai District Sangha Council, Uttaradit Province, 2023) ในปี พ.ศ.2565 สถานการณ์การเจ็บป่วยของพระภิกษุและสามเณร ในอำเภอพิชัย ผลการสำรวจพระภิกษุและสามเณรจำนวน 240 รูป พบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 43.75 (105 รูป) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.25 (63 รูป) โรคเบาหวานร้อยละ 17.50 (42รูป) และต่อมาในปี พ.ศ.2566 การสำรวจพระภิกษุและสามเณรจำนวน 255 รูป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 44.71 (114 รูป) โดยจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.14 (64 รูป) โรคเบาหวาน ร้อยละ 43.86 (50 รูป) (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2023) จากข้อมูลเห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มพระสงฆ์ มีความชุกสูงถึงเกือบร้อยละ 45 ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเร่งด่วนเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในระยะยาว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัย เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mheeaum & Kanokthet, 2020; Sifa, 2017) การวิจัยที่จังหวัดตรัง (Pitakphupha, 2015) พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทัศนคติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Petchphoom, 2019) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคเมื่อมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการการป้องกันโรค จากปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความชุกสูงในพระสงฆ์ ในอำเภอพิชัย เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน และไม่เคยมีการวิจัยในพื้นที่นี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำปัจจัยส่วน

บุคคล ได้แก่ อายุ จำนวน พรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ตำแหน่งพระสังฆาธิการ การมีโรคประจำตัว และปัจจัยด้านการรับรู้จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มาร่วมเป็นตัวแปรอิสระเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์และสามเณรในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อรักษาพระภิกษุสงฆ์และสามเณรให้เป็นการกำลังหลักที่สำคัญในการจรโลงพระพุทธศาสนาให้มีความมั่นคงและยั่งยืนถาวรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
- 2.วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก การศึกษาทางธรรม ตำแหน่งพระสังฆาธิการที่ได้รับ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง พฤติกรรมจัดการอารมณ์และความเครียด ใน 1 สัปดาห์ ของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ประเมินตามการรายงานด้วยตนเอง จากคำตอบแบบสอบถาม

การรับรู้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่างต่อข้อความในแบบสอบถาม ซึ่ง

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมินโดยแบบสอบถาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 378 รูป (ข้อมูลในปี 2566) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ ที่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 191 รูป จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอพิชัย ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2568 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้การประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรแบบทราบขนาดประชากร (Estimating a Finite Population Mean) ตามหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ n4 studies (Ngamjarus et al, 2016) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดย n = กลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร พระสงฆ์ในเขตอำเภอพิชัย จำนวน 378 รูป

Z $\alpha/2$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่า=1.96

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา งานวิจัยนี้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของเปรมกมล ศรีมงคลและคณะ (Sirimongkon, P., et al, 2024) มีค่าเท่ากับ 0.89

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้ ร้อยละ 10 ของค่า S.D. ซึ่ง S.D. มีค่าเท่ากับ 0.09 หรือประมาณ 0.10

และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก การคำนวณจึงปรับค่าขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Finite Population Correction (FPC) ผลคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน

เกณฑ์ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างปีพ.ศ. 2566 ถึง ปีพ.ศ. 2567 มาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา
2. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือปัญหาการมองเห็น
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion Criteria)

1. พระสงฆ์ที่ย้ายวัดไปจำพรรษาที่วัดอื่นนอกเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย
 2. พระสงฆ์ที่ลาสิกขา หรือ มรณภาพ
- การสุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิชนิดสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรตามตำบล จากนั้นคำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร แล้วสุ่มตัวอย่างภายในตำบล โดยจัดทำทะเบียนรายชื่อพระสงฆ์ทั้งหมดตามตำบล 11 ตำบล เรียงรายชื่อตามลำดับที่ละตำบล ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) ภายในแต่ละตำบล โดยจับฉลากลำดับที่เริ่มต้นการสุ่มลำดับแรก แล้วสุ่มเป็นช่วงตามที่กำหนดจนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ ส่วนที่ 2) ปัจจัยการรับรู้ 40 ข้อ ผู้วิจัยสร้างคำถามตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านๆละ 10 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าลิเคิร์ท 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ไม่แน่ใจ 4= เห็นด้วย 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และ ส่วนที่ 3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ คำตอบการปฏิบัติ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5=เป็นประจำ 4=บ่อยครั้ง 3=บางครั้ง 2=นานๆครั้ง 1=ไม่เคยเลย)

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตัวแปรการรับรู้โดยรวมและรายด้าน และตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3

ระดับตามแนวทางของเบสต์ (Best, 1977) มีเกณฑ์คะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.66 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67 – 5.00 คะแนน อยู่ในระดับสูง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อำเภอใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รูป วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 และส่วนที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลดังนี้

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังเจ้าคณะอำเภอพิษัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวัดในพื้นที่วิจัยและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยขออนุญาตพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มรายชื่อได้เพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างย่อ ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นำส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และไคร้สแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL3/2567.4.1.7 เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2567 และดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง 191 รูป พบว่า อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 46.60 มีจำนวนพรรษา เฉลี่ย 9.86 พรรษา ระดับการศึกษาทางโลก จบชั้นมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 81.15 ระดับการศึกษาทางธรรม มีคุณวุฒินักธรรม ร้อยละ 82.70 ตำแหน่งพระสังฆาธิการ พระสงฆ์ที่ไม่มีตำแหน่ง ร้อยละ 81.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.31 จากพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัว 93 รูป โรคประจำตัวที่มีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิต ร้อยละ 56.99 รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 44.09 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

2. ระดับปัจจัยการรับรู้ของพระสงฆ์ พบว่า ปัจจัยการรับรู้โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.09, S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=4.36, S.D.=0.55) และด้านที่คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=3.72, S.D.=0.70) ดังตารางที่ 2

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=3.81, S.D.=0.55) โดยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังตารางที่ 2 และเมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.45) ปานกลาง ร้อยละ 45.55 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ($p < 0.05$) พบว่า ได้แก่ โรคประจำตัว ($p\text{-value} < 0.001$) อายุ ($p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

อภิปรายผล

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการ

จัดการกับความเครียดที่ดีหรือปฏิบัติบ่อยๆถึงเป็นประจำ เนื่องมาจากพระสงฆ์มีการรับรู้ในระดับสูงทุกด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีสุขภาพดี มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การฉันทอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต สอดคล้องกับแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Petchphoom, 2019) ที่กล่าวว่า การรับรู้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยพระสงฆ์ที่จังหวัดนครสวรรค์ (Mheaium & Kanokthet, 2020) และการวิจัยพระสงฆ์ที่จังหวัดพิจิตร (Narathomsawaddikul & Khemkaew, 2020) พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการแบ่งระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยนี้สอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแบ่งระดับพฤติกรรม แต่วิจัยของ Mheaium & Kanokthet (2020) แบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากคะแนนเต็ม ส่วน Narathomsawaddikul and Khemkaew (2020) สอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน แตกต่างจากวิจัยนี้ มีเพียง 3 ด้าน จึงทำให้ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์มีระดับแตกต่างกัน

ปัจจัยการรับรู้ของพระสงฆ์ โดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับสูง แสดงถึงความเข้าใจของพระสงฆ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อาหารหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน อาหารรสเค็มหากทานบ่อยเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เป็นต้น พระสงฆ์เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด เดินจงกรม เป็นการบริหารร่างกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากพระสงฆ์มีความเข้าใจการป้องกันโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ประเด็นที่พระสงฆ์รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง

สังคมและกฎระเบียบทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อการทำให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพทางกายของตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายไม่สอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัย การดำรงอยู่ในสมณเพศไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เลือกรับประทานไม่ได้เพราะอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากการออกบิณฑบาต เป็นต้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคสูงนี้ แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ การรับรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน อธิบายได้ว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่สม่ำเสมอทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อายุและจำนวนพรรษาที่เพิ่มขึ้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ลดลง เนื่องมาจากด้านร่างกายที่กำลังลดลงเมื่ออายุสูงขึ้นและบทบาทพระสงฆ์ที่มีอายุเพิ่มขึ้นรับกิจนิมนต์มากขึ้น รับประทานอาหารที่ประชาชนถวายเลือกไม่ได้จึงลดอาหารทอด อาหารหวานมันเค็มไม่ได้ งานต่างๆที่ต้องออกแรงมีลูกศิษย์ช่วยทำให้ การออกกำลังกายจึงลดลง ผลวิจัยพบว่า การรับรู้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากความตระหนักของพระสงฆ์ที่มีการรับรู้ข้อมูลที่ต้องมาแล้วจึงปรับใช้ให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์สูงสุด ซึ่งอุปสรรคของพระสงฆ์ไม่ได้เป็นเพียงความคิดว่าทำไม่ได้ แต่แสดงถึงความตระหนักรู้บริบทของตนเองที่ปฏิบัติไม่เป็นประจำ เช่น อาหารจากการบิณฑบาตและกิจวัตรตามพระธรรมวินัย ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับผลวิจัยของ Mheaium and Kanokthet (2020) ศึกษาที่จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการศึกษาทางธรรม แต่ไม่สอดคล้องกันที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ อาจเนื่องมาจากคำถามแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลวิจัยของ Naratsawatsakul &

Khemkaeo (2020) ที่พบว่า อายุ และจำนวนพรรษาไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

สรุป พระสงฆ์อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ มี ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.81±0.55) ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของพระสงฆ์ (p-value<0.05) ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ และการรับรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขร่วมกับ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด และ องค์การปกครอง

ส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรมีนโยบายปรับ สิ่งแวดล้อมในชุมชนเป็นชุมชนต้นแบบรณรงค์การถวาย อาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ ร้านอาหารที่ขายอาหารใส่ บาตรทำอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม

2. สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพใน อำเภอพิชัย ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ถึงญาติโยมใน ชุมชนและร้านขายอาหาร เรื่องการถวายภัตตาหารที่ เหมาะสมแก่พระสงฆ์

3. บุคลากรดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในอำเภอพิชัย ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในวัด ที่ เหมาะสมและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเพื่อสุขภาพ และทำออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ สูงอายุ ที่สอดคล้องกับวิถีสงฆ์เพื่อรักษาสุขภาพและ คุณภาพชีวิตในระยะยาว

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์ (n = 191)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 - 39	48	25.13
40 - 59	89	46.60
60 ปีขึ้นไป	54	28.27
Mean = 50.31 ปี, S.D. =16.30 ปี, Min=21 ปี, Max = 90 ปี		
จำนวนพรรษา		
1-9	107	56.02
10-19	57	29.84
20-29	17	8.90
30 ขึ้นไป	10	5.24
Mean = 9.86, S.D. =9.12, Min = 1.0, Max = 55.0		
ระดับการศึกษาทางโลก		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	40.31
มัธยมศึกษา	78	40.84
ปริญญาตรีขึ้นไป	36	18.85
ระดับการศึกษาทางธรรม(แผนกธรรม)		
ไม่มีคุณวุฒินักธรรม	33	17.28
มีคุณวุฒินักธรรม	158	82.72
นักธรรมชั้นตรี	43	22.22
นักธรรมชั้นโท	20	12.66
นักธรรมชั้นเอก	95	60.12

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งพระสงฆ์		
ไม่มีตำแหน่ง	156	81.68
มีตำแหน่ง (ตอบได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)	35	18.32
ตำแหน่งระดับวัด (n=35)	28	80.00
ตำแหน่งระดับตำบล (n=35)	4	11.43
ตำแหน่งระดับจังหวัด (n=35)	3	8.57
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	98	51.31
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	93	48.69
โรคความดันโลหิตสูง (n=93)	53	56.99
โรคเบาหวาน (n=93)	33	35.48
โรคหัวใจ (n=93)	9	9.68
โรคไขมันในเลือดสูง (n=93)	41	44.09
โรคปอด/หอบหืด (n=93)	12	12.90
โรคถุงลมโป่งพอง (n=93)	2	2.15
โรคเก๊าต์ (n=93)	13	13.98
โรคมะเร็ง (n=93)	2	2.15
โรคกระเพาะอาหาร (n=93)	7	7.53
อื่นๆ (จิตเวช,ต่อมลูกหมากโต,ไทรอยด์,ภูมิแพ้) (n=93)	4	4.30

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยการรับรู้ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n = 191)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้โดยรวม	4.09	0.48	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.16	0.54	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	4.11	0.60	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	4.36	0.55	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	3.72	0.70	สูง
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	3.81	0.55	สูง
ด้านอาหาร	3.73	0.60	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.89	0.66	สูง
ด้านการจัดการอารมณ์	3.81	0.68	สูง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n=191)

ตัวแปร	จำนวน	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		Chi-square (df)	p-value
		สูง n (%)	ปานกลาง n (%)		
ระดับการศึกษาทางโลก				0.85(2)	0.654
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	40(51.9)	37(48.1)		
มัธยมศึกษา	78	42(53.8)	36(46.2)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	36	22(61.1)	14(38.9)		
ระดับการศึกษาทางธรรม				2.40(1)	0.121
ไม่มีคุณวุฒินักธรรม	33	22(66.7)	11(33.3)		
มีคุณวุฒินักธรรม	158	82(51.9)	76(48.1)		
ตำแหน่งพระสังฆาธิการ				0.13(1)	0.723
ไม่มีตำแหน่ง	156	84(53.8)	72(46.2)		
มีตำแหน่ง	35	20(57.1)	15(42.9)		
โรคประจำตัว				13.50(1)	<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	98	66(67.3)	32(32.7)		
มีโรคประจำตัว	93	38(40.9)	55(59.1)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนพรรษา การรับรู้ร้ายด้าน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n=191)

ตัวแปร	r ^A	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	-0.243**	0.001	ทางลบระดับต่ำ
จำนวนพรรษา	-0.067	0.360	ไม่สัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.446**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	0.379**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.344**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.568**	<0.001	ระดับปานกลาง

หมายเหตุ: A=สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, ** p-value = 0.001

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Training manual for the monk health caregiver program (Temple Health Volunteer Monks—THVM)*(4th ed.; W. Banphuan, Ed.). Office of the War Veterans Organization Printing.
- Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2023). *Operational manual for the survey of desirable health behaviors among monks*. <https://drive.google.com/drive/folders/>
- Chetta Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E.. (2016). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epide-miological Study on a Smart Device. *Siriraj Med J.*; 68 :160-170.
- Chiraphakphong, C., Suwannapha, C., Mongkolphiphathphon, P., & Attawongkhana, P. (2019). Monk well-being: Development of a Buddhist-based well-being model integrating public health for improving quality of life in Lampang province. *Veridian E-Journal, Silpakom University (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 12(6), 1127–1247.
- Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Inspection report*. Ministry of Public Health.
- Meeam, P., & Kanoket, T. (2020). Factors affecting health behaviors of Buddhist monks in Takhli district, Nakhon Sawan province. *Journal of Nakhon Lampang Buddhist College*, 9(3), 1–12.
- Naratsawatsakul, C., & Khemkaeo, P. (2020). A study of factors related to health-promoting behaviors of Buddhist monks in Pichit province. *Pichit Provincial Public Health Research and Academic Journal*, 1(1), 1–15.
- National Health Commission Office. (2017). *National Health Charter for Buddhist Monks B.E. 2560 (2017)*. O.S. Printing House.
- Office of Health Promotion Support. (2017). *Non-Communicable Disease Surveillance Report 2017*. Ministry of Public Health, Thailand. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/10166202_00522094814.pdf
- Petchphoom, J. (2019). *Health behavior: Concepts, theories, and applications* (3rd ed.). Naresuan University Press.
- Pichai District Sangha Council, Uttaradit Province. (2023). *Registry and summary report of monks, novices, and temple residents in the ecclesiastical administrative area of Pichai District, Uttaradit Province* [Unpublished document].
- Pitakphupha, S. (2015). *Factors associated with dietary health behaviors among monks in health-promoting temples and non-health-promoting temples in Trang Province* [Master's thesis, Sirindhorn College of Public Health, Trang].
- Sifa, S. (2017). *Health-promoting behaviors of Buddhist monks in Pattani Province* [Master's thesis, Prince of Songkla University].
- Sirimongkon, P., Wungrath, J., Boonchieng, W. (2024) The Relationship between Food consumption behavior and Nutritional status among Buddhist Monks, Mueang District, Chiang Mai Province. *Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 14 :108-120
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2023). *Survey report on monks' morbidity*.

Factors Affecting Participation in the Management of the Local Health Security Funds by the Local Health Security Fund Committees in Pathum Thani Province

Preeyanoot Pannil¹ Youwanuch Sattayasomboon² Seo Ah Hong² Sariyamon Tiraphat^{3*}

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

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Pannil, P., Sattayasomboon, Y. ., Hong, S. A. ., & Tiraphat, S. Factors Affecting Participation in the Management of the Local Health Security Funds by the Local Health Security Fund Committees in Pathum Thani Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287248

Received: 17 February 2026

Revised: 17 March 2026

Accepted: 23 March 2026

Abstract

This cross-sectional analytical study examined factors influencing the level of participation in the management of Local Health Security Funds (LHSFs) among committee members in Pathum Thani Province. The sample comprised of 335 LHSF committee members selected through multistage sampling. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics were used to summarize participants' characteristics, while inferential statistics—namely, chi-square tests and multivariable logistic regression—were employed to identify predictors of participation, with a significance level of 0.05.

The findings indicated that three factors significantly predicted committee members' participation in the management of Local Health Security Funds (LHSFs) in Pathum Thani Province. First, members with a high perception of the fund's benefits were 2.87 times more likely to engage in fund management than those with low perceived benefits (95% CI: 1.247–6.592, $p = 0.013$). Secondly, members who highly perceived their committee roles were 2.22 times more likely to participate compared to those with low role perception (95% CI: 1.083–4.546, $p = 0.029$). Finally, members with a high perception of leadership were 4.43 times more likely to engage in fund management than their counterparts with a low perception of leadership (95% CI: 1.876–10.474, $p = 0.001$).

Policymakers should enhance committee members' understanding of the benefits and roles associated with fund management, and support the development of leadership capacities among fund chairpersons and committee members to effectively stimulate participation in fund governance.

Keywords: Local Health Security Fund; Health Insurance Fund Management Committee; Participation in the Management of the Health Insurance Fund

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

ปรียานุช ปานนิล¹ ยุวณุช สัตยสมบุรณ์² Seo Ah Hong² ศรียามน ตีรพัฒน์^{3*}

1. หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 17 กุมภาพันธ์ 2569

วันแก้ไข 17 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 23 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 335 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน คือ กรรมการที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ คิดเป็น 2.87 เท่า(95% CI: 1.247-6.592, p = 0.013) 2) และ การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุนโดย กรรมการที่มีการรับรู้บทบาทในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้บทบาทในระดับต่ำ คิดเป็น 2.22 เท่า (95% CI: 1.083-4.546, p = 0.029) และกรรมการที่มีการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับต่ำ คิดเป็น 4.43 เท่า(95% CI: 1.876-10.474, p = 0.001)

ผู้กำหนดนโยบายควรสร้างความเข้าใจให้คณะกรรมการกองทุนฯรับรู้ประโยชน์และบทบาทในการบริหารกองทุนอย่างชัดเจน รวมทั้งควรสนับสนุนการพัฒนา ภาวะผู้นำ ของประธานและสมาชิกคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพ; คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ; การมีส่วนร่วมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในหลายมาตราได้กำหนดให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายรูปแบบ ทั้งในส่วนของความเป็นผู้มีสิทธิ ในการเข้ารับบริการ การบริหารจัดการ การตรวจสอบ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48 (4) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน เพื่อแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและ ความต้องการ โดยส่งเสริม กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าว เป็นผู้ ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน (National Health Security Office, 2007)

การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั่วประเทศพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพร่วมกับภาคีในพื้นที่ โดยเริ่มจากกองทุนนำร่องจำนวน 888 แห่ง ในปีแรก และขยายตัวเป็น 7,750 แห่งในปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 99.78 ของ อปท. ทั้งประเทศ ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนกองทุนเพิ่มเป็น 7,776 แห่ง และได้ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและดูแลกลุ่มเปราะบางรวมกว่า 437,000 โครงการ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของกองทุน ในการสนับสนุนงานสุขภาพเชิงรุกในทุกพื้นที่ รวมทั้งมีระบบติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานออนไลน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Local Health Fund, 2024)

เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม

ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น มาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะกรรมการหลักฯ) สนับสนุน ประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และภาคีที่เกี่ยวข้อง จนในปี 2549 คณะกรรมการหลักฯ ได้ออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินงานกองทุนฯ อย่างเป็นระบบ ทำให้การดำเนินงานสามารถติดตามประเมินผลได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่กำกับติดตาม ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7,776 แห่งสมัครเข้าร่วมกองทุนฯ ครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) แต่การดำเนินงานที่ผ่านมากลับพบปัญหาเด่นร่วมกัน คือ ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนยังไม่เข้มแข็ง ทั้งด้านการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลให้เกิดความล่าช้า ในการบริหารงบประมาณ การเบิกจ่ายที่ไม่สมดุล และงบประมาณค้างจ่ายกว่า 3,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2563 (National Health Security Office, 2019) รวมถึงปัญหาการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุนที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้ แม้ความสำเร็จของการบริหารกองทุนจะขึ้นอยู่กับคน เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการ แต่ “คน” หรือทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะคณะกรรมการกองทุน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด อย่างไรก็ตาม หลายพื้นที่ยังเผชิญปัญหาความต่อเนื่องของการทำงานจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองท้องถิ่น การหมกมุ่นของผู้นำท้องถิ่นผู้เป็นประธานกองทุน การรอการรับรองผลการเลือกตั้ง รวมถึงคณะกรรมการบางส่วนยังขาดความรู้ในการบริหารกองทุน และบาง อบต. หรือเทศบาลยังไม่สามารถสมทบงบประมาณได้ตามเกณฑ์ อีกทั้งขาดการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (National Health Security

Office, 2020) ซึ่งล้วนส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนของคณะกรรมการไม่เต็มศักยภาพ

จังหวัดปทุมธานี มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 65 แห่ง และเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 64 แห่ง (National Health Security Office [NHSO], 2017) คิดเป็นร้อยละ 98.94 โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 1,088 คน (Local Health Fund, 2024) จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดปทุมธานีที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ตามเป้าหมายแผนงานโครงการที่ได้วางไว้ ดังนั้นการเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคของการบริหารกองทุนฯ หรือกระบวนการของการบริหารแผนงานโครงการ/กิจกรรมซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการเข้าถึงกิจกรรมของกองทุนฯ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและเกิดประโยชน์ในการพัฒนาการบริหารกองทุนให้เกิดประโยชน์กับคนในพื้นที่อย่างแท้จริง ความสำเร็จของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตั้งแต่ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภาคท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยบริการ ด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคม และ ประชาชนในพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ หน่วยบริการสุขภาพ ภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการพัฒนาสุขภาพของชุมชนและเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่กองทุนสนับสนุน ซึ่งการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้กองทุนสามารถส่งเสริมสุขภาพและดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ

อย่างมากในการบริหารและกำกับดูแลกองทุนให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่ (Srisenphet, 2024)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนฯ สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งในกองทุน และประสบการณ์ทำงาน (Jaiprom, 2022) ซึ่งมีผลต่อมุมมองและความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วม (2) ปัจจัยนำ คือ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะคณะกรรมการที่มีส่วนกำหนดทิศทางและอนุมัติโครงการ (Tandai, 2017) (3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกกองทุน ตลอดจนโครงสร้างองค์กรและกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจน โปร่งใส และสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ (Saengkhosha et al., n.d.) และ (4) ปัจจัยเสริม คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารและแกนนำในกองทุน (Techatiwat et al., n.d.) ที่มีบทบาทในการชี้แนะ สนับสนุน ประสานความร่วมมือ และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนในจังหวัดปทุมธานี โดยเน้นตรวจสอบปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่สังเคราะห์จากรวบรวมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้บทบาท) ปัจจัยเอื้อ (การสื่อสารและโครงสร้างองค์กร) และปัจจัยเสริม (ภาวะผู้นำ) เพื่อทำความเข้าใจว่าปัจจัยเหล่านี้ มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ผลการศึกษาจะช่วยให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องสามารถ นำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้กำหนดแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ตลอดจนการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ภายในองค์กรอย่างเหมาะสม อันจะส่งเสริมให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

4. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดปทุมธานี จำนวน 64 กองทุน กองทุนละ 17 คน รวม 1,088 คน (Local Health Fund, 2024) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 284 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม (Non-response rate) อีกทั้งเพื่อลดปัญหาการสูญเสียข้อมูลจากแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เผื่อการเก็บข้อมูลเพิ่มประมาณ 25% และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 357 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในกองทุน ระยะเวลาปฏิบัติงานในกองทุน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ ของ Lawrence W. Green (Green & Kreuter, 1999) คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) จำนวน 25 ข้อ วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Cohen & Uphoff จำนวน 30 ข้อ วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ (Likert) 4 ระดับ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมทุกครั้ง การมีส่วนร่วมเกือบทุกครั้ง การมีส่วนร่วมบางครั้ง ไม่เคยเลย

ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน กำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม คือ การมีส่วนร่วม (0.97) ปัจจัยนำ (0.92) โดยมีการรับรู้ประโยชน์ (0.90) การรับรู้บทบาท (0.87) ปัจจัยเอื้อ (0.94) โดยมี การสื่อสาร (0.89) โครงสร้างองค์กร (0.90) และ ปัจจัยเสริม ภาวะผู้นำ (0.88)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในแต่ละอำเภอ จำนวน 7 อำเภอ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม การแจกแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานกองทุนแต่ละกองทุน เพื่อขอความร่วมมือกลุ่มเป้าหมาย ตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแต่ละอำเภอ เป็นผู้นำส่งหนังสือ และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล ณ ที่ทำการ กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนตำบล) ทั้ง 21 แห่ง ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการมีเอกสารชี้แจง (ด้านหน้า ของแบบสอบถามสำหรับการวิจัย) ดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และตรวจสอบ ความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนดและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบการตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 335 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.83

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2025-071 รหัสโครงการ 44/2568 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

เป็นสถิติที่ใช้ในการสรุปบรรยาย ซึ่งสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าสูงสุด

(Maximum) และจุดตัดหรือ เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่ม (Cut point)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เป็นสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบ สมมติฐาน ใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์สถิติ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 และวิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 1

2) ปัจจัยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุน การสื่อสาร โครงสร้างองค์กร และภาวะผู้นำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี (n=335)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ		Chi-Square test	df	p-value
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)			
เพศ			1.751	1	.186
ชาย	46 (40)	69 (60)			
หญิง	72 (32.70)	148 (67.30)			

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ		Chi-Square test	df	p-value
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)			
อายุ			7.197	4	.126
21 – 30 ปี	20 (42.60)	27 (57.40)			
31 – 40 ปี	16 (48.50)	17 (51.50)			
41 – 50 ปี	18 (41.90)	25 (58.10)			
51 – 60 ปี	26 (28)	67 (72)			
61 ปีขึ้นไป	38 (31.90)	81 (68.10)			
ระดับการศึกษา			8.496	2	.014*
ต่ำกว่า ม.6 หรือเทียบเท่า	40 (32.50)	83 (67.50)			
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	66 (42.30)	90 (57.70)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (21.40)	44 (78.60)			
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน			.254	2	.881
ผู้บริหารผู้บริหารสูงสุดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	54 (35.80)	97 (64.20)			
ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น	13 (31.70)	28 (68.30)			
อาสาสมัครและตัวแทนภาคประชาชน	51 (35.70)	92 (64.30)			
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ			16.361	3	<0.001**
ไม่เกิน 1 ปี	10 (90.90)	1 (9.10)			
1 – 3ปี	24 (35.80)	43 (64.20)			
3 – 5ปี	44 (35.20)	81 (64.80)			
5 ปีขึ้นไป	40 (30.30)	92 (69.70)			

*p-value < 0.05, ** p-value < 0.001 Chi-square test

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี (n=335)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ		Chi-Square test	df	p-value
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)			
การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน			104.541	1	0.000*
ระดับต่ำ	112 (76.19)	38 (20.21)			
ระดับสูง	35 (23.81)	150 (79.79)			

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ				p-value
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)	Chi-Square test	df	
การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการ กองทุน			67.380	1	0.000*
ระดับต่ำ	107 (72.79)	52 (27.66)			
ระดับสูง	40 (27.21)	136 (72.34)			
การสื่อสาร			85.952	1	0.000*
ระดับต่ำ	102 (69.39)	36 (19.15)			
ระดับสูง	45 (30.61)	152 (80.85)			
โครงสร้างองค์กร			100.367	1	0.000*
ระดับต่ำ	112 (76.19)	40 (21.28)			
ระดับสูง	35 (23.81)	148 (78.72)			
ภาวะผู้นำ			103.107	1	0.000*
ระดับต่ำ	114 (77.55)	41 (21.81)			
ระดับสูง	33 (22.45)	147 (78.19)			

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี

1) การตรวจสอบเงื่อนไขตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Multicollinearity) เนื่องจากการวิเคราะห์ความถดถอย กำหนดให้ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นอิสระต่อกันหรือไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน พบว่า ตัวแปรอิสระมีค่า Tolerance มีค่ามากกว่า 0.1 และไม่มีตัวแปรใดมีค่า Variance Inflation Factor (VIF) เข้าใกล้ 10 แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน ดังตาราง 3

2) วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้ทั้งหมด 38% ($R^2 = 0.381$) ส่วนปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน คือ กรรมการที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ คิดเป็น 2.87 เท่า (95% CI: 1.247-6.592, $p = 0.013$) 2) และ การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุนโดย กรรมการที่มีการรับรู้บทบาทในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้บทบาทในระดับต่ำ คิดเป็น 2.22 เท่า (95% CI: 1.083-4.546, $p = 0.029$) และกรรมการที่มีการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนมากกว่า กรรมการที่มีการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับต่ำ คิดเป็น 4.43 เท่า (95% CI: 1.876-10.474, $p = 0.001$) ดังตาราง 4

ตาราง 3 แสดงผลการทดสอบค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF)

ตัวแปรอิสระ	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
เพศ	.888	1.126
อายุ (ปี)		
21 – 30 ปี	.515	1.940
31 – 40 ปี	.527	1.897
41 – 50 ปี	.400	2.501
51 – 60 ปี	.401	2.494
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่า ม.6 หรือเทียบเท่า	.318	3.149
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	.399	2.506
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
ผู้บริหารผู้บริหารสูงสุดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	.561	1.783
ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น	.765	1.308
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ		
ไม่เกิน 1 ปี	.861	1.162
1 – 3ปี	.701	1.427
การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน	.341	2.933
การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุน	.611	1.636
การสื่อสาร	.396	2.525
โครงสร้างองค์กร	.376	2.661
ภาวะผู้นำ	.327	3.057

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (n=335) ด้วยวิธี วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis) แบบ Forward stepwise

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน ฯ				
	B	p-value	Exp(B)	95% CI for Exp (B)	
				Lower	Upper
การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน(สูง)	1.053	0.013	2.867	1.247	6.592
การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน(ต่ำ) -อ้างอิง			1		
การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุน (สูง)	0.797	0.029	2.219	1.083	4.546
การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการกองทุน(ต่ำ) -อ้างอิง			1		
การสื่อสาร (สูง)	0.069	0.883	1.072	0.427	2.689
การสื่อสาร (ต่ำ) - อ้างอิง			1		
การรับรู้โครงสร้างองค์กร (สูง)	0.450	0.404	1.499	0.579	3.881
การรับรู้โครงสร้างองค์กร (ต่ำ) - อ้างอิง			1		
การรับรู้ภาวะผู้นำ(สูง)	1.489	0.001	4.433	1.876	10.474
การรับรู้ภาวะผู้นำ (ต่ำ) - อ้างอิง			1		

*p-value<0.001, R = .617, R² = 0.381, Adjusted R² = 0.372, SEE = 11.07564, Hosmer and Lemeshow=0.45

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1) ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 46.57 โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในท้องถิ่น จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 16.72 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 5 ปีขึ้นไป จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ลักษณะประชากรกลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้หญิงในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง เป็นผู้นำด้านสุขภาพ และมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุสูงและมีประสบการณ์ยาวนาน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในบริบทชุมชน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารกองทุนได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ผลการศึกษาระดับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับสูงร้อยละ 74.90 (ค่าเฉลี่ย = 107.95 with 95% C.I. (106.44-109.45); S.D. = 13.97; Min 56.00, Max = 120.00 P25=100) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญและมีบทบาทอย่างแข็งขันในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมที่สูงย่อมส่งผลให้การดำเนินงานของกองทุนฯ ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง เนื่องจากมีการนำความรู้และประสบการณ์จากหลากหลายภาคส่วนมาใช้ในการตัดสินใจ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า 1) ด้านส่วนร่วมในการวางแผน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.72 (ค่าเฉลี่ย = 25.89, S.D. = 4.29, Min 9, Max = 32, P25 = 26) แสดงให้เห็นว่ามีการให้ความสำคัญกับการ กำหนดทิศทาง และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่อย่าง

รอบคอบ ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ 2) ด้านส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.40 (ค่าเฉลี่ย = 28.68, S.D. = 4.17, Min 13, Max = 32, P25 = 27) สะท้อนว่า คณะกรรมการมีความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงงานให้เป็นโครงการจริงที่ประชาชนได้รับประโยชน์ การดำเนินการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นในพื้นที่ที่มีความต้องการที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว 3) ด้านส่วนร่วมประโยชน์ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.22 (ค่าเฉลี่ย = 21.89, S.D. = 2.82, Min 12, Max = 24, P25 = 21) แม้ด้านนี้มีระดับสูงน้อยที่สุด แต่ก็ยังสูงมาก แสดงถึงการบริหารจัดการแบบครบวงจรที่ดี คณะกรรมการไม่ได้เพียงแค่มอบเงิน แต่ยังมี การ กลั่นกรองปัญหา และ ตรวจสอบผลลัพธ์ อย่างจริงจัง การประเมินที่เข้มข้นช่วยให้การใช้งบประมาณในปทุมธานีมีความคุ้มค่าและโปร่งใสมากขึ้นอีกด้วย 4) ด้านส่วนร่วมในการประเมิน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 77.01 (ค่าเฉลี่ย = 28.78, S.D. = 4, Min 16, Max = 32, P25 = 27) การที่สัดส่วนสูงแสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการพยายามติดตามให้แน่ใจว่า โครงการที่ทำไปนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง และไม่มีกลุ่มใดถูกละเลย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการลดช่องว่างทางสุขภาพในพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำสูง

3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ โดยการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) ซึ่งคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาที่ปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สูงถึง 57.70% เมื่อเทียบกับระดับการศึกษาอื่น ปัจจัยนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าการศึกษาช่วยเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ และกระบวนการบริหารกองทุน รวมถึงทักษะด้านการวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจ และการสื่อสาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเชิง

นโยบายกับการปฏิบัติจริง ตลอดจนมองเห็นประโยชน์เชิงระบบของกองทุนฯ ได้ชัดเจนกว่า จึงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเข้ามาจับบทบาทอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับ เกลิมพลรัตน์ลาโก (Nilnetr et al., n.d.) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเขตอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร พบว่า การศึกษาระดับปริญญาตรีส่งผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเขตอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีองค์ความรู้ทางวิชาการหรือมีแนวความคิดในการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบได้ดี จะมีองค์ความรู้หรือทักษะพิเศษเพิ่มเติมขึ้นมา เพื่อมาประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ รวมถึงความเข้าใจระเบียบ กฎหมายในการดำเนินงานกองทุนฯ ได้ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Witkin & Trochim (Techatiwat et al., n.d.) ที่ชี้ว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อความสามารถในการมีส่วนร่วมเชิงกลยุทธ์ เพราะทำให้บุคคลเข้าใจบริบทและข้อจำกัดของการดำเนินงานมากขึ้น ส่งผลให้การมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน 5 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการมีส่วนร่วมในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าอย่างชัดเจน ปัจจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจในโครงสร้าง กระบวนการ และวัฒนธรรมการทำงานของกองทุนฯ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีต่าง ๆ การทำงานระยะยาวช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ ตลอดจนสะสมความเชื่อมั่นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลให้สามารถมีบทบาทและอิทธิพลต่อการตัดสินใจในระดับคณะกรรมการได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด Human Capital Theory (Becker) ที่อธิบายว่าประสบการณ์และการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงเป็นการสะสมทุนทางความรู้ (Knowledge Capital) และทักษะ (Skills) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการมีส่วนร่วม

รวม อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยด้านการจัดการองค์กรที่พบว่าประสบการณ์ที่ยาวนานช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายและสภาพแวดล้อมได้ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาทำงานสั้น

ปัจจัยนำ พบว่า

การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) เนื่องจาก อาจมีแรงจูงใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของการรับรู้ประโยชน์นำไปสู่แรงจูงใจ เมื่อคณะกรรมการรับรู้ว่าการกองทุนฯ ให้ประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ, หรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พวกเขาจะมี แรงจูงใจที่สูงขึ้นในการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อดูแลให้กองทุนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การรับรู้ประโยชน์อย่างชัดเจนช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเข้าใจถึง วัตถุประสงค์หลัก ของกองทุน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่ากองทุนฯ จัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม (Jitthanongsak, 2021) ที่พบว่า การรับรู้ ประโยชน์ กองทุนฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้บทบาทของกรรมการ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) อาจเกิดจากคณะกรรมการรับรู้ว่าการกองทุนฯ จังหวัดปทุมธานี มีความเข้าใจบทบาทที่ต้องทำเมื่อทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับ และเป้าหมายของกองทุนฯ ผู้มีส่วนร่วมจะสามารถเชื่อมโยงว่าการมีส่วนร่วมของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเสนอโครงการ การเข้าร่วมกิจกรรม หรือการตรวจสอบการดำเนินงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้บทบาทของกรรมการ และการมีส่วนร่วมที่สูงขึ้นทั้งในด้านการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาอนุมัติโครงการ และด้านการปฏิบัติงาน การเข้าร่วมกิจกรรม ย่อมส่งผลให้กองทุนมีการดำเนินงานที่ดีขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการ ตอกย้ำความ

เชื่อมั่น ในประโยชน์ที่ได้รับและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว (Witkin & Trochim, 1997) ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัด กระบี่ พบว่า ด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ($r=7.65$) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงกับประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเอื้อ พบว่า

การสื่อสาร ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ซึ่งการสื่อสารถือเป็นกลไกหลัก ในการขับเคลื่อนและยกระดับการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานกองทุนฯ การสื่อสารที่ดีทำให้คณะกรรมการ รับรู้และเข้าใจ ถึง เจตนารมณ์ วัตถุประสงค์ และ ขอบเขตอำนาจหน้าที่ ของกองทุนฯ รวมถึงบทบาทที่ตนเองต้องมีส่วนร่วม และการสื่อสารยังเป็นการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแหล่งงบประมาณ ประโยชน์ที่จะได้รับ และ ขั้นตอนการดำเนินงาน ลดความเข้าใจผิดและความสับสน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นจังหวัด นนทบุรี พบว่า การสื่อสารขององค์กรของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรีการ เนื่องจากได้รับแจ้งการประชุมอย่างเป็นทางการโดยเป็นหนังสือเชิญประชุมจากประธานกรรมการ กองทุน

โครงสร้างองค์กร ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) โครงสร้างองค์กรที่ดีและ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ จะทำหน้าที่เป็น กลไกและช่องทาง ที่สำคัญในการดึงดูดและรองรับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นระบบ เช่น การจัดตั้ง คณะกรรมการที่เน้นการมีส่วนร่วมการมีตัวแทนหลากหลาย ตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) โครงสร้างคณะกรรมการต้องประกอบด้วยตัวแทน จากหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(อปท.) ผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนภาคประชาชน/องค์กรชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข การออกแบบโครงสร้างเช่นนี้เป็น การ บังคับ (Mandate) ให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับ นโยบาย สอดคล้องกับ อรุณศรี เทียนกิ่งแก้ว (Witkin & Trochim, 1997) ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ใน จังหวัดกระบี่ พบว่ามีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงเมื่อ พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านโครงสร้างคณะกรรมการ ($r=.755$) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงกับประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ในจังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเสริม พบว่า

ภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ภาวะผู้นำ โดยเฉพาะ ประธานกองทุนฯ (ซึ่งมักจะเป็นนายก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย) มี บทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง วัฒนธรรม และ บรรยากาศของการมีส่วนร่วมในกองทุนฯ การสร้างวิสัยทัศน์ และการสร้างแรงบันดาลใจ (Visionary and Inspirational Leadership) ซึ่งผู้นำที่มีวิสัยทัศน์จะสามารถเชื่อมโยง วัตถุประสงค์ของกองทุนฯ เข้ากับ ผลประโยชน์ด้านสุขภาพ ที่จับต้องได้ของชุมชน ผู้นำจะช่วยชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วม ของประชาชนจะนำไปสู่ การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษา ภาวะผู้นำและกระบวนการบริหาร กับธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่นในองค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภาวะผู้นำ และกระบวนการบริหาร ของ คณะกรรมการบริหารกองทุน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหารกองทุน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

4) ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression)

การศึกษานี้ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายปัจจัย ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร้อยละ 61.70 ($R = .617, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ร่วมอธิบายความแปรปรวนการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่ดังนี้

1) การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ($B=1.053, p= 0.013, OR=2.867, 95\%CI: 1.247-6.592$) เมื่อการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนของคณะกรรมการอยู่ในระดับ “สูง” โอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรู้บทบาทการเป็นคณะกรรมการ คิดเป็น 2.867 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดราชบุรี²⁰ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ($B = .131, p < .001$) จากการศึกษาเห็นได้ว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี มีการจัดกิจกรรมให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพที่ดีขึ้น ผ่านกิจกรรม/โครงการจากกองทุนหลัก ประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการ มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ($B=0.797, p=0.029, OR=2.219, 95\%CI: 1.083-4.546$) เมื่อการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการอยู่ในระดับ “สูง” โอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรู้บทบาทการเป็นคณะกรรมการ คิดเป็น 2.219 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณิชนันท์ งามน้อย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นจังหวัดนนทบุรี เนื่องจากการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการทุนสุขภาพฯ ถูกกำหนดตามพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (Local Health Fund, 2024) ให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพฯ มีบทบาทและหน้าที่ชัดเจน ทำให้บุคคลทราบว่าจะต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างไร รวมไปถึงตัวคณะกรรมการเองยังมีความเข้าใจขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ สามารถตัดสินใจและลงมือ ทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่ คณะกรรมการกองทุนฯ สามารถพิจารณาอนุมัติโครงการต่างๆ ตามแผนเองได้ สามารถรับรู้ถึงรายรับ-รายจ่าย ภายในกองทุนที่จัดทำสรุปในแต่ละไตรมาส หรือตามวาระการประชุมของแต่ละกองทุน

3) การรับรู้ภาวะผู้นำ มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ($B = 1.489, p=0.001, OR=4.433, 95\%CI: 1.876-10.474$) ซึ่ง ภาวะผู้นำ “สูง” โอกาสที่จะมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะผู้นำต่ำ คิดเป็น 4.433 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภณัฐ แซ่มศรีรัตน์ (Chuphan et al., 2021) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เนื่องจาก ประธานกองทุนสุขภาพฯ ส่วนใหญ่จะเป็นนายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จึงทำให้มีอำนาจในการดำเนินงานตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกครั้งที่มีการประชุมประธานกองจะมีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน เป้าหมาย และวิธีดำเนินการของกองทุนฯ ให้คณะกรรมการทราบก่อนปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ ประธานยังสามารถกำกับดูแล และส่งเสริม พัฒนา กองทุน ให้มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอโดยประธานเปิดโอกาสให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม และการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพฯ รวมไปถึงมีการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเพียงพอในทุกฝ่ายของหน่วยการดำเนินงานกองทุนให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงานกองทุนให้ประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องประโยชน์และบทบาท (การรับรู้ประโยชน์ และ การรับรู้บทบาท โดย

การจัดอบรมปฐมนิเทศสำหรับคณะกรรมการชุดใหม่และ ทบพทวนสำหรับชุดปัจจุบัน และการกำหนดขอบเขตงานที่ ชัดเจนสำหรับตำแหน่งต่างๆ ในคณะกรรมการ เพื่อให้ทุกคน ทราบ บทบาท ของตนเองอย่างถ่องแท้และรู้สึกถึงความเป็น เจ้าของ

2) จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและ กรรมการกองทุน เพื่อให้การมีส่วนร่วมที่มีความยั่งยืน และ เพื่อที่จะทราบประโยชน์ของการดำเนินงานของกองทุน พร้อมทั้งสร้างระบบติดตามโครงการโดยให้กรรมการแต่ละ ฝ่ายรับผิดชอบพื้นที่ จัดเวทีประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม โดยเน้นการระดมสมองและเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้ แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียม และพัฒนาระบบติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนฯ ที่สามารถแสดง ให้เห็นผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมได้อย่างชัดเจน เพื่อเป็น ข้อมูลป้อนกลับที่ช่วยกระตุ้นการมีส่วนร่วมต่อไป

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Berkley, G. E. (1975). *The craft of public administration*. Allyn and Bacon.
- Chupan, N., Kammateng, D., & Jitnupong, P. (2021). Factors related to work behavior of employees in public sector organizations: A case study of subdistrict municipalities in Nakhon Si Thammarat Province. Retrieved February 7, 2025, from <https://share.google/InUG5AnjklCUlkyUg>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design, implementation and evaluation*. Cornell University Press.
- Chuphan et al. (2021) reported that organizational and personal factors were related to the work behavior of employees in municipal offices.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mayfield Publishing Company.
- Jaiprom, C. (2022). Factors affecting the performance of the local or area health security fund in Samut Songkhram Province, 2022. Retrieved December 25, 2024, from <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/view/217/104>
- Jitthanongsak, P. (2021). Factors related to the operational behavior of the local health security fund committee in Ratchaburi Province, 2021. Retrieved December 25, 2024, from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/254446/174016>
- Local Health Fund – Local Health Security Fund. (2024). *History*. Retrieved December 2, 2024, from <https://localfund.happynetwork.org/aboutus>
- Local Health Fund. (2024). *Local health fund 2024*. Retrieved December 25, 2024, from <https://localfund.happynetwork.org/project/fund?prov=13>
- National Health Security Office. (2007). *Manual of the local health security system*. Srimuang Printing Co., Ltd.

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ผู้กำหนดนโยบายควรสร้างความเข้าใจให้ คณะกรรมการกองทุนฯ รับรู้ประโยชน์และบทบาทในการ บริหารกองทุนอย่างชัดเจน รวมทั้งควรสนับสนุนการพัฒนา ภาวะผู้นำ ของประธานและสมาชิกคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนอย่าง มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปทุมธานี สาธารณสุขอำเภอ นายเทศมนตรี นายกองค์การ บริหารส่วนตำบล ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ให้การ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทั้งด้าน ข้อมูล สถานที่ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการศึกษาวิจัยครั้ง นี้ขอขอบพระคุณ และให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก เป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูล

- National Health Security Office. (2017). *Operational manual for the local or area health security fund (in accordance with the Notification of the National Health Security Board B.E. 2561 [2018])*. National Health Security Office.
- National Health Security Office. (2019). *Operational manual for the local or area health security fund (in accordance with the Notification of the National Health Security Board B.E. 2561 [2018])* (1st ed.).
- National Health Security Office. (2020). *Administrative manual of the National Health Security Fund, fiscal year 2021*. Sahamit Printing and Publishing.
- Nilnetr et al. (n.d.) found that leadership and management processes were related to governance practices of local health security fund committees.
- Saengkhosha, R., Kosonkittiampon, S., & Phusri, S. (n.d.). Administrative management model of the local health security fund in Health Service Network Area 7 (Roi-Kaen-Sara-Sin Cluster). Retrieved July 10, 2025, from file:///C:/Users/Hp/Downloads/napawan_99.pdf
- Srisenphet, P. (2024). Administration of the local health security fund by the fund committee in local administrative organizations, Phu Kradueng District, Loei Province. Retrieved December 2, 2024, from https://olp.moph.go.th/Academic/uploads/110724_143638.pdf
- Tandai, B. (2017). Responsiveness of local health security committee to the local health security fund in Phuket Province. *Academic Journal of Phranakhon Rajabhat University*, 8(2), 15–22.
- Techatiwat, P., Sirasoonthorn, P., Wonrattawichit, S., & Kijtheerawutwong, N. (n.d.). *Effectiveness of local fund management using a strategic route map*. Retrieved July 10, 2025, from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/47810/39676>
- Techatiwat et al. (n.d.) found that the use of a strategic route map enhanced the effectiveness of local fund administration.
- Witkin, B., & Trochim, W. A. (1997). Toward a synthesis of listening constructs: A concept map analysis. *International Journal of Listening*, 11, 69–87.
- Worapongsathorn, S. (2015). *PRECEDE-PROCEED model*. Retrieved February 7, 2025, from <https://hepa.or.th/assets/file/conference/1%20PRECEDE-PROCEED%20Model>

The Development of Road Traffic Accident Prevention by Community Network Participation of Thung Si Mueang Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province.

Nonglak Prawat¹, Surasak Thiabrithi², Sirapat Khodseewong³

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

2 Assistant Professor, Faculty of Public Health, Maharakham University

3 Lecturer Dr, Faculty of Public Health, Maharakham University

Corresponding author: e-mail : 66011481007@msu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Prawat, N., Thiabrithi, S. ., & Khodseewong, S. . The Development Of Road Accident Prevention By Community Network Participation Of Thung Si Mueang Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287873.

Received: 16 March 2026

Revised: 24 March 2026

Accepted: 26 March 2026

Abstract

This research aimed to study the development of road traffic accident prevention operations in Thung Si Mueang Subdistrict, Suwannaphum District, Roi Et Province, using Participatory Action Research (PAR). The objective was to enhance safety and reduce losses from road traffic accidents in the area.

The PAR was conducted in four stages (Plan, Act, Observe, and Reflect) over a six-month period. The sample consisted of 66 network partners and 335 road users. Data were collected through focus group discussions, workshops, observations, and questionnaires. Data analysis was performed using descriptive statistics, inferential statistics (Wilcoxon Signed Rank Test), and content analysis.

The implementation of five activities (festival safety campaigns, knowledge training, a safety helmet fund, risk point correction via a LINE group, and mobile compulsory motor insurance services) resulted in a 53% decrease in festival-related injuries, with zero fatalities. Risk behaviors, such as riding without a safety helmet and drunk driving, also decreased. Furthermore, the participation level of the network partners increased from 3.79 to 4.30, and satisfaction with the operations increased from 3.62 to 4.53, showing statistical significance ($p < 0.001$).

The success of this model resulted from the integration of all sectors, strong local leadership, and the use of an evidence-based data system. Policy implications suggest that subdistrict-level collaborative mechanisms, and a sense of community co-ownership should be supported, to ensure sustainable road safety management.

Keywords: Road accident prevention; participatory approach; community network

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นางลักษณ์ ประวัติ¹, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์², ศิริภัทร์ โคตรสีงษ์³

1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3 อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมลติดต่อ e-mail : 66011481007@msu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 16 มีนาคม 2569
วันแก้ไข 24 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 26 มีนาคม 2569

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อยกระดับความปลอดภัยและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

ดำเนินการวิจัยแบบ PAR 4 ขั้นตอน (วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล) ระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มภาคีเครือข่าย 66 คน และผู้ใช้รถใช้ถนน 335 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกต และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน (Wilcoxon Signed Rank Test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

การดำเนิน 5 กิจกรรม (รณรงค์เทศกาล, อบรมความรู้, กองทุนหมวกนิรภัย, แก้ไขจุดเสี่ยงผ่านกลุ่มไลน์, บริการ พ.ร.บ.สัญจร) ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บช่วงเทศกาลลดลงร้อยละ 53 และไม่มีผู้เสียชีวิต พุทธิกรรมเสี่ยงเช่นไม่สวมหมวกนิรภัยและดื่มสุราลดลง นอกจากนี้ ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 3.79 เป็น 4.30 และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพิ่มจาก 3.62 เป็น 4.53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการบูรณาการทุกภาคส่วน ภาวะผู้นำท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และการใช้ระบบข้อมูลเชิงประจักษ์ นโยบายชี้ให้เห็นว่าควรสนับสนุนกลไกความร่วมมือระดับตำบล และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในชุมชน เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน; การมีส่วนร่วม; ภาคีเครือข่าย

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ สังคม และ เศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวนมากต่อปี โดยกระจายอยู่ในหลายกลุ่มผู้ใช้ถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกลุ่มรายได้ น้อยและปานกลาง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้มาตรการ สำคัญ อาทิ การควบคุม

ความเร็ว การป้องกันการเมาแล้วขับ การสวม หมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และระบบตอบสนอง หลังเกิดเหตุ จำเป็นต้องถูกขับเคลื่อนอย่างจริงจัง ควบคู่ กับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อ ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2564–2573 (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021–2030) และกรอบระบบปลอดภัย (Safe System) ซึ่งเป็นทิศทางร่วมของประเทศสมาชิกทั่วโลก (WHO, 2021) อีกทั้งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังมีสัดส่วนการเสียชีวิตสูง จึงยิ่งมีความจำเป็นต้องเร่งรัด มาตรการแก้ไขปัญหารวดเร็ว จุดตัด จุดเสี่ยง และการ คุ้มครองผู้ใช้ถนนที่เปราะบาง

ในประเทศไทย ข้อมูลบูรณาการการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน บ่งชี้ว่าภาระการเสียชีวิตยังคง อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ รถจักรยานยนต์ (Thai Road Accidents Data Center for Road Safety Culture [ThaiRSC], 2024a) ประเทศไทยจึงได้ปรับนโยบายให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ ระดับโลก ผ่านแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ซึ่งยึด กรอบ 5 เสาหลักและกำหนดยุทธศาสตร์แบบบูรณาการ ทั้งด้านกฎหมาย โครงสร้างพื้นฐาน ความปลอดภัยของ ยานพาหนะ พฤติกรรมเสี่ยง และการแพทย์ฉุกเฉิน พร้อม กันนี้ กรมควบคุมโรคได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานเป็น แพ็กเกจปฏิบัติการระดับประเทศ เช่น ระบบสั่งการและ สื่อสารความเสี่ยง การใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง การคืนข้อมูลจุด เสี่ยง (Black spots) การเสริมมาตรการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการยกระดับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS/ER) โดย อาศัยกลไกในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความ ปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบาย เกิดผลในระดับปฏิบัติอย่างแท้จริง (Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease

Control, 2024) ในระดับพื้นที่ ประเทศไทยให้ความสำคัญ กับการใช้เครื่องมือปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผ่านกรอบ D-RTI และ D-RTI PLUS ซึ่งกำหนดขั้นตอนตั้งแต่การตั้ง ทีมแกนกลาง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การสอบสวน สาเหตุด้วยแนวคิด Haddon's Matrix เพื่อวิเคราะห์ปัจจัย (Haddon, 1970) การกำหนดเป้าหมายและมาตรการ ไป จนถึงการจัดตั้งทีมระดับตำบล เพื่อดำเนินมาตรการแก้ไข ปัญหาจำเพาะ (เช่น ความเร็ว เมาแล้วขับ หมวกนิรภัย) รวมถึงการเข้าไปเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยงและการกำหนดเขตถนน ปลอดภัย ซึ่งกลไกเหล่านี้ช่วยเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติ ลงสู่การจัดการเชิงพื้นที่อย่างเป็นระบบ (Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation, 2019)

สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีบริบทของถนน ขนบแบบสองเลนและมีสัดส่วนการใช้รถจักรยานยนต์สูง ส่งผลให้มีกลุ่มผู้ใช้ถนนที่เปราะบางเป็นจำนวนมาก ปัจจัย เสี่ยงที่โดดเด่นสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ ได้แก่ การขับเร็วเกินกำหนด การดื่มแล้วขับ การไม่สวมหมวก นิรภัยและการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย รวมถึงความเสี่ยงที่ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเย็นถึงหัวค่ำและในช่วงเทศกาล ดังนั้น แนวทางปฏิบัติในเขตสุขภาพนี้จึงต้องอาศัยการผสมผสาน มาตรการ ทั้งการบังคับใช้กฎหมายเชิงพื้นที่ การแก้ไขจุด เสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุก และการเชื่อมโยงข้อมูล เฝ้าระวังระดับอำเภอและตำบล เพื่อออกแบบมาตรการที่ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตามกรอบ Safe System เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในจังหวัดร้อยเอ็ดและอำเภอ สุวรรณภูมิ ข้อมูลยังคงสะท้อนภาระการบาดเจ็บและ เสียชีวิตที่ต้องเร่งจัดการ โดยระดับจังหวัดมีจำนวน ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตสูง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยทำงานที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นหลัก (Department of Highways, 2021) ขณะที่อำเภอสุวรรณภูมิพบสถิติการ เกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตสะสมจำนวนมาก โดยมี ช่วงเวลาเสี่ยงที่ชัดเจน (17.00–19.00 น.) และมีปัจจัยร่วม ทั้งจากการขับเร็ว ดื่มแล้วขับ สภาพรถ และสภาพทาง (ถนนสองเลน จุดตัด โค้ง แสงสว่างไม่เพียงพอ) (Department of Highways, 2021) แม้ในพื้นที่จะมีการ ขับเคลื่อนความปลอดภัยผ่านกลไก พชอ. และ ศปถ. รวมถึงกิจกรรมด้านการตอบสนอง การรณรงค์ และการ แก้ไขจุดเสี่ยง แต่ยังคงพบข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของ ประชาชนที่ไม่ต่อเนื่องและการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่ สม่าเสมอ จึงมีความจำเป็นต้องยกระดับมาตรการให้เป็น

ระบบและมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น (Sirisom, 2023; Sittiwang, 2021)

ในระดับตำบลทุ่งศรีเมือง ข้อมูลเฝ้าระวังในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 แสดงให้เห็นรูปแบบปัญหาที่ชัดเจนทั้งในด้านจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ และผู้เสียชีวิต โดยยานพาหนะหลักที่เกิดเหตุคือรถจักรยานยนต์ กลุ่มเสี่ยงคือเพศชายวัยแรงงาน และมักเกิดเหตุบ่อยครั้งในช่วงเวลา 16.00–19.00 น. (ThaiRSC, 2024) อีกทั้งยังพบพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย รวมถึงมีจุดเสี่ยงเฉพาะในพื้นที่หลายแห่ง ภาพรวมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับตำบล ควรใช้มาตรการผสมผสานที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและกลไกชุมชน โดยประยุกต์ใช้กรอบ Safe System ร่วมกับกระบวนการ D-RTI และ D-RTI PLUS เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืนในพื้นที่ (Hongseethong, 2023; Mad-adam & Decharan, 2024)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ Practical Action Research ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and MC taggart, 1988) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มจากการวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาผ่านระบบ

ข้อมูล Hosxp และฐานข้อมูล ThaiRSC จากนั้นเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนากับกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนและกลุ่มภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับภาคีเครือข่ายจำนวน 66 คน (ประกอบด้วยภาคการเมือง 26 คน ภาควิชาการ 10 คน และภาคประชาชน 30 คน) เพื่อนำแนวทางขับเคลื่อนกลไก ศปถ. ด้วยเครื่องมือ 5 ชิ้น มาเป็นกรอบในการร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแผนปฏิบัติการที่วางไว้ไปดำเนินการในพื้นที่จริงเพื่อให้ทราบถึงกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท 3) ขั้นการสังเกตผล (Observation) ผู้วิจัยทำการติดตามและร่วมสังเกตการณ์ตลอดกระบวนการ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินการ พร้อมทั้งประเมินและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ และ 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยเพื่อรายงานและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งร่วมกันถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งนำไปสู่การค้นพบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มภาคีเครือข่ายในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 66 คน ซึ่งจำแนกตามหลักสมัชชาสุขภาพเป็น 3 ภาคส่วน คือ ภาคการเมือง จำนวน 26 คน (ประกอบด้วย คณะผู้บริหาร ข้าราชการระดับสูง และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งศรีเมือง พร้อมด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) ภาควิชาการ จำนวน 10 คน (ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ผู้อำนวยการสถานศึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเม็ก และบุคลากรระดับหัวหน้างานของ อบต.) และ ภาคประชาชน จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นตัวแทนผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ และ 2) กลุ่มประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนทั่วไปในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง จำนวน 335 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด ได้แก่ 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ เป็น

แบบสอบถามเพื่อศึกษาบริบทและกระบวนการมีส่วนร่วม จำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนน แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ) พฤติกรรมการขับขี่ (10 ข้อ) ทักษะคิดต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (10 ข้อ) และความพึงพอใจต่อการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุ (25 ข้อ) และ ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (16 ข้อ) การมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุ (19 ข้อ) และความพึงพอใจต่อการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุ (25 ข้อ) 2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกการประชุม บันทึกการสนทนากลุ่ม บันทึกการดำเนินงาน การสังเกตการณ์ การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้ เริ่มจากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลโพหนอง และอาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง) ตรวจสอบความเหมาะสม ซึ่งพบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Rovinelli & Hambleton, 1977) จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในพื้นที่ตำบลบ่อพันขัน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง 0.85 – 0.91 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.70 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในที่ดีและสามารถนำไปใช้จริงได้ (Nunnally & Bernstein, 1994) สำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อมูลต่างเวลา สถานที่ และบุคคล และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ควบคู่กับการสัมภาษณ์และการศึกษาเอกสาร หากพบข้อมูลที่ขัดแย้งกันจะลงพื้นที่เก็บข้อมูลซ้ำจนกว่าจะได้ข้อเท็จจริงที่ตรงกันและสมบูรณ์ เพื่อนำไปวิเคราะห์และสรุปผลเป็นรายงานการวิจัยเชิงพรรณนาต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การขออนุญาตและเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มเป้าหมายให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ตลอดจนประชุมร่วมกับผู้เข้าร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน

2. การเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง และกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพกับกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 66 คน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสังเกตการณ์และแบบบันทึกการดำเนินงาน เพื่อติดตามกระบวนการนำแผนที่ได้จากการประชุมวางแผนไปสู่การปฏิบัติจริง

ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation) ติดตามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตการดำเนินงานจริง รวมถึงการประเมินผลโดยใช้แบบสังเกตการณ์และข้อมูลจากเอกสารบันทึก เพื่อสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมถอดบทเรียนกับกลุ่มภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 66 คน โดยใช้การสนทนากลุ่มเป็นหลัก เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และสะท้อนมุมมองต่อการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ 265-200/2568 ลงวันที่ 9 เม.ย. 2568) ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการและสิทธิการถอนตัวให้ผู้เข้าร่วมทราบล่วงหน้า โดยมุ่งเน้นการ

เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว รักษาความลับของข้อมูล อย่างเคร่งครัด และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อ ประเมินผลการ ดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของกลุ่มภาคี เครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง ดำเนินการแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุม ในส่วนของการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบาย ลักษณะทางประชากรและตัวแปรพื้นฐาน และเนื่องจาก ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติอนุมานแบบ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนระดับพฤติกรรม การ ขับขี่ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ระหว่างก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยแนวทางอุปนัย (Inductive Approach) เพื่ออธิบาย ทัศนคติ และสังเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ซึ่งช่วยสะท้อนประสบการณ์จริงและ ปัจจัยที่นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทาง ถนนได้อย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วน ร่วม (PAR) ของ Kemmis and McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และ

การสะท้อนผล ผ่านการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลแบบ ผสมผสาน นำเสนอผลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลบริบทและสถานการณ์อุบัติเหตุ พบว่า ตำบลทุ่งศรีเมืองเป็นสังคมเกษตรกรรมที่ประชากรร้อยละ 75 ต้องเดินทางไปทำงานในอำเภอ ส่งผลให้เกิดความเสี ย ด้านอุบัติเหตุ จากสถิติปี พ.ศ. 2562-2566 มีอุบัติเหตุ เกิดขึ้น 93, 109, 109, 52 และ 124 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 1, 1, 0, 1 และ 2 รายตามลำดับ จากการวิเคราะห์เชิงระบาด วิทยาพบว่า ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.66) วัยแรงงานอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 62) และเกิดกับ รถจักรยานยนต์สูงสุด (ร้อยละ 80) อุบัติเหตุมักเกิดช่วง หลังเลิกงาน 16.00-19.00 น. และช่วงเทศกาลในเดือน มิถุนายนและธันวาคม พฤติกรรมเสี่ยงหลักคือ ไม่สวม หมวกนิรภัย (ร้อยละ 67.54) ดื่มสุรา (ร้อยละ 21.73) และ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (ร้อยละ 6.32) โดยมีจุดเสี่ยงบริเวณ ทางโค้งบ้านหนองตอ สี่แยกกลางหมู่บ้านหนองหูลิง ม.5 และสี่แยกบ้านหนองเม็ก ม.1 บนทางหลวงชนบทสาย รอ. 3048

2) ข้อมูลกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนน จำนวน 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.1) อายุเฉลี่ย 47 ปี สมรสแล้ว (ร้อยละ 62.1) จบมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.8) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 67.5) มีรายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน ครึ่งเรือส่วนใหญ่มีรถจักรยานยนต์ (ร้อย ละ 62.81) ซึ่งสภาพรถและอุปกรณ์ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ พร้อมใช้งาน (ร้อยละ 87.50 - 100) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.50 ขับรถได้ทั้งรถยนต์และจักรยานยนต์ แต่มี ใบอนุญาตขับขี่เฉพาะรถยนต์ (ร้อยละ 46.6) รถที่ใช้ส่วน ใหญ่มี พ.ร.บ. ครอบถ่วง (ร้อยละ 66.30) ด้านประสบการณ์ ส่วนใหญ่ตนเองและบุคคลในครอบครัวไม่เคยประสบ อุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 70.70 และ 75.50 ตามลำดับ) และแม้ส่วนใหญ่จะไม่เคยขับรถเร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 76.40) แต่ยังพบการสวมหมวกกันน็อกเพียงบางครั้ง (ร้อย ละ 55.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน (n=335)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	147	43.90
	หญิง	188	56.10

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
15-20 ปี	18	5.40
21-30 ปี	35	10.40
31-40 ปี	60	17.90
41-50 ปี	78	23.30
51-60 ปี	78	23.30
61 ปีขึ้นไป	66	19.70
อายุเฉลี่ย = 47.00 (S.D. =14.94) Min =15 ปี, Max = 81 ปี		
สถานภาพสมรส		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	41	12.20
โสด	86	25.70
สมรส	208	62.10
ระดับการศึกษา		
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	4	1.20
ปวช.,ปวส.	20	6.00
ปริญญาตรี	44	13.10
ประถมศึกษา	90	26.90
มัธยมศึกษา	177	52.80
อาชีพ		
พนักงานบริษัทเอกชน	7	2.10
ข้าราชการ	18	5.40
รับจ้าง	84	25.10
เกษตรกรกรรม	266	67.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	228	52.20
5,001-10,000	115	26.30
10,001-15,000	69	15.80
15,001-20,000	4	0.90
20,001-25,000	5	1.10
25,001 ขึ้นไป	16	3.70
ค่าเฉลี่ย = 5,000 บาท (S.D.=8,202.48) Min=500 บาท Max= 60,000 บาท		
ในครัวเรือนของท่านมีรถประเภทใดบ้าง		
รถจักรยานยนต์	517	62.81
รถยนต์	249	30.25
รถไถอื่นๆ	53	6.43
สภาพรถที่ท่านใช้เป็นประจำอยู่ในสภาพใด		
สัญญาณไฟหน้าพร้อมใช้งาน	328	96.90
สัญญาณไฟหน้าไม่พร้อมใช้งาน	7	2.10
สัญญาณไฟท้ายพร้อมใช้งาน	324	96.70
สัญญาณไฟท้ายไม่พร้อมใช้งาน	11	3.30
สัญญาณไฟเลี้ยวพร้อมใช้งาน	293	87.50
สัญญาณไฟเลี้ยวไม่พร้อมใช้งาน	42	12.50
กระจกส่องหลัง 2 ข้างพร้อมใช้งาน	321	95.80

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กระจกส่องหลัง 2 ข้างไม่พร้อมใช้งาน	14	4.20
เบรกพร้อมใช้งาน	334	99.70
เบรกพร้อมไม่ใช้งาน	1	0.30
ยางรถพร้อมใช้งาน	335	100.00
ล้อรถพร้อมใช้งาน	335	100.00
แตรพร้อมใช้งาน	322	96.10
แตรพร้อมไม่ใช้งาน	13	3.90
เคยประสบอุบัติเหตุทางถนน		
ไม่เคย	234	69.9
เคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วย	88	26.30
รถจักรยานยนต์		
เคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถยนต์	12	3.60
เคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วยบรรทุก	1	0.30
สมาชิกในครอบครัวของท่านเคยประสบอุบัติเหตุทางถนน		
ไม่เคย	253	75.50
สมาชิกในครอบครัวเคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถจักรยานยนต์	74	22.10
สมาชิกในครอบครัวเคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถยนต์	7	2.10
สมาชิกในครอบครัวเคยประสบอุบัติเหตุทางถนนด้วยรถบรรทุก	1	0.30
ขับรถเป็นหรือไม่		
ขับรถจักรยานยนต์	159	47.50
ขับได้ทั้งรถจักรยานยนต์	150	44.80
ขับรถยนต์	23	6.90
รถบรรทุก	2	0.60
ขับไม่เป็น	1	0.30
การมีใบอนุญาตขับขี่		
มีเฉพาะรถยนต์	156	46.60
มีทั้งรถจักรยานยนต์และรถยนต์	78	23.30
มีเฉพาะรถจักรยานยนต์	62	18.50
ไม่มีใบอนุญาตขับขี่	39	11.60
รถที่ขับ/ขี่ มี พรบ. หรือไม่		
มีครบทุกคัน	222	66.30
มีบางคัน	90	26.90
ไม่มี	23	6.90
สวมหมวกกันน็อคเวลาขับขี่รถจักรยานยนต์หรือไม่		
สวมบางครั้ง	186	55.50
สวมทุกครั้ง	136	40.60
ไม่สวม	13	3.90
เคยขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนดหรือไม่		
ไม่เคย	256	76.40
เคย	79	23.60

2. ระดับพฤติกรรมกรรมการขับขี่

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการขับขี่ก่อนดำเนินการของกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง จำนวน 335 คน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.54 ±0.19) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือการปฏิบัติตามเครื่องหมายและสัญญาณจราจร (4.81 ±0.02) รองลงมา ได้แก่ การขับรถอย่างระมัดระวังในสภาพอากาศไม่ดี (4.80 ±0.02) การหยุดรถเพื่อให้คนข้ามทางม้าลาย (4.74 ±0.02) การไม่ใช่โทรศัพท์มือถือ

ขณะขับขี่ (4.55 ±0.04) การคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถ (4.52 ±0.03) การหลีกเลี่ยงการขับขี่เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเมื่อยล้า (4.51 ±0.02) การตรวจสอบสภาพรถก่อนขับขี่ และการเว้นระยะห่างจากรถคันหน้าอย่างเหมาะสม (มีค่าเฉลี่ย 4.43 ±0.03 เท่ากัน) การปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้งเมื่อขับขี่ (4.35 ±0.02) และการขับรถในขอบเขตความเร็วที่กฎหมายกำหนด (4.27 ±0.04) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการขับขี่ของกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง (n=335 คน)

พฤติกรรมกรรมการขับขี่ของกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง	Mean	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรทุกครั้งเมื่อขับขี่	4.45	0.03	มาก
2. ขับรถในขอบเขตความเร็วที่กฎหมายกำหนด	4.35	0.04	มาก
3. คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถ	4.47	0.04	มาก
4. เว้นระยะห่างจากรถคันหน้าอย่างเหมาะสม	4.45	0.04	มาก
5. ไม่ใช่โทรศัพท์มือถือขณะขับขี่ (ยกเว้นใช้แฮนด์ฟรี)	4.42	0.06	มาก
6. หยุดรถเพื่อให้คนข้ามทางม้าลาย	4.67	0.03	มาก
7. ตรวจสอบสภาพรถก่อนขับขี่ (เช่น เบรก ยาง)	4.48	0.03	มาก
8. หลีกเลี่ยงการขับขี่เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเมื่อยล้า	4.56	0.03	มาก
9. ปฏิบัติตามเครื่องหมายและสัญญาณจราจร	4.74	0.02	มาก
10. ขับรถอย่างระมัดระวังในสภาพอากาศไม่ดี (ฝนตก หมอก)	4.75	0.02	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.54	0.02	มาก

3. ระดับทัศนคติต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ข้อมูลทัศนคติต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนก่อนดำเนินการของกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในตำบลทุ่งศรีเมือง จำนวน 335 คน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.10 ±0.02) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การซ่อมปรับปรุงถนนและทำป้ายสัญญาณไฟจราจรเป็นสิ่งจำเป็น (4.74 ±0.03) รองลงมา

คือ การปฏิบัติตามกฎจราจรช่วยลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุ (4.71 ±0.03) และการชะลอความเร็วพร้อมเปิดไฟหน้าขณะฝนตกหนักช่วยเพิ่มความปลอดภัย (4.66 ±0.03) ในขณะที่ทัศนคติในประเด็น "การขับขี่รถจักรยานยนต์ระยะทางไกลไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัย" มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (2.92 ±0.08) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่ของกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่ตำบลทุ่งศรีเมือง (n=335 คน)

ระดับทัศนคติต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. การบังคับใช้กฎหมายควรเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ตำรวจเท่านั้น	3.67	0.06	มาก
2. การขับขี่รถจักรยานยนต์ไปที่ไกลๆไม่จำเป็นต้องใส่หมวกนิรภัย	2.92	0.08	ปานกลาง
3. การขับรถให้ช้าลงและเปิดไฟหน้า ขณะที่มีฝนตกหนัก ทำให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น	4.66	0.03	มาก
4. ท่านคิดว่าสภาพอาารมณณ์มีผลต่อการขับขี่ยานพาหนะ เช่น หากมีอาารมณณ์โกรธจะทำให้ขับรถเร็วขึ้น	4.10	0.05	มาก

ระดับทัศนคติต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	Mean	S.D.	ระดับทัศนคติ
5. ท่านคิดว่าอุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นได้เสมอไม่สามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงได้เลย	3.82	0.06	มาก
6. ท่านคิดว่า การปฏิบัติตามกฎจราจรทำให้โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุลดลง	4.71	0.03	มาก
7. ท่านคิดว่าสภาพถนนไม่มีผลต่อความปลอดภัยในการขับขี่	3.22	0.08	ปานกลาง
8. สภาพรถที่ไม่พร้อมใช้งานก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการขับขี่	4.53	0.44	มาก
9. การซ่อมปรับปรุงถนนและการทำป้ายสัญญาณไฟจราจรเป็นสิ่งจำเป็น	4.74	0.03	มาก
10. การขับเร็วเกินกำหนดเพิ่มโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุ	4.63	0.03	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.10	0.02	มาก

4. การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนดำเนินการและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของภาคีเครือข่าย ตำบล

ทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 3.79 เป็น 4.30 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนดำเนินการและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (n=66)

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	n	Mean	S.D	Min	Mix	Z	P-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	66	3.79	0.07	1.60	4.80	-7.74	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	66	4.29	0.05	3.13	5.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ประเภท การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) สามารถอภิปรายผลดังนี้

1 การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัญหาเชื่อมโยงกันระหว่างปัจจัยด้านคน ยานพาหนะ ถนน/สิ่งแวดล้อม และกลไกระบบงานในพื้นที่ และสรุปภาพรวมของปัญหา ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำ

ปัญหาที่ได้มาร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการและกำหนดแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน เพื่อนำข้อมูลสถานการณ์จริง และปัญหาที่ปรากฏมาร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และใช้เครื่องมือแนวทางการดำเนินงานการจัดการความปลอดภัยทางถนนด้วยเครื่องมือ 5 ขั้น ได้แก่ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ ทำให้การวิเคราะห์สาเหตุ การจัดลำดับความสำคัญ และการกำหนดมาตรการมีความเป็นระบบ และตรวจสอบได้ นำไปสู่กรอบกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งมาตรการด้านพฤติกรรม โครงสร้างกายภาพ การบังคับใช้

กฎหมาย การบริการฉุกเฉิน และการติดตามประเมินผล แนวปฏิบัตินี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation (2019) ที่ใช้เครื่องมือ 5 ชั้นขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในชุมชน และเห็นผลเชิงระบบอย่างชัดเจน ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kraikol (2018) ที่ชี้ว่าการจัดเวทีใช้ข้อมูลจริงร่วมกับภาคีเครือข่ายช่วยให้แก่จุดเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thammawongsa (2024) ที่พบว่าการใช้เครื่องมือ 5 ชั้นร่วมกับกลไกศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน ช่วยลดผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการดำเนินงานในพื้นที่หลังร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ พบว่า การปรับพฤติกรรมเสี่ยง การยอมรับมาตรการสวมหมวกนิรภัย การลดความเร็ว ณ จุดเสี่ยง และการเข้าถึงความคุ้มครอง พ.ร.บ.ตามกฎหมายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน การแก้ไขจุดเสี่ยงเชิงกายภาพและการสื่อสารสาธารณะผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม ชุมชนทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนลดลงและการรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Saensena et al. (2023) ที่ยืนยันว่ากระบวนการประชุมวิเคราะห์และวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายช่วยสร้างความตระหนักและลดพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ngamsaeng & Pramuan (2024) ที่พบว่ากระบวนการบูรณาการเครือข่ายกับฐานข้อมูลทำให้จำนวนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hongseethong (2023) ที่พบว่าการใช้วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับชุมชนช่วยจัดการจุดเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยได้จริง

2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จากภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชนเข้ามาวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมาย-ตัวชี้วัด และออกแบบแผนปฏิบัติการที่ สอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่ จากนั้นจึงขับเคลื่อนกิจกรรมและติดตามสะท้อนผลเป็นระยะผ่านเวทีศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล

และช่องทางสื่อสาร กระบวนการดังกล่าวทำให้ได้ การปฏิบัติตามดำเนินไปตามแผน โดยได้นำเครื่องมือแนวทางการดำเนินงานการจัดการความปลอดภัยทางถนนด้วยเครื่องมือ 5 ชั้น ที่ช่วยวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน ไปจนถึงการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งออกแบบให้สอดคล้องกับ PAOR แนวทางนี้สอดคล้องกับ Kraikol (2018) และ Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation (2019) ที่ยืนยันประสิทธิผลของเวทีมีส่วนร่วมบนฐานข้อมูลจริงและการใช้เครื่องมือ 5 ชั้นในการ “ชี้เป้าจุดเสี่ยงทางถนน” นำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ได้จริง

แผนปฏิบัติการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนผ่าน กิจกรรม 5 ประการ ได้แก่ ด้านชุมชนช่วงเทศกาล อบรมรู้กฎหมาย-ขับขี่ปลอดภัย กองทุนหมวกนิรภัย แก้ไขจุดเสี่ยงควบคู่สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม ศปถ. และบริการตรวจสอบ-ต่ออายุความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งส่งเสริมการดำเนินงานในพื้นที่ การยกระดับความรู้และทักษะ การเพิ่มการป้องกันเชิงอุปกรณในการสวมหมวกนิรภัย การปรับปรุงจุดเสี่ยงด้วยวิธีทางกายภาพ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Saensena et al. (2023) ที่เน้นกลไกระดับอำเภอ-ตำบล ในการจัดการข้อมูลชี้เป้าจุดเสี่ยงทางถนน และการกำหนด “เจ้าภาพ” ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันผล การศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับของ Thammawongsa (2024) ที่พบว่า การผสานเครื่องมือเชิงผลลัพธ์กับการประชุมติดตามต่อเนื่องช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการดำเนินงานหลังพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ของตำบลทุ่งศรีเมืองที่ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นและเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในชุมชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Somjai (2021) ที่ชี้ว่าการจัดโครงสร้างคณะกรรมการ ศปถ. การประชุมติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินผลเบื้องต้น ประกอบหลักการของการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม

3 ผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จากภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน ที่ร่วมแบบวางแผน-ปฏิบัติ-สังเกต-สะท้อนผล ควบคู่ กับการใช้เครื่องมือ 5 ขึ้น ตั้งแต่วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผังค้นหาสาเหตุบนโดมลัทธ์ การวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน และการติดตามผล จนเกิดเป็นแผนปฏิบัติการ 5 กิจกรรมที่ครอบคลุมมิติคน-รถ-ถนน-ระบบกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation (2019) และ Kraikol (2018) ที่ยืนยันประสิทธิผลของกรอบมีส่วนร่วมเชิงขั้นตอนและเครื่องมือเชิงระบบในการเชื่อมการวิเคราะห์สู่การปฏิบัติการจริง

ผลด้านพฤติกรรมผู้ใช้ถนน หลังดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม พบสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ ผู้โดยสารเพิ่มขึ้น การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่และการดื่มสุราก่อนขับลดลงอย่างสังเกตได้ โดยเฉพาะช่วงเวลาเสียง 16.00-19.00 น. ผลดังกล่าวสะท้อนอิทธิพลร่วมของ “ด้านชุมชนช่วงเทศกาลกองทุนหมวกนิรภัย สื่อสารกลางตำบล” ที่กดแรงจูงใจเชิงลบและเสริมบรรทัดฐานเชิงบวกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kraikol (2018) และ Saensena et al. (2023) ที่รายงานว่ามาตรการมีส่วนร่วมและการกำกับใช้กฎหมายเชิงบริบทช่วยเพิ่มพฤติกรรมปลอดภัยและลดการกระทำผิดซ้ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mad-adam & Decharan (2024) ที่ชี้ว่า “ด้านชุมชน การสื่อสารเป้าหมาย” ส่งผลให้การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนของพฤติกรรมยังต้องอาศัยแรงเสริมต่อเนื่องในกลุ่มเยาวชนซึ่งยังมีแรงกดดันทางสังคมสูง ผลด้านจุดเสี่ยงทางกายภาพ การทำแผนที่จุดเสี่ยงระดับตำบล แต่งตั้ง “เจ้าภาพรายจุด” และใช้มาตรการเฉพาะจุด ป้ายเตือนล่วงหน้า เส้นชะลอ เคลียร์สิ่งกีดขวาง ใช้ล้อยางเป็นสัญลักษณ์เตือน ทำให้ ความเร็วในการขับขี่ลดลง “อุบัติเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนซ้ำ ณ จุดเดิมลดลงจากการติดตาม ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khulaha (2019) และ Sittiwang (2021) ที่พบว่าการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่ (black spot) ควบคู่การปรับปรุงจุดเสี่ยงทางถนนช่วยลดอุบัติเหตุได้จริง ผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขและความสูญเสียจำนวนเหตุอุบัติเหตุและผู้บาดเจ็บช่วง

เทศกาลลดลงเมื่อเทียบฐานปีก่อน โดยกลุ่มจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นสัดส่วนสูงสุดลดลงอย่างเด่นชัด สะท้อนให้เห็นพลังของมาตรการที่ผสมผสาน “การบังคับใช้กฎหมายปรับปรุงจุดเสี่ยงทางกายภาพ การสื่อสารพฤติกรรม เพิ่มความคุ้มครอง พ.ร.บ.ตามกฎหมายให้กับผู้ใช้รถใช้ถนนในพื้นที่” ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Thammawongsa (2024) ที่รายงานว่าการใช้ “เครื่องมือ 5 ขึ้น” ร่วมเวทีติดตามต่อเนื่องลดผู้บาดเจ็บได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirisom (2023) ที่ชี้ว่ากลไกศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนระดับท้องถิ่นเมื่อทำงานข้ามภาคส่วนจะลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนได้จริง ทั้งยังสอดคล้องกับ การศึกษาในต่างประเทศเรื่องประสิทธิผลของการสวมหมวกนิรภัยและการบังคับใช้กฎหมายต่อการลดบาดเจ็บรุนแรง (Joao & Elizabeth, 2017; 2021) ข้อจำกัดคือกรอบเวลาเก็บข้อมูลยังสั้น จึงควรติดตามระยะยาวเพื่อยืนยันเสถียรภาพแนวโน้ม ผลด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย คณะกรรมการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจหลังดำเนินงานอยู่ในระดับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภาคีเครือข่ายรับรู้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจนขึ้น มีส่วนร่วมตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม ไปจนถึงติดตามประเมินผลผ่านเวทีตำบลและช่องทางสื่อสารกลางผ่านกลุ่มLINE ศปช.ตำบล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Somjai (2021) ที่เน้นโครงสร้างคณะกรรมการ การประชุมสม่ำเสมอเป็นหัวใจของความร่วมมือ และสอดคล้องกับ Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation (2019) ซึ่งยืนยันว่าการใช้เครื่องมือ 5 ขึ้นในกรอบมีส่วนร่วมช่วยยกระดับ “ความเป็นเจ้าของร่วม” และคุณภาพผลลัพธ์ชุมชน อีกทั้งสอดคล้องกับ Sae-ang et al. (2023) ที่พบว่าความพึงพอใจต่อกระบวนการและผลลัพธ์เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความต่อเนื่อง

4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลทุ่งศรีเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เกิดจากกลไกการมีส่วนร่วมหลายภาคส่วนและบทบาทที่ชัดเจนการจัดตั้งคณะทำงานภายใต้ศูนย์

อำนาจการความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล ทำให้เกิด “เจ้าภาพเชิงพื้นที่” ระหว่างภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน นำไปสู่การตัดสินใจร่วม การระดมทรัพยากร และการขับเคลื่อนกิจกรรมตามเป้าหมายเดียวกันอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Somjai (2021) ที่ชี้ว่ากรอบคณะกรรมการและการประชุมสม่ำเสมอเป็นเงื่อนไขของความร่วมมือที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kraikol (2018) และ Saensena et al. (2023) ที่ยืนยันว่ากลไกมีส่วนร่วมช่วยยกระดับการมีส่วนร่วมและลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้ถนน อีกทั้งสอดคล้องกับ Sae-ang et al. (2023) ที่พบว่าความพึงพอใจต่อกระบวนการและผลลัพธ์เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมและชุดเครื่องมือ 5 ชิ้น ไปประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขหรือความปลอดภัยประเด็นอื่น ๆ ในชุมชน พร้อมทั้งผลักดันกิจกรรมที่บรรลุผลชัดเจน เช่น กองทุนหมวกนิรภัยและด้านชุมชน เข้าสู่แผนพัฒนาขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เกิดการจัดสรรงบประมาณที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ตลอดจนควรยกระดับช่องทางสื่อสารออนไลน์ของ ศปถ. ตำบล ให้เป็นระบบเฝ้าระวังและรายงานอุบัติเหตุแบบ

เรียลไทม์ (Real-time) ที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการคงอยู่ของวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในชุมชนภายหลังสิ้นสุดโครงการ นอกจากนี้ ควรมีรูปแบบและกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยชุดเครื่องมือ 5 ชิ้นนี้ ไปขยายผลศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมที่แตกต่างออกไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และอาจารย์ ดร.ศิริภัสร์ โคตรสีงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งศรีเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเม็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ตำบลทุ่งศรีเมือง และประชาชนในพื้นที่ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Academic Center for Road Safety, Road Safety Policy Foundation. (2019). *Five tools to drive the Road Safety Operation Center mechanism to results*.
- Department of Highways. (2021a). *Road traffic accident statistics and analysis in Suvarnabhumi district, Roi Et province*.
- Department of Highways. (2021b). *Road traffic accident statistics and prevention measures in Roi Et province 2019-2023*.
- Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2024). *Guidelines for operations and evaluation of district road traffic injury prevention* (1st ed.) Ministry of Public Health.
- Haddon, W. (1970a). On the escape of tigers: An ecological note. *American Journal of Public Health, 60*(12), 2229–2234. <https://doi.org/10.2105/AJPH.60.12.2229>
- Haddon, W. (1970b). The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: The transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *American Journal of Public Health, 60*(8), 1431–1438.
- Health Data Center (HDC), Roi Et Provincial Public Health Office. (2024). *Population of Thung Si Mueang subdistrict*. Retrieved May 28, 2024, from <https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Heinrich, H. W. (1931). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. McGraw-Hill.

- Hongseethong, N. (2023). Development of network participation for enhancing road safety in Kham Maet subdistrict community, Sam Sung district, Khon Kaen province. *Academic Journal for Primary Health Care and Public Health Systems Development*, 1(2), 1–15.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Deakin University Press.
- Khuliha, P. (2019). Guidelines for the integration of road traffic accident prevention by the Pracharath network in Nong Han district, Udon Thani province. *Proceedings of the 5th National Academic Conference on Public Affairs Management in the Digital Era*, 243–251.
- Kongpaen, M., & Sureram, M. (2021). Evaluation of road traffic injury prevention operations in Public Health Region 9, 2021. *Academic Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, 2(2), 38–53.
- Kraikol, N. (2018). People's participation model to reduce road traffic accidents in risk areas of Bung Wai subdistrict, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. *Community Public Health Academic Journal*, 5(2), 42–51.
- Mad-adam, N., & Decharan, W. (2024). Development of road traffic accident management model using road safety mechanisms in Thung Tam Sao subdistrict, Hat Yai district, Songkhla province. *Journal of Public Health Education and Research*, 2(1), 92–106.
- Ngamsaeng, P., & Pramuan, P. (2024). Development and evaluation of traffic accident prevention and resolution models by the Road Safety Operation Center Committee and public participation in Kantharak district, Sisaket province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 10 Ubon Ratchathani*, 2(1), 128–144.
- Sae-ang, B., Khampong, T., & Suriyan, W. (2023). A study on the development of road traffic accident prevention operations in Ubolratana district, Khon Kaen province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 5(5), 100–108.
- Saensena, P., Khampong, T., & Boonmee, W. (2023). Prevention model for injuries and fatalities from road traffic accidents in Nong Ruea district, Khon Kaen province. *Academic Journal of the Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani*, 2(1), 47–62.
- Sirisom, B. (2023). A study of the road traffic accident management process using the District Health Board (DHB) mechanism in Kamalasai, Kalasin province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(4), 781–787.
- Sittiwang, C. (2021). Development of road safety using the District Health Board (DHB) mechanism in Nan province. *Journal of Social and Health Research*, 5(2), 100–118.
- Somjai, T. (2021). Participatory traffic accident management model at the district level: A case study of Ao Luek district, Krabi province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 1(3), 45–59.
- Thai Road Accidents Data Center for Road Safety Culture (ThaiRSC). (2024a). *Road traffic accident statistics in Thailand*. Retrieved May 25, 2024.
- Thai Road Accidents Data Center for Road Safety Culture (ThaiRSC). (2024b). *Statistical report on traffic accidents in Thung Si Mueang subdistrict, Suvamabhum district, Roi Et province*.
- Thammawongsa, P. (2024). Development of a road safety model using the District Road Safety Operation Center Committee mechanism: Kumphawapi, Udon Thani province. *Safety Research Journal*, 1(2), 65–82.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- World Health Organization. (2021). *Global plan for the decade of action for road safety 2021- 2030*.
<https://www.who.int/initiatives/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>

Problems in the Enforcement of Laws for Reducing Disparities in Access to Medical Technology

Budsaya Chantarawisut^{1*} Krisda Saengcharoensap, Ph.D.²

¹ Student in Master of Laws, Faculty of Law, Rangsit University

² Lecturer, Faculty of Law, Rangsit University

*Corresponding author: e-mail : budsaya.c64@rsu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Chantarawisut, B., & Saengcharoensap, K. . Problems in the Enforcement of Laws for Reducing Disparities in Access to Medical Technology. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2). retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/287552>

Received: 2 March 2026

Revised: 20 March 2026

Accepted: 22 March 2026

Abstract

This study examines the background, concepts and theories related to reducing health disparities, alongside the National Health Act B.E. 2550 (2007), the National Health Security Act B.E. 2545 (2002) and other relevant legislation. Currently, access to healthcare services for Thai citizens, particularly vulnerable groups, remains restricted regarding timely diagnosis, treatment and access to essential medical technologies. Consequently, it is imperative to establish guidelines for legal amendments to mitigate inequalities in medical technology access appropriately for Thailand's context.

The researcher proposes amending the National Health Security Act B.E. 2545 (2002), expanding the scope of public health services to encompass modern and essential medical technologies, digital health innovations and health applications. The amendment should encourage private sector participation in developing innovations, while guaranteeing the public's right to standardized public health services. Furthermore, a specific chapter on health applications should be introduced, including the establishment of a Health Application Committee. The National Health Security Board should be empowered to support and regulate private sector involvement in public healthcare services. Finally, the amendment should limit the liability of medical practitioners, who perform their duties in good faith, in accordance with professional standards, or with patient consent, except in cases of willful misconduct, or gross negligence.

Keywords: inequality, health applications, medical technology

ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์

บุษญา จันทรวินธุ์^{1*} กฤษฎา แสงเจริญทรัพย์²

¹ นักศึกษาหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

² อาจารย์ประจำ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*อีเมลติดต่อ: budsaya.c64@rsu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 2 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 20 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 22 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความเป็นมา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ รวมทั้งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ยังถูกจำกัดทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ทันทั่วถึง รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็น จึงต้องหาแนวทางในการแก้ไขกฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เหมาะสมแก่ประเทศไทย

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น รวมทั้งแอปพลิเคชันและนวัตกรรมดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ ให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมสร้างนวัตกรรม และประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน ให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมไปถึงแอปพลิเคชันสุขภาพ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น ให้เพิ่มหมวด เรื่องแอปพลิเคชันสุขภาพ โดยจัดตั้งคณะกรรมการแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ และให้อำนาจหน้าที่แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้เอกชนเข้าร่วมในการบริการสาธารณสุขได้ รวมทั้งให้จำกัดความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริตและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือได้รับความยินยอมแล้ว เว้นแต่จะต้องรับผิดชอบจิตใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเท่านั้น

คำสำคัญ : ความเหลื่อมล้ำ, แอปพลิเคชันสุขภาพ, เทคโนโลยีทางการแพทย์

บทนำ

ความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ซึ่งรายได้และความยากจนเป็นต้นเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ บุคคลที่อยู่ในสถานภาพสังคมแตกต่างกันจะมีสุขภาพที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เรียกว่า ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health; SDH) (Urwannachotima, 2016) แม้ว่าปัจจุบันจะพบว่าในประเทศไทยมีการเสนอแนวทางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำไม่ว่าจะเป็นแนวทางในการปฏิรูปนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ (Jitsuchon, 2015) หรือการพัฒนาาระบบสวัสดิการที่ยึดหลักสังคมสวัสดิการ (Pitukthanin, 2014) และการปฏิรูประบบภาษีเพื่อลดช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน ตามแนวคิดที่ว่าคนรวยต้องมาช่วยคนชั้นกลางและคนจนมากขึ้น (Academy of Moral and Political Sciences, 2018) และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ประชาชนได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนร้อยละ 99.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อน ๆ ก็ตาม และพบว่า มีจำนวนประชากรร้อยละ 74.2 มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนสิทธิประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ มีจำนวนประชากรร้อยละ 18.4 และร้อยละ 6.8 ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ซึ่งมีผู้รับสิทธิมากกว่าสิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม (National Statistical Office, 2023)

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีกฎหมายที่ให้การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสร้างสังคมให้มีสุขภาพที่ดี และมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่กำหนดแนวทางให้บริการสาธารณสุขให้เข้าถึงได้และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (Mongkhonsuebsakul, 2022) แต่หลังจากที่ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ส่งผลกระทบต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มมากขึ้น (Tantijinda, 2015) และยังคงพบปัญหาว่าแม้ระบบประกันสุขภาพจะขยายสิทธิมากขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วก็ตาม แต่ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถไปใช้สิทธิของตนเองได้ ซึ่งเกิดจากอุปสรรค

ของบุคคลนั้น ๆ เอง เช่น เป็นผู้พิการ เป็นต้น (NSO & UNICEF, 2023) และปัญหาในเชิงระบบ ดังเช่น ปัญหาเชิงโครงสร้างของการบริหารงานสาธารณสุขที่ยังมีความซับซ้อน ปัญหาการส่งตัวผู้ป่วยที่ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการกระจายตัวของเครื่องมือแพทย์ที่สัดส่วนยังไม่เพียงพอ (NSO, 2023) ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (Digital Health Bureau, 2024) ก็เป็นอีกหนึ่งความพยายามของภาครัฐ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างแท้จริง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นควรศึกษาปัญหาการขาดบทบัญญัติกฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล ปัญหาการขาดการรับรองบริการด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น รวมทั้งปัญหาในเรื่องการจำกัดความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างมาตรการทางกฎหมายของรัฐให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ให้ประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. เพื่อศึกษาถึงการแก้ไขปัญหามาตรการทางกฎหมายไทยและกฎหมายต่างประเทศ
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขมาตรการทางกฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมแก่การปรับใช้ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวบทกฎหมาย หนังสือ วารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารวิชาการ

บทความ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ในเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดความรับผิดทางการแพทย์ ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลจากกฎหมายทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเดนมาร์ก ประเทศเยอรมัน ประเทศสวีเดน และประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาวิเคราะห์ในลักษณะของการเขียนเชิงพรรณนา เพื่อหาข้อสรุปและเสนอแนวทางในการพัฒนาข้อกฎหมายให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ สามารถสรุปผลการศึกษาแยกเป็นประเด็นได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ปัญหาการขาดบทบัญญัติกฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล

จากการศึกษา พบว่า ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายแม่บทที่ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยปัจจุบันได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 อันเปรียบเสมือนแผนที่นำทางหรือเข็มทิศนโยบายสุขภาพของประเทศไทย มีทิศทางที่มุ่งให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรม และมีพระราชบัญญัติการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พ.ศ. 2560 ที่มีแนวนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มีเป้าหมายและแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลให้สอดคล้องกัน เพื่อให้การทำงานระหว่างระบบสามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้อย่างมีความมั่นคงปลอดภัย นอกจากนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าสู่เทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ประกอบกับประกาศกระทรวง

สาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 ได้กำหนดมาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนที่ให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมียุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2569) ซึ่งดำเนินการตามแนวคิดสุขภาพดิจิทัล (eHealth) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสหภาพโทรคมนาคมนานาชาติ (International Telecommunication Union : ITU) ที่มุ่งเป้าหมายไปที่สุขภาพของประชาชนเป็นหลัก โดยการนำเอาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาช่วยให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทัวถึง เป็นธรรม และปลอดภัย ถือเป็นหลักการดำเนินการที่ดีที่ทุกประเทศทั่วโลกได้นำไปประยุกต์ใช้

จึงเห็นได้ว่า กฎหมายของประเทศไทยแม้ว่าจะมีกฎหมายที่กำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับในปัจจุบันมีการส่งเสริมและพัฒนาดิจิทัลเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง เป็นธรรม โดยไม่เลือกปฏิบัติ ประกอบกับมีการกำหนดมาตรฐานในเรื่องการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล และมียุทธศาสตร์ชาติที่ให้การสนับสนุนเทคโนโลยีก็ตาม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ฉบับใหม่ที่กำหนดโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลหรือการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้เป็นสิทธิทั่วประเทศ การเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล ยังคงเป็นงานโครงการหรือเชิงนโยบายที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระดับโครงสร้างสาธารณะในทุกเขตประเทศอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในปัจจุบัน ประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลเพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้จากหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัดที่เข้าร่วมโครงการ แต่การดำเนินการดังกล่าวเป็นการดำเนินการในรูปแบบนโยบาย ซึ่งย่อมมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามรัฐบาลในยุคหนึ่ง ๆ จึงมีความไม่แน่นอน อีกทั้งนโยบายดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่อย่างแท้จริง โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล และยังคงมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

หรือการพึ่งพาผู้อื่น ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์หรือเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญและจำเป็น

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายต่างประเทศ พบว่า นานาประเทศได้กำหนดกลไกทางกฎหมายเพื่อวางรากฐานโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลไว้อย่างชัดเจน ดังนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เน้นย้ำว่า โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล เช่น อินเทอร์เน็ต คือปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากร (WHO, 2020) ส่วนประเทศเดนมาร์ก กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติว่าด้วยสุขภาพ ค.ศ. 2025 (*Bekendtgørelse af sundhedsloven 2025 ; Consolidation Act on the Health Act 2025*) (มาตรา 193b และ 220a) ให้มีการจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพดิจิทัลทั่วประเทศ เพื่อขยายบริการไปยังพื้นที่ห่างไกลและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเขตได้อย่างไร้รอยต่อ ส่วนประเทศเยอรมนีใช้กลไกตามประมวลกฎหมายสังคม ค.ศ. 1988 (*Sozialgesetzbuch Fünftes Buch 1988 ; Social Code Book V 1988*) (SGB V) และพระราชบัญญัติสุขภาพดิจิทัลของประเทศเยอรมัน ค.ศ. 2019 (*Digitale-Versorgung-Gesetz 2019 ; Digital Healthcare Act 2019*) (DVG) โดยเฉพาะมาตรา 306 และมาตรา 371 ที่กำหนดให้มีโครงสร้างพื้นฐานทางสารสนเทศแบบเปิด และมาตรา 33a ที่สนับสนุนให้เบิกจ่ายค่าแอปพลิเคชันสุขภาพ (DiGA) ได้ ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านสถานที่ของผู้ป่วย

ส่วนประเทศสวีเดนมุ่งเน้นการเชื่อมต่ออุปกรณ์ทางการแพทย์เข้ากับโทรศัพท์มือถือ (Smartphone) เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วตามมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ค.ศ. 2017 (*Hälsa-och sjukvårdslag 2017 ; Health and Medical Services Act 2017*) อีกทั้งมีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ค.ศ. 2025 (*Vision for eHealth 2025*) ที่แสดงให้เห็นถึงการผลักดันของรัฐบาลและหน่วยงานในท้องถิ่นและภูมิภาคของประเทศสวีเดนที่ประสานความร่วมมือกันเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและสวัสดิการด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ขึ้น และเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาามีกฎหมายสำคัญ ดังเช่นประมวลกฎหมายสหรัฐอเมริกา (42 U.S.C) ที่กำหนดในเรื่องสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยรับรองว่าจะ

ให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนภายใต้แผนของรัฐเท่าเทียมกัน และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการแพทย์ทางไกล เพื่อให้บริการในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล โดยการให้ทุนสนับสนุนเครือข่ายการแพทย์ทางไกล อีกทั้งมีรัฐบัญญัติเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อเศรษฐกิจและสุขภาพคลินิก ค.ศ. 2009 (*Health Information Technology for Economic and Clinical Health: HITECH Act of 2009*) และรัฐบัญญัติว่าด้วยการรักษาแห่งศตวรรษที่ 21 ค.ศ. 2019 (*21st Century Cures Act of 2019*) ที่สนับสนุนเงินทุนแก่เครือข่ายการแพทย์ทางไกลในพื้นที่ขาดแคลน และห้ามการปิดกั้นข้อมูล (*Information Blocking*) เพื่อลดช่องว่างทางภูมิศาสตร์

2. ปัญหาการขาดการรับรองบริการด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น

จากการศึกษา พบว่า ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่สำคัญ 3 ระบบ ได้แก่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งมีกองทุนที่ช่วยเหลือประชาชน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ หรือกองทุนประกันสังคม และยังมีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้ให้การรับรองสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกบุคคลไว้กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ รวมทั้งบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมทั้งบุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามข้างต้น และยังคงคุ้มครองสุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่อง

สุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่าง สอดคล้องและเหมาะสมด้วย อย่างไรก็ตาม แม้จะมี ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบทิศทางของ ระบบสุขภาพของไทย แต่ธรรมนูญดังกล่าวยังขาดสภาพ บังคับทางกฎหมายที่ชัดเจนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้อง อาศัยกลไกอื่นขับเคลื่อนร่วมด้วย เพื่อให้การดำเนินการ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ให้นิยามคำว่า “บริการสาธารณสุข” ไว้ในมาตรา 3 หมายความว่า บริการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่า ด้วยการประกอบโรคศิลปะ โดยที่สิทธิในการบริการ สาธารณสุขนั้นได้กำหนดสิทธิต่าง ๆ ไว้ในมาตรา 5 วรรค หนึ่ง กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่ กำหนดโดย พระราชบัญญัตินี้ ซึ่งคณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่ เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่ กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ ต้องจ่ายค่าบริการ ประเภทและขอบเขตของบริการ สาธารณสุขที่ บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่ คณะกรรมการประกาศกำหนด

จึงเห็นได้ว่า การได้รับบริการสาธารณสุขย่อมจะ ครอบคลุมเพียงการบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกข้างต้นเท่านั้น บทนิยามดังกล่าวยังขาดความยืดหยุ่นและไม่ครอบคลุมถึง การให้บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่องค์การอนามัย โลก (WHO) รวมทั้งประเทศไทยยังขาดกฎหมาย เฉพาะเจาะจงที่ใช้ในการกำกับดูแลเทคโนโลยีดิจิทัลด้าน สุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันยังคงต้องอาศัยกฎหมาย อื่นที่ เกี่ยวข้องมาบังคับใช้ แบบแยกส่วน อาทิ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่ให้ ความคุ้มครองข้อมูลประวัติการรักษาในฐานะข้อมูลส่วน บุคคลที่มีความละเอียดอ่อนแบบกว้าง ๆ และ พระราชบัญญัติการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

พ.ศ. 2560 ที่มุ่งเน้นการวางโครงสร้างพื้นฐานและลดความ เหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในภาพรวม แม้กฎหมายเหล่านี้จะ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะอุดช่องว่าง ในการบริหารจัดการนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อสร้าง หลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพ ได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และกฎหมาย ต่างประเทศ พบว่า ต่างประเทศได้กำหนดกลไกทาง กฎหมายเพื่อขยายขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุม นวัตกรรมดิจิทัลอย่างชัดเจน ดังนี้ กฎหมายระหว่าง ประเทศได้ให้การรับรองคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของ ประชาชนทุกคนที่มีตั้งแต่เกิดมา รวมทั้งให้สิทธิในการเข้า รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งองค์การอนามัย โลกได้กำหนดคำแนะนำในรูปแบบของกลยุทธ์ระดับโลกใน ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยส่งเสริมพัฒนาและให้ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลเพื่อปรับปรุงสุขภาพ รวมถึงข้อมูลสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) ซึ่งครอบคลุมถึงผู้บริโภคดิจิทัล ด้วยอุปกรณ์อัจฉริยะและเชื่อมต่อที่หลากหลายยิ่งขึ้น และ การใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลอื่น ๆ เพื่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น อินเทอร์เน็ต การคำนวณขั้นสูง การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ปัญญาประดิษฐ์ รวมทั้งการเรียนรู้ของเครื่องจักรและ หุ่นยนต์ เพื่อให้ทันต่อโลกในยุคปัจจุบัน เป็นแนวคิดที่ สอดคล้องกับประเทศเดนมาร์กที่กำหนดให้ระบบประกัน สุขภาพครอบคลุมถึงแอปพลิเคชันสุขภาพที่ผ่านการรับรอง โดยเปิดโอกาสให้เอกชนพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ (AI) เข้าสู่ ระบบบริการของรัฐ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยสุขภาพ ค.ศ. 2024 (Bekendtgørelse af sundhedsloven 2024 ; Consolidation Act on the Health Act of 2024) โดยที่ ระบบประกันสุขภาพซึ่งรัฐจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายซึ่ง ครอบคลุมในการรักษาพยาบาล รวมทั้งระบบประกัน สุขภาพยังครอบคลุมไปถึงแอปพลิเคชันสุขภาพที่ผ่านการ รับรองอีกด้วย ดังที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติว่าด้วย สุขภาพ ค.ศ. 2025 (Bekendtgørelse af sundhedsloven 2025; Consolidation Act on the Health Act of 2025) ทำให้ประชาชนสามารถใช้งานแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ ต่าง ๆ ในตลาดได้ง่ายและปลอดภัยยิ่งขึ้น อีกทั้งยัง สอดคล้องกับประเทศเยอรมันที่รัฐมีหน้าที่ตามกฎหมายใน การสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยประมวลกฎหมายสังคม ค.ศ. 1988 (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch 1988; SGB V) มาตรา 27 ประกอบมาตรา

12 ได้กำหนดสิทธิให้ผู้เอาประกันภัยได้รับบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ซึ่งรวมถึงแอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัลที่รัฐร่วมจ่ายหากมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพดิจิทัล ค.ศ. 2019 (Digitale-Versorgung-Gesetz 2019; DVG) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม SGB V ยังช่วยส่งเสริมการเข้าถึงอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีมาตรา 33a อนุญาตให้แอปพลิเคชันสุขภาพ (Digitale Gesundheitsanwendungen: DiGA) สามารถนำมาใช้รักษาและเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนประกันสุขภาพของรัฐ (SHI) ได้ และมาตรา 139e กำหนดกระบวนการรับรองมาตรฐาน DiGA เพื่อให้ประชาชนได้ใช้เทคโนโลยีที่มีคุณภาพ อีกทั้งมาตรา 134 กำหนดกลไกควบคุมราคาผ่านข้อตกลงระหว่างสมาคมกองทุนประกันสุขภาพและผู้ผลิตแอปพลิเคชัน โดยใช้กลไกการเจรจาแทนการควบคุมโดยรัฐโดยตรง และสอดคล้องกับประเทศสวีเดนที่มีพระราชบัญญัติผู้ป่วย ค.ศ. 2014 (Patientlag 2014; Patient Act 2014) ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้สิทธิเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระทั่วประเทศและรับประกันการเข้าถึงการดูแลโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ควบคู่กับพระราชบัญญัติสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ค.ศ. 2017 (Hälsa- och sjukvårdslag 2017; Health and Medical Services Act 2017) ที่กำหนดสิทธิในการได้รับบริการที่จำเป็นและเหมาะสมอย่างเท่าเทียม โดยครอบคลุมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือผู้พิการ เช่น บริการล่าม และบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Healthcare) โดยรัฐคุ้มครองค่าใช้จ่ายสูงสุด นอกจากนี้ ประเทศสวีเดนยังมีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพดิจิทัล 2025 (Vision for eHealth 2025) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่มุ่งเน้นการบูรณาการระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อสนับสนุนบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการใช้งานที่ง่ายและเป็นมิตรต่อผู้ใช้ทุกคน ไม่ว่าจะมีความพิการ หรือทักษะทางเทคโนโลยี เพื่อลดอุปสรรคและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างแท้จริง (Ministry of Health and Social Affairs, 2020) อีกทั้งยังสอดคล้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีรัฐบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลราคาไม่แพง ค.ศ. 2010 (ACA) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกรอบนโยบายระดับชาติในการแก้ไขโครงสร้างความเหลื่อมล้ำ โดยการขยายสิทธิ Medicaid ให้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย คุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานโดยห้ามปฏิเสธผู้มีภาวะเจ็บป่วยมาก่อน และส่งเสริมการเก็บข้อมูลเชิงคุณลักษณะเพื่อออกแบบนโยบาย

ที่ตอบสนองต่อกลุ่มเปราะบางได้อย่างตรงจุด นอกจากนี้ มาตรา 1396d(a) และ มาตรา 1396a(a)(10)(A) แห่งประมวลกฎหมายสหรัฐอเมริกา (Title 42 of the U.S. Code) ได้วางหลักเกณฑ์ระบบ Medicaid ให้รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม โดยครอบคลุมทั้งบริการพื้นฐาน เช่น การรักษาพยาบาล บริการฉุกเฉิน เพื่อรองรับความจำเป็นเฉพาะกลุ่ม ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การวินิจฉัยด้วยภาพดิจิทัลและแอปพลิเคชันสุขภาพ บทบัญญัตินี้จึงเป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ยืนยันหน้าที่ของรัฐในการอำนวยความสะดวกเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งในระดับพื้นฐานและระบบสุขภาพดิจิทัล

3. ปัญหาการจำกัดความรับผิดชอบบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษา พบว่า แม้ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านการวินิจฉัย การรักษา และการบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) หรือการใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ มีการใช้อย่างแพร่หลายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมไปยังกลุ่มเปราะบางในหลายพื้นที่ แม้ความก้าวหน้าเหล่านี้จะเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่ขณะเดียวกันก็นำมาซึ่งความเสี่ยงในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น ความผิดพลาดจากการใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) การล้นหลามของอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ หรือการรั่วไหลของข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น ซึ่งในการให้บริการทางการแพทย์ นั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์คือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเมื่อพิจารณาในมุมมองของผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์แล้ว แม้กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพได้ออกกฎหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีเป้าหมายเพื่อวางมาตรฐานความปลอดภัยให้เทียบเท่ากับการรักษาในสถานพยาบาลจริง ดังเช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 (Ministry of Public Health, 2021) และประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ ที่กำหนดให้

แพทย์ต้องประเมินความเหมาะสมของอาการผู้ป่วย แจ้งตัวตนและขอจำกัดให้ผู้ป่วยทราบเพื่อขอความยินยอม และบันทึกเวชระเบียนภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ หากประเมินว่ามีข้อจำกัดหรืออาจเกิดอันตราย ต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทันที (Medical Council of Thailand, 2020) รวมทั้งมีประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพต้องพิสูจน์ตัวตน ขอความยินยอม บันทึกกิจกรรมการพยาบาลลงในเวชระเบียน และหากพบผู้ป่วยในสภาวะวิกฤต จะต้องประสานงานเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาปกติโดยทันที (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) และประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 เรื่อง แนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ที่กำหนดให้ต้องสื่อสารแบบเห็นหน้าเพื่อประเมินทางกายภาพ โดยเภสัชกรต้องตรวจสอบสิทธิบันทึกประวัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องมีระบบควบคุมมาตรฐานการขนส่งยาให้คงคุณภาพจนถึงมือผู้รับบริการ (Pharmacy Council of Thailand, 2022) อีกทั้งยังมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายในการดูแลสุขภาพคนไทยส่วนใหญ่

อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ย่อมมีความเสี่ยงจากเหตุขัดข้องที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยได้ แต่จากประกาศและพระราชบัญญัติดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า ยังขาดบทบัญญัติที่ชัดเจนในการคุ้มครองหรือจำกัดความรับผิดให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และถึงแม้ว่ามาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะกำหนดในเรื่องการเยียวยาค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไว้ แต่บังคับใช้เฉพาะกับผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เท่านั้น ผู้ป่วยสิทธิอื่น เช่น ข้าราชการ หรือประกันสังคมไม่ได้รับความคุ้มครองภายใต้มาตรานี้โดยตรง ทำให้เกิดมาตรฐานการเยียวยาที่ไม่เท่าเทียมกันในระบบสาธารณสุขไทย อีกทั้งเงินที่จ่ายเป็นเพียงเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเท่านั้น โดยปัจจุบันกรณีเสียชีวิตจ่ายสูงสุดไม่เกิน 400,000 บาท (NHSB, 2012) ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมความเสียหายที่แท้จริงทั้งหมดของผู้รับบริการ และการรับเงินดังกล่าวไม่ได้ตัดสิทธิผู้รับบริการไปฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์หรือ

โรงพยาบาลต่อศาล ซึ่งอาจทำให้ผู้ได้รับความเสียหายยังคงมีความจำเป็นต้องไปฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายส่วนเกินต่อศาลอีก จึงส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องแบกรับความเสี่ยงทางกฎหมายที่สูงเกินความจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อต้องรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลผ่านเทคโนโลยีที่มีข้อจำกัด หากเกิดความผิดพลาดจากเทคโนโลยี บุคลากรทางการแพทย์มักตกอยู่ในฐานะผู้รับผิดชอบโดยตรง แม้ว่าความผิดพลาดนั้นเกิดจากตัวบุคลากรเอง หรือข้อจำกัดของเทคโนโลยีก็ตาม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนจึงมีความลังเลที่จะประยุกต์นวัตกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และส่งผลกระทบต่อการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สู่ชุมชน และการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ในภาพรวม และถึงแม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ที่กำหนดให้ผู้เสียหายฟ้องคดีต่อหน่วยงานของรัฐแทน และเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนคืนแก่หน่วยงานเฉพาะกรณีที่เกิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงก็ตาม แต่กฎหมายดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงบุคลากรทางการแพทย์ในภาคเอกชนหรืออาสาสมัคร และเป็นเพียงการจำกัดความรับผิดทางแพ่ง แต่ไม่คุ้มครองความรับผิดทางอาญา ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่บุคลากรทางการแพทย์กังวลที่สุด

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายต่างประเทศ พบว่า องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วโลก (Global Patient Safety Action Plan 2021-2030) เพื่อเป็นกรอบยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ที่มุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโลก โดยสาระสำคัญอยู่ที่การเปลี่ยนทัศนคติจากการจับผิดรายบุคคลไปสู่การเรียนรู้จากระบบ ผ่านการส่งเสริมให้มีระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีประสิทธิภาพและปราศจากการลงโทษ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์กล้ารายงานข้อผิดพลาด และนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อวางแนวทางป้องกันความเสี่ยงในอนาคต (WHO, 2021) ส่วนประเทศเดนมาร์กมีพระราชบัญญัติสิทธิในการร้องเรียนและรับค่าสินไหมทดแทนในระบบบริการสุขภาพ ค.ศ. 2025 (Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet 2025; Act on the Right to Complain and Receive Compensation within the

Health Service 2025) ซึ่งวางรากฐานระบบความรับผิดชอบ โดยปราศจากความผิดไว้อย่างชัดเจน โดยมาตรา 20 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าสินไหมทดแทนที่ครอบคลุมถึงความเสียหายจากความล้มเหลวของอุปกรณ์เทคโนโลยี อันเป็นหลักความล้มเหลวของอุปกรณ์ และมาตรา 29 กำหนดให้ภาระการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตกอยู่กับหน่วยงานต้นสังกัดหรือภูมิภาคแทนตัวแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งเป็นการแยกความรับผิดชอบออกจากตัวบุคคลอย่างสิ้นเชิง ส่วนประเทศเยอรมันเน้นการสร้างสมดุลผ่านประมวลกฎหมายแพ่ง (Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) โดยมาตรา 630a (2) และ 276 (2) วางหลักการว่าแพทย์จะหลุดพ้นจากความรับผิดหากได้ปฏิบัติตามที่ตามมาตราฐานวิชาชีพอย่างครบถ้วน ควบคู่กับมาตรา 630c, 630d และ 630e ที่ให้ความสำคัญกับความยินยอมของผู้ป่วย (Informed Consent) ในการโอนความเสี่ยง โดยเฉพาะในการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างการแพทย์ทางไกล นอกจากนี้ ยังมีข้อบังคับจริยธรรมวิชาชีพแพทย์ต้นแบบ (MBO-Ä 1997 ฉบับแก้ไข 2024) มาตรา 7 (4) ที่รับรองความชอบธรรมของการรักษาผ่านสื่อโทรคมนาคมภายใต้เงื่อนไขความปลอดภัยและการแจ้งข้อจำกัดแก่ผู้ป่วย ส่วนประเทศสวีเดนใช้ระบบประกันภัยความเสียหายผ่านพระราชบัญญัติการบาดเจ็บของผู้ป่วย ค.ศ. 1996 (Patientskadelag 1996; Patient Injury Act 1996) ซึ่งมุ่งเน้นการคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับค่าสินไหมทดแทนโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดของบุคลากร โดยมาตรา 6 กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิชดเชยทันที หากความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Technical Failure) ซึ่งรองรับบริบทของเทคโนโลยีสมัยใหม่ นอกจากนี้ มาตรา 12 ถึงมาตรา 15 ยังกำหนดโครงสร้างการประกันภัยบังคับและบทบาทของสมาคมประกันภัยผู้ป่วย (Patientförsäkringsföreningen) ในการรับผิดชอบจ่ายค่าสินไหมทดแทนแทนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติตามที่ได้เต็มที่โดยไม่ต้องกังวลกับภาระทางกฎหมาย ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา มีรัฐบัญญัติว่าด้วยการเรียกร้องค่าเสียหายทางละเมิดต่อรัฐบาลกลาง (Federal Tort Claims Act; FTCA) ในประมวลกฎหมายสหรัฐอเมริกา (28 U.S.C.) เป็นกลไกหลักในการคุ้มครองบุคลากรภาครัฐ โดยมาตรา 2679 สร้างหลักประกันความคุ้มครองที่เด็ดขาดด้วยการตัดสิทธิการฟ้องร้องเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคล (Exclusivity of Remedy) และกำหนดให้การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต้องกระทำต่อรัฐบาลกลาง

เท่านั้น นอกจากนี้ มาตรา 2671 ยังนิยามคำว่า ลูกจ้างของรัฐบาล ไว้อย่างกว้างขวางครอบคลุมถึงอาสาสมัครและผู้ปฏิบัติงานชั่วคราว ซึ่งเอื้อต่อการระดมบุคลากรในสถานการณ์ฉุกเฉินและการแพทย์ทางไกล โดยให้รัฐเข้ามาสวมสิทธิรับผิดชอบเสมือนหนึ่งเป็นเอกชนตามมาตรา 1346(b)

การอภิปรายผล

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ซึ่งประชาชนทุกคนมีสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพอันถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญและเป็นสิทธิของประชาชนที่จะได้รับการบริการทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีกฎหมายที่จะสามารถเข้ามากำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ มีเพียงกฎหมายแวดล้อม และกฎหมายลำดับรองที่ใช้ในการกำกับดูแลเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ อีกทั้งในการนำเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพมาใช้ในระบบบริการสุขภาพต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการยังไม่ได้ได้รับความคุ้มครองอย่างเพียงพอในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น และประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่มีความรอบรู้ทางด้านการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จากการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ปัญหาการขาดบทบัญญัติกฎหมายเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล เห็นว่า กฎหมายของประเทศไทยและนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่กลุ่มเปราะบางและผู้พิการยังต้องเผชิญกับอุปสรรคซ้ำซ้อน ทั้งข้อจำกัดทางร่างกายและภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อม เนื่องจากสถานบริการในชุมชนยังขาดแคลนเทคโนโลยีและเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น แม้ภาครัฐจะมีการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างแท้จริง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างที่ขาดความ

คล่องตัว อีกทั้งยังขาดกลไกทางกฎหมายที่ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกระจายเทคโนโลยีสู่ชุมชน จึงเห็นได้ว่า ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ทั้งการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานและการส่งเสริมเทคโนโลยี ดังเช่น แผนนโยบายขององค์การอนามัยโลก และกฎหมายของประเทศเดนมาร์ก ประเทศเยอรมัน ประเทศสวีเดน และประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการผลักดันในการนำนวัตกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพมาใช้ในประเทศมากขึ้น โดยเฉพาะสนับสนุนกลุ่มธุรกิจเริ่มต้น (Startup) และแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและทันสมัยได้อย่างเท่าเทียมและยั่งยืน

2. ปัญหาการขาดการรับรองบริการด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น เห็นว่า ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีส่วนช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในสังคมอย่างรกดี แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพมีกองทุนที่ช่วยเหลือประชาชน ไม่ว่าจะเป็กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนเงินกู้ยืมเพื่อสุขภาพ อีกทั้งยังมีนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการครอบคลุมบริการที่จำเป็นบางอย่าง เช่น การรักษาโรคที่ซับซ้อนหรือความต้องการพิเศษที่อาจไม่ครอบคลุมโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 ได้นิยามคำว่า บริการสาธารณสุข ไว้อย่างกว้าง แต่ยังไม่ระบุชัดเจนถึงการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่และแอปพลิเคชันสุขภาพ กล่าวคือ แม้ว่าเทคโนโลยีจะมีความก้าวหน้า แต่กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นยังไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ดังกล่าว จึงเห็นได้ว่า ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายโดยควรขยายคำนิยามคำว่า บริการสาธารณสุข เพื่อขยายสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น รวมทั้งแอปพลิเคชัน และนวัตกรรมดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมสร้างนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพได้อีกด้วย ซึ่ง

สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกด้านสุขภาพดิจิทัลโดยให้เทคโนโลยีคือปัจจัยพื้นฐานใหม่ของการดูแลสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับกฎหมายของประเทศเดนมาร์กที่รัฐขยายขอบเขตการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ครอบคลุมถึงแอปพลิเคชันสุขภาพที่ผ่านการรับรองและเปิดโอกาสให้เอกชนนำปัญญาประดิษฐ์ (AI) เข้าสู่ระบบบริการของรัฐ จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงเครื่องมือดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและปลอดภัย เช่นเดียวกับประเทศเยอรมันที่อนุญาตให้แอปพลิเคชันสุขภาพ (DiGA) สามารถนำมาใช้ติดตามรักษาผู้ป่วยได้ และเบิกค่าใช้จ่ายได้จริงจากกองทุนรัฐ และสอดคล้องกับประเทศสวีเดนที่มีการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเทคโนโลยีและการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Healthcare) รวมทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาที่กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมซึ่งรวมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดังนั้น การแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในครั้งนี้ ยังสามารถเป็นต้นแบบหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบของระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ดังเช่น ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในระยะต่อไป ซึ่งการแก้ไขกฎหมายไทยให้ชัดเจนในเรื่องนี้เป็นการสร้างหลักประกันสิทธิทางสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างปลอดภัยและเท่าเทียมกันอย่างแท้จริง

3. ปัญหาการจำกัดความรับผิดของบุคลากรทางการแพทย์ เห็นว่า แม้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์จะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มุ่งใช้เทคโนโลยีลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่กฎหมายคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังไม่สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว กล่าวคือ ประเทศไทยยังคงยึดถือหลักความรับผิดบนพื้นฐานของความผิดตาม มาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เป็ นหลัก และแม้ จะมี มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เข้ามาช่วยเยียวยาความเสียหายเบื้องต้น แต่บทบัญญัติดังกล่าวยังมีข้อจำกัดด้านวงเงินและขอบเขตผู้มีสิทธิที่สำคัญคือการจ่ายเงินเยียวยาดังกล่าว ไม่ได้มีผลเป็นการตัดสิทธิ การฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ แม้จะมี

พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ที่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ ห้ามฟ้องเจ้าหน้าที่โดยตรง หากเป็นการปฏิบัติหน้าที่และให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบใช้คืนหน่วยงานเฉพาะกรณีจิตใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงก็ตาม แต่กฎหมายดังกล่าวมีขอบเขตจำกัดโดยไม่ครอบคลุมบุคลากรภาคเอกชนหรืออาสาสมัคร โดยจำกัดความรับผิดเฉพาะทางแพ่ง ไม่คุ้มครองความรับผิดทางอาญา ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่บุคลากรทางการแพทย์กังวลที่สุด ดังนั้น ลำพังกฎหมายที่มีอยู่จึงยังไม่เพียงพอที่จะสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล จึงเห็นได้ว่า ระบบกฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันยังขาดกลไกการจำกัดความรับผิดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล จึงควรใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อแยกตัวบุคคลออกจากความรับผิด ดังเช่นประเทศเดนมาร์กและประเทศสวีเดนที่ใช้ระบบกองทุนทดแทนและประกันภัยบังคับแบบไม่ต้องพิสูจน์ความผิดที่ครอบคลุมถึงความล้มเหลวของอุปกรณ์เทคโนโลยี และให้จำกัดความรับผิดจากการดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพมากกว่าผลลัพธ์ และให้ความสำคัญกับความยินยอมในการโอนความเสี่ยงภัยดังเช่นประเทศเยอรมัน และให้ใช้หลักประกันความคุ้มครองที่เด็ดขาดด้วยการตัดสิทธิฟ้องร้องเจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคลและกำหนดให้ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต้องกระทำต่อรัฐบาลกลางเท่านั้น ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้ เพื่อสร้างดุลยภาพระหว่างการคุ้มครองผู้ป่วยและความมั่นคงในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ปัญหาข้างต้น จึงควรมีการแก้ไขและปรับปรุงกฎหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยทั้งการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานและการส่งเสริมเทคโนโลยี และเพื่อความชัดเจนในเรื่องความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนให้สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างปลอดภัยและเท่าเทียมกัน อีกทั้งเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ได้นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและจำเป็นมาใช้ในการบริการทางการแพทย์โดยการสร้างดุลยภาพระหว่างการคุ้มครองผู้ป่วยและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเห็นควรแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นต้นแบบหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบของระบบ

ประกันสุขภาพอื่น ๆ ดังเช่น ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในระยะต่อไป เพื่อสร้างมาตรฐานการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศไทยให้มีความทัดเทียมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกสิทธิการรักษาอย่างแท้จริง ดังต่อไปนี้

1) แก้ไขบทบัญญัติมาตรา 3 โดยให้คำว่า บริการสาธารณสุข นั้น ครอบคลุมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็น รวมทั้งแอปพลิเคชัน และนวัตกรรมดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ โดยให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมสร้างนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ

2) แก้ไขบทบัญญัติมาตรา 5 โดยให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมไปถึงแอปพลิเคชันสุขภาพ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำเป็นตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้รับบริการ ให้ออกกฎหมายลำดับรองเพื่อกำหนดขอบเขต ประเภท และขั้นตอนในการให้บริการที่สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ได้ โดยให้จำแนกตามระดับความเสี่ยง ซึ่งในระยะแรกจำแนกตามระดับความเสี่ยง ดังนี้

2.1) บริการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ อาทิ ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามอาการ ควรเปิดโอกาสอย่างกว้างให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันสุขภาพได้อย่างแพร่หลาย เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและลดความแออัดในสถานพยาบาล

2.2) บริการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน การนำเทคโนโลยีขั้นสูงหรือปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาประยุกต์ใช้ ควรถูกจำกัดบทบาทให้เป็นเพียงเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น โดยกฎหมายต้องกำหนดให้แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ใช้ดุลพินิจในการตัดสินใจขั้นสุดท้าย ทั้งนี้ เพื่อสร้างดุลยภาพระหว่างการคุ้มครองสวัสดิภาพของผู้ป่วย และการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์

3) เพิ่มหมวด 4/1 เรื่อง แอปพลิเคชันสุขภาพ โดยกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลทั่วไป และให้จัดตั้งคณะกรรมการแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ

โดยมีหน้าที่ในการจัดให้มีแอปพลิเคชันด้านสุขภาพที่มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

4) แก้ไขบทบัญญัติมาตรา 18 ที่ให้อำนาจหน้าที่แก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้สามารถสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้ออกเงินเข้าร่วมลงทุนในการบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีรายละเอียดในหลักเกณฑ์ดังนี้

4.1) ควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานโดยเฉพาะระบบอินเทอร์เน็ต และการสื่อสาร โดยให้ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้อย่างเท่าเทียมกัน และสนับสนุนการพัฒนาแพลตฟอร์มเทคโนโลยีสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตรกับผู้ใช้ในกลุ่มเปราะบาง เช่น มีการทำงานที่ช่วยเหลือผู้พิการในด้านต่าง ๆ เป็นต้น

4.2) ควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมและการสร้างความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ กล่าวคือ พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการใช้งานเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล เช่น การใช้งานแอปพลิเคชันการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การดูแลสุขภาพทางออนไลน์ และการตรวจสุขภาพเบื้องต้นจากที่บ้าน เช่นเดียวกับประเทศเดนมาร์ก ประเทศสวีเดน และประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ได้

มุ่งเน้นที่การให้การฝึกอบรมและการสนับสนุนการใช้งานเทคโนโลยีทางการแพทย์แก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

4.3) ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ดังเช่น นาฬิกาอัจฉริยะ (Smart watch) เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ และควรมีแพลตฟอร์มดิจิทัล สำหรับให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ตรวจสอบติดตาม

5) แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 41 โดยเพิ่มวรรคสอง กำหนดให้ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขผ่านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการติดตามรักษา หรือให้คำแนะนำผู้ป่วย หากได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสุจริต และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการแล้ว โดยไม่ต้องรับผิดชอบที่เกิดจากความขัดข้องทางเทคนิคหรือเหตุสุดวิสัย บุคลากรทางการแพทย์ย่อมได้รับการคุ้มครอง โดยไม่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนเป็นการส่วนตัว เว้นแต่ความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

เอกสารอ้างอิง

- Academy of Moral and Political Sciences. (2018). *Creating fairness to reduce inequality in society*. In *Proceedings of the 2018 Royal Society mobile academic conference*. The Royal Society of Thailand.
- Digital Health Bureau. (2024). Guidelines for driving the 30-baht treat everywhere with a single ID card policy for healthcare facilities. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
- Jitsuchon, S. (2015). Research report on inequality in Thai society: Trends, policies, and policy drivers. Thailand Development Research Institute. retrieved from <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2017/06/Synthesis-Report-Year-2-Inclusive-Growth.pdf>
- Medical Council of Thailand. (2020). Announcement of the Medical Council no. 54/2563 on guidelines for telemedicine and online clinics. Royal Thai Government Gazette, 137(Special 166 Ng), 52.
- Ministry of Health and Social Affairs. (2020). *Common starting points for digitisation of social services and health care*. Vision for eHealth 2025. retrieved from <https://knowledgehub.thcspartnership.eu/storage/documents/RSN0Cg80kDOQADehGCahkmC6tBi paCCKXd2h5yh.pdf>
- Ministry of Public Health. (2021). *Announcement of the Ministry of Public Health on standards for providing services of health facilities using telemedicine systems B.E. 2564*.

- Mongkhonsuebsakul, W. (2022). Thailand's Access to Healthcare Services: The reflection and inequality of Vulnerable Group. *SAU Journal of Social Sciences & Humanities*, 4(1), 55–69. retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255>
- National Health Security Board. (2012). *Regulation of the National Health Security Board on rules, procedures, and conditions for the payment of preliminary assistance in case a service receiver suffers damage from medical treatment*, B.E. 2555.
- National Statistical Office, & United Nations Children's Fund. (2023). The 2022 disability survey.
- National Statistical Office. (2023). *The 2023 health and welfare survey*. Ministry of Digital Economy and Society.
- Pharmacy Council of Thailand. (2022). Announcement of the Pharmacy Council no. 62/2565 on guidelines on standards for telepharmacy services. Royal Thai Government Gazette, 139(Special 281 Ng), 8.
- Pitakthanin, A. (2014). Review of studies on inequality and injustice in Thai society. *Journal of Social Research*, 37(2), 281–292. retrieved from <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socialresearchjournal/article/view/83852>
- Tantijinda, K. (2015). *Survey article on Thailand's inequality situation*. Development Strategy and Policy Analysis Unit.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). Announcement of the Thailand Nursing and Midwifery Council on guidelines for tele-nursing B.E. 2564. Royal Thai Government Gazette, 138 (Special 33 Ng), 49.
- Urwannachotima, N. (2016). Social determinants of health and health promotion in population. *Journal of Health Science*, 25(1), 147–156.
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on digital health 2020–2025*. retrieved from https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Development Chronic Disease Clinic Service at Nongkham Health Promoting Hospital, Nongkham Subdistrict at Samat District, Roi Et Province

Aem-orn Singpong¹, Surasak Thiabrithi², Vorapoj Promasatayaprot³

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

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Corresponding author: e-mail : Praew.spong@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Singpong, A.-orn., Thiabrithi, S., & Promasatayaprot, V. Development Chronic Disease Clinic Service at Nongkham Health Promoting Hospital, Nongkham Subdistrict At Samat District, Roi Et Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287871

Received: 16 March 2026

Revised: 24 March 2026

Accepted: 29 March 2026

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are a major challenge for the primary care system. Although the chronic disease clinic at Ban Nongkham Health Promoting Hospital met the "Quality NCD" criteria, patient health outcomes failed to achieve the "NCD Clinic Plus" standards. This research, therefore, aimed to develop health services by adopting the Chronic Care Model (CCM) as its core conceptual framework.

This six-month action research project involved 211 participants, including patients with diabetes and hypertension (86), caregivers (86), and a development team (39). The study followed the four-stage PAOR cycle (Plan, Act, Observe, Reflect). Data were collected through questionnaires, observations, and reflections, then analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The results of the NONGKHAM Model implementation showed significant positive developments in health knowledge, self-care behaviors, and service satisfaction ($p < 0.001$). These improvements directly contributed to enhanced clinical outcomes, specifically in blood glucose and blood pressure levels. This confirms the success of a service system that is integrated with the actual context and lifestyles of the patients.

The integration of CCM with action research can effectively elevate the quality of chronic care in primary services. This model serves as a prototype for other service units with similar policies and operational contexts.

Keywords: Chronic Care Model; practical action research; NONGKHAM Model; chronic disease clinic

การพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองขาม ตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

เอมอร สิงห์ป่อง¹, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์², วรพจน์ พรหมสัตยพรต³

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: Praew.spong@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 16 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 24 มีนาคม 2569.

วันตอบรับ 29 มีนาคม 2569

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ แม้คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. บ้านหนองขาม จะผ่านเกณฑ์ NCD คุณภาพ แต่ผลลัพธ์สุขภาพผู้ป่วยยังไม่บรรลุเกณฑ์ NCD Clinic Plus การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาบริการสุขภาพโดยใช้ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) เป็นกรอบแนวคิดหลัก

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มเป้าหมาย 211 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (86 คน) ญาติผู้ดูแล (86 คน) และทีมพัฒนา (39 คน) ดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการพัฒนาบริการสุขภาพตามแนวทาง NONGKHAM MODEL พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการเชิงบวกทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อบริการ ($p < 0.001$) โดยส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น ทั้งระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ยืนยันถึงความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วย

การใช้ CCM ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิได้ สามารถนำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงในเชิงนโยบายและการปฏิบัติได้

คำสำคัญ : ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; การวิจัยเชิงปฏิบัติ; ตัวแบบ NONGKHAM; คลินิกโรคเรื้อรัง

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเหล่านี้ไม่เพียงแต่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสาธารณสุขอย่างมหาศาลต่อประเทศ แม้ว่าประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนนโยบายเชิงรุกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการจัดตั้งและพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในหลายพื้นที่ ยังคงไม่บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดของ NCD Clinic Plus ซึ่งให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes) และความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care) อย่างเป็นรูปธรรม (World Health Organization, 2023)

ในบริบทของพื้นที่ชนบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม เป็นหนึ่งในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องเผชิญกับความท้าทายจากอุปสรรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าทางหน่วยบริการจะมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกโรคเรื้อรังอย่างครบถ้วน แต่ผลการประเมินกลับพบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่าง (Gap) ที่สำคัญของระบบบริการในปัจจุบัน ซึ่งปัญหาอาจไม่ได้เกิดจากการขาดแคลนการให้บริการทางการแพทย์ แต่อาจมีสาเหตุมาจากระบบการดูแลที่ยังขาดความเชื่อมโยง ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชนตัวแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) เป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวแบบนี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนระบบบริการจากเชิงรับเป็นเชิงรุก ผ่านการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) การ

สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) องค์กร และระบบสุขภาพ (Health System/Organization of Health Care) และทรัพยากรชุมชน (Community Resources) อย่างไรก็ตาม การนำกรอบแนวคิด CCM ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในบริบทจริงของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการสำเร็จรูปได้ แต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาและปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทข้อจำกัด และทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม

จากปัญหาและความท้าทายดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม โดยใช้ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ควบคู่ไปกับการนำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้เป็นกระบวนการขับเคลื่อน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติการ และสะท้อนผลร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสรรครูปแบบการให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) เป็นฐานในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม โดยขับเคลื่อนผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2014) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

กิจกรรมการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ระบบ Smart NCD Clinic Online, การติดตามดูแลผ่าน LINE, การจัดบริการเชิงรุกผ่าน NCD Station ในชุมชน, การเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการดูแลระดับครัวเรือน โดยผลจากการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมนี้ นำไปสู่การสังเคราะห์ "NONGKHAM MODEL" ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ที่สอดคล้องกับแนวทาง CCM สนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2014) เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม โดยมุ่งปรับปรุงกระบวนการเดิมให้มีประสิทธิภาพในบริบทจริง ดำเนินงานอย่างเป็นระบบผ่านวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) วิเคราะห์บริบท ปัญหา และความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบการบริการตามกรอบ Chronic Care Model (2) การปฏิบัติ (Action) นำแผนสู่การปฏิบัติจริง เช่น การใช้ Smart NCD Clinic Online, บริการเชิงรุกในชุมชน, การให้ความรู้ผู้ป่วย และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (3) การสังเกตผล (Observation) ติดตามประเมินกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (4) การสะท้อนผล (Reflection) ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อนำบทเรียนและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงในรอบถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผู้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 39 คน

ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังตัวแทนผู้ป่วย และตัวแทนญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (2) กลุ่มประเมินระบบบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแล ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินระบบบริการ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Cochran , W. G. (1977) ในกรณีทราบจำนวนประชากร จากผู้ป่วยทั้งหมด 128 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 86 คน และญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 86 คน รวมทั้งสิ้น 172 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified random sampling) ตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ ญาติหรือผู้ดูแลจะถูกคัดเลือกเป็นคู่กับผู้ป่วยที่สุ่มได้ เพื่อให้ข้อมูลสอดคล้องกันเป็นรายครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์ ส่วนเครื่องมือเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติหรือผู้ดูแล ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการรับบริการ ทั้งนี้ เครื่องมื่อดังกล่าวใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนาการให้บริการสุขภาพตามรูปแบบ NONGKHAM MODEL ควบคู่กับเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินการวิจัยที่ครอบคลุมขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา โดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าเครื่องมือมีค่า IOC เท่ากับ 0.78

สำหรับเครื่องมือเชิงปริมาณ นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับข้อคำถามมาตรฐานประมาณค่าพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ในส่วนของเครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบแหล่งข้อมูล (Data triangulation) จากบุคคลที่ต่างกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเริ่มจากการประสานงานเพื่อขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงลงพื้นที่เพื่อพบปะกลุ่มเป้าหมาย ทั้งผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล และทีมพัฒนาระบบ โดยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนสิทธิในการปกปิดความลับและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาการให้บริการสุขภาพ (NONGKHAM MODEL) โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ ยังมีการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบมีส่วนร่วมไปพร้อมกับวงจรการวิจัย (การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล) ผ่านวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดประชุมและการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตการณ์ (Observation)

4. ก่อนนำข้อมูลเชิงคุณภาพไปวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเทียบเคียงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และ

การบันทึกการประชุม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงอย่างรอบด้านที่สุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยสมัครใจ ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 263-217/2568 ลงวันที่ 9 เมษายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา

(2) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้แนวทางอุปนัยจากข้อมูลการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายและตีความประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษานำเสนอจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยจัดเรียงผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ บริบทการให้บริการสุขภาพ กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพ ผลของการพัฒนา และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม

1. บริบทการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านหนองขาม

คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขามให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรวม 858 คน โดยมีระบบบริการและทีมสหวิชาชีพที่แบ่งหน้าที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดภาระงานสูง การ

ดูแลยังเน้นภายในคลินิก ทำให้การติดตามต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยบางกลุ่มมีข้อจำกัด ข้อมูลประชากรพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยโรคความดันโลหิตสูงมีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน ภาพรวมดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อบริบทพื้นที่มากขึ้น

2. กระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านหนองขาม

ดำเนินการตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวนรอบ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล โดยใช้กรอบ Chronic Care Model (CCM) เป็นฐานในการออกแบบและปรับระบบบริการร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 39 คน ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ปัญหาและการทำ Focus group นำไปสู่การดำเนินกิจกรรมพัฒนา 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ Smart NCD Clinic Online, “LINE ใจดี”, NCD Station, NCD School และ อสม. โค้ชสุขภาพ ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องในการติดตาม และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมมีการติดตามประเมินและนำข้อค้นพบจากการสะท้อนผลไปปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านหนองขาม

ประเมินจากการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค

ความดันโลหิตสูง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมด้านความพึงพอใจ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 86 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63.47 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ และประกอบอาชีพเกษตรกรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,242 บาท โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 7.23 ปี ผลการศึกษาภายหลังการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาม แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจนทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนาที่บูรณาการแนวทางการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบในด้านระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ภายหลังจากพัฒนา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจากระดับปานกลางก่อนการพัฒนาเป็นระดับสูงหลังการพัฒนา เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการจัดการอารมณ์และการออกกำลังกาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพในมิติที่เชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 86)

ความรู้ด้าน	ก่อนการพัฒนา				หลังการพัฒนา				df	t	p-value
	Mean	S.D	Min	Max	Mean	S.D	Min	Max			
อ.1 การรับประทานอาหาร	5.08	1.09	2.00	7.00	6.41	0.68	4.00	7.00	85	9.87	<0.001
อ.2 การออกกำลังกาย	4.96	1.12	2.00	7.00	6.32	0.71	3.00	7.00	85	9.41	<0.001
อ.3 การจัดการอารมณ์	4.73	1.18	1.00	7.00	6.18	0.77	3.00	7.00	85	10.04	<0.001
ส.1 การไม่สูบบุหรี่	5.21	1.03	3.00	7.00	6.50	0.63	4.00	7.00	85	9.68	<0.001
ส.2 การไม่ดื่มสุรา	5.14	1.01	3.00	7.00	6.47	0.69	4.00	7.00	85	9.72	<0.001

การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ดังกล่าวส่งผลต่อเนื่องไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดย

รวมอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้งช่วงต้น-กลาง แต่ภายหลังการพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็นระดับปฏิบัติบางครั้งช่วงปลาย และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้าน มีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการรับประทานอาหาร ขณะที่ด้านการไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรายังคงอยู่ในระดับสูง แสดงให้

เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างรอบด้าน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=86)

พฤติกรรม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean Diff	df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ด้านการรับประทานยา	1.86	0.42	2.25	0.38	0.385	85	12.453	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.89	0.37	2.23	0.34	0.336	85	10.339	<.001
ด้านการจัดการอารมณ์	1.92	0.41	2.24	0.38	0.319	85	9.704	<.001
ด้านการไม่สูบบุหรี่	2.13	0.34	2.36	0.33	0.232	85	7.75	<.001
ด้านการไม่ดื่มสุรา	2.06	0.46	2.33	0.37	0.271	85	7.528	<.001
ด้านการรับประทานยา	1.92	0.39	2.26	0.39	0.336	85	9.585	<.001
ค่าเฉลี่ยรวม	1.96	0.39	2.28	0.36	0.290	85	10.85	<.001

การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยพบว่าหลังการพัฒนา ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจน และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว (FBS) มีค่าเฉลี่ยลดลง และจำนวนผู้ป่วยที่

ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ผลลัพธ์ดังกล่าว สะท้อนว่าการพัฒนาการให้บริการไม่เพียงส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การปรับปรุงตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญทางคลินิก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Min-Max	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Min-Max		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว Systolic (mmHg)	146.8	12.4	118-178	134.6	11.7	112-162	5.21	<0.001
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว Diastolic (mmHg)	91.2	8.6	74-112	84.3	7.9	70-102	4.67	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	162.4	28.7	104-240	143.9	24.5	96-210	6.02	<0.001

นอกจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพแล้ว ระดับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการพัฒนา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการปฏิบัติงานและการบริการมีคะแนนสูงที่สุด

รองลงมาคือด้านผลลัพธ์และคุณภาพของการดูแล ขณะที่ด้านความสะดวกและการประสานงานมีแนวโน้มดีขึ้น สะท้อนว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการที่เข้าถึงง่าย ต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการมากขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจำแนกรายด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนา

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ด้านการประสานงาน (Coordination)	3.95	0.38	4.36	0.39	<0.001
ด้านการปฏิบัติงานและการบริการ (Performance & Services)	4.00	0.39	4.39	0.39	<0.001
ด้านการให้ข้อมูลและการตอบสนอง (Information Feedback)	3.96	0.46	4.35	0.45	<0.001
ด้านผลลัพธ์และคุณภาพ (Outcome / Quality)	3.99	0.44	4.37	0.43	<0.001
ภาพรวม	3.97	0.41	4.36	0.41	<0.001

โดยสรุป ผลการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในมิติของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงอย่างเป็นลำดับจากการเพิ่มขึ้นของความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และความพึงพอใจต่อการรับบริการ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และนอกเหนือจากผลลัพธ์ในมิติของผู้ป่วยแล้วยังสะท้อนผ่านมุมมองของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในชีวิตประจำวัน นำเสนอผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนาการให้บริการ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 86 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48.21 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ และประกอบอาชีพ

เกษตรกรกรรม โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 4,958 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรส และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.33 ปี

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการรับบริการก่อนและหลังการพัฒนาการให้บริการ พบว่า หลังการพัฒนา ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่าด้านการให้ข้อมูลและการตอบสนอง และด้านการประสานงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดภายหลังการพัฒนา ขณะที่ด้านการปฏิบัติงานและการบริการ ด้านความสะดวก และด้านผลลัพธ์และคุณภาพของการให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมากเช่นกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจำแนกรายด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนา

ด้าน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1. ความสะดวก (Convenience)	3.98	0.47	4.44	0.44	p<0.001
2. การประสานงาน (Coordination)	4.07	0.41	4.48	0.39	p<0.001
3. การปฏิบัติงานและการบริการ (Performance & Services)	4.12	0.47	4.47	0.45	p<0.001
4. การให้ข้อมูลและการตอบสนอง (Information Feedback)	4.10	0.47	4.48	0.38	p<0.001
5. ผลลัพธ์และคุณภาพ(Outcome/Quality)	4.07	0.55	4.39	0.54	p<0.001
ภาพรวม	4.07	0.47	4.45	0.44	p<0.001

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านหนองขาม

การพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต.บ้านหนองขาม ประสบความสำเร็จจากการบูรณาการปัจจัยสำคัญหลายด้านที่ทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การสนับสนุนเชิงนโยบาย

และทิศทางการบริหารที่ชัดเจน บทบาทเชิงรุกและความทุ่มเทของบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวผู้ป่วย การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และการจัดบริการที่เข้าถึงง่าย มีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชนบท ปัจจัยเหล่านี้เป็นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรังให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกับการถอดบทเรียนการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ทำให้สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่บ้านหนองขาม และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นรูปธรรม เรียกว่า NONGKHAM model ซึ่งเป็นกรอบการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยี ครอบครัว อาสาสมัคร และชุมชนเข้าด้วยกัน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

โดย NONGKHAM model ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1. N = New Normal Smart Clinic พัฒนาระบบ Smart NCD Clinic Online เพื่อใช้ในการบริหารจัดการคิวตรวจ ลดความแออัดในคลินิก และใช้ระบบ Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) เพื่อเชื่อมโยงการบริการระหว่างพยาบาลที่ รพ.สต. กับแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีผลเลือดผิดปกติหรือต้องการการปรับยาที่ซับซ้อน

2. O = Online Positive Group จัดตั้งกลุ่มไลน์ (LINE Group) ที่ประกอบด้วยผู้ป่วย ญาติ อสม. และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้ชื่อว่า "LINE ใจดี" เพื่อเป็นช่องทางในการส่งข้อมูลความรู้สุขภาพที่เป็นดิจิทัล เช่น อินโฟกราฟิก อาหารพื้นบ้าน การออกกำลังกาย และเป็นพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้ส่งต่อพลังบวกหรือสอบถามข้อสงสัยเบื้องต้นได้ตลอดเวลา

3. N = NCD Station จัดตั้งจุดบริการสุขภาพในชุมชนตามพิกัดหมู่บ้าน โดยใช้พื้นที่ศาลาประชาคมหรือบ้าน อสม. แคนนำ เพื่อให้บริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เจาะเลือด ตรวจวัดความดันโลหิต และประเมินสัญญาณชีพเบื้องต้นก่อนวันนัดจริง รวมถึงเป็นจุดกระจายยาสำหรับผู้ป่วยที่คุมอาการได้ดี

4. G = Growing Knowledge – NCD School จัดตั้งโรงเรียน NCD ที่เน้นการเรียนการสอนแบบเน้นทักษะ (Skill-based) มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว เช่น การสาธิตการปรุงอาหารสูตรลดโซเดียมโดยใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น การฝึกอ่านฉลากโภชนาการ และการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างผู้ป่วยที่คุมโรคได้ดีกับผู้ป่วยรายใหม่

5. K = Key Role of Village Health Volunteers พัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่ให้เป็น อสม. ใจสุขภาพ โดยเน้นทักษะการติดตามประเมินอาการเบื้องต้นที่บ้าน การใช้เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัล และทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง ได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

6. H = Holistic and Accessible Management ออกแบบระบบบริหารจัดการที่มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาเชิงรุก และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการจัดบริการที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชาวชนบท (เช่น การนัดหมายตามฤดูกาลเก็บเกี่ยว) และมีการจัดระบบส่งต่อที่รวดเร็วหากเกิดภาวะฉุกเฉิน

ดังนั้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต.บ้านหนองขาม ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการบูรณาการนโยบาย ระบบบริการ บุคลากร เทคโนโลยี ครอบครัว และชุมชนเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งนำไปสู่การสังเคราะห์เป็น NONGKHAM model ในฐานะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้จริง และมีศักยภาพในการขยายผลสู่การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

1. บริบทของการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า บริบทการให้บริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขามมีลักษณะสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท ที่รายงานในงานวิจัยก่อนหน้า กล่าวคือ ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก

ภายใต้ข้อจำกัดด้านกำลังคน ทรัพยากร และระบบติดตามผล ส่งผลให้การดูแลยังมีลักษณะเชิงรับและขาดความต่อเนื่องในบางกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นเดียวกับที่พบในงานของ Omchana, (2020) และ Promasatayaprot, (2021) ในขณะเดียวกัน บ้านหนองขามมีจุดแข็งด้านโครงสร้างการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย อสม. และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าปัจจัยดังกล่าวช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตามในระดับครัวเรือน (Nariss, 2021) เมื่อพิจารณาร่วมกับบริบทของบ้านหนองขามจึงสะท้อนทั้งข้อจำกัดเชิงระบบที่พบร่วมกับพื้นที่อื่น และศักยภาพภายในที่เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังตามกรอบ Chronic Care Model และเป็นฐานสำคัญของการพัฒนารูปแบบ NONGKHAM MODEL ในการศึกษาครั้งนี้

2. กระบวนการพัฒนาระบบบริการ

ผลการวิจัยสะท้อนว่า กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต.บ้านหนองขาม เป็นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งเปิดโอกาสให้ทีมปฏิบัติงานได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินงาน และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wongcharoen (2021) ที่ระบุว่าการใช้ Action Research ช่วยให้การพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากขึ้น การออกแบบกิจกรรมพัฒนา 5 ด้าน ได้แก่ Smart NCD Clinic Online, LINE ใจดี, NCD Station, โรงเรียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการพัฒนา อสม. โค้ชสุขภาพ เป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model โดยเฉพาะด้านการออกแบบระบบบริการ และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Phannongsphon et al. (2020) นอกจากนี้ การนำบริการเชิงรุกออกสู่ชุมชนและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผ่าน อสม. ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pimchanok (2024) ที่ชี้ว่าการจัดบริการใกล้บ้านช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสรุปได้ว่ากระบวนการพัฒนาระบบบริการในคลินิกโรคเรื้อรังบ้านหนองขามเป็นการบูรณาการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับกรอบแนวคิด CCM อย่างเป็นระบบ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง ช่วยสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

3. ผลของการพัฒนาในด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการ

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต.บ้านหนองขาม ส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สุขภาพ และความพึงพอใจต่อการรับบริการ สะท้อนประสิทธิผลของการจัดระบบบริการตามกรอบ Chronic Care Model ในระดับปฐมภูมิ ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงภายหลังการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่า การจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบช่วยปรับปรุงตัวชี้วัดทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sonthorn & Somsri, 2021) ด้านพฤติกรรมและความรู้สุขภาพ ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองและมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น สะท้อนบทบาทของการสนับสนุนการจัดการตนเองและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Utsanee (2021) ที่ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ป่วยช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงความสะดวก ความต่อเนื่อง และคุณภาพของบริการที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nariss (2021) ที่พบว่าการจัดบริการแบบทีมและการดูแลต่อเนื่องช่วยเพิ่มประสบการณ์เชิงบวกของผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งสรุปได้ว่า ผลการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังบ้านหนองขาม แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการปรับระบบบริการกับการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย และยืนยันความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้กรอบ CCM ในบริบทปฐมภูมิ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน

ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกโรคเรื้อรังของ รพ.สต.บ้านหนองขาม เกิดจากการบูรณาการปัจจัยสำคัญในระดับนโยบาย หน่วยบริการ และชุมชน ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Chronic Care Model (CCM) การสนับสนุนเชิงนโยบายและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารเป็นปัจจัยตั้งต้นที่เอื้อต่อการจัดบริการที่เน้นความต่อเนื่องและการเข้าถึงของ

ผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Suthi et al. (2022) ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และ อสม. ช่วยเสริมการติดตามผู้ป่วยในระดับครัวเรือนและการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Prayong (2019) และ Noosen (2021) ในระดับหน่วยบริการ ความทุ่มเทของบุคลากรและการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nariss (2021) นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบท เช่น ระบบสื่อสารและข้อมูลสุขภาพ ช่วยลดข้อจำกัดด้านการติดตามและการประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทของระบบข้อมูลต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (Sharma, 2021; Pimthong, 2022)

ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของการสังเคราะห์ “NONGKHAM MODEL” ซึ่งสะท้อนการบูรณาการองค์ประกอบของ CCM เข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างเหมาะสม และแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในบริบทชนบทสามารถสร้างผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในระดับนโยบาย หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคควรส่งเสริมการนำ NONGKHAM MODEL ไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท โดยมุ่งเน้นการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างระบบ Smart NCD Clinic Online เข้ากับยุทธภาพการบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการแพทย์ทางไกล

2. การขยายผลและประยุกต์ใช้รูปแบบการให้บริการ (NONGKHAM MODEL) ในพื้นที่อื่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสามารถนำรูปแบบ NONGKHAM MODEL ซึ่งบูรณาการกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) เข้ากับบริบทของพื้นที่ชนบท ไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะการตั้งศักยภาพของชุมชนผ่านกิจกรรม NCD Station และโรงเรียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความแออัดใน

สถานพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับครัวเรือนและชุมชน หน่วยบริการควรมีนโยบายส่งเสริมการทำงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น อสม. โค้ชสุขภาพ รวมถึงการเสริมพลัง (Empowerment) ให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เครือข่ายเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management support) ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างของการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ และนำไปสู่ความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระยะยาวมากขึ้น เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ควรนำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้และขยายผลในวงกว้าง อีกทั้งควรมีการศึกษาที่แยกประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบของการพัฒนา เพื่อระบุองค์ประกอบที่ส่งผลต่อผลลัพธ์มากที่สุด และใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย รวมถึงคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนวิจัย

ขอขอบพระคุณหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วย และครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research*. Springer.
- Nariss, K. (2021). Integrated multidisciplinary care for chronic disease management in primary care settings. *Journal of Primary Health Care Development, 6*(1), 1–12.
- Noosen, C. (2021). Health behavior modification among high-risk groups of non-communicable diseases through community participation in Roi Et Province. *Journal of Research in Health Innovation and Development, 2*(3), 131–145.
- Omchana, K. (2020). Development of chronic disease service systems in subdistrict health promoting hospitals. *Thai Journal of Public Health, 50*(4), 567–579.
- Phannongphon, S., Promasatayaprot, V., & Chamnanborirak, P. (2020). Development of a care model for type 2 diabetes patients under the Chronic Care Model in the diabetes clinic of Khun Han Hospital, Khun Han District, Sisaket Province. *Journal of Community Public Health, 6*(2), 56–68.
- Prayong, J., Chaiprasab, P., & Manjaiwong, D. (2019). Development of chronic care model through community participation in Ban Thi District, Lamphun Province. *Journal of Health Science, 28*(5), 803–812.
- Pimchanok, H. (2024). Community-based health stations for hypertension control in rural Thailand. *Journal of Community Health Development, 12*(1), 23–35.
- Pimthong, S. (2022). Digital health information systems and continuity of care in chronic disease clinics. *Journal of Health Informatics, 8*(2), 101–112.
- Promasatayaprot, V. (2021). Chronic care model implementation in Thai primary health care. *Maharakham Public Health Journal, 5*(2), 89–102.
- Sharma, V. (2021). Digital health interventions for chronic disease management: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics, 148*, 104403. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104403>
- Sonthorn, S., & Somsri, S. (2021). Effects of chronic care model-based services on glycemic control among patients with diabetes. *Thai Journal of Nursing Council, 36*(1), 14–27.
- Suthi, C., et al. (2022). Factors influencing patient satisfaction in chronic disease clinics under the CCM framework. *Journal of Health Service Quality, 16*(3), 201–214.
- Utsanee, T. (2021). Self-management empowerment and clinical outcomes among patients with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Health, 10*(4), 256–268.
- Wongcharoen, N. (2021). Participatory action research for health service development in primary care. *Journal of Action Research in Health, 3*(1), 55–68.
- World Health Organization. (2023). *Consolidated guidelines on the prevention and management of noncommunicable diseases*. WHO.

Effectiveness of Self-Directed Video-Based Learning on Elderly Caregiver Knowledge: A Pre-Post Study in Phoknoi Sub-District Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province

Passakorn Ongarj¹, Ratchadaporn Ungcharoen^{1,*}

1 Assistant Professor Dr., Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus, Sakon Nakhon 47000, Thailand

**Corresponding author: e-mail: ratchadaporn.un@ku.th, Tel.: 081-720-6525*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Ongarj, P., & Ungcharoen, R. Effectiveness of Self-Directed Video-Based Learning on Elderly Caregiver Competency: A Pre-Post Study in Phoknoi Sub-District Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287854

Received: 16 March 2026

Revised: 25 March 2026

Accepted: 29 March 2026

Abstract

Thailand enters an aging society, resulting in an increasing number of dependent older adults who require long-term care. Community-based elderly caregivers therefore need adequate knowledge and skills to provide appropriate care. This study aimed to compare the knowledge levels of elderly caregivers, before and after receiving a self-directed video-based learning program. A quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design was conducted. The participants were 50 elderly caregivers who had completed the caregiver training program, provided by the Department of Health, and were working in the service area of Phoknoi Sub-district Health Promoting Hospital, Phannanikhom District, Sakon Nakhon Province, Thailand. Research instruments included a demographic questionnaire, and a 10-item knowledge test related to elderly care. The intervention consisted of three video-based learning modules covering nasogastric tube feeding, oxygen therapy care, and urinary catheter care. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that the mean knowledge score of caregivers after the intervention was significantly higher than before the intervention ($p < .001$). The mean score increased from 3.52 to 7.66 points. These findings indicate that the self-directed video-based learning program was effective in improving caregivers' knowledge regarding the care of dependent older adults. This approach may serve as an appropriate educational tool for enhancing caregiver competencies in community settings and may be applied to improve elderly care practices in other areas.

Keywords: elderly caregivers; video-based learning; training program; elderly care knowledge

การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

พัศกร องอาจ¹, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ^{1*}

1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 47000

*อีเมลติดต่อ: ratchadaporn.un@ku.th, โทรศัพท์: 081-720-6525

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 16 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 25 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 29 มีนาคม 2569

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลที่เหมาะสม การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอ การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกรมอนามัย และปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 50 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โปรแกรมการสอนประกอบด้วยคลิปปวีดีโอ 3 เรื่อง ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการศึกษพบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.52 เป็น 7.66 คะแนน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การเรียนรู้ผ่านวีดีโอ; โปรแกรมการสอน; ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีอัตราการเกิดลดลง และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ข้อมูลจาก National Statistical Office, 2021 ระบุว่า สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 12.5 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2580 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และก่อให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในบริบทของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregivers) ซึ่งมักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดที่ไม่มีพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพโดยตรง อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาในการดูแล เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมในการดูแล ผู้สูงอายุ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุในบางกรณีไม่เป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เช่น การหกล้ม แผลกดทับ หรือการติดเชื้อได้ งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Moreira et al., 2018; Hailu et al., 2024; Sari et al., 2025)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับภาระในการดูแล (Caregiver burden) ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเอง หากผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าจากบทบาทการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Phongtankuel et al., 2023) ดังนั้น การพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน

ปัจจุบัน การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะการเรียนรู้ผ่านสื่อวิดีโอ (Video-based learning) ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะในรูปแบบภาพและเสียง ทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น และสามารถทบทวนเนื้อหาได้หลายครั้งตามความต้องการ งานวิจัยเชิงทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การเรียนรู้ผ่านวิดีโอสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้เรียนในสาขาวิชาด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ (Morgado et al., 2024; Xiao et al., 2024) อีกทั้งยังช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลา สถานที่ และค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมแบบดั้งเดิม จึงเหมาะสมสำหรับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล

อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุในบางกรณีไม่เป็นไปตามหลักการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่บ้าง แต่การศึกษาที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนยังมีจำนวนจำกัด

ดังนั้น การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอจึงมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอ

วิธีการศึกษา (Materials and Methods)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิพวิดีโอ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสอนที่พัฒนาขึ้นต่อระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยทำการวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (Pretest) และหลังการทดลอง (Posttest) ภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านคลิพวิดีโอ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลพอกน้อย อำเภอพรหมานิคมนจังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัยและปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้แก่

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกรมอนามัย
2. ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลพอกน้อย
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน การมีโรคประจำตัว การได้รับวัคซีน และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นแบบทดสอบแบบปรนัยจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจน การป้องกันแผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

การให้คะแนนกำหนดให้ ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน

คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน ในการแปลผลระดับความรู้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การจัดระดับความรู้ตามจำนวนข้อที่ตอบถูก ดังนี้

จำนวนข้อที่ตอบถูก	ระดับความรู้
0-5 คะแนน	ระดับต่ำ
6-7 คะแนน	ระดับปานกลาง
8-10 คะแนน	ระดับสูง

เกณฑ์ดังกล่าวใช้ในการประเมินระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิพวิดีโอ

โปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ผ่านคลิพวิดีโอ

โปรแกรมการสอนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิพวิดีโอ (Video-based learning) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการสำรวจความต้องการการเรียนรู้ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ในพื้นที่ โดยทำการสอบถามประเด็นความรู้และทักษะที่ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาเพิ่มเติม และนำผลการสำรวจมาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการเรียนรู้

จากผลการสำรวจพบว่าประเด็นที่มีความต้องการพัฒนาความรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจน และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยจึงนำประเด็นดังกล่าวมาพัฒนาเป็นสื่อการสอนในรูปแบบคลิพวิดีโอเพื่อใช้ในการทดลองครั้งนี้

โปรแกรมการสอนประกอบด้วยคลิปวิดีโอ จำนวน 3 คลิป ได้แก่

1. การให้อาหารทางสายยาง (Nasogastric tube feeding)
<https://www.youtube.com/watch?v=Fnf5XfUBpLY>
2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน
<https://www.youtube.com/watch?v=agGUC9evp4g>
3. การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
<https://www.youtube.com/watch?v=8w-hJ3NKB7k>

ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถรับชมคลิปวิดีโอผ่านอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเล็ต และสามารถรับชมซ้ำได้ตามต้องการ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอ

พรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (Pretest)
3. ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ผ่านโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอ
4. หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการสอน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้อีกครั้ง (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Jamovi version 2.6.26.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย (Results)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา (n = 50)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศหญิง	50	100.0
อายุ (ปี)		
31-40	1	2.0
41-50	16	32.0
50-60	28	56.0
≥60	5	10.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	2.0
มัธยมศึกษา	39	78.0
ปริญญาตรี	3	6.0

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ปวช./ปวส.	5	10.0
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	4.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	10.0
สมรส	37	74.0
หม้าย	4	8.0
หย่าร้าง	4	8.0
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	44	88.0
รับจ้างทั่วไป	4	8.0
ค้าขาย	1	2.0
ข้าราชการ	1	2.0
การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)		
เป็น	47	94.0
ไม่เป็น	3	6.0
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	29	58.0
มี	21	42.0
การได้รับวัคซีนโควิด-19		
ได้รับวัคซีน	49	98.0
ไม่ได้รับวัคซีน	1	2.0
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจสุขภาพ	46	92.0
ไม่ตรวจ	4	8.0
ความตั้งใจดูแลผู้สูงอายุ		
ตั้งใจ 100%	46	92.0
ตั้งใจ 75%	4	8.0

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 32.0) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 53.16 ปี (SD = 6.41) ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 78.0) รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตรหรือ ปวช./ปวส. (ร้อยละ 10.0) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 6.0) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.0)

รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 10.0) หม้าย (ร้อยละ 8.0) และหย่าร้าง (ร้อยละ 8.0)

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 88.0) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 6.0) นอกจากนี้ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 94.0) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.0) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 98.0) และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 92.0) เมื่อพิจารณาความตั้งใจในการดูแลผู้สูงอายุ

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความตั้งใจดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง โดยร้อยละ 92.0 ระบุว่ามีความตั้งใจดูแลผู้สูงอายุในระดับร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความมั่นใจ (n=50)

ข้อคำถามความรู้	ก่อนการทดลอง	ระดับความรู้	หลังการทดลอง	ระดับความรู้
	ตอบถูก (%)		ตอบถูก (%)	
1. ทำที่เหมาะสมในการให้อาหารทางสายยาง	32	ต่ำ	36	ปานกลาง
2. การทำความสะอาดจุกให้อาหารทางสายยาง	24	ต่ำ	86	สูง
3. การเปลี่ยนพลาสติกสายให้อาหาร	42	ปานกลาง	96	สูง
4. การดูแลถังออกซิเจน	12	ต่ำ	12	ต่ำ
5. ปริมาณน้ำกลั่นสำหรับเพิ่มความชื้น	36	ปานกลาง	94	สูง
6. ปริมาณออกซิเจนตามคำแนะนำแพทย์	28	ต่ำ	84	สูง
7. การป้องกันแผลกดทับบริเวณร่องใบหู	32	ต่ำ	98	สูง
8. ตำแหน่งของถุงปัสสาวะ	78	สูง	62	ปานกลาง
9. ความถี่ในการเทปัสสาวะจากถุงเก็บปัสสาวะ	14	ต่ำ	98	สูง
10. การทำความสะอาดจุกก่อนเทปัสสาวะ	54	ปานกลาง	100	สูง

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิพวิดีโอ พบว่าโดยภาพรวมระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการทดลองในหลายประเด็นสำคัญ ก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางสายยาง การดูแลระบบออกซิเจน และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งมีสัดส่วนการตอบถูกอยู่ระหว่างร้อยละ 12-42 ในหลายข้อคำถาม อย่างไรก็ตาม ในประเด็นเกี่ยวกับตำแหน่งของถุงปัสสาวะที่ต้องอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง โดยมีสัดส่วนการตอบถูกร้อยละ 78

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านคลิพวิดีโอ พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในหลายประเด็น โดยเฉพาะการดูแลสายให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจน และการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งมีสัดส่วนการตอบถูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84-100 ในหลายข้อคำถาม เช่น การทำความสะอาดจุกให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 86) การเปลี่ยนพลาสติกสายให้อาหาร (ร้อยละ 96) การป้องกันแผลกดทับบริเวณร่องใบหู (ร้อยละ 98) และการทำความสะอาดจุกก่อนเทปัสสาวะ (ร้อยละ 100)

อย่างไรก็ตาม พบว่าบางประเด็นยังคงมีระดับความรู้ในระดับต่ำ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลถังออกซิเจน ซึ่งมีสัดส่วนการตอบถูกเพียงร้อยละ 12 ทั้ง

ก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ ในประเด็นตำแหน่งของถุงปัสสาวะ พบว่าสัดส่วนการตอบถูกต้องลดลงจากร้อย

ละ 78 เหลือร้อยละ 62 ภายหลังจากทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับชุดความรู้ ด้วย paired t-test (n=50)

กลุ่ม	Mean	SD.	t	Mean difference	p-value	95%CI
ก่อนการทดลอง	3.52	1.36	-18.6	-4.14	<.001	-4.59, -3.69
หลังการทดลอง	7.66	0.77				

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอ พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน (SD = 1.36) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.66 คะแนน (SD = 0.77)

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.52 เป็น 7.66 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 117.6 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Morgado et al. (2024) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดีโอมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้เรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao et al. (2024) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านวีดีโอช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบบรรยายในชั้นเรียนตามแบบดั้งเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะของสื่อวีดีโอที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ตามความเร็วของตนเอง ทบทวนเนื้อหาได้ซ้ำหลายครั้ง และเลือกเวลาเรียนรู้ได้อย่างยืดหยุ่นตามความสะดวก (Lin & Yu, 2024) นอกจากนี้ วิดีโอยังช่วยให้ผู้เรียนมองเห็นการสาธิตการปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจในเชิงทฤษฎีและการนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (He et al., 2025; Voutilainen et al., 2017)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อยมีคะแนน

ความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (3.52 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mongkon-inn et al. (2024) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2024) ที่ยืนยันว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมเฉพาะทางอย่างเร่งด่วน ประเด็นนี้มีความสำคัญต่อสาธารณสุขเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้เพียงพอสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการบาดเจ็บ การหกล้ม และการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุได้ (Sari et al., 2025) รวมถึงลดการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น อันส่งผลให้ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของครอบครัวและระบบสาธารณสุข (Hailu et al., 2024)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning Theory) ของ Knowles ที่ระบุว่าผู้เรียนซึ่งมีอิสระในการกำหนดทิศทางการเรียนรู้ของตนเองจะมีแรงจูงใจสูงกว่าและสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า การเรียนรู้แบบถูกกำหนดจากภายนอก โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปปวีดีโอช่วยให้ผู้ดูแลสามารถกำหนดเป้าหมายและรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ของตนเองได้ (Lin & Yu, 2024) นอกจากนี้ รูปแบบการเรียนรู้ดังกล่าวยังส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (Xiao et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Edward et al. (2022) ที่พบว่าผู้เรียนที่ผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเองสามารถถ่ายโอนและประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้แบบรับฟังเพียงอย่างเดียว

การใช้สื่อวิดีโอในการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อยมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในหลายมิติ ทั้งในด้านการสาธิตทักษะการดูแลที่มองเห็นได้ชัดเจน ความยืดหยุ่นในการเข้าถึง และความคุ้มค่าในเชิงทรัพยากร (He et al., 2025) โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณในการจัดอบรม การใช้วิดีโอสามารถลดต้นทุนการจัดการฝึกอบรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ยังคงประสิทธิผลในระดับสูง (Voutilainen et al., 2017; McGee et al., 2024) ปัจจัยสำคัญที่อธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยสามกลไกหลัก ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหาที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ดูแลในพื้นที่ ความยืดหยุ่นของวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมแรงจูงใจภายใน และคุณสมบัติของสื่อวิดีโอที่ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษานี้จะมุ่งเน้นการวัดความรู้เป็นหลัก แต่ผลที่ได้สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ Catalão et al. (2024) ที่ระบุว่าความรู้เป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Deepadit et al. (2023) ที่พบว่าผู้ดูแลซึ่งมีความรู้สูงกว่าสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Tuncer et al. (2024) ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของความรู้ในกลุ่มผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอุบัติการณ์แผลกดทับและการบาดเจ็บในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผล ประการแรก การวิจัยใช้รูปแบบการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเกิดอคติจากตัวแปรกวนที่ไม่ได้ควบคุม ประการที่สอง การศึกษาดำเนินการเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทพื้นที่อื่น และประการที่สาม การศึกษาวัดเฉพาะตัวแปรด้านความรู้ โดยยังไม่ได้วัดสมรรถนะในการดูแลโดยตรง ทักษะปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) ขยายพื้นที่การศึกษาไปยังหลายแห่ง และวัดผลลัพธ์หลายมิติ ทั้งสมรรถนะในการดูแล ทักษะปฏิบัติ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้รับการดูแล เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

สรุป (Conclusion)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.52 เป็น 7.66 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวิดีโอสามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าสื่อการเรียนรู้ผ่านคลิปวิดีโอเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน เนื่องจากสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความสะดวกของผู้เรียน นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ดูแลในพื้นที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนดังกล่าว

ดังนั้น การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่มีศักยภาพในการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การศึกษานี้ยืนยันว่าโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านคลิปวิดีโอช่วยเพิ่มระดับความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดสมรรถนะอย่างแท้จริง หน่วยงานสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำคลิปวิดีโอนี้ไปใช้เป็นสื่อพื้นฐานในการเพิ่มความรู้ โดยต้องจัดให้มีการฝึกทักษะปฏิบัติร่วมกับอุปกรณ์จริงภายใต้การกำกับดูแลของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเปลี่ยนจากความรู้ไปสู่ทักษะการดูแลที่ถูกต้อง

2) ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าถึงคลิปวิดีโอผ่านแพลตฟอร์มที่ใช้งานง่าย เพื่อให้สามารถทบทวนเนื้อหาซ้ำได้ตามความต้องการ ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจก่อนการลงมือปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่มุ่งเน้นการวัดผลในระดับทักษะ (Skill) หรือการปฏิบัติงานจริงของผู้ดูแล เพื่อประเมินว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลและการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุได้จริงหรือไม่

2) ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เช่น การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อลดอคติจากตัวแปรกวนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

3) ควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังบริบทที่หลากหลายมากขึ้นในระดับจังหวัด และควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Follow-up) เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และพฤติกรรมดูแลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและโปรแกรมการสอน รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Catalão, M. J., Arco, H., Carrajola, N., Almeida, M. L., Neves, H., & Tavares, J. (2024). Core Competencies for Gerontogeriatric Nursing: A Validation Study. *Geriatrics*, 9(3), 73. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9030073>
- Chen, Q., Zhang, H., Yuan, S., Liu, W., & Lyu, T. (2024). Perceived Training Needs of the Informal Caregivers of Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12(23), 2369. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232369>
- Deepradit, S., Powwattana, A., Lagampan, S., & Thiangtham, W. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *International journal of nursing sciences*, 10(4), 446–455. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.020>
- Edward, A., Kagaruki, G. B., Manase, F., Appel, L. J., & Matsushita, K. (2022). Effectiveness of instructional videos for enhancing healthcare provider competencies for hypertension management - a pre-post study in primary healthcare settings, Tanzania. *BMC health services research*, 22(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08064-5>
- Hailu, G. N., Abdelkader, M., Asfaw, F., & Meles, H. A. (2024). Exploring the knowledge and skills for effective family caregiving in elderly home care: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 24(1), 342.
- He, Y., Yi, J., Zhu, R., Zhang, J., Guo, Y., Yang, Z., Xu, Y., Wang, S., Xiong, X., & Guo, L. (2025). Video teach-back training method for family caregivers in stroke continuous rehabilitation: A randomized controlled trial. *Geriatric nursing*, 64, 103385. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103385>
- Lin, Y., & Yu, Z. (2024). A meta-analysis evaluating the effectiveness of instructional video technologies. *Technology, Knowledge and Learning*, 29(4), 2081-2115.

- McGee, R. G., Wark, S., Mwangi, F., Drovandi, A., Alele, F., Malau-Aduli, B. S., & ACHIEVE Collaboration (2024). Digital learning of clinical skills and its impact on medical students' academic performance: a systematic review. *BMC medical education*, 24(1), 1477. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06471-2>
- Mongkon-inn, A., Srisutthikamol, N., & Doungmungskorn, A. (2024). Effectiveness of the Competency Development Program for Caregivers of Dependent Elderly People (Homebound) at Mittraphap Medical Center, Khon Kaen Province. *Journal of Medicine and Health System Management of Khon Kaen Hospital*, 2(4). 1-15.
- Moreira, A. C. A., Silva, M. J. D., Darder, J. J. T., Coutinho, J. F. V., Vasconcelos, M. I. O., & Marques, M. B. (2018). Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(3), 1055–1062. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0100>
- Morgado, M., Botelho, J., Machado, V., Mendes, J. J., Adesope, O., & Proença, L. (2024). Video-based approaches in health education: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 14(1), 23651. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-73671-7>
- National Statistical Office. (2021). Statistics of the elderly population in Thailand. Retrieved March 15, 2026, from <https://www.nso.go.th>
- Phongtankuel, V., Moxley, J., Reid, M. C., Adelman, R. D., & Czaja, S. J. (2023). The relationship of caregiver self-efficacy to caregiver outcomes: a correlation and mediation analysis. *Aging & mental health*, 27(7), 1322–1328. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2118666>
- Sari, S. P., Everink, I. H. J., Lohrmann, C., Amir, Y., Sari, E. A., Halfens, R. J. G., & Schols, J. M. G. A. (2025). Knowledge, attitude and practice of family caregivers on pressure injury prevention for community-dwelling older adults: a cross-sectional study in an Indonesia City. *BMC nursing*, 24(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02662-w>
- Tuncer, Ö., Yılmaz, M. B., & Mert, A. (2024). Effectiveness of a Training Program for the Prevention of Pressure Ulcers on Caregivers of Elderly Patients. *Risk management and healthcare policy*, 17, 2717–2728. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S481204>
- Voutilainen, A., Saaranen, T., & Sormunen, M. (2017). Conventional vs. e-learning in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 50, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.020>
- Xiao, X., Wong, R. M., & Yang, W. (2024). Effectiveness of video-based health promotion: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 119, 108095. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108095>

Health Behavior Modification among Risk Group of Hypertension in Khongchaipattana Subdistrict, Khongchai District, Kalasin Province

Woramalee Ngoendee ^{*1}, Kemika Sombateyotha ², Sumattana Glangkarn ³

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

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Maharakham University

³ Associate Professor, Faculty of Public Health, Maharakham University

Corresponding author: e-mail : 65011481046@msu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Ngoendee , W. ., Sombateyotha, K. ., & Glangkarn, S. . . The Health Behavior Modification among Risk Group of Hypertension in Khongchaipattana Subdistrict, Khongchai District, Kalasin Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287864

Received: 16 March 2026

Revised: 25 March 2026

Accepted: 29 March 2026

Abstract

This action research aimed to modify health behaviors among individuals at risk of hypertension in Khongchaipattana Subdistrict, Khongchai District, Kalasin Province, through a health literacy-based participatory approach. The participants included 50 individuals at risk of hypertension, as well as local stakeholders and academic experts. Research instruments consisted of interviews, focus group discussions and questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were examined using content analysis.

The results indicated that, after the intervention, the mean overall health literacy score increased from 92.36 to 113.06, and the mean health behavior score increased from 34.94 to 41.36. Participants demonstrated improved health behaviors based on the 3E 2S principles, including healthy eating, regular physical activity, emotional management, smoking reduction/cessation, and decreased alcohol consumption. These changes enabled participants to better manage their own health.

The key success factors included: (1) active participation of network partners, (2) appropriate learning processes and context-based communication, (3) continuous creative activities, (4) follow-up through home visits, and (5) social support. These factors can serve as guidelines for organizing sustainable health behavior modification programs.

Keywords: health literacy; health behavior; risk group of hypertension

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอลำดวน จังหวัดกาฬสินธุ์

วรมาลี เงินดี¹, เขมิกา สมบัติโยธา², สุมัทนา กลางคาร³

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมลติดต่อ 65011481046@msu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 16 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 25 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 29 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอลำดวน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน ภาคท้องถิ่น และภาควิชาการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า จากการดำเนินการ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 92.36 เป็น 113.06 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 34.94 เป็น 41.36 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลด/เลิกสูบบุหรี่ และการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมและการสื่อสารที่เข้าถึงบริบทของชุมชน (3) กิจกรรมสร้างสรรค์ต่อเนื่อง (4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ (5) การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) โดยมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ตามอายุแม้ว่าจะยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด การสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปหลายปัจจัยสามารถทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ ได้แก่ มลภาวะ อนุภาคนิวเคลียร์ที่เย็นจัด และพื้นที่ที่มีระดับความสูงมาก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงหลักมาจากด้านสภาพแวดล้อมส่วนบุคคล เช่น อาหารที่มีคุณภาพต่ำมีโซเดียมสูง และโพแทสเซียมต่ำ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการไม่ออกกำลังกาย (World Health Organization, 2023)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7,090,972 ราย คิดเป็นอัตราความชุกต่อประชากร ร้อยละ 15.67 เมื่อวิเคราะห์ในรอบ 5 ปีย้อนหลัง (2561 - 2565) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร คิดเป็นร้อยละ 13.30, 14.65, 15.04, 15.65, และ 15.87 ตามลำดับ และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 178,022 ราย โดยอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.03 เขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 531,134 ราย อัตราป่วยต่อประชากร คิดเป็นร้อยละ 14.31 มีรายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 15,497 ราย อัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.29 และจากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง (2561 - 2565) พบว่ามีอัตราป่วยต่อประชากร คิดเป็นร้อยละ 10.55, 11.70, 12.44, 13.16, และ 13.77 ตามลำดับ และมีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิต จำนวน 15,246,855 คน พบกลุ่มเสี่ยง (ค่าความดันโลหิตระหว่าง 130 - 139/85 - 89 mmHg) จำนวน 1,290,931 คน (ร้อยละ 8.47) (Health Data Center, 2567)

ปี 2566 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 97,910 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากร ร้อยละ 12.28 อำเภอฆ้องชัย พบผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง จำนวน 3,124 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 14.70 และจากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง (2561 - 2565) พบว่า มีอัตราป่วยต่อประชากร ร้อยละ 10.91, 12.09, 12.62, 13.44, และ 13.82 ตามลำดับ ตำบลฆ้องชัยพัฒนา ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 848 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากร ร้อยละ 16.27 และจากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง (2561 - 2565) พบว่ามีอัตราป่วยต่อประชากร คิดเป็นร้อยละ 13.30, 14.65, 15.04, 15.65, และ 15.87 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 66 ราย อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น 990.69 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2565 และจากการคัดกรอง พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 112 คน ร้อยละ 7.50 (Health Data Center, 2566)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงด้าน 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา) อีกทั้งปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ใช้ชีวิตด้วยความรวดเร็วในเวลาจำกัด อาหารฟาสต์ฟู้ดเข้าถึงง่ายและสะดวกมากขึ้น ประกอบกับประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควรสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ ตลอดจนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคตได้ หนึ่งในกลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

จากสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ตำบลฆ้องชัยพัฒนา ประชาชนส่วนใหญ่มีออกกำลังกายจากการทำงาน การเลือกรับประทานอาหารที่ซื้อได้ง่ายในตลาดหรือร้านค้าซึ่งไม่สามารถกำหนดรสชาติและคุณภาพได้ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารอีสานที่มีรสเค็ม และความเครียดสะสมจากการทำงาน โดยประชาชนได้รับความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการติดตามและสนับสนุนด้านบุคลากร

ทรัพยากร และงบประมาณยังไม่เพียงพอ หากประชาชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับความรู้และการแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายอาจจะส่งผลทำให้พัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนาอำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และส่งผลให้อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีจำนวนลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

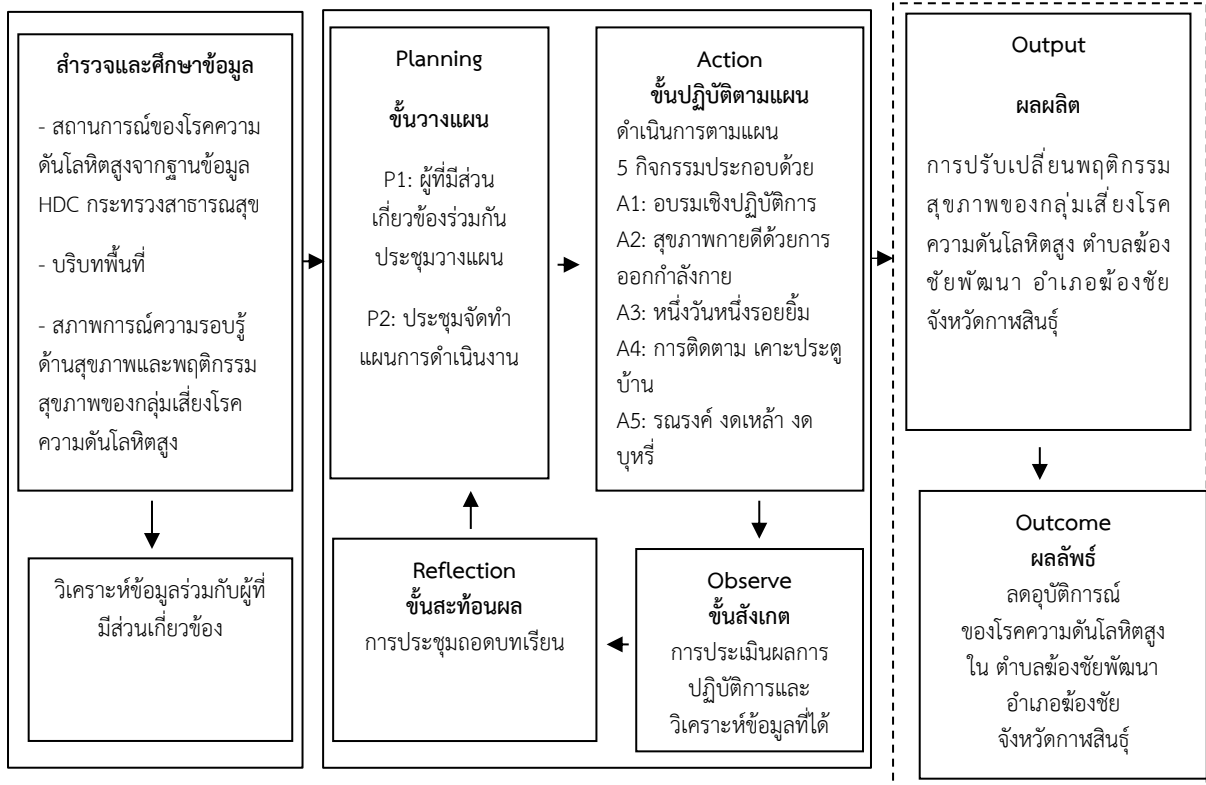
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฮ่องชัยพัฒนา อำเภอฮ่องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การประชุมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา การศึกษาบริบทของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) การประชุมเชิงปฏิบัติการ เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ และบันทึกผล (Observation) การติดตาม ตรวจสอบสนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมที่ได้จากแผนงานกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นวงรอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 95 คน ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ

มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท ตามเกณฑ์การคัดกรองของระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่มีโรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคอ้วน หรือโรคเบาหวาน สัมครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

2) กลุ่มที่ 2 ภาคท้องถิ่น/ภาครัฐ จำนวน 38 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนจากเทศบาลตำบล ชื่องชัยพัฒนา

3) กลุ่มที่ 3 ภาควิชาการ จำนวน 7 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลชื่องชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเขวา และเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้ประเด็นหรือหัวข้อที่กำหนดขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก ส่วนประเด็นย่อยมีการเพิ่มเติมระหว่างกระบวนการ ซึ่งแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่ามีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม การรับรองจริยธรรมหมายเลขรับรอง 119-661/2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ก่อนดำเนินการ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในภาพรวม อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 50.0 คือ เป็นผู้มีความรู้ทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตาม 3อ. 2ส. ได้ถูกต้อง และภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.0 คือ มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย

2. กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การดำเนินการในขั้นตอนการวางแผน เป็นกระบวนการเริ่มต้นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 1 จัดประชุมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ทรัพยากรสำคัญที่เอื้อต่อการดำเนินงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเสริมสร้างความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 จัดประชุมทำแผนการดำเนินงานโครงการฯ ช่างช่วยพัฒนา ร่วมใจลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้มีการกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชนมากขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส

กิจกรรมที่ 2 สุขกายดีด้วยการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 3 หนึ่งวันหนึ่งรอยยิ้ม

กิจกรรมที่ 4 ติดตามเชิงรุก “เคาะประตูบ้าน”

กิจกรรมที่ 5 รมรงค์ “งดเหล้า งดบุหรี่”

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation) มีการสังเกตการณ์ และบันทึกผลการจัดกิจกรรม ทั้ง 5 กิจกรรม

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ประชุมการถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานการเสริมสร้าง ทั้ง 5 กิจกรรม พบว่า การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามแผนที่วางไว้ แต่ยังพบข้อจำกัด เนื่องจากเวลาในการจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ค่อนข้างจำกัด ทักษะพื้นฐานในการใช้เทคโนโลยีของผู้เข้าร่วมการอบรม พื้นที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมบางกิจกรรม และความเพียงพอของอุปกรณ์

3. ผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลฆ้องชัยพัฒนา อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

3.2 พฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	92.36	7.49	113.06	3.49	25.45	<.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	34.94	2.90	41.36	1.66	15.36	<.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

จากการสะท้อนผลการดำเนินการ ทั้ง 5 กิจกรรมสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จที่เกิดจากการผสมผสานพลังชุมชน การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสุขภาพภายในท้องถิ่น การประชุมวางแผนดำเนินงาน อนุมัติจัดสรรงบประมาณ และสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดทำโครงการที่มีความเหมาะสมกับบริบท

ของพื้นที่ เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นพลังสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. การเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย ตรงกับบริบทชุมชน การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

3. การผสมผสานกิจกรรมสร้างสรรค์ การจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบเหมาะสม ครอบคลุมการจัดตารางกิจกรรมที่แน่นอน ทำให้เกิดความต่อเนื่องและวินัย มีแกนนำสุขภาพเป็นบุคคลต้นแบบดูแลสุขภาพตนเอง

4. การติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน การสื่อสารแบบใกล้ชิดและเป็นกันเอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงเปิดเผยปัญหาสุขภาพที่แท้จริง การประเมินสุขภาพรายบุคคลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ความ

สม่ำเสมอในการติดตาม ช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจริงและยั่งยืน

5. การสนับสนุนทางสังคม การสร้างค่านิยมและแรงจูงใจในชุมชน ผ่านการรณรงค์และกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและสังคม การเข้ามาตรวจทางสังคม การเสริมแรงทางบวก เช่น การยกย่องเชิดชูหรือให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถงดหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติ การของ Kemmis and McTaggart (1988) กระบวนการ PAOR เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินกิจกรรมตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ซึ่งผู้เข้าร่วม ประกอบด้วยภาคประชาชน (กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง), ภาคท้องถิ่น/ภาครัฐ และภาควิชาการ ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินงาน จัดทำโครงการความร่วมมือพัฒนา ร่วมใจลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรม “การอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ 2ส” 2) กิจกรรม “สุขภาพดีด้วยการออกกำลังกาย” 3) กิจกรรม “หนึ่งวันหนึ่งรอยยิ้ม” 4) กิจกรรมการติดตามเชิงรุก “เคาะประตูบ้าน” และ 5) กิจกรรมการรณรงค์ “งดเหล้า ดนุหรี” เป็นการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ในการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและป้องกันการเกิดโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับ กรมควบคุมโรค (2564) การจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องมีการเลือกใช้กลวิธีให้เหมาะสมทั้งกลวิธีที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ และกลวิธีแบบเดิมที่คุ้นเคยอยู่แล้วนำมาใช้ร่วมกันโดยพัฒนาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับรูปแบบ

กิจกรรมในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ก็จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับประสบการณ์จากการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อปรับตัวให้สอดคล้องเหมาะสมตามสภาพแวดล้อมและบริบทสังคมของการใช้ชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคลอันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัยและทุกสถานะสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

ผลการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา พบว่า หลังดำเนินการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทำให้สรุปได้ว่าการจัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ทั้ง 5 กิจกรรม โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ได้เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น สอดคล้องกับ รุ่งนภา อาระหง (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต และคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต พบว่า 1) รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ 2) ประสิทธิภาพ

ของรูปแบบในระลอกก่อน และหลังดำเนินการโดยภาพรวม มีความแตกต่าง โดยด้านระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพในระลอกหลังดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ในระลอกหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น แต่ค่าขนาดรอบเอว และน้ำหนักตัว ตามเกณฑ์มาตรฐานลดลงเล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบนี้มีประสิทธิผล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการความรู้และเกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเข้าสู่ระดับปกติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาด้านการสื่อสารสุขภาพ การใช้สื่อที่หลากหลาย ผ่านช่องทางออนไลน์ และวิธีการสื่อสารที่

สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การใช้สื่อชุมชน การจัดเวทีเสวนา เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Alonzo, A. A. (1993). Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 37, 1019–1034.
- Anurittiprasert, B. (2021). Nursing care manual for uncontrolled hypertension patients in outpatient departments. https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/858/hypertension_OPD.pdf
- Arahung, R. (2017). Effects of a health literacy promotion program on hypertension prevention behaviors among at-risk groups in a community in Nakhon Pathom Province (Master's thesis, Christian University). <https://tdc.thailis.or.th>
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief instrument to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42.
- Chanthakhot, A., et al. (2022). Development of a hypertension prevention model for risk groups in rural northeastern communities through community participation. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*, 32(2), 118–131.
- Cheysuwan, W. (2017). Health literacy: Concepts and applications in nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183–197.
- Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2015). Manual for hypertension patient care using integrative medicine. Bureau of Alternative Medicine.
- Department of Disease Control. (2021). Health literacy development process manual for disease and health hazard prevention and control (1st ed.). RNPP Water Co., Ltd.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). Health literacy and health behavior promotion and assessment.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018a). Strategies for enhancing health literacy and health behavior. Samcharoen Panich Co., Ltd.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2024). Health care manual based on the 3E2S principle for health leaders.

- Edwards, M., Wood, M., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>
- Gochman, D. S. (Ed.). (1997). *Handbook of health behavior research*. Plenum Press.
- Hart, E., & Bond, M. (1995). *Action research for health and social care: A guide to practice*. Open University Press.
- Health Systems Research Institute. (1998). *Health promotion glossary (Revised edition)*.
- Ivankova, N. V. (2015). *Mixed methods applications in action research: From method to community action*. SAGE.
- Kaewdumkoeng, K., & Thammakul, D. (2015). Enhancing health literacy among the elderly population. *Journal of Health Science Research*, 9(2), 1–8.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Psychosomatic Medicine*, 28, 308–310.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner (3rd ed.)*. Deakin University.
- Ketsang, P. (2016). *Action research*. Chulalongkorn University Press.
- Khumthong, T. (2016). *A causal model of health literacy influencing health behavior and health status among Thai adults at risk of diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong Provinces (Doctoral dissertation, Chulalongkorn University)*. <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58099>
- Kongthawephan, P. (2020). Outcomes of district health network development for solving hypertension problems in Fang District, Chiang Mai Province. *Journal of Health System Research and Development*, 13(2), 56–62.
- Limanan, A., Nasa-an, S., & Rachakrai, T. (2024). Effects of a health literacy promotion program among suspected hypertension patients in Kalasin Province. *Journal of Office of Disease Prevention and Control Region 7 Khon Kaen*, 31(2), 66–76.
- Maiham, S. (2023). *Effects of a nutrition literacy promotion program on dietary behavior among hypertension risk groups in the community (Master's thesis, Chiang Mai University)*.
- Nilnet, P., & Nilnet, N. (2023). Development of a health literacy and health behavior promotion model based on the 3E2S principle among working-age people. *Journal of the Public Health Council*, 5(1), 27–38.
- Nilnet, W., & Rueangjutipophon, W. (2019). Health literacy and the nursing profession. *Journal of Quality of Life and Law*, 15(2), 1–18.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2013). *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice (2nd ed.)*. SAGE.
- Rootman, I. (2009). *Health literacy: What should we do about it?* University of Victoria.
- Srisa-ard, B. (2017). *Basic research (10th ed.)*. Suweeriyasam.
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice 2019*. Trick Think.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. WHO.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. WHO.

Factors Associated with Organizational Commitment of Registered Nurses in Community Hospitals, Pathum Thani Province

Petch Buaban¹ Sarunya Benjakul² Orawan Quansri³ Sariyamon Tiraphat^{4*}

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

2. Assistant Professor, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University.

3. Lecturer, Department of Public Health Administration, 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: Buaban, P., Benjakul, S. ., Quansri, O. ., & Tiraphat, S. . Factors Associated with Organizational Commitment of Registered Nurses in Community Hospitals, Pathum Thani Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2), 159–176. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287925

Received: 19 March 2026

Revised: 26 March 2026

Accepted: 29 March 2026

This cross-sectional analytical study aimed to examine factors associated with organizational commitment of registered nurses in community hospitals, Pathum Thani Province. Independent variables included personal characteristics, organizational support factors, and happiness at work, while the dependent variable was organizational commitment. The study population comprised 269 professional nurses working in all seven community hospitals in Pathum Thani Province. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, mean, and standard deviation) and inferential statistics, including Chi-square tests and binary logistic regression.

The results revealed that factors significantly associated with organizational commitment included gender, age, employment status, number of shifts meeting standard criteria (24 shifts per month), and work experience. In addition, organizational support, incentive factors, and happiness were significantly related to organizational commitment at the 0.05 level. Factors influencing organizational commitment included: (1) organizational support (AOR = 5.097, $p = 0.001$, 95% CI: 1.892–13.730), (2) incentives (AOR = 5.769, $p = 0.039$, 95% CI: 1.097–30.345), and (3) happiness (AOR = 3.632, $p = 0.002$, 95% CI: 1.602–8.232).

These findings suggest that hospital administrators should prioritize policies that enhance incentives, including compensation, welfare, and career advancement opportunities, to strengthen nurses' long-term commitment to the organization. Additionally, promoting work–life balance and well-being is essential to improve nurses' overall happiness, both at work and in personal life, which in turn supports their retention in the organization.

Keywords: Organizational Commitment; organizational support; happiness at work; registered nurse

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

เพชร บัวบาน¹ ศรัณญา เบญจกุล,² อรรวรรณ ขวัญศรี³ ศรียามน ติรพัฒน์^{4*}

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 19 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 26 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 29 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร และความสุขในการทำงาน และตัวแปรตาม คือ ความผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง จำนวน 269 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Chi-square) และสถิติ Binary logistic regression ประมวลผลผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการจ้าง จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (24 เวรต่อเดือน) และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ปัจจัยค่าจ้าง ปัจจัยจิตใจ และความสุขในการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ 1)ระดับปัจจัยค่าจ้าง (AOR = 5.097 p = 0.001, 95% CI; 1.892 - 13.730) 2)ระดับปัจจัยจิตใจ (AOR = 5.769 p = 0.039, 95% CI; 1.097 - 30.345) และ 3)ระดับความสุขในการดำเนินชีวิต (AOR = 3.632 p = 0.002, 95% CI; 1.602 - 8.232)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์โดยผู้บริหารหน่วยงานควรให้ความสำคัญกับนโยบายสร้างแรงจูงใจ ทั้งในรูปของค่าตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความรู้สึกรักยกย่องทุ่มเทให้กับองค์กรในระยะยาว อีกทั้งควรส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (Work-Life Balance) ส่งเสริมด้าน Happy Body (สุขภาพดี) เพื่อให้พยาบาลมีความสุขทั้งในและนอกเวลางาน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความต้องการคงอยู่ในองค์กร

คำสำคัญ: ความผูกพันต่อองค์กร ; ปัจจัยสนับสนุนองค์กร ; ความสุขในการทำงาน ; พยาบาลวิชาชีพ

บทนำ

ความสำเร็จขององค์กรขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะบุคลากรซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย องค์กรจึงต้องสร้างความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร (Employee Engagement) เพื่อเสริมให้บุคลากรเกิดความรัก ความซื่อสัตย์ ความจงรักภักดี และความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร อันนำไปสู่ความภาคภูมิใจ และความสำเร็จอย่างยั่งยืน บุคลากรที่มีความผูกพันจะมีแรงจูงใจ มุ่งมั่นสร้างผลงานที่ดี และต้องการทำงานกับองค์กรต่อไป เปรียบเสมือนบ้านและครอบครัว ซึ่งช่วยลดอัตราการลาออกและเพิ่มความมั่นคงขององค์กร ความผูกพันมีผลต่อความสำเร็จมากกว่าความพึงพอใจในงาน เนื่องจากเป็นความรู้สึกที่มั่นคง แม้เผชิญปัญหา บุคลากรที่รู้สึกเป็นเจ้าของจะทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ และลดความจำเป็นในการควบคุมจากภายนอก เพราะบุคลากรมีแรงขับจากภายในเอง

แนวคิดเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร (Engagement) ของ Hewitt Associates (2010) และ Steers and Porter เน้นที่ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การกล่าวถึงองค์กรในทางบวก (Say) บุคลากรพูดถึงองค์กรในแง่ดี สร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่องค์กร การดำรงอยู่ (Stay) บุคลากรมีความตั้งใจที่จะทำงานกับองค์กรต่อไป ไม่ลาออกง่ายๆ และความทุ่มเทเพื่อองค์กร (Strive) บุคลากรมีความพยายามในการทำงานอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยทั้งสามองค์ประกอบสะท้อนถึง ความเชื่อมั่นในเป้าหมายขององค์กร และ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งส่งผลให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ตำแหน่ง และประสบการณ์ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร โดยผู้ที่มีความผูกพันสูงมีแนวโน้มคงอยู่ ขณะที่ผู้ที่มีความผูกพันต่ำมีแนวโน้มลาออก การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Hewitt Associates และ Steers and Porter ซึ่งแบ่งความผูกพันเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง (Belonging) และความทุ่มเทในการทำงาน (Doing the Best)

จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด พบว่ามีปัญหาการสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยเฉพาะในจังหวัดปทุมธานีและนนทบุรี ที่มีการเติบโตของธุรกิจการแพทย์และการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน การสูญเสียบุคลากรเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ภาระงานที่หนัก ขาดแคลนบุคลากร สวัสดิการไม่เหมาะสม ความเครียด ความเหนื่อยล้า และค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชน จากข้อมูลระหว่างปี 2560-2566 พบว่าอัตราการสูญเสียบุคลากรเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า โดยในปี 2566 การสูญเสียบุคลากรสูงถึง 11,020 คน โดยพยาบาลวิชาชีพมีการสูญเสียมากที่สุด (8,333 คน) รองลงมาเป็นแพทย์ เภสัชกร และทันตแพทย์ ตามลำดับ ในจังหวัดปทุมธานี มีอัตราการสูญเสียบุคลากรสูงเป็นอันดับต้นๆ ของเขตสุขภาพที่ 4 โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจเกิดจากภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้น ขาดการสนับสนุนจากองค์กร และปัญหาค่าตอบแทนและสวัสดิการ

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดปทุมธานี โดยศึกษาปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร และปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน ผลการวิจัยจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กรมากขึ้น ลดปัญหาการลาออกของบุคลากร และเพิ่มการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย และสร้างความจงรักภักดีที่ยั่งยืนแก่บุคลากร รวมถึงเป็นประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสุขและผูกพันต่อองค์กรในอนาคตการศึกษานี้ในจังหวัดปทุมธานีจึงมีความสำคัญเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ และแก้ไขปัญหการสูญเสียบุคลากรนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรและความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสุขในการทำงานและความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

5. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย (Population) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 411 คน กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดปทุมธานี คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 349 คน เพื่อรองรับอัตราสูญเสียภาคสนาม 5% ผู้วิจัยเก็บจริงอย่างน้อย 367 คน และจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจริง (proportionate allocation) ให้ครอบคลุมพยาบาลทุกโรงพยาบาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified One-Stage Random Sampling) โดยแบ่งประชากรพยาบาลออกเป็น 7 strata ตามโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละ strata ตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น รวมทั้งสิ้นจำนวน 367 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2568 ถึงวันที่ 16 กรกฎาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน 91 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ภูมิลำเนา

สถานภาพการจ้าง กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน จำนวนเวลาการทำงานในโรงพยาบาล(เวร/เดือน) จำนวนการทำงานนอกโรงพยาบาล (Part time) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามวัดระดับการสนับสนุนจากองค์กร จำนวน 14 ด้าน รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 5 4 3 2 1 วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามด้านความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) จำนวน 7 ด้าน รวมทั้งสิ้น 29 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 5 4 3 2 1 วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามวัดความผูกพันองค์กร จำนวน 3 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 9 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก 5 4 3 2 1 วัดโดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 รวมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach's Alpha) และกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร ความสุขในการดำเนินชีวิต และความผูกพันองค์กรของบุคลากรเท่ากับ 0.96 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ ถือว่ายอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และยื่นหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ต่อนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบทำวิจัยในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งของจังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือชี้แจง (เอกสารแนะนำอาสาสมัคร) ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 โรงพยาบาล ทราบ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยเอง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 269 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 73.29 และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ร้อยละ 100

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2025-036 รหัสโครงการ 20/2568 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนองค์กร ปัจจัยด้านความสุขในการทำงาน และความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

(1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของ ปัจจัยสนับสนุนองค์กร ปัจจัยความสุขในการทำงาน และความผูกพันของบุคลากร โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) เมื่อตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

(2) วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของการทำนายตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระดับความผูกพัน

องค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยการวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะองค์กรด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 51 ปีขึ้นไป มีความผูกพันองค์กรสูงที่สุด โดยมีสัดส่วนความผูกพันสูงถึงร้อยละ 83.33 ในขณะที่กลุ่มอายุ 31-40 ปีมีสัดส่วนความผูกพันต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.21 สถานภาพการจ้างมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ โดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นข้าราชการ มีสัดส่วนความผูกพันสูง ร้อยละ 77.16 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ข้าราชการ มีสัดส่วนความผูกพันร้อยละ 62.16 การสนับสนุนจากองค์กรด้านปัจจัยค่าจ้างเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับความผูกพันองค์กร พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับสูง จะมีความผูกพันสูงถึงร้อยละ 83.04 ในขณะที่ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในระดับต่ำ จะมีความผูกพันต่ำเพียงร้อยละ 28.21 พยาบาลวิชาชีพที่มีความสุขในการดำเนินชีวิตสูง จะมีความผูกพันองค์กรอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 84.26 ในขณะที่ผู้ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิตต่ำ จะมีความผูกพันเพียงร้อยละ 37.74 จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (24 เวร/เดือน) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรอย่างชัดเจน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 24 เวรต่อเดือน มีสัดส่วนความผูกพันสูงถึงร้อยละ 85.19 ในขณะที่ผู้ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 24 เวรต่อเดือน มีสัดส่วนผูกพันต่ำกว่าร้อยละ 68.32 และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กร โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 31-30 ปี มีสัดส่วนความผูกพันสูงที่สุดร้อยละ 88.41 รองลงมาคือกลุ่มที่มีประสบการณ์ 10-20 ปี ร้อยละ 74.51 และกลุ่มที่มี

ประสบการณ์การทำงาน 31 ปีขึ้นไป มีความผูกพันต่ำที่สุด ร้อยละ 58.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 1

2. ผลการวิเคราะห์ ระดับของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ยกเว้น ด้านความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) ตัวแปรด้าน Happy Body / สุขภาพดี ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี (n = 269)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ ²	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					12.244	1	0.000*
ชาย	9	64.29	5	35.71			
หญิง	58	22.75	197	77.25			
อายุ					8.247	3	0.041*
20-30 ปี	26	31.33	57	68.67			
31-40 ปี	20	32.79	41	67.21			
41-50 ปี	12	16.90	59	83.10			
51 ปีขึ้นไป	9	16.67	45	83.33			
สถานภาพ					1.306	2	0.521
โสด	34	28.10	87	71.90			
สมรส	31	22.63	106	77.37			
หย่า/หม้าย	2	18.18	9	81.82			
ระดับการศึกษา					0.353	1	0.552
ปริญญาตรี	64	24.62	196	75.38			
ปริญญาโท	3	33.33	6	66.67			
ภูมิลำเนา					1.058	1	0.304
ปทุมธานี	35	22.58	120	77.42			
ต่างจังหวัด	32	28.07	82	71.93			

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ^2	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สถานภาพการจ้าง					3.835	1	0.050*
ข้าราชการ	53	22.84	179	77.16			
ไม่ใช่ข้าราชการ	14	37.84	23	62.16			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					5.825	3	0.120
< 20,000 บาท	3	20.00	12	80.00			
20,001-40,000 บาท	37	31.09	82	68.91			
40,001-60,000 บาท	25	21.93	89	78.07			
มากกว่า 60,000 บาท	2	9.52	19	90.48			
จำนวนเวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (24 เวร/เดือน)					9.827	1	0.002*
< 24 เวร/เดือน	16	14.81	92	85.19			
> 24 เวร/เดือน	51	31.68	110	68.32			
การทำงานนอกโรงพยาบาล (Part Time)					0.157	1	0.692
ไม่ได้รับงาน	55	24.44	170	75.56			
รับงาน	12	27.27	32	72.73			
การสนับสนุนจากองค์กร (ปัจจัยค้ำจุน)					53.615	1	0.000*
ต่ำ	28	71.79	11	28.21			
สูง	39	16.96	191	83.04			
ความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle)					49.249	1	0.000*
ต่ำ	33	62.26	20	37.74			
สูง	34	15.74	182	84.26			
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล					10.196	3	0.017*
≤ 10 ปี	41	29.93	96	70.07			
10 -20 ปี	13	25.49	38	74.51			
21 – 30 ปี	8	11.59	61	88.41			
31 ปีขึ้นไป	5	41.67	7	58.33			
กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน					8.515	6	0.203
การพยาบาล	5	29.41	12	70.59			
การพยาบาลผู้คลอด	9	23.68	29	76.32			
การพยาบาลผู้ป่วยนอก	8	27.59	21	72.41			
การพยาบาลผู้ป่วยใน	20	22.73	68	77.27			
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	4	36.36	7	63.64			

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ^2	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปฐมนุรักษ์และองค์กรรวม	2	6.90	27	93.10			
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	19	33.33	38	66.67			

ตาราง 2 ระดับของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ด้วยสถิติ Chi-square (n = 269)

ปัจจัย	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ^2	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors)					53.615	1	0.000*
ต่ำ	28	71.79	11	28.21			
สูง	39	16.96	191	83.04			
1.สัมพันธ์ภาพกับหัวหน้างานในระดับถัดไป					7.629 ^a	1	0.006
ต่ำ	41	67.21	20	32.79			
สูง	98	47.12	110	52.88			
2.สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน					19.739 ^a	1	0.000
ต่ำ	31	86.11	5	13.89			
สูง	108	46.35	125	53.65			
3.ความมั่นคงในการทำงาน					57.416 ^a	1	0.000
ต่ำ	77	83.70	15	16.30			
สูง	62	35.03	115	64.97			
4.ผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน					26.886 ^a	1	0.000
ต่ำ	53	79.10	14	20.90			
สูง	86	42.57	116	57.43			
5.สวัสดิการ					7.958 ^a	1	0.005
ต่ำ	36	69.23	16	30.77			
สูง	103	47.47	114	52.53			

ปัจจัย	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ^2	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
6.สภาพแวดล้อมการทำงาน					33.104 ^a	1	0.000
ต่ำ	50	84.75	9	15.25			
สูง	89	42.38	121	57.62			
7.สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน					22.617 ^a	1	0.000
ต่ำ	46	79.31	12	20.69			
สูง	93	44.08	118	55.92			
ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Motivation factors)					38.442	1	0.000*
ต่ำ	16	84.21	3	15.79			
สูง	51	20.40	199	79.60			
1.ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจ					26.621 ^a	1	0.000
ต่ำ	33	91.67	3	8.33			
สูง	106	45.49	127	54.51			
2.การสื่อสารในองค์กร					35.354 ^a	1	0.000
ต่ำ	60	81.08	14	18.92			
สูง	79	40.51	116	59.49			
3.งานที่ท้าทาย					23.096 ^a	1	0.000
ต่ำ	36	85.71	6	14.29			
สูง	103	45.37	124	54.63			
4.โอกาสในการพัฒนา					13.142 ^a	1	0.000
ต่ำ	41	73.21	15	26.79			
สูง	98	46.01	115	53.99			
5.ความก้าวหน้าในงาน					16.683 ^a	1	0.000
ต่ำ	30	83.33	6	16.67			

ปัจจัย	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				χ^2	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สูง	109	46.78	124	53.22			
6.การได้รับการยอมรับนับถือ					20.491 ^a	1	0.000
ต่ำ	44	78.57	12	21.43			
สูง	95	44.60	118	55.40			
7.ภาพลักษณ์องค์กร					26.500 ^a	1	0.000
ต่ำ	39	86.67	6	13.33			
สูง	100	44.64	124	55.36			
ความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle)					49.249	1	0.000*
ต่ำ	33	62.26	20	37.74			
สูง	34	15.74	182	84.26			
Happy Body / สุขภาพดี					1.633 ^a	1	0.201
ต่ำ	32	59.26	22	40.74			
สูง	106	49.53	108	50.47			
Happy Relax / ผ่อนคลายดี					22.728 ^a	1	0.000
ต่ำ	70	70.71	29	29.29			
สูง	69	40.59	101	59.41			
Happy Heart / น้ำใจดี					26.393 ^a	1	0.000
ต่ำ	51	79.69	13	20.31			
สูง	88	42.93	117	57.07			
Happy Soul / จิตวิญญาณดี					17.881 ^a	1	0.000
ต่ำ	33	82.50	7	17.50			
สูง	106	46.29	123	53.71			
Happy Family / ครอบครัวดี					25.749 ^a	1	0.000
ต่ำ	52	78.79	14	21.21			
สูง	87	42.86	116	57.14			
Happy Society / สังคมดี					41.819 ^a	1	0.000
ต่ำ	55	87.30	8	12.70			
สูง	84	40.78	122	59.22			

ปัจจัย	ความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ				X ²	df	p
	ต่ำ		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
Happy Brain / ใฝ่รู้ดี					26.909 ^a	1	0.000
ต่ำ	31	93.94	2	6.06			
สูง	108	45.76	128	54.24			

3. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานีพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ 1) ระดับปัจจัยค่าจุน โดยผู้ที่มีระดับปัจจัยการค่าจุนที่สูงจะมีความผูกพันกับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

มากกว่า ผู้ที่มีระดับปัจจัยการค่าจุนที่ต่ำ 5 เท่า (AOR = 5.097 p = 0.001, 95% CI; 1.892 - 13.730) 2) ระดับปัจจัยจูงใจ โดยผู้ที่มีระดับแรงจูงใจที่สูงจะมีความผูกพันกับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี มากกว่า ผู้ที่มีระดับแรงจูงใจที่ต่ำ 5 เท่า (AOR = 5.769 p = 0.039, 95% CI; 1.097 - 30.345) และ 3) ระดับความสุขในการดำเนินชีวิต โดยผู้ที่มีระดับความสุขในการดำเนินชีวิตที่สูงจะมีความผูกพันกับโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี มากกว่า ผู้ที่มีระดับความสุขในการดำเนินชีวิตที่ต่ำ 3 เท่า (AOR = 3.632 p = 0.002, 95% CI; 1.602 - 8.232) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี (n = 269)

ตัวแปรอิสระ	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร					
ระดับค่าจุน (ดี)	1.629	0.001	5.097	1.892	13.730
ระดับค่าจุน (ต่ำ) อ้างอิง	-	-	1	-	-
ระดับปัจจัยจูงใจ (ดี)	1.753	0.039	5.769	1.097	30.345
ระดับปัจจัยจูงใจ (ต่ำ) อ้างอิง	-	-	1	-	-
ระดับความสุขในการดำเนินชีวิต (ดี)	1.290	0.002	3.632	1.602	8.232
ระดับความสุขในการดำเนินชีวิต (ต่ำ) อ้างอิง	-	-	1	-	-
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล					
เพศชาย	-0.999	0.166	0.368	0.089	1.515
เพศหญิง (อ้างอิง)	-	-	1	-	-
อายุ		0.861			
อายุ 20 – 30 ปี (ดี)	-0.736	0.442	0.479	0.073	3.128
อายุ 31 – 40 ปี (ดี)	-0.663	0.463	0.515	0.088	3.029
อายุ 41 – 50 ปี (ดี)	-0.214	0.777	0.808	0.183	3.557
อายุ 41 – 50 ปี (ต่ำ) อ้างอิง	-	-	1	-	-

ตัวแปรอิสระ	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
ประสบการณ์ทำงาน		0.156			
ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี	0.112	0.850	1.119	0.349	3.584
ประสบการณ์ทำงาน 10 – 20 ปี	0.588	0.452	1.800	0.388	8.348
ประสบการณ์ทำงาน 21 – 30 ปี	-1.575	0.156	0.207	0.023	1.827
มากกว่า 31 ปี ขึ้นไป	-	-	1	-	-
เวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ≤ 24 เวน/เดือน	0.172	0.684	1.188	0.519	2.718
เวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน > 24 เวน/เดือน (อ้างอิง)	-	-	1	-	-

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่งของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 269 คน ใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเองในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการตอบกลับแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test) และสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 100 ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการจ้าง ประสบการณ์ทำงาน และจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (24 เวน/เดือน) ($p = 0.041, 0.05, 0.002, 0.000$ และ 0.017) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพยาบาลที่มีอายุ ≥ 41 ปี มีสถานภาพข้าราชการ และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 20 ปี มีแนวโน้มความผูกพันสูงกว่า เนื่องจากมีความมั่นคงด้านรายได้และข้อจำกัดในการเปลี่ยนงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheldon ที่พบว่า

อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์กรมากขึ้น ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่สมรส หม้าย หย่า หรือแยก มีความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่ากลุ่มโสด เนื่องจากมีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว จึงต้องการความมั่นคงในการทำงาน สอดคล้องกับ Zahra Motazedi ที่พบว่าผู้ที่มีครอบครัวมีความผูกพันสูงกว่า ด้านตำแหน่งงาน พบว่าพยาบาลในตำแหน่งบริหารมีความผูกพันสูงกว่าตำแหน่งปฏิบัติการ เนื่องจากมีความมั่นคงและความภาคภูมิใจในบทบาท สอดคล้องกับการศึกษาของปภาวดี เหล่าพาณิชย์เจริญ ด้านระยะเวลาปฏิบัติงาน พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี มีความผูกพันสูงกว่า เนื่องจากมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ สอดคล้องกับ Sahar Ahmed Abood et al. ที่ระบุว่าระยะเวลาการทำงานสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กร

ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) สอดคล้องกับตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ปัจจัยค้ำจุนเปรียบเสมือน ฐานราก แม้ปัจจัยเหล่านี้จะไม่ใช่ว่ากระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานโดยตรง แต่หาก ขาด หรือ มีไม่เพียงพอ จะทำให้พยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีภาระงานหนักและทรัพยากรจำกัด ปัจจัยอย่างผลตอบแทน และ สวัสดิการ จึงเป็นเครื่องยืนยันถึงความคุ้มค่าและความมั่นคง เมื่อพยาบาลรู้สึกว่าได้ความเป็นธรรม (Equity) ความคิดที่จะลาออกจะลดลง และเปลี่ยนเป็นความผูกพันต่อองค์กรแทน จากการวิเคราะห์ทั้ง 7 ด้าน

พบว่า ความสัมพันธ์ภาพกับหัวหน้างาน สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความมั่นคงในการทำงาน ผลตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน สวัสดิการ สภาพแวดล้อมการทำงาน สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งทุกด้านก็มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี เนื่องจาก ปัจจัยค้ำจุนทั้ง 7 ด้าน ตอบสนองต่อ "ความต้องการขั้นพื้นฐาน" และ "ความต้องการความปลอดภัย" ของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองอย่างครบถ้วน พยาบาลจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความผูกพันในระดับที่ลึกซึ้งและต้องการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี อีกทั้งจังหวัดปทุมธานีจัดเป็นพื้นที่ที่มีความเฉพาะตัวสูงในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นรอยต่อระหว่างความเป็นเมืองใหญ่ของกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกษตรกรรมและอุตสาหกรรม สภาพการณ์ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยค้ำจุนในมิติด้านค่าครองชีพและสภาพสังคม

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Motivation factors) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) สอดคล้องกับฮัสมีน มุวรรณสินธุ์ พบว่าแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย ลักษณะงานความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในงาน ความรับผิดชอบต่องาน โอกาสในการพัฒนาตนเอง และ ปัจจัยสุขอนามัย ประกอบด้วย ความมั่นคงในงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความก้าวหน้าในงาน ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ นโยบายและการบริหาร สภาพแวดล้อมการทำงาน และความสมดุลระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จากการวิเคราะห์ทั้ง 7 ด้านพบว่าทุกด้านก็มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี เนื่องจาก ความชัดเจนในหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจพยาบาลวิชาชีพเป็นงานที่ต้องตัดสินใจบนความเป็นความตาย หากขอบเขตงานชัดเจน จะช่วยลดความขัดแย้งในบทบาทและความเครียด ทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจและมี

อิสระในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบ การสื่อสารในองค์กรที่มีประสิทธิภาพช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงาน เมื่อพยาบาลได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและมีโอกาสรับฟัง/แสดงความคิดเห็น จะเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีตัวตน และได้รับความไว้วางใจ อีกทั้งลักษณะงานพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมีความหลากหลายสูง การได้ใช้ทักษะความรู้แก้ปัญหาที่ซับซ้อนทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพ ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ยั่งยืนกว่าตัวเงิน ทำให้มีความก้าวหน้าสูง

ปัจจัยความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลที่มีความใกล้ชิดทางสังคม พยาบาลรู้จักกันทั้งในระดับเพื่อนร่วมงานและชุมชน เมื่อมีความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน (Happy Society) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Happy Family) จะเกิดความปลอดภัยทางจิตใจ ทำให้มองที่ทำงานเป็น “บ้านหลังที่สอง” และนำไปสู่ความผูกพันที่เหนียวแน่น วิชาชีพพยาบาลเป็นงานบริการที่ใช้พลังใจสูง การมีน้ำใจและที่ยืดหยุ่นทางจิตใจช่วยสร้างภูมิคุ้มกันทางอารมณ์ เมื่อพยาบาลเห็นคุณค่าในงาน จะช่วยลดภาวะหมดไฟและเพิ่มความตั้งใจอยู่กับองค์กร อย่างไรก็ตาม มิติ Happy Body ไม่พบความสัมพันธ์กับความผูกพัน อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านภาระงาน เช่น การทำงานเป็นกะ 8-12 ชั่วโมง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการยืนเป็นเวลานาน ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมถึงองค์การอาจยังสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ ผลการศึกษาชิ้นนี้ไม่สอดคล้องกับงานของว่าที่ร้อยตรีหญิงญาณีญา วังคำหาญ ซึ่งพบว่า Happy Body มีความสัมพันธ์กับความผูกพันขณะที่มิติอื่น เช่น Happy Relax, Happy Heart, Happy Soul, Happy Society, Happy Brain และ Happy Money มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรในหลายประเด็น

2. ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถสรุปผลตามกลุ่มปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยค่าจุน (Hygiene Factors) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยค่าจุนโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 53.615$, $p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ปัจจัยค่าจุนในระดับสูงมีส่วนของความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ในระดับต่ำอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สัมพันธภาพกับหัวหน้างาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความมั่นคงในการทำงาน ผลตอบแทนที่ได้รับ สวัสดิการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ล้วนมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านความมั่นคงในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานในการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่และความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพในองค์กร

ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Motivation Factors) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 38.442$, $p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ปัจจัยด้านแรงจูงใจในระดับสูงมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ในระดับต่ำอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความชัดเจนในหน้าที่และอำนาจ การสื่อสารภายในองค์กร งานที่ท้าทาย โอกาสในการพัฒนา ความก้าวหน้าในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และภาพลักษณ์องค์กร มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งเสริมคุณค่าในงานและการเติบโตในวิชาชีพมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ

ความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) ผลการศึกษาพบว่า ความสุขในการดำเนินชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 49.249$, $p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้าน Happy Body / สุขภาพดี ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.201$) ขณะที่ด้าน Happy Relax,

Happy Heart, Happy Soul, Happy Family, Happy Society และ Happy Brain มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความสุขในมิติด้านจิตใจ สังคม ครอบครัว และการพัฒนาตนเอง มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ มากกว่าความสุขด้านสุขภาพร่างกายเพียงอย่างเดียว

โดยสรุปปัจจัยค่าจุน ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และความสุขในการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้าน Happy Body ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ ทั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลกำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการกำลังคนพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและลดปัญหาการลาออกในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ เพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Binary Logistic Regression) เพื่อค้นหาตัวแปรที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยค่าจุน (Hygiene Factors) ปัจจัยแรงจูงใจ (Motivation Factors) และความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีปัจจัยค่าจุนสูงมีโอกาสผูกพันกับองค์กรสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยค่าจุนต่ำถึง 5.097 เท่า ($p = 0.001$, 95% CI: 1.892–13.730) ผู้ที่มีปัจจัยแรงจูงใจสูงมีโอกาสผูกพันกับองค์กรมากกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยแรงจูงใจต่ำ 5.769 เท่า ($p = 0.039$, 95% CI: 1.097–30.345) และผู้ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิตสูงมีโอกาสผูกพันกับองค์กรมากกว่ากลุ่มที่มีความสุขต่ำ 3.632 เท่า ($p = 0.002$, 95% CI: 1.602–8.232) ผลดังกล่าวตอกย้ำความสำคัญของการจัดการเชิงองค์การที่มุ่งเน้นทั้งด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต เพื่อส่งเสริมการคงอยู่และ

ความจงรักภักดีต่อองค์กรของบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุข

ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ซึ่งครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย ความมั่นคงในอาชีพ การกำหนดค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม ตลอดจนความเป็นธรรมในการบริหารจัดการ พบว่ามีผลเชิงบวกต่อความผูกพันขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg) ที่ระบุว่าปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยป้องกันความไม่พอใจในการทำงาน และมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาบุคลากรให้อยู่ในองค์กร การที่พยาบาลวิชาชีพพบว่ามีการสนับสนุนจากองค์กรอย่างเพียงพอ ทั้งด้านทรัพยากร โครงสร้าง และระบบสวัสดิการ ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและไว้วางใจในองค์กร ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเกิดความผูกพันในระยะยาว สอดคล้องกับงานวิจัยของพยาบาลในหลายประเทศที่รายงานว่า การสนับสนุนด้านสวัสดิการและการจัดการที่เป็นธรรมเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันช่วยยืนยันในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ของ Jureemas, C., & Srisa-ard, B. (2010) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล จำนวน 418 คน พบว่า ช่วยกำลังใจในการทำงานประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบปัจจัยจูงใจ และ องค์ประกอบปัจจัยค้ำจุน โดยองค์ประกอบด้านปัจจัยค้ำจุน ถือเป็นปัจจัยพื้นฐาน เป็นแรงจูงใจภายนอกที่เกิดจากสภาวะแวดล้อม ในการทำงานมีส่วนช่วยทำให้เกิดความสุขสบายในการทำงานมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้เกิดความพอใจในงาน มี 9 ด้าน ได้แก่ ด้าน วิธีการปกครองบังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านโอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ด้านสภาพในการทำงาน ด้านความมั่นคงในงาน ด้านชีวิตส่วนตัว และด้านเงินเดือนและสวัสดิการ

ปัจจัยแรงจูงใจ (Motivation Factors) มีค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio) สูงที่สุดในบรรดาตัวแปรที่มีนัยสำคัญ ($\text{Exp}(B) = 5.769$) แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน เช่น การยอมรับในผลงาน การมีโอกาสนำหน้าในสายงาน ความท้าทายของงาน และความสำเร็จใน

หน้าที่ มีผลโดยตรงต่อความผูกพันองค์กร ตามกรอบทฤษฎีของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) ปัจจัยแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นความพึงพอใจที่สูงขึ้นและก่อให้เกิดความผูกพันในระดับลึกกว่า ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสพัฒนาในวิชาชีพ เช่น การฝึกอบรม การได้รับการประเมินผลงานอย่างเป็นธรรม และการได้รับรางวัลตามผลงาน จะก่อให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในที่ทำให้บุคลากรเต็มใจอุทิศตนและคงอยู่ในองค์กรอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าแรงจูงใจในงานเป็นตัวแปรสำคัญในการลดอัตราการลาออกของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thawaro, J., & Pichayawetwongsa, P. (2008) ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้เกิดขึ้นในองค์กรนั้นจะทำให้บุคลากร หุ่เมเทกกับองค์การมากขึ้น มีความตั้งใจและความเต็มใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความรู้ ความสามารถ อีกทั้งการจูงใจที่ดีจะทำให้บุคลากรมีความจงรักภักดีต่อองค์กร ทำให้งานมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

ความสุขในการดำเนินชีวิต (Happy Lifestyle) มีอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio) 3.632 สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีแนวโน้มที่จะผูกพันกับองค์กรมากกว่า การมีสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและงาน (work-life balance) การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ และการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพลังบวกและทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และทฤษฎีความสุข (Well-being Theory) ที่ชี้ว่าความสุขมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในหลายประเทศก็ยืนยันว่าความสุขและคุณภาพชีวิตเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความผูกพันต่อองค์กรและผลการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของคนทำงานโดยพบว่า ปัจจัยด้านหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกค้ำ และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และยังมีผลสอดคล้องกับแนวคิดของ ประทุมทิพย์ เกตุแก้ว ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาล โดยให้ความหมาย

ของความสุขในการทำงานว่าหมายถึงการมีความรู้สึกในทางบวก เกิดความสัมพันธ์ที่ดี เกิดความรัก ชอบ และผูกพันในงานและเพื่อนร่วมงาน และได้รับความเชื่อถือจากบุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการนำองค์การให้ประสบผลสำเร็จและไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่หากองค์การใดที่มีทรัพยากรมนุษย์ที่ยอ่อนสมรรถภาพ หรือมีปริมาณไม่เพียงพอจะทำให้้องค์การนั้นไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางสำหรับผู้บริหาร ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไป แก้ไข ปรับปรุง พัฒนาและส่งเสริมองค์การของพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพต่อไป ดังนี้

1. โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงาน เช่น การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การมีหัวหน้างานที่ให้คำปรึกษาได้ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลรู้สึกมั่นคงและได้รับการดูแล

2. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับนโยบายสร้างแรงจูงใจ ทั้งในรูปของค่าตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ หรือการยกย่องชมเชย (Recognition) เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความรู้สึกอยากทุ่มเทให้กับองค์กรในระยะยาว

3. องค์กรควรจัดโครงการส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (Work-Life Balance) เช่น การจัดตารางเวรที่เป็นธรรม การจัดกิจกรรมคลายเครียด หรือสนับสนุนด้านสุขภาพจิต เพื่อให้พยาบาลมีความสุขทั้งในและนอกเวลาทำงาน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความต้องการคงอยู่ในองค์กร

4. ผู้บริหารควรส่งเสริมด้าน Happy Body (สุขภาพดี) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นการสร้างพื้นฐานที่

สำคัญที่สุด เพราะหากร่างกายล้า ย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจและความผูกพันต่อองค์กร เช่น การบริหารจัดการ เวลากิน และเวลานอน การจัดมุมพักผ่อนที่มีอาหารว่างเพื่อสุขภาพ หรืออาจกำหนดนโยบาย “เวลาพักที่ได้รับความคุ้มครอง” เพื่อให้พยาบาลได้วางมือจากงานและละสายตาจากหน้าจอ/อุปกรณ์สื่อสารอย่างน้อย 15-30 นาทีในช่วงพัก เพื่อลดความล้าสะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษารีวิววิจัยเชิงคุณภาพ อาจทำให้ได้ตัวแปรเพิ่มเติมหรืออาจ ได้ผลการวิจัยใหม่เพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอื่น หรือโรงพยาบาลขนาดอื่นๆ จะทำให้ได้ผลการวิจัยใหม่ที่เป็นแนวทางในการนำไปแก้ไขปรับปรุง พัฒนาและ ส่งเสริม ให้พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ สาธารณสุข ร่วมด้วยจะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กร นอกเหนือจากพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประชานิคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำลูกกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเสือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล รวมถึงพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Bureau of Human Resource Management, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). Action plan for human resource management and development, Office of the Permanent Secretary, fiscal year 2023. Retrieved February 2024, from : https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=366079
- Bureau of Human Resource Management, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). Human resource management strategic plan, 2019–2023. Retrieved February 2024, from : https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=34277
- Health Policy Development Group, Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). 20-year national strategic plan for public health (2017–2036), revised edition No. 2 (2018): People Excellence strategy. Retrieved February 2024,
- Bunsanan, S. (2022). Organizational commitment of professional nurses at Pak Tho Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(1), January–April.
- Akharabovorn, J., Charoensap, R., Yodrakhang, C., & Nuansakul, K. (2014). *Emo-meter (Employee engagement on meter): A diagnostic tool for employee well-being and engagement*. Bangkok: Have Idea Co., Ltd.
- Amomlaksapreecha, S. (2017). Factors affecting organizational commitment of professional nurses working at Banphaeo Hospital (Public Organization). Master's thesis, Master of Public and Private Management (Plan A, Type A2), Silpakom University.
- Atchapru, H., et al. (2022). Factors associated with organizational commitment among personnel of the Naval Medical Department. *Naval Academy Journal of Social Sciences, Humanities and Education*, 7(1), January–December 2020.
- Chanbun, P. (2020). Factors affecting the decision to resign of medical personnel from the public sector to the private sector in Bangkok and its metropolitan area. In *Proceedings of the 58th Kasetsart University Annual Conference: Education, Economics and Business Administration, Humanities and Social Sciences*.
- Prawat, R. (2021). Factors affecting organizational commitment of personnel at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Si Racha. Master of Business Administration (MBA) thesis, Faculty of Management and Tourism, Burapha University.
- Kaewkanlaya, S. (2016). Factors affecting well-being and organizational commitment of professional nurses at Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 13(3), 106–118.
- Attanith, R. (2011). *Employee engagement: Building employee engagement in organizations*. Bangkok: HR Center Co., Ltd.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). Public health personnel report, fiscal year 2023. Retrieved from <https://spd.moph.go.th/>
- Regional Health Office 4, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). Annual performance report, fiscal year 2023. Retrieved from : <http://rh4.moph.go.th/>
- Saepueng, W. (2017). Factors associated with organizational commitment among public health professionals with different employment statuses. Master's thesis, National Institute of Development Administration (NIDA).
- Wongtanhuad, W. (2017). Factors affecting organizational commitment of employees in the construction business. Independent study, Master of Engineering (M.Eng.) in Engineering and Business Management, Faculty of Engineering, Thammasat University.

- Kittisuksathit, S., Tangchonlatip, K., Jarassit, S., Saiprasert, C., Bunyatirana, P., & Aree, W. (2012). *Happinometer: A self-assessment tool for measuring happiness*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Chanphen, S. (2014). *Organizational commitment of personnel at the Community Organizations Development Institute (Public Organization)*. Master's thesis, National Institute of Development Administration (NIDA).
- Jureemas, C., & Srisa-ard, B. (2010). *Confirmatory factor analysis of work morale among professional nurses in community hospitals in Roi Et Province*. *Journal of Nursing and Education*, Praboromarajchanok Institute.
- Thawaro, J., & Pichayawetwongsa, P. (2008). *Predictive factors affecting organizational commitment of nursing service personnel at Songklanagarind Hospital*. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(5), 441–449..
- Hewitt Associates. (2010). *Hewitt Engagement Survey*. Retrieved August 20, 2016, from <http://www.hewittassociates.com/Intl/NA/enUS/Consulting/ServiceTool.aspx?cid=2256&sid=7212>
- Buchanan, B. (1974). *Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations*. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2391809>.
- Herzberg, F. (1959). *The Motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
- Schiemann, A. W. (2009). *Reinventing Talent Management: How to Maximize Performance in the New Marketplace*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Swarbrick, M. (March 1997). *A wellness model for clients*. *Mental Health Special Interest Section Quarterly*, 20, 1-4.
- Steers, R. M. and Porter, L. W. (1983). *Motivation and work behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Maslow, Abraham H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Steers, R.M. and Porter, L.W. *Motivation and Work Behavior*. McGraw-Hill, New York. 1983.

Factors influencing parental oral health care behaviors for preschool children in Mueang Phichit District, Phichit Province

Namthip Sriraungphan^{1*} Songsak Suksan²

¹ Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Wang Thong District, Phitsanulok 65130, Thailand

² Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Wang Thong District, Phitsanulok 65130, Thailand

* Corresponding Author: น้าทิพย์ ศรีเรืองพันธ์ Email: namthipsri@scphpl.ac.th เบอร์ติดต่อ: 096-6689952

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Sriraungphan , N. ., & Suksan, S. . (2026). Factors influencing parental oral health care behaviors for preschool children in Mueang Phichit District, Phichit Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(2), 177–190. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287982

Received: 21 March 2026

Revised: 31 March 2026

Accepted: 2 April 2026

Abstract

This study utilized a cross-sectional analytical survey design to investigate the behaviors and factors influencing oral health care for preschool children among parents in Mueang Phichit District, Phichit Province. The sample consisted of 385 preschool children, selected through stratified random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of participants were female (66.8%), aged 25–34, with an education level below a bachelor's degree and an average monthly income of less than 10,000 THB. While most parents exhibited high levels of knowledge, attitudes, enabling factors, and reinforcing factors regarding preschool oral health care (53.5% – 80.8%), their actual oral health care behaviors were at a moderate level (76.1%). Six factors significantly predicted these behaviors, explaining 21.5% of the variance at a statistical significance level of 0.05. The most influential predictor was the purchase of oral health care products, followed by average monthly income, attitudes toward preschool oral health care, guidance and support from close associates, knowledge of oral health care, and exposure to public relations information from various media outlets (Beta = 0.686, 0.571, 0.508, 0.244, 0.225, and 0.165) respectively.

Keywords: accessibility to product outlets; advice and support from trusted persons; receiving information and publicity from various media; oral health care behavior.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

น้ำทิพย์ ศรีเรืองพันธ์^{1*} ส่งศักดิ์ สุขสันต์²

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130

2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 21 มีนาคม 2569

วันแก้ไข 31 มีนาคม 2569

วันตอบรับ 2 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์เชิงภาคตัดขวางมุ่งศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร จากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 385 คน โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.8) อายุ 25-34 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ใน ระดับสูง (ร้อยละ 53.5 – 80.8) แต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนกลับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.1) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน คือ การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากมีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ ($B=0.686, 0.571, 0.508, 0.244, 0.225, 0.165$) โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัวร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้ร้อยละ 21.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์; การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด; การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อ; พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

บทนำ

เด็กในช่วงอายุ 3-5 ปี เป็นวัยที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาและสร้างพฤติกรรมที่ดีเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ในอนาคต ในวัยนี้เด็กเริ่มฝึกพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีความสำคัญ เช่น การแปรงฟัน และการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนถือเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากหลักที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กในหลายด้าน เช่น การรับประทานอาหาร การพูดและความมั่นใจในตนเอง ฟันน้ำนมมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในกระบวนการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการย่อยอาหารและการได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ฟันน้ำนมยังมีบทบาทในการกัดพูด เสริมสร้างความมั่นคงของใบหน้าและช่วยให้เด็กสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ฟันน้ำนมยังเป็นรากฐานของฟันแท้ โดยฟันน้ำนมจะถูกแทนที่ด้วยฟันแท้เมื่อฟันน้ำนมหลุดไปตามช่วงเวลา หากสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด อาจส่งผลกระทบต่อ การเรียงตัวของฟันแท้ในอนาคต ทำให้เกิดปัญหาฟันซ้อนเก หรือปัญหาความผิดปกติในโครงสร้างฟัน ยังส่งผลกระทบต่อ การเคี้ยวอาหาร ซึ่งทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอ กระบวนการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อ การพักผ่อน การนอนหลับ รวมถึงสมาธิในการเรียนรู้ของเด็ก สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของเด็กในหลายด้านและอาจขัดขวางพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญาของเด็กได้ ปัญหาฟันผุในเด็กสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปี หรือเมื่อเด็กเริ่มมีฟันน้ำนมซี่แรก เนื่องจากชั้นเคลือบฟันของฟันน้ำนมมีความบางกว่าฟันแท้ และยังมีปริมาณแร่ธาตุที่เป็นส่วนประกอบของความแข็งแรง เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัส น้อยกว่าฟันแท้ ทำให้ฟันน้ำนมมีโอกาสผุได้ง่ายมาก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Host factors) เช่น ตำแหน่งและโครงสร้างของฟันอายุฟัน น้ำลาย และแผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ฟันน้ำนมมีความเสี่ยงในการผุสูงขึ้น นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรต เช่น ขนมหวาน

และน้ำตาล ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ปัจจัยสิ่งทำให้เกิดโรค (Agent factors) ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการครดในช่องปาก ซึ่งจะทำลายเคลือบฟันและทำให้เกิดฟันผุด้วย ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น สภาพแวดล้อมที่เด็กอาศัยอยู่และวิธีการเลี้ยงดูจากผู้ปกครอง กระบวนการเกิดโรคฟันผุจะเกิดขึ้นเมื่อปัจจัยทั้ง 3 รวมกัน ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการครด อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ฟันที่อ่อนแอ และสภาวะแวดล้อมในช่องปาก รวมทั้งเวลาการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจควบคุมได้ยาก (Thawonwong, P. 2021) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565 พบว่า การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้นถึงร้อยละ 38.0 และความชุกของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กนี้สูงถึงร้อยละ 47.0 นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของฟันที่มีปัญหาฟันผุ ถอนหรืออุด (dmft) ในเด็กอายุ 3-5 ปี อยู่ที่ 2.5 ซี่ต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาฟันผุในเด็กในช่วงวัยนี้ที่เป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญอีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ 2.6 ของเด็กอายุ 3 ปี มีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปาก ซึ่งแสดงถึงผลกระทบของฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาต่อการพัฒนาการของเด็ก และในเด็กอายุ 3 ปี นั้น มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษามากถึงร้อยละ 46.1 หรือเฉลี่ย 2.4 ซี่ต่อคน ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาความไม่เพียงพอในการเข้าถึงการรักษาทันตกรรมที่เหมาะสมจะเห็นได้ว่า ปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากหลักที่พบได้มากในประเทศไทย ในเขตสุขภาพที่ 3 (ประกอบด้วยจังหวัดพิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย) พบว่าอัตราการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3-5 ปีค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ระบุว่าในปี 2564-2567 จำนวนเด็กที่มีปัญหาฟันผุในเขตสุขภาพที่ 3 สูงจากร้อยละ 22.15 ถึง 26.42% ซึ่งถือว่ามีความโน้มเอียงเพิ่มขึ้นในช่วงปีที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยฟันที่มีปัญหาฟันผุ ถอน หรืออุด (dmft) อยู่ที่ประมาณ 2.5 ซี่ ต่อเด็กหนึ่งคน ปัญหาฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่ที่ ร้อยละ 46.1 หรือเฉลี่ย 2.4 ซี่ ต่อเด็กหนึ่งคน และร้อยละ 2.6 ของเด็กอายุ 3 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 มีประสบการณ์การสูญเสียฟัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาฟันในเด็กตั้งแต่ในวัยนี้ สถานการณ์โรคฟันผุ ในระดับอำเภอเมืองพิจิตร ปี พ.ศ.

2565 - พ.ศ.2567 นั้นพบ เด็ก 3-5 ปี มีฟันผุร้อยละ 26.42 23.21 25.69 และเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่นๆในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตรแล้วทั้ง 11 อำเภอ อำเภอเมืองพิจิตรมีค่าเฉลี่ยร้อยละของเด็ก 3-5 ปี มีฟันผุมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2567 ถึงร้อยละ 25.69 จากการทบทวนวรรณกรรมสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าปัจจัยที่สามารถควบคุมโรคฟันผุได้คือพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง ปัญหาฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้อยละ 45 ของผู้ปกครองปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ร้อยละ 66.7 ให้เด็กรับประทานอาหารนมหวานหรือน้ำอัดลม ร้อยละ 44 ให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่มีการดูแลจากผู้ปกครอง ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมการเกิดฟันผุในเด็ก โดยการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยการปฏิบัติของผู้ปกครอง จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของเด็กในระยะยาว การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงวัยเด็กสามารถช่วยป้องกันปัญหาโรค ฟันผุ และการเจ็บปวดที่อาจทำให้เด็กต้องเผชิญกับความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ยังรวมถึงช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต ซึ่งมีผลดีต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของเด็กในด้านต่างๆ ในบริบทของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน การมีบทบาทของผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กและสามารถสั่งสอนหรือแนะนำวิธีการดูแลช่องปากที่ถูกต้องได้ การเลือกใช้วิธีการดูแลที่เหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การที่ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จะช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลช่องปากของเด็ก ในกรณีของอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นประเด็นที่น่าห่วงใย เนื่องจากมีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่แต่ละตำบลในอำเภอเมืองพิจิตรนั้นยังมีปัญหาโรคฟันผุ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในพื้นที่ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อที่จะสามารถหาทางแก้ไขและพัฒนานโยบายหรือแผนการส่งเสริมที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของท้องถิ่น ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical survey)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 1,452 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 385 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่าง เลือกตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างด้วยใช้วิธีการวิธีการจับฉลากแบบหยิบที่ละใบแล้วไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement)

เกณฑ์การคัดเลือก

เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร สมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ที่ทำแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน (จำนวน 6 ข้อ) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2.1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน 10 ข้อ ให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน 2.2) แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน มีข้อความเกี่ยวกับทัศนคติต่อการแปรงฟันให้เด็ก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4) แบบสอบถามปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยจำแนกเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับลักษณะข้อความ คือ ข้อความทางลบ จากน้อยสุด ไม่เลย (5) ไปยังมากที่สุด (1) และข้อความทางบวก จากน้อยสุด ไม่เลย (1) ไปยังมากที่สุด (5) ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ แบ่งกลุ่มข้อมูลโดยใช้การเทียบบัญญัติไตรยางศ์ 5 ระดับ แบบสอบถามผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.857

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบโดยเอกสารรับรองที่ IRRB of SCPHPL ๑/๒๕๖๘.๑ และดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมืองพิจิตร เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยทำการสอบถามตามแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลในทันที พร้อมตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทันทีที่เก็บข้อมูล หากพบความไม่สมบูรณ์จะทำการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ทันที

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการทางทันตกรรม การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คำนวณค่าทางสถิติ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อประเมินผลกระทบของปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการทางทันตกรรม การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ผลการศึกษา

ปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากร ปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากรของตัวอย่าง จำนวน 385 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.8 อายุระหว่าง 25-34 ปี ร้อยละ 39 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 76.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 52.5 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 62.9

ด้านปัจจัยนำต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ในข้อคำถามทั่วไป ผู้ปกครองที่ตอบถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ข้อคำถามการใช้น้ำยาฟลูออไรด์ช่วยในการป้องกันฟันผุ ร้อยละ 91.4 การแปรงฟันของเด็กควรทำ 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 89.9 การแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียนควรทำโดยผู้ปกครองช่วยแปรงให้จนกว่าเด็กสามารถแปรงฟันได้เองอย่างถูกต้อง ร้อยละ 89.9 และข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบถูกน้อยที่สุดก็คือ ฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญเพราะจะหลุดไปเมื่อเด็กโตขึ้น ร้อยละ 50.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.5 โดยมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด คือ 0 สูงสุดคือ 10 ค่าเฉลี่ย 8.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.779

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนรายข้อ พบว่า จากข้อคำถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงบวกสองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมากกว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปกครองควรใส่ใจ ร้อยละ 91 และมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก โดยเชื่อว่าการแปรงฟันให้เด็กเป็นประจำช่วยรักษาสุขภาพช่องปากของเด็กได้ดี ร้อยละ 88 ทั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติเชิงลบ สองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก โดยเชื่อว่าการเลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดพอเหมาะกับวัยของเด็กช่วยให้การแปรงฟันมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 85 และมีทัศนคติในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมากกว่าการดื่มน้ำ ในระหว่างมื้ออาหารสามารถช่วยให้ฟันสะอาดขึ้นได้ ร้อยละ 77 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 1 โดยมีคะแนนทัศนคติต่ำสุด คือ 26 สูงสุดคือ 50 ค่าเฉลี่ย 43.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.463

ด้านปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

ด้านการเข้าถึงการรับบริการทางทันตกรรม พบว่า จากข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของ

ผู้ปกครองสองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองที่คิดว่าปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก ทำสามารถพาเด็กเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมได้โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ร้อยละ 65.97 และมีปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมากกว่าท่านให้ความสำคัญในการเลือกผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสูงสำหรับบุตรหลาน ร้อยละ 53.72

ด้านการซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมากกว่าท่านสามารถซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับบุตรหลาน เช่น ยาสีฟัน, แปรงสีฟัน, หรือไหมขัดฟันที่ร้านสะดวกซื้อใกล้บ้านได้ ร้อยละ 84.15 รองลงมา คือ ท่านใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับบุตรหลาน ร้อยละ 83.37 ระดับปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนด้านการเข้าถึงการรับบริการทางทันตกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.9 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.9 โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 4 สูงสุดคือ 15 ค่าเฉลี่ย 10.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.862 ด้านการซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.5 โดยมีคะแนนความรู้น้อยที่สุด คือ 4 สูงสุดคือ 10 ค่าเฉลี่ย 8.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.288

ด้านปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน

ด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด พบว่า จากข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง สองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองที่คิดว่าปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก ว่าท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลฟันของเด็กจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 77.14 และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก ว่าท่านได้รับคำแนะนำจากศูนย์สุขภาพ รพ.สต. ใกล้บ้านเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของเด็ก ร้อยละ 76.36

ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง พบว่า จากข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง สองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองที่คิดว่าปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก ว่าการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลฟันของเด็กจากสื่อหรือโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น โทรทัศน์ / อินเทอร์เน็ต/วารสาร/เสียงตามสาย ร้อยละ 65.72 และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก ว่าการได้รับคำแนะนำจากเกี่ยวกับประโยชน์การเข้ายาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ สื่อหรือ

โซเชียลมีเดียต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ / อินเทอร์เน็ต/วารสาร/เสียงตามสาย ร้อยละ 61.56 ระดับปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.8 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 8 สูงสุดคือ 25 ค่าเฉลี่ย 19.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.582 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.1 โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 6 สูงสุดคือ 25 ค่าเฉลี่ย 18.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.773

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (n=385) วิธีการ Stepwise

ตัวแปรที่ศึกษา	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	p-value
	B	Std. Error	Beta			
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน	0.225	0.050	0.246		4.539	0.000**
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน	0.508	0.131	0.180		3.863	0.000**
การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก	0.686	0.211	0.176		3.251	0.001**
การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด	0.244	0.080	0.174		3.031	0.003**
การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ	0.165	0.077	0.124		2.134	0.034*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.571	0.287	0.091		1.993	0.047*

*P-Value <0.05, **P-Value <0.01, Constant=13.946 R²=0.215 adjusted R²= 0.203

พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

ด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า จากข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง สองอันดับแรก คือ ผู้ปกครองที่คิดว่าพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ปฏิบัติทุกครั้งและปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ การแปรงฟันให้กับเด็กด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ร้อยละ 82.08 รองลงมา คือ การแปรงฟันให้เด็ก และตรวจความสะอาดช่องปากเด็กหลังการแปรงฟันทุกครั้ง ร้อยละ 65.97 และ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ปฏิบัติไม่บ่อยและไม่ปฏิบัติเลย สองอันดับแรก คือ ท่านให้ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ขนมหวานแก่เด็กเพื่อเป็นรางวัล ร้อยละ 40.78 รองลงมา คือ ท่านให้เด็กนอนหลับขณะที่เด็กดูตมจากขวดนม ร้อยละ 35.85 พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.1 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 22.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.8 โดยมีคะแนนระดับพฤติกรรมต่ำสุด

คือ 20 สูงสุดคือ 48 ค่าเฉลี่ย 32.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 50.012

อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยพบว่า

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้มาจากผู้ปกครองมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมปะปนกันอยู่ พฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก แปรงฟันและตรวจความสะอาดช่องปากให้เด็กทุกครั้ง พาเด็กพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สังเกตอาการฟันผุหรือปัญหาช่องปากสม่ำเสมอ ฝึกให้เด็กเลิกดูดนมจากขวด หันมาใช้แก้วหรือหลอด พฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อฟันผุ และปัญหาช่องปาก ให้เด็กนอนหลับขณะดูดนมจากขวด ใช้ขนมหวาน ลูกอมเป็นรางวัล ปล่อยให้เด็กทานขนมตามใจ ให้ดื่มนมรสหวาน และให้ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้สำเร็จรูป เพิ่มความเสี่ยงฟันผุผู้ปกครองมีการดูแลด้านการแปรงฟันและการตรวจสุขภาพที่ดี แต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการและการใช้ขวดนม สอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ Precede-Proceed (Green & Kreuter, 2005) ปัจจัยนำ (Pre disposing Factors) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็ก,ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ทักษะการแปรงฟันการเข้าถึงยาสีฟัน ฟลูออไรด์,ความสะดวกในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ปัจจัยเสริม(Reinforcing Factors) การสนับสนุนทางสังคม จากคู่สมรส/ครอบครัว การให้คำแนะนำหรือการให้กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ผู้ปกครองบางส่วนมีความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง แปรงฟันใช้ฟลูออไรด์ พาเด็กไปพบทันตแพทย์ แต่ยังมีข้อจำกัดจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม ให้เด็กกินขนม หรือนอนดูดนมจากขวด จึงทำให้ระดับการดูแลอยู่เพียงปานกลาง สอดคล้องกับ Smith, J., et al. (2019) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในสหราชอาณาจักร Taylor, et al. (2020) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในออสเตรเลีย ที่มีความรู้

ในระดับสูง รวมถึงงานวิจัยของ Suksa-waeng, C. (2023). ที่สรุปว่า ความรู้ของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น เช่น การใช้ฟลูออไรด์และการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ

2) ปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรอิสระ จำนวน 12 ตัวแปร นำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ทัศนคติที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear) ยอมรับ H1 P-Value < 0.05 นำตัวแปรทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ เพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) ที่มีต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ด้วยวิธีการ Stepwise โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่านทั้ง 5 ข้อ ผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 6 ตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยการซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากมีอำนาจในการทำนาย สูงที่สุด (B=0.686) รองลงมา ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ และ (B= 0.571, 0.508, 0.244, 0.225, 0.165) โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ได้ร้อยละ 21.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones, M., et al. (2021) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในสหรัฐอเมริกา รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ระบุและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในสหรัฐอเมริกา ประกอบไปด้วย ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ตามขนาดอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับดังนี้

การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษา พบว่า การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยด้านปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B=0.686$, $p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มาจากพฤติกรรมซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเป็นตัวสะท้อนความรู้ ความใส่ใจ และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันปัญหาฟันผุและสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wanna, K., & Maton, T. (2024). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองตำบลบ้านโพน อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในตำบลบ้านโพน อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ กรอบแนวคิด PRECEDE Framework มาใช้ในการวิเคราะห์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผล

การวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็กโดยผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นปัจจัยด้านปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B=0.571$, $p\text{-value} < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจมาจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงทรัพยากร สุขภาพ ความรู้และบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองที่มีรายได้สูงสามารถพาบุตรหลานไปพบทันตแพทย์ได้สม่ำเสมอ เช่น การอุดฟัน ครอบฟัน เคลือบฟลูออไรด์ หรือตรวจสุขภาพฟันประจำปี ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยอาจมองว่าการพบทันตแพทย์เป็นภาระค่าใช้จ่าย จึงพาเด็กไปเฉพาะเมื่อมีปัญหาแล้วเท่านั้น เช่น ปวดฟัน ฟันผุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thawonwong, P. (2021). ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วัตถุประสงค์ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว เช่น ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก, ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก, การสนับสนุนจากชุมชน รวมไปถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทัศนคติที่ดี ของผู้ปกครองมีผลสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมถึงการสนับสนุนจากชุมชนและปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษาและรายได้ของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้ดีมักจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดีกว่าโดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จากการศึกษา พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เป็นปัจจัยด้านปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B=0.244$, $p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง

ไว้ มาจากทัศนคติผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเชิงบวกสามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและสอดคล้องกันในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กได้ดียิ่งขึ้น หากผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก จะส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความมุ่งมั่นและใส่ใจในการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wimutti, D. (2021).พบว่า ผู้ปกครองที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนจะมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่องและดี

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เป็นปัจจัยด้านปัจจัยเอื้อที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มาจากบริการด้านทันตกรรมในปัจจุบันมีความครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนมีการให้บริการด้านทันตกรรมที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่ทำให้เด็กทุกคนสามารถเข้าถึงบริการฟรีหรือต้นทุนต่ำ ทำให้ความแตกต่างด้านการเข้าถึงไม่เด่นชัด พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กเกิดขึ้นที่บ้านมากกว่าที่สถานบริการ การแปร่งฟัน ตรวจสอบการทำความสะอาด และการควบคุมการบริโภคอาหารหวานเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในครอบครัวมากกว่า การไปพบทันตแพทย์ ดังนั้น การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมจึงไม่ใช่ตัวแปรสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Green Lawrence W and Kreuter Marshall. (1991) การออกแบบโปรแกรมหรือนโยบายสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและสังคมของผู้รับบริการ ไม่ใช่เพียงแค่การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอเท่านั้น แต่ต้องพยายามเสริมสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และแรงจูงใจให้กับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดการใช้บริการและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริง หากผู้ปกครองขาดความตระหนัก ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน แม้ว่าการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมนั้นจะมีอยู่มากมาย หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม ก็อาจไม่สามารถเข้าถึง หรือไม่เลือกที่จะใช้บริการนั้นได้

การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จากการศึกษา พบว่า การได้รับคำแนะนำและ

สนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยด้านปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($B=0.244$, $p\text{-value} < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มาจากการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของ การให้ความรู้ การเสริมแรง และการกระตุ้นเตือน ผ่านกิจกรรมที่จัดร่วมกับผู้ปกครอง เช่น การอบรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินการเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ปกครองมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดูแลสุขภาพบุตรหลาน เมื่อผู้ปกครองมีพฤติกรรมที่ดีแล้ว จะสามารถเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดความรู้ให้กับบุตรหลานและบุคคลใกล้ชิดอื่นๆในครอบครัวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith, J., et al.(2019) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในสหราชอาณาจักร งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในสหราชอาณาจักร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในสหราชอาณาจักร ได้แก่ ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ผู้ปกครองที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suksa-waeng, C. (2023).ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองที่มีเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลตะคร้อ อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองที่มีเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลตะคร้อ อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน จากการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นปัจจัยด้าน

ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 00.05 ($B=0.225$, $p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้มาจากความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูงของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในเชิงบวก การมีความรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างนิสัยสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่วัยเยาว์ และส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง พัชรมนตรี (2561) พบว่า ความรู้และการศึกษาที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ปกครอง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการแปรงฟันและการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง การรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suksawaeng, C. (2023). ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองที่มีเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลตะคร้อ อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองที่มีเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลตะคร้อ อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ จากการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ เป็นปัจจัยด้านปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 00.05 ($B=0.165$, $p\text{-value} < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ ถือเป็น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะผ่านการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสังคมออนไลน์ โปสเตอร์ หรือสื่อจากหน่วยงานสาธารณสุข สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลฟัน เช่น วิธีแปรงฟันที่ ถูกต้อง ความสำคัญของฟลูออไรด์ ผลกระทบของฟันผุต่อพัฒนาการเด็ก อาหารที่ส่งผลเสีย

ต่อฟัน เมื่อผู้ปกครองรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ จะเกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลฟันลูกมากขึ้น สอดคล้องกับ Department of Health. (2021). พบว่าการรณรงค์ผ่านสื่อออนไลน์และสื่อมวลชนมีผลต่อการเพิ่มความตระหนักรู้ในผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก การรณรงค์และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านสื่อสามารถช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor, M., et al.(2020) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในออสเตรเลียจากมุมมองของผู้ปกครองรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในออสเตรเลียจากมุมมองของผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ได้แก่ ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง การสนับสนุนจากคนในครอบครัวและการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการสนับสนุนจากระบบสาธารณสุขที่สามารถช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ มากจากปัจจุบันความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเผยแพร่ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งจากหน่วยบริการสุขภาพ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและสื่อออนไลน์ ทำให้ผู้ปกครองทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นความแตกต่างเชิงประชากรศาสตร์จึงไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน แต่ขึ้นกับระดับความรู้และเจตคติที่มีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นหลัก หากผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการแปรงฟัน ก็จะมีพฤติกรรม

การดูแลที่เหมาะสมโดยไม่ขึ้นกับเพศหรือสถานะทางการศึกษา การดูแลสุขภาพฟันเด็กก่อนวัยเรียนมักเป็นหน้าที่ร่วมกันของครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้นความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กจึงไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรง แต่แรงสนับสนุนและการช่วยเหลือกันภายในครอบครัวมีผลมากกว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองขึ้นอยู่กับความรู้สึกเสี่ยง (perceived susceptibility) และการรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) ของการดูแลสุขภาพฟันเด็ก หาก ผู้ปกครองเชื่อว่าการไม่ดูแลจะทำให้เด็กเกิดฟันผุและการแปรงฟันจะช่วยป้องกันได้ ก็จะเกิดการปฏิบัติ ไม่ว่าผู้ปกครองจะมีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน และการที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีนโยบายรณรงค์ เช่น “เด็กไทยฟันดี” หรือกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันในศูนย์เด็กเล็กทำให้ผู้ปกครองทุกกลุ่มได้รับคำแนะนำที่คล้ายคลึงกันและปรับพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ความแตกต่างทางอาชีพหรือการศึกษา จึงไม่ได้ส่งผลมากนัก แม้ว่าปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มักถูกนำมาศึกษาในการคาดการณ์พฤติกรรมสุขภาพ แต่ในบริบทของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลับพบว่าไม่ได้ส่งผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากพฤติกรรมนี้ได้รับอิทธิพลจาก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน การซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ มากกว่าปัจจัยด้านปัจจัยคุณลักษณะทางด้านประชากร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เชิงนโยบาย เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร และองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ ในเด็กก่อนวัยเรียนในเขตพื้นที่ จัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านภาพช่องปากให้แก่เด็กนักเรียนก่อนวัยเรียน โดยทันตแพทย์ และจัดกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง

ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดหาอุปกรณ์ในการทำมาสะอาดฟันให้มีความเพียงพอ

2) เชิงวิชาการ ผู้วิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มีข้อมูลรายงาน และทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร นำข้อมูลไปพัฒนาในหน่วยงานด้านสาธารณสุขส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เข้าถึงแหล่งบริการด้านทันตกรรมและได้รับข้อมูลข่าวสารการให้บริการทันตกรรมที่ครอบคลุมทั่วถึงทั้งพื้นที่

3) เชิงปฏิบัติการ ผลจากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนของผู้ปกครองยังพบว่า ผู้ปกครองให้เด็กทานลูกอม ขนมกรุบกรอบ ขนมหวานตามที่เด็กต้องการ ให้เด็กดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้สำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและให้เด็กนอนหลับขณะที่เด็กดูคนมจากขวดนม ควรมี การจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง และสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายผลการศึกษานี้ไปพัฒนาต่อยอดโดยใช้เป็นประเด็น เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอตะพานหิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองพิจิตร สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะคุณครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร ที่ให้ความร่วมมือประสานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการพาลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตอำเภอเมืองพิจิตร

จังหวัดพิจิตร ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ
วิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, J. (1977). Images of issues: Typifying contemporary social problems (p. 174). Macmillan.
- Bloom, B. (1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain (p. 45). Longman.
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2017). Report of the 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017. Retrieved from [URL] https://dental.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/dental2/n2424_765046ad86a54985537887456d464d2f_surveu_8th_2nd_%E0%B9%81%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%82%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2018). The 9th National Oral Health Survey Report, Thailand 2023. Retrieved from [URL] <https://online.fliphtml5.com/bcbgi/eduf/#p=2>
- Chaiyawong, M. (2020). A study of oral health care behaviors for preschool children in families. Journal of Medical Behavioral Science, 45(3), 220–225.
- Cochran, W. G. (1977). Sampling Techniques (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Department of Health. (2021). Oral health promotion campaign for preschool children. Journal of the Department of Health, 38(1), 22-26.
- Department of Health. (2023). Annual report on dental health in children. Ministry of Public Health, Thailand.
- Fejerskov, O. (2004). Dental caries: The disease and its clinical management. Blackwell Munksgaard.
- Ekakul, T. (2000). Educational Research (2nd ed.). Faculty of Education, Chulalongkorn University.
- Jones, M., et al. (2021). A study on the factors influencing oral health care behavior in preschool children of parents in the United States. Journal of Pediatric Dentistry, 45(2), 123-134.
- Kanjanawong, P. (2019). A study of factors affecting oral health care behaviors among parents of preschool children. Journal of Oral Health, 35(2), 120–128.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.
- Patcharamontri, P. (2018). Factors affecting oral health care for preschool children. Journal of Dentistry, 33(2), 98–102.
- Petersen, P. E. (2010). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization.
- Phichit Provincial Public Health Office. (2024). Percentage of 3-year-old children with dental caries in primary teeth. Retrieved from [URL] https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&i_d=e9f3192f523c79cbbbcf7b405e879384
- Sirianong, A. (2016). A study of factors influencing preschool children's dental health care among parents [Master's thesis, Srinakharinwirot University].
- Smith, J., et al. (2019). Parental factors affecting oral health behavior of preschool children in the UK. British Journal of Pediatric Dentistry, 22(4), 210-218.
- Suksa-waeng, C. (2023). Factors affecting oral health care behaviors among parents of preschool children in Ta Khro Subdistrict, Phaisali District, Nakhon Sawan Province.

- Taylor, M., et al. (2020). Factors influencing parental oral health behaviors for preschool children in Australia. *Australian Journal of Public Health*, 44(3), 215-223.
- Thawonwong, P. (2021). Oral health care behaviors of parents with preschool children in child development centers, Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province.
- Tinanoff, N., & Reisine, S. T. (2009). Update on early childhood caries and the dental home. *Journal of Dentistry*, 37(3), 103-107.
- Wang, Y. (2018). Parental involvement in oral health care for preschool children: Influences and outcomes. *Pediatric Dentistry*, 40(1), 29-35.
- Wanna, K., & Maton, T. (2024). Factors associated with oral health care behaviors among parents of children aged 3–5 years in Ban Phot Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province. *Journal of Public Health and Innovation*, 5(2), 1–14.
- Wimutti, D. (2021). Factors affecting oral health care for preschool children in low-income families. *Journal of Public Health*, 15(2), 112–118.
- World Health Organization. (2016). Oral health promotion and the role of the family. World Health Organization.