



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal Of Department Of Health Service Support

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

Vol.21 No.2 May – August 2025

ISSN : 2822-1109 (Online)





กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal Of Department Of Health Service Support



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์
รศ.ดร.ยศ อมรภิจิวิทย์
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช
ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ
รศ.ดร.พอใจ พัทธินิตย์ธรรม
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร
ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์
อ.ดร.ศศิวรรณ ทศนเี่ยม
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์
ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี
ดร.ภญ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว
ดร.นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข
ผศ.พิเศษ นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์
นพ.อัศวพล คุรุศาสตร์
นางสาวภา จงกิตติพงศ์
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น
นายบุญยืน อยู่พิพัฒน์
นายสรพงษ์ ทัพวิมล
นางจิรวรรณ หัสโรค์
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์
อ.ดร.ลำพึง วอนอก
อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ
ผศ.ดร.วรยุทธ นาคอ้าย
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กรมการแพทย์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
นักวิชาการอิสระ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

อ.เกษมศานต์ ชัยศิลป์
รศ.ดร.ธัชชัย บุญหนัก
อ.เสาวภา จงกิตติพงศ์
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า
ผศ.ดร.วรยุทธ นาคอ้าย
ดร.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย
อ.ศศิภา จันทรา
ดร.รัชนี จันทร์เกษ
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร
อ.ยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น
ทพญ.ดร.อรฉัตร คุรุรัตน์
อ.ดร.สุทิน ชนะบุญ
ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม
อ.ดร.สมร นุ่มผ่อง
ผศ.ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร (ม.บูรพา)
อ.วันเฉลิม รัตพร
อ.อุทิศ จิตเงิน
อ.ดร.นภดล คุรุธน้อย
อ.ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
โครงการศึกษาวิจัยเอดส์ทดลอง กรมควบคุมโรค
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
มหาวิทยาลัยบูรพา
กองสุศึกษา
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568

Vol.21 No.2 May - August 2025

คณะทำงาน

นายเชาวรินทร์ คำหา

นายสุพจน์ สว่างดี

นางสาวอารยา ศรีสนิท

ผู้ประสานงาน

นางสาวอารยา ศรีสนิท

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jahss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557

อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 21 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) การศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 2) การพัฒนาและประเมินหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่น 3) การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ 5) การรักษาพยาบาลของแรงงานไทยในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 6) การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7) การพัฒนารูปแบบเร่งรัดการกำจัดไวรัสตับอักเสบ บีและซี ในจังหวัดลพบุรี 8) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดลพบุรี 9) การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา 10) ผลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวัง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานี่สุขภาพดิจิทัล และการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางกองบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาพัฒนาวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้ทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบบริการ สุขภาพ สุขภาพภาคประชาชน สุขศึกษา มาตรฐานสถานพยาบาล เศรษฐกิจสุขภาพ กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

การศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559	7
ชัยณรงค์ สังข์จำรัส	
การพัฒนาและประเมินหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่น	17
นิตยา พันธุ์เวทย์	
การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 7	27
นิรมล วงษ์ธานี	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์	39
สมรักษ์ รัตนโคตร	
การรักษาพยาบาลของแรงงานไทยในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19	50
ฉัตรชัย เฟื่องจันทร์	
การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	62
นิพิฐพนธ์ แสงด้วง	
การพัฒนารูปแบบเร่งรัดการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซี ในจังหวัดลพบุรี	72
สุภารัตน์ ลิขิตภูมิ	
ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดลพบุรี	81
ญานันท์ ใจอาจหาญ	
การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา	93
ไพโรจน์ ศิริพันธ์	
ผลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวัง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล และการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม	106
พชรวรรณ คุสุกุลรัตน์	



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

The Study of Health Establishment Officers Competencies Under The Health Establishment Act B.E. 2016

ชัยณรงค์ สังข์จ้าง, สป., สม., ศศ.ด.(พัฒนาสังคม)*

Chainarong Sungchang, BPH., MPH., Ph.D.(Social Development)*

* กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

* Division of Health Establishment, Department of Health Service Support

ชื่อผู้ประสานงาน: ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ้าง อีเมลผู้ประสานงาน: chainarong_s@yahoo.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 26 มี.ค. 2568

วันแก้ไข: 9 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 20 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและวิเคราะห์ยืนยันความเหมาะสมสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ และศึกษาผลการปฏิบัติงานตามแบบจำลองสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์พนักงานเจ้าหน้าที่ และการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ ของหน่วยงานอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 165 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบมาตรวัด 5 อันดับ จำนวน 5 องค์ประกอบ รวม 16 ข้อคำถาม ผลการศึกษา พบว่า แบบจำลององค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกลมกลืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) ค่าไคสแควร์ : χ^2 เท่ากับ 178.049 ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ : χ^2 / df เท่ากับ 1.905 (น้อยกว่า 2.00) ดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.999 ดัชนีความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.924 ดัชนีระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.940 แสดงว่า ดัชนีค่าเฉลี่ยรากกำลังสองของความคาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.078 และดัชนีค่าเฉลี่ยรากกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.052 ซึ่งองค์ประกอบสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมสอดคล้อง องค์ประกอบสมรรถนะ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจกฎหมายกิจการบริการเพื่อสุขภาพ 2) การวางแผนเตรียมความพร้อม การตรวจประเมินมาตรฐาน 3) เทคนิควิธีการตรวจประเมินและรวบรวมหลักฐานข้อเท็จจริง 4) การวิเคราะห์วินิจฉัย การตรวจประเมินตามเกณฑ์ และ 5) การยึดหลักความโปร่งใสและสร้างความเชื่อมั่น

คำสำคัญ: พนักงานเจ้าหน้าที่, สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ, สมรรถนะการปฏิบัติงาน, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

Abstract

The study aimed to study of the development and confirmatory analysis of the audit execution procedure, by the second order confirmatory factor of the theoretical and observation of indicative indicators of Health Establishment Officers (HEOs) competency model and judicial performance of Health Establishment Act B.E. 2016. The interview guideline use in qualitative method and quantitative data were collected from HEOs 165 samples by a questionnaire with responses 5 rating scales about 5 elements included 16 items. The results of second confirmatory factor analysis revealed the model fit with empirical data as $\chi^2 = 78.049$, $\chi^2 / df = 1.905$ (less than 2.00), GFI = 0.999, AGFI = 0.924, CFI = 0.940, RMSEA = 0.0078, and SRMR = 0.052 which 5 competencies included 1) Knowledge and Understanding of Health Establishment Legal 2) Planning and Preparation for Audit Conduct 3) Technique and Method on The Evidence of Audit 4) Analysis and Diagnosis The Certification Scheme and 5) Adhere to Transparency and Confidence Principle.

Keywords: Health Establishment Officers, Health Establishment Business, Functional Competency, Confirmatory Factor Analysis

บทนำ

ธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพ ได้รับการยอมรับและความนิยมในการใช้บริการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ ประเทศไทยได้ตราพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559⁽¹⁾ ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อ 1) การกำกับดูแลให้ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบกิจการอย่างมีมาตรฐาน 2) ส่งเสริมยกระดับ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ บริการด้วยแนวปฏิบัติที่ดีโดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกอบรมตามมาตรฐาน 3) เป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้บริโภคได้รับบริการที่ปลอดภัย สมประโยชน์ และความพึงพอใจ และ 4) สร้างความเชื่อมั่นให้กับธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพ โดยมีพนักงานเจ้าหน้าที่ (Health Establishment Officer) เป็นกลไกการปฏิบัติงานตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และข้อกำหนดตามกฎหมาย ซึ่งมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ ปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 15,238 แห่ง จำแนกเป็นกิจการสปา 1,067 แห่ง, กิจการนวดเพื่อสุขภาพ 13,055 แห่ง, กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม 193 แห่ง, และกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 923 แห่ง โดยมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รายใหม่เพิ่มขึ้น 1,958 แห่งต่อปีหรือเฉลี่ย 163 แห่งต่อเดือน⁽²⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ธุรกิจบริการสุขภาพจะเป็นที่ต้องการและการยอมรับจากนักท่องเที่ยวต่างชาติและนักท่องเที่ยวชาวไทยเป็นจำนวนมาก แต่ยังพบว่า มีธุรกิจบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งที่เปิดให้บริการโดยไม่ได้รับอนุญาต การประกอบกิจการไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการให้บริการลักษณะแอบแฝงบริการการค้าประเวณี ขัดต่อศีลธรรมอันดีของสังคม และสร้างความเสียหายต่อธุรกิจบริการสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีระบบการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังที่เข้มแข็งโดยมีพนักงานเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะดำเนินการการตรวจประเมินเพื่อกำกับดูแลอย่างมีคุณภาพมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีการศึกษาวิเคราะห์หรือกำหนดเกณฑ์ สมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นการเฉพาะ เพื่อประยุกต์ใช้สำหรับการกำหนดเป้าหมายแนวทางและเกณฑ์การพัฒนาพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะในการปฏิบัติงาน (Functional Competency) ของพนักงานเจ้าหน้าที่ สำหรับเป็นกรอบแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นเกณฑ์การประเมินสมรรถนะและนำผลการประเมินใช้สำหรับการพัฒนาความรู้ทักษะการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น^(3,4) ซึ่งจะส่งผลให้ระบบการกำกับดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มีความเข้มแข็งการกำกับดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบแบบจำลององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ และประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) วิธีการวิจัยประกอบด้วย

1. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) เพื่อศึกษาและพัฒนากรอบสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยวิธีการ 1) ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎี จากตำรา บทความวิจัย เอกสารวิชาการ เกี่ยวกับสมรรถนะการปฏิบัติงาน เอกสารและคู่มือปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้พฤติกรรมการทำงานและพัฒนาแบบสอบถามการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ 2) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พนักงานเจ้าหน้าที่ 1) กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2 คน 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ผ่านความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

2. การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research Method) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม

สอดคล้องของแบบจำลององค์ประกอบและตัวชี้วัดในเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้เทคนิควิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง (Second Confirmatory Factor Analysis : CFA)^(5,6) และสรุปผลการปฏิบัติงานตามกรอบสมรรถนะ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่หน่วยงานอนุญาต ได้แก่ 1) กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 9 คน 2) ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 82 คน และ 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 148 คน รวมทั้งสิ้น 239 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่หน่วยงานอนุญาต กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krecie and Morgan⁽⁷⁾ จำนวน 165 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกการเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1) เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับการแต่งตั้ง ก่อนวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 3) สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) การปฏิบัติงานสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.842-0.917 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงาน ตรวจสอบมาตรฐานกิจกรรมเพื่อสุขภาพในระดับอำเภอ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์คอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.966 แบบสอบถามการประเมินการปฏิบัติงานตามกรอบสมรรถนะ 5 องค์ประกอบรวม 16 ข้อคำถาม ผลการประเมินแบ่งระดับคะแนนจากน้อยไปหามาก (Rating scale 1-5)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงผู้แทนหน่วยงานอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย

1) กองสถานประกอบการเพื่อสุข 2) ศูนย์สนับสนุน-บริการสุขภาพเขต และ 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2) สัมภาษณ์เชิงลึกพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก, 3) ส่งแบบสอบถามในระบบออนไลน์ ตามเป้าหมายกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหน่วยงาน, 4) ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถามในระบบออนไลน์, 5) เตรียมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ยืนยันแบบจำลององค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะ และวิเคราะห์ผลการประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Contents Analysis) ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ลักษณะการปฏิบัติงาน 2) การวิเคราะห์องค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้ผลการปฏิบัติงาน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติ STATA version 14.0 for Windows⁽⁸⁾ ดังนี้

2.1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2) สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบจำลององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ดังนี้

2.2.1) วิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรก (First Order Confirmatory Factor Analysis) โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) โดยประเมินจากค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ค่า KMO ควรมากกว่า 0.5 และค่า Bartlett Test of Sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบด้วยค่า Chi-square ของ Determinant ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ว่าเป็นเอกลักษณ์หรือไม่ หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (Significant) เท่ากับ 0.000 จะถือว่าข้อมูลตัวแปรที่วัดได้ทั้งหมดมีความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ^(6,9)

2.2.2) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) ว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกันของ

แบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์^(6,10) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) การตรวจสอบค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ Chi-square วิเคราะห์จาก χ^2/df พิจารณาจากค่าไคสแควร์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.00 2) การตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative of Fit Index : CFI) ควรมีค่าสูงกว่า 0.90 3) การตรวจสอบดัชนีระดับความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness of Fit : GFI) ควรมีค่าสูงกว่า 0.90 4) การพิจารณาระดับความกลมกลืนที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit : AGFI) เป็นการวิเคราะห์จาก GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดขององศาอิสระ (Degree of Freedom : df) รวมถึงจำนวนตัวแปรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนี AGFI มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับดัชนี GFI ควรมีค่าสูงกว่า 0.90 5) ดัชนีรากกำลังสองของความแตกต่างโดยประมาณเฉลี่ย (Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA) เป็นค่าสถิติข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับค่าไคสแควร์และค่าสถิติ มีค่าลดลง เนื่องจากขนาดประชากร และระดับขั้นของความเป็นอิสระ RMSEA ควรมีค่าเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05 และ 6) ดัชนีค่าเฉลี่ยรากกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual : SRMR) แสดงขนาดโดยเฉลี่ยของส่วนที่เหลือจากการเปรียบเทียบระดับความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่า SRMR ควรมีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

3) แปลผลการประเมินการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่โดยใช้เกณฑ์ระดับขั้น (พิสัย) เท่ากับ 0.50⁽⁸⁾ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติมาก, คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย, คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน-สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี รหัสโครงการ 100167039

เอกสารรับรองเลขที่ 39/2567 รับรองเมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2567 การดำเนินการวิจัยยึดหลักการเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการเก็บรักษาและปกปิดข้อมูลเป็นความลับโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้สิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามแบบแสดงความประสงค์เข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การกำหนดนิยามกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ กิจการสปา กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม และกิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 3(3) 2) การกำหนดมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย มาตรฐานด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ 3) การอนุญาตและการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการ 4) การประกอบกิจการตามบทบาทหน้าที่ของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ 5) การพักใช้การเพิกถอนใบอนุญาตและการลบชื่อออกจากทะเบียน และ 6) บทกำหนดโทษ โดยกำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามประมวลกฎหมายอาญา และบังคับใช้มาตรการตามกฎหมายให้เป็นไปด้วยความเที่ยงตรงและเกิดความเป็นธรรม⁽¹⁾

แนวทางการกำกับดูแลด้วยกลไกพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายในการตรวจประเมินมาตรฐานประกอบการพิจารณาอนุญาต โดยเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักฐาน (Audit Evidence) ที่เป็นวัตถุวิสัยในเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องแม่นยำ สำหรับวินิจฉัยว่าการประกอบกิจการเป็นไปตามเกณฑ์การตรวจประเมิน (Audit Criteria) ซึ่งมาตรการอนุญาต ประกอบด้วย 1) การตรวจประเมินเพื่อการอนุญาต (Certified Audit) 2) การตรวจประเมินเฝ้าระวังมาตรฐานภายหลังอนุญาต

(Surveillance or Post Audit) 3) การตรวจประเมินเพื่อต่ออายุใบอนุญาต (Re-certified Audit) และ 4) การตรวจสอบตามข้อร้องเรียน (Compliant or Non-conformity Audit)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับคุณลักษณะของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้บรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติงาน สรุปได้ดังนี้ 1) มีความรู้ความเข้าใจโดยสามารถอธิบายสรุปและนำเสนอข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ 1) หลักการ วิธีการ และข้อกำหนดกิจกรรมการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ แต่ละกิจการได้ 2) หลักการและข้อกำหนดของกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ขอบเขตการนิยาม ความหมาย มาตรการปฏิบัติทางกฎหมาย คุณสมบัติของผู้ประกอบกิจการ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการ อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ การขอรับใบอนุญาต การเปลี่ยนแปลงรายการ มาตรการและบทกำหนดโทษผู้เกี่ยวข้อง 3) เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดตามกฎหมายกระทรวง และ 4) ขั้นตอนวิธีการตรวจประเมิน, 2) มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์ เอกสาร และเครื่องมือในการตรวจประเมิน, 3) ปฏิบัติงานด้วยทักษะความชำนาญและเทคนิคการตรวจประเมินที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการและผู้รับการตรวจประเมิน ได้แก่ การตรวจสอบระบบการให้บริการ การเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารหลักฐานตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด, 4) การวิเคราะห์วินิจฉัยโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องของหลักฐาน เปรียบเทียบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยสามารถระบุและอธิบายผลการตรวจประเมินได้อย่างชัดเจน รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการ, และ 5) การปฏิบัติโดยยึดหลักความโปร่งใสและสร้างความเชื่อมั่นในความถูกต้องของตัวผู้ประเมิน และกระบวนการตรวจประเมินให้กับผู้ประกอบการ รวมถึงความสามารถในการให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงพัฒนามาตรฐานอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยอิงหลักกฎหมายและหลักวิชาการ

2. ผลการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

2.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะเชิงยืนยันอันดับแรก

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับแรกแบบจำลองสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นการทดสอบคุณสมบัติของข้อคำถามที่ใช้วัดว่ามีความเหมาะสมในการเป็นตัวแปรสังเกตได้ (Observation Variables) สอดคล้องตามแบบจำลองทางทฤษฎีหรือไม่

ผลการวิเคราะห์แสดงดัง (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading : b) ของตัวชี้วัด ของทั้ง 5 องค์ประกอบ จำนวน 16 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักอยู่ระหว่าง 0.6196 – 0.9085 ค่าความ คลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error : SE) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.0238 – 0.0559 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 11.09 – 37.69 โดยค่า t มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (Coefficient of Determination : r^2) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.5083 – 0.8253

ตารางที่ 1 แสดงค่าสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับแรกของตัวแบบสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่

ตัวแปรสังเกตได้	น้ำหนักองค์ประกอบ (b)	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	ค่าทดสอบนัยสำคัญ (t)	สัมประสิทธิ์พหุคูณ (r^2)
1. ความรู้ความเข้าใจกฎหมายการบริการเพื่อสุขภาพ				
1) ความรู้ด้านกฎหมายบริการเพื่อสุขภาพ	0.7592	0.0390	19.47*	0.5764
2) ความรู้ด้านธุรกิจการบริการเพื่อสุขภาพ	0.8983	0.0238	37.69*	0.8069
3) ความรู้ด้านการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม	0.8401	0.0295	28.48*	0.7057
4) ความรู้ด้านเกณฑ์มาตรฐานสถานประกอบการ	0.7596	0.0393	19.33*	0.5770
2. การวางแผนเตรียมความพร้อม				
1) การกำหนดวัตถุประสงค์การตรวจประเมิน	0.7556	0.0386	19.56*	0.5709
2) การกำหนดแผนและขั้นตอนการปฏิบัติ	0.8463	0.0281	30.16*	0.7163
3) การติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้อง	0.8591	0.0259	33.13*	0.7382
3. เทคนิควิธีการตรวจประเมิน				
1) การชี้แจงขั้นตอนวิธีการ	0.8110	0.0317	26.10*	0.6576
2) การเก็บรวบรวมเอกสารหลักฐานข้อมูล	0.7952	0.0369	21.58*	0.6325
3) การสอบถามความถูกต้อง	0.7021	0.0438	16.03*	0.5930
4. การวิเคราะห์และวินิจฉัย				
1) การประมวลหลักฐานข้อเท็จจริง	0.8005	0.0397	20.17*	0.6409
2) การสรุปข้อตรวจพบ	0.8208	0.0392	20.42*	0.6613
3) การให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข	0.7535	0.0431	17.48*	0.5677
5. ความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือ				
1) ความละเอียดถี่ถ้วน รอบคอบ และช่างสังเกต	0.6196	0.0559	11.09*	0.5083
2) ทศณคติเปิดกว้าง รับฟัง และควบคุมตัวเองได้	0.8085	0.0327	27.76*	0.7253
3) การเคารพสิทธิผู้อื่น	0.7425	0.0446	16.64*	0.5513

*นัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ความเหมาะสมของข้อมูลในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโดยพิจารณาจากค่าสถิติ พบว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้เป็นเอกลักษณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) โดยที่ค่า Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 1639.370 ระดับนัยยะสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.000$ และค่า MSA (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) มีค่าเท่ากับ 0.906 ซึ่งมีความมากกว่า 0.50 สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดที่เป็นตัวแปรสังเกตได้ตามแบบจำลองสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

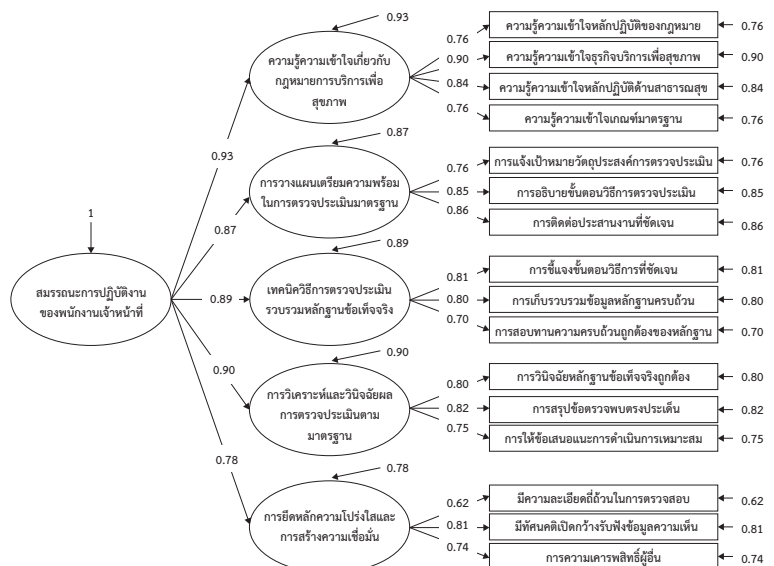
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าดัชนีความเหมาะสมของแบบจำลองสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกรอบทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า มีค่าไคสแควร์ : χ^2 มีค่าเท่ากับ 178.049 คำนัยยะสำคัญทางสถิติเท่ากับ $p\text{-value} = 0.050$ ค่า χ^2 ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ : χ^2 / df มีค่าเท่ากับ 1.905 (น้อยกว่า 2.00) แสดงว่าแบบจำลองมีความเหมาะสม และเมื่อพิจารณาดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนด้านอื่นๆ ได้แก่ ดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.999 ดัชนีความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.924 ดัชนีระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.940 แสดงว่า แบบจำลองสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งดัชนีค่าเฉลี่ยรากกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.078 และดัชนีค่าเฉลี่ยรากกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (SRMR) มีค่าเท่ากับ 0.052 สรุปได้ว่า แบบจำลองสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะเชิงยืนยันอันดับสอง

การวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับสองเป็นการทดสอบคุณสมบัติของตัวแปรแฝง (Latent Variables) ว่ามีความเหมาะสมในการใช้อ้างอิงประกอบของแบบจำลองสมรรถนะ พิจารณาจากค่าน้ำหนักขององค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading : b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error : SE)

การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (Coefficient of Determination : r^2)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบอันดับสองของตัวแบบสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า องค์ประกอบมาตรฐานที่ 1 ความรู้ความเข้าใจกฎหมายการบริการเพื่อสุขภาพ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) เท่ากับ 1.000 องค์ประกอบมาตรฐานที่ 2 การวางแผนเตรียมความพร้อม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.8697 องค์ประกอบมาตรฐานที่ 3 เทคนิคการตรวจประเมิน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 0.8859 องค์ประกอบมาตรฐานที่ 4 การวิเคราะห์และวินิจฉัย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.9025 และองค์ประกอบมาตรฐานที่ 5 ความโปร่งใสและน่าเชื่อถือ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.9698 โดยที่ค่า t มีค่าระหว่าง 2.01 – 12.38 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ดัชนีวิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบจำลองสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่อันดับที่สรุปได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แสดงแบบจำลององค์ประกอบและตัวชี้วัดสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่

3. ผลการประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามองค์ประกอบสมรรถนะ

จากตารางที่ 2 สรุปผลประเมินการปฏิบัติงานตามองค์ประกอบสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า ผลการปฏิบัติงานด้านความโปร่งใสและน่าเชื่อถือ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในลำดับแรก (Mean = 4.281) รองลงมา ได้แก่ การปฏิบัติงานด้านการวางแผนเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.187, SD. = 0.557) การปฏิบัติงาน ด้านเทคนิควิธีการตรวจประเมิน อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.009, SD. = 0.515) และการปฏิบัติงานด้านการวิเคราะห์และวินิจฉัย อยู่ระดับมาก (Mean = 3.917, SD. = 0.461) และพบว่า การปฏิบัติงานด้านความรู้ความเข้าใจกฎหมายบริการเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.852, SD. = 0.517)

การอภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของมาตรการกำกับดูแลที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานหลัก ได้แก่ 1) การตรวจประเมินเพื่อการอนุญาต สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2) การตรวจประเมินเฝ้าระวังเพื่อกำกับดูแลการรักษามาตรฐานภายหลังการได้รับอนุญาต 3) การตรวจประเมินมาตรฐานเพื่อการต่ออายุใบอนุญาต และ 4) การตรวจประเมินมาตรฐานตามข้อร้องเรียน

จากผลการศึกษาการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะ พบว่า ลักษณะองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีผลการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน คือ 1) มีความรู้ความสามารถที่

เกี่ยวกับกฎหมายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2) มีความรู้และทักษะความสามารถในการวางแผนการเตรียมความพร้อมสำหรับการตรวจประเมินให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 3) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และทักษะความสามารถในเชิงเทคนิควิธีการตรวจประเมินให้เป็นไปตามขั้นตอนและเทคนิควิธีการที่เชื่อถือได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง 4) มีความรู้และทักษะความสามารถในการวิเคราะห์วินิจฉัยผลการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและสามารถอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะของ McClelland และ Parry^(3,11) ซึ่งระบุว่า คุณสมบัติหรือลักษณะส่วนบุคคล (Attribute) ที่สะท้อนถึงแนวคิดส่วนบุคคล (Self-concept) บุคลิกลักษณะประจำตัว (Traits) แรงจูงใจ, เจตคติ (Motives/Attitude) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลผลักดันให้พนักงานเจ้าหน้าที่แสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพโดดเด่นและแตกต่างไปในแต่ละบุคคลได้อย่างชัดเจน

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบจำลององค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า แบบจำลองสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีความเหมาะสมสอดคล้องของตัวบ่งชี้การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ (Indicative Behavior Indicators) และองค์ประกอบสมรรถนะ (Components of Dimensions of Competency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.05) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แบบจำลองเชิงทฤษฎี (Theoretical Model) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Study) ทั้ง 5 องค์ประกอบ สามารถนำแบบจำลอง

ตารางที่ 2 สรุปผลการประเมินปฏิบัติงานตามองค์ประกอบสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่

การปฏิบัติงานตามองค์ประกอบสมรรถนะ	Mean	พิสัย	SD.	การแปรผล (น้อยที่สุด-มากที่สุด)
1. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการบริการเพื่อสุขภาพ	3.852	2.571–4.857	0.517	ระดับมาก
2. ด้านการวางแผนเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินมาตรฐาน	4.187	3.000–5.000	0.557	ระดับมาก
3. ด้านเทคนิควิธีการตรวจประเมิน รวบรวมหลักฐานข้อเท็จจริง	4.009	2.000–5.000	0.515	ระดับมาก
4. ด้านการวิเคราะห์และวินิจฉัยผลการตรวจประเมินตามมาตรฐาน	3.917	3.000–5.000	0.461	ระดับมาก
5. ด้านการยึดหลักความโปร่งใสและความเชื่อมั่น	4.281	3.200–5.000	0.460	ระดับมาก

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอนุญาตได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾

3. ผลการประเมินการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามองค์ประกอบสมรรถนะ พบว่า 1) ผลการปฏิบัติงานด้านความโปร่งใสและน่าเชื่อถือ อยู่ในระดับมาก 2) การปฏิบัติงานด้านการวางแผนเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก 3) การปฏิบัติงานด้านเทคนิควิธีการตรวจประเมินอยู่ในระดับมาก 4) การปฏิบัติงานด้านการวิเคราะห์และวินิจฉัย อยู่ระดับมาก และ 5) การปฏิบัติงานด้านความรู้ความเข้าใจกฎหมายบริการเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับมากตามลำดับสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วนิดา แก้วอินตา⁽¹²⁾ ซึ่งศึกษาพบว่า ปัจจัยสมรรถนะการปฏิบัติงาน ในด้านความรู้การปฏิบัติงาน และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การควบคุมอารมณ์ ความรอบคอบ และด้านความรับผิดชอบ ส่งผลต่อประสิทธิภาพ และผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานด้านการตรวจประเมิน ซึ่งการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลของพนักงานเจ้าหน้าที่นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะความสามารถที่ต้องแสดงออกมาให้เห็นเด่นชัด ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ และทักษะความสามารถเกี่ยวกับ งานที่ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและการบริหารจัดการเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งรวมไปถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ทักษะการตัดสินใจ การดำรงตนให้อยู่ในความถูกต้องที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่สร้างความโดดเด่นและแตกต่างของประสิทธิผลในแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน^(13,14)

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า แบบจำลององค์ประกอบและตัวชี้วัดสมรรถนะการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจประเมินมาตรฐานเพื่อการอนุญาต การเฝ้าระวัง การต่ออายุใบอนุญาต และการตรวจประเมินตามข้อร้องเรียนตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยที่สมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการบริการเพื่อสุขภาพ จำนวน 4 ตัวชี้วัด 2) ด้านการวางแผนเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินมาตรฐาน จำนวน 3 ตัวชี้วัด

3) ด้านเทคนิควิธีการตรวจประเมิน รวบรวมหลักฐานข้อเท็จจริง จำนวน 3 ตัวชี้วัด 4) ด้านการวิเคราะห์และวินิจฉัยผลการตรวจประเมินตามมาตรฐาน และ 5) ด้านการยึดหลักความโปร่งใสและความเชื่อมั่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานด้านการอนุญาต ควรพิจารณาองค์ประกอบและตัวชี้วัดสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ไปประยุกต์ใช้สำหรับการประเมินสมรรถนะและวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานบนฐานสมรรถนะ (Competency-based Development) ให้สอดคล้องกับความต้องการและผลการประเมินของแต่ละบุคคล

1.2 จากผลการศึกษา พบว่า ผลการประเมินการปฏิบัติงานตามเกณฑ์สมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการบริการเพื่อสุขภาพ และ 4) ด้านการวิเคราะห์และวินิจฉัยผลการตรวจประเมินตามมาตรฐาน อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ดังนั้น หน่วยงานตรวจประเมินควรพิจารณากระบวนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อเพิ่มด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและทักษะการวิเคราะห์และวินิจฉัยผลการตรวจประเมิน โดยอาจใช้เทคนิควิธีการฝึกอบรม (On the Job Training) การสอนงาน (Coaching) รวมถึงระบบการให้คำปรึกษา (Counselling) เป็นต้น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเกณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

1.3 จากผลการศึกษา เกี่ยวกับองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ และตัวชี้วัดสมรรถนะเกี่ยวกับการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณานำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้พฤติกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนการการบริหารจัดการระบบคุณภาพ (Quality Management) เพื่อการประกันคุณภาพการปฏิบัติงานสำหรับองค์กร

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อมหน่วยงาน และปัจจัยเชิง

นโยบายขององค์กรที่ส่งผลต่อสมรรถนะพนักงานเจ้าหน้าที่

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการปฏิบัติงานตรวจประเมินมาตรฐานของพนักงานเจ้าหน้าที่

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยระบบหรือรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพนักงานเจ้าหน้าที่ การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานหรือองค์กรตามกรอบสมรรถนะในการพัฒนาหน่วยงานและองค์กรสู่ความเป็นเลิศและผลสัมฤทธิ์สูง

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2567]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133 ตอนที่ 30 ก ลงวันที่ 31 มี.ค. 2559. แหล่งข้อมูล: http://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505276357212.pdf
- กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. สรุปผลการปฏิบัติงานด้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2567 : เอกสารประกอบการประชุม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ;2567.
- Parry S. Evaluation the Impact of Training Alexandria. VA : American Society for Training and Development. : 1997.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการกำหนดสมรรถนะในราชการพลเรือน : คู่มือสมรรถนะหลัก., กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชุมช่าง จำกัด: 2553.
- Donna Harrington. Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press: 2009.
- Brown T. Confirmatory Factor Analysis.2nd ed. New York London : The Guilford Press: 2015.
- Robert V. Krecie, Daryle W. Morgan. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970:30:607-610.
- Alan Acock. Discovering Structural Equation Modeling Using Stata. Revised Edition. StataCorp LP, USA;2013. [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 15] Available from: <http://www.stata.com/bookstore/discovering-structure-equation-modeling-using-stata/>
- Rick Hoyle. (2023). Handbook of Structural Equation Modeling. 2nd ed. New York London : Guilford Press. 2023. [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 19]. Available from: <http://www.guilford.com/books/Handbook-of-Structural-Equation-Modeling/Rick-Hoyle/>
- เสรี ชัดแจ้ง. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา. 2021:2(1):15-42.
- McClelland D. Testing for Competence Rather Than for “Intelligence”. AMERICAN PSYCHOLOGIST. Jan 1973. [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 10] Available from: <https://www.therapiebreve.be/documents/mcclelland-1973.pdf>
- วนิดา แก้วอินตา. ผลกระทบของสมรรถนะการสอบบัญชีและแรงจูงใจที่มีต่อประสิทธิภาพการสอบบัญชี : สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน. สารนิพนธ์หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบัญชี วิทยาลัยบริหารธุรกิจนวัตกรรมและการบัญชี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. 2564.
- Chouhan VS and Srivastava S. Understanding Competency Modeling Literature Survey. IOSR Journal of Business and Management. 2014:16(1):14-22.
- Bringula R., Batalla M, Moraga S, Ochengco L, Ohagan K, and Lansigan R. School Choice of Computing Students : A Comparative Perspective from Two Universities. Creative Education. 2012:3, Special Issue:1070–1078. [internet]. 2024 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=23583>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาและประเมินหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่น

The Development and Evaluation of a Curriculum of NCD Prevention and Controlling for Local Leaders

นิตยา พันธุเวทย์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*, ปิยนุช จันทร์อักษร ส.ม.**,

ชนิดดา ตรีวุฒิ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)***

Nitaya Bhanuwate M.N.S. (Adult Nursing)*, Piyanut Chanakson M.P.H.**,

Chanidda Triwut B.Sc. (Public Health)***

* กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

* Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control

** สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

** The office of disease prevention and control 12 songkhla

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยุธยา

*** Ayutthaya Provincial Health Office

ชื่อผู้ประสานงาน: นิตยา พันธุเวทย์ อีเมลผู้ประสานงาน: nitayabh@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 7 ก.พ. 2568

วันแก้ไข: 19 พ.ค. 2568

วันตอบรับ: 30 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่น ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนและวางแผน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน 62 คน พร้อมทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางวางแผนการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฯ ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตร ผ่านการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน เพื่อกำหนดกรอบเนื้อหา รายละเอียดการจัดการอบรม และวิธีการประเมินผลหลักสูตรฯ และระยะที่ 3 นำหลักสูตรไปทดลอง โดยการจัดอบรมออนไลน์ และประเมินผลหลักสูตรฯ ในกลุ่มผู้อำนวยการหรือผู้ที่เป็นผู้นำในงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน 30 คน พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร อาจารย์พี่เลี้ยง และผู้เข้าอบรม จำนวน 7 คน และสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ส่วนประกอบ ผลการวิจัยได้หลักสูตรฯ ฉบับสมบูรณ์ มีขอบเขตเนื้อหา 10 หมวดวิชา

21 รายวิชาย่อย ใช้เวลาอบรมรวม 23 ชั่วโมง โดยจัดการเรียนการสอนเฉพาะภาคทฤษฎี ผู้เข้าอบรม ร้อยละ 83.3 มีความพึงพอใจต่อหลักสูตรในระดับมากขึ้นไป และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 71.4-100 จุดเด่นของหลักสูตรคือการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ควบคู่กับการจัดทำคลิปวิดีโอเผยแพร่ผ่าน YouTube ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาย้อนหลังได้ตามความสะดวก ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาหลักสูตรในอนาคต ควรจัดอบรมแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เรียน หรือการพัฒนาเป็นระบบ E-learning เพื่อเพิ่มความน่าสนใจของการสอน การเข้าถึง และสะดวกต่อผู้เรียน ตลอดจนการบูรณาการบางหัวข้อเข้าสู่หลักสูตรอบรมผู้บริหารท้องถิ่นของ กระทรวงมหาดไทย และผลักดันความร่วมมือระหว่าง กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบ MOU พร้อมกำหนดตัวชี้วัดร่วมเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับพื้นที่

คำสำคัญ: การพัฒนาหลักสูตร, การประเมินหลักสูตร, การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, ผู้นำท้องถิ่น

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a curriculum of NCD prevention and controlling for local leaders. The study was conducted between April 2021 and April 2023 and comprised 3 phases; Phase 1, Reviewing and planning; by reviewing relevant literature and gathering quantitative data from 62 personnel responsible for NCD control under the Department of Local Administration to inform curriculum planning. Phase 2, Developing the curriculum; by focused on curriculum development through a focus group of 20 experts to determine the content framework, training management details, and curriculum evaluation methods. Phase 3, Curriculum Implementation and Evaluation; the curriculum was piloted by organizing online training and evaluating the curriculum in a group of 30 directors or leaders in non-communicable disease prevention and control in the Department of Local Administration, along with in-depth interviews with 7 administrators, mentor teachers, and trainees, and group discussions with 20 experts. In this phase, all of the data was analyzed using descriptive statistics and component analysis. The study found that the finalized curriculum, included 10 modules and 21 subtopics, totaling 23 hours of theoretical instruction. The participants were satisfied with the curriculum at a high level or above of 83.3 percent, and the knowledge, understanding, and application were at a high level or above of 71.4-100 percent. The key strength was that the training videos were recorded and published on YouTube, allowing them to study topics of interest later. Recommendations for future development include implementing onsite training to enhance participant engagement or developing the curriculum into a comprehensive E-learning platform to improve accessibility and the learning experience. Integration of selected content into existing local executive training by the Ministry of Interior and policy recommendations for sustainability include establishing an MOU between the Ministry of Interior and the Ministry of

Public Health, setting joint indicators, are also suggested to ensure implementation of NCD prevention and control at the local level.

Keywords: Curriculum Development; Curriculum Evaluation; Prevention and Control of NCDs, Local Leaders

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก⁽¹⁾ และประเทศไทย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย คิดเป็น ร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือมากกว่า 400,000 รายต่อปี โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือ ร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ⁽²⁾

สถานการณ์การสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย พ.ศ.2562-2563⁽³⁾ พบว่าความชุกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs ได้แก่ ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ภาวะมลพิษทางอากาศ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ การขยายตัวของเขตเมือง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การค้าเสรีระหว่างประเทศ และการตลาดสมัยใหม่ ซึ่งนำไปสู่การป่วยเป็น โรค NCDs เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมากในอนาคตอันใกล้⁽⁴⁾

ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายสำคัญในการจัดการปัญหาโรค NCDs แม้ว่าจะมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจนในการควบคุมและป้องกันโรคเหล่านี้ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังประสบข้อจำกัด โดยมุ่งเน้นการรักษาเป็นหลัก การป้องกันในงาน NCDs ทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ในขณะที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่รากปัญหาให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

เป็นวิธีการที่ยั่งยืนและสามารถป้องกันโรค NCDs ได้มากถึง ร้อยละ 80⁽⁴⁾ การจัดการปัญหา NCDs อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถรับมือกับโรคไม่ติดต่อได้แต่เพียงลำพัง เนื่องจากปัจจัยกำหนดโรคมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลากหลายมิติ⁽⁵⁾ บริบทปัจจุบันมีการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)⁽⁶⁾ ได้เพิ่มบทบาท และความรับผิดชอบของ อปท. ในการจัดบริการสาธารณสุข และสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีช่องว่างในการพัฒนาสมรรถนะของผู้นำท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดหลักสูตรฝึกอบรมที่ออกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในบริบทการจัดการสุขภาพระดับพื้นที่อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านวิชาการ การบริหารจัดการเชิงระบบ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาหลักสูตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้นำท้องถิ่นให้สามารถบริหารจัดการปัญหาโรค NCDs ในระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่น
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2566 ในพื้นที่กรมควบคุมโรค เทศบาลนครอ้อมน้อย จังหวัดสมุทรสาคร และเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ทบทวนและวางแผน มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางวางแผนการสร้างและพัฒนาหลักสูตรฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่สมัครใจ จำนวน 62 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจความต้องการพัฒนาหลักสูตรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านทาง Google Form และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละของความต้องการ และวิเคราะห์องค์ประกอบของหัวข้อเนื้อหา และรายวิชาที่ควรบรรจุในหลักสูตร

ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตร มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักสูตรฯ โดยกำหนดกรอบเนื้อหา รายละเอียดการจัดการอบรม และวิธีการประเมินผลหลักสูตรฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านปฏิบัติการด้านการจัดทำหลักสูตร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน ใช้ร่างหลักสูตรฯ จากระยะที่ 1 เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Component Analysis)

ระยะที่ 3 ประเมินผลหลักสูตร มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบและปรับปรุงหลักสูตรให้สมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการ หรือผู้นำด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่สมัครใจ เข้าร่วมการอบรม จำนวน 30 คน การอบรมจัดในรูปแบบออนไลน์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 วัน ภาคปฏิบัติ 2 เดือน และการนำเสนอผลงาน 1 วัน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ และแบบประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นผ่านการประเมิน

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ และสัมประสิทธิ์เชิงลึกผู้บริหาร อาจารย์พี่เลี้ยง และผู้เข้าอบรม จำนวน 7 คน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นนำผลการประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเข้าสู่วิธีการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ 20 คน เพื่อปรับปรุงหลักสูตรให้สมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (component analysis)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1: ทบทวนและวางแผน ผลสำรวจความต้องการของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 62 คน พบว่า ร้อยละ 95.2 ต้องการหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเนื้อหาที่เสนอได้แก่ ความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค การผลักดันมาตรการชุมชน นโยบายสาธารณะ การใช้ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่เพื่อการวางแผน ดำเนินการควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ระยะที่ 2: พัฒนาหลักสูตร ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลักสูตรนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหา และการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในท้องถิ่น ตลอดจนสามารถออกแบบโครงการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ได้ โครงสร้างและรายละเอียดของหลักสูตรฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ภาคทฤษฎี (อบรมออนไลน์) มีขอบเขตเนื้อหา 10 หมวดวิชา (Module) รวม 21 รายวิชาย่อย (23 ชั่วโมง) เนื้อหาครอบคลุม ดังนี้ หมวดวิชาที่ 1) การเปลี่ยนแปลงของโลกที่เชื่อมโยงกับโรคไม่ติดต่อและความสำคัญของท้องถิ่น 2) โรคไม่ติดต่อและการป้องกันควบคุม 3) ระบาดวิทยาและชุดข้อมูล 4) การประเมินสถานการณ์ 5) การเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงในชุมชน (รายวิชาย่อย ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย ลดความเสี่ยงและป้องกันควบคุมโรค การลดบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ สุรา ผุ่นละออง และสารเคมีในสิ่งแวดล้อม ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เทคนิคการสื่อสาร

การจัดทำข้อตกลงในชุมชน) 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม 7) การออกแบบโครงการ 8) การติดตามประเมินผลโครงการ 9) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้างของ อปท. และมหาวิทยาลัย 10) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (หัวข้อละเอียดตามตารางแสดงความคิดเห็นด้านล่าง) เกณฑ์การประเมินผล คือเข้าร่วมอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของแต่ละรายวิชา

2. ภาคปฏิบัติ (ฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์พี่เลี้ยง) เกณฑ์การประเมินผล คือการนำเสนอ “โครงการป้องกันโรคไม่ติดต่อในพื้นที่” ซึ่งสามารถวัดความรู้ ความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้ออกแบบดำเนินการแก้ปัญหาโรค NCDs ในพื้นที่

ระยะที่ 3: ประเมินผลหลักสูตร

1. ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรภาคทฤษฎีพบว่าผู้เข้าอบรม ร้อยละ 83.3 มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในระดับมากขึ้นไป โดยด้านที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด คือ เอกสารประกอบการอบรม ร้อยละ 100 ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ การใช้งาน

ระบบ ZOOM รูปแบบการอบรม การตอบคำถาม และระยะเวลาในการอบรม ได้รับความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 83.3 ความคิดเห็นต่อรายวิชาของหลักสูตรฯ พบมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 100 ใน 5 หัวข้อ ได้แก่ กลยุทธ์ควบคุมการบริโภคสุราในชุมชน การจัดทำข้อตกลงในชุมชน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การติดตามและประเมินผลโครงการ และความเครียดกับโรคไม่ติดต่อ สำหรับรายวิชาอื่นมีความรู้ ความเข้าใจ หลังการได้รับการถ่ายทอดอยู่ในระดับมากขึ้นไป ระหว่าง ร้อยละ 71.5 - 94.8 และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ อยู่ในระดับมากขึ้นไป ระหว่าง ร้อยละ 71.4 - 93.8 ผู้เข้าอบรม มีความคิดเห็นว่าหลักสูตรภาคทฤษฎีมีจำนวนหมวดวิชา รายวิชาย่อย มีความเหมาะสม ในด้านเนื้อหาและระยะเวลา และมีประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้จริง พร้อมเสนอให้ขยายการจัดอบรมให้ครอบคลุมทุก อปท. โดยจัดช่วงเวลาอบรมให้เหมาะสม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของความคิดเห็นเรื่องความรู้ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้แยกตามรายวิชาของหลักสูตร

หัวข้อ	ร้อยละของความคิดเห็น	
	ความรู้ หลังอบรม	นำไป ประยุกต์ใช้ได้
1 พลวัตของการเปลี่ยนแปลงของโลกที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับโรคไม่ติดต่อ และทิศทาง และนโยบายการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อ	71.5	71.4
2 ความสำคัญของท้องถิ่นกับการจัดการโรคไม่ติดต่อ	71.5	71.4
3 โรคไม่ติดต่อ และหลักการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	71.5	71.4
4 ระบาดวิทยา และชุดข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน	85.7	85.7
5 การประเมินสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของสุขภาพชุมชน	71.5	72.7
6 การสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยง และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน	87.5	87.6
7 อาหารป้องกันโรคไม่ติดต่อ	94.8	93.8
8 การออกกำลังกาย และกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกาย ลดความเสี่ยงและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน	75	83.4
9 การลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในชุมชน	80	90

ตารางที่ 1 ร้อยละของความคิดเห็นเรื่องความรู้ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้แยกตามรายวิชาของหลักสูตร (ต่อ)

หัวข้อ	ร้อยละของความคิดเห็น	
	ความรู้ หลังอบรม	นำไป ประยุกต์ใช้ได้
10 กลยุทธ์ควบคุมการบริโภคสุราในชุมชน	100	100
11 ฝุ่นละออง (PM 2.5) และสารเคมีในสิ่งแวดล้อมกับโรคไม่ติดต่อ และการป้องกัน	83.3	100
12 ความเครียดกับโรคไม่ติดต่อ และการจัดการลดความเครียด	100	100
13 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน	83.4	88.9
14 เทคนิคการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	85.8	100
15 การจัดทำข้อตกลงในชุมชน และบทบาทความสำคัญต่อการพัฒนาท้องถิ่นด้านโรคไม่ติดต่อ	100	100
16 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	76.9	84.6
17 การจัดทำแผน การออกแบบโครงการ และกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน	100	83.3
18 การติดตามประเมินผลโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนในพื้นที่	100	100
19 กฎหมายส่งเสริมคุ้มครอง สุขภาพและกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	100	100
20 กฎหมายการเงินการคลัง และการตั้งงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	89.4	100
21 การใช้และการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในชุมชน	75	100

2. ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรภาคปฏิบัติ มีผู้เข้าอบรมฯ ที่สามารถดำเนินโครงการระยะสั้น และนำเสนอสรุปผล “โครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้นำท้องถิ่น” ภายใต้ การอบรมหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่นได้ จำนวนทั้งสิ้น 7 โครงการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมไม่สามารถดำเนินโครงการระยะสั้นได้จนสำเร็จ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ ปัญหาอื่นๆ ที่พบในบางหน่วยงาน ได้แก่ น้ำท่วม ปัญหามลพิษ หรือติดภารกิจเตรียมการเลือกตั้งซ่อมในพื้นที่

3. ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฯ ภาพรวมจากสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร อาจารย์พี่เลี้ยง และ

ผู้เข้ารับการอบรม พบว่ามีความชอบที่ กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญในการจัดหลักสูตรฯ หลักสูตรมีความเหมาะสม การอัดคลิป YouTube ทำให้สามารถศึกษาย้อนหลังได้ โดยเสนอแนะให้บูรณาการหัวข้อความสำคัญของโรคไม่ติดต่อ เข้ากับหลักสูตรอบรมที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จัดให้ผู้บริหารท้องถิ่น ควรจัดทำ MOU และกำหนดเป็นตัวชี้วัด ร่วมระหว่าง 2 หน่วยงาน หรือ ผลักดันให้เป็นตัวชี้วัด ในการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) ควรจัดอบรมผู้นำท้องถิ่นที่มาจาก การเมืองและข้าราชการประจำ สำหรับคลิปการอบรมควรมีเวลาคลิปละ 30-45 นาที ซึ่งได้ระบุปัญหาอุปสรรคของการอบรมหลักสูตรฯ คือ ช่วงที่จัดอบรมเป็นช่วงขาขึ้น

ของสถานการณ์การระบาด COVID-19 ทำให้อบรมได้ไม่เต็มร้อย

4. ผลการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นและมติร่วมกัน คือ หลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่น ให้มีเฉพาะภาคทฤษฎี 10 หมวดวิชา 21 รายวิชาย่อย ระยะเวลาของการอบรมในแต่ละรายวิชา รวม 23 ชั่วโมง อบรมจำนวน 4 วัน เช่นเดิม ซึ่งมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้นำท้องถิ่น สำหรับภาคปฏิบัติไม่ควรนำมารวมในหลักสูตรฯ เนื่องจากผู้นำท้องถิ่น เป็นผู้บริหารหรือผู้นำในการป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่ ไม่มีเวลาที่จะมาร่วมในการจัดอบรมได้ตลอด และเสนอให้ตัดต่อคลิปการอบรมเป็นรายวิชา จากเดิมคลิปอบรมตัดต่อเป็นอบรมช่วงครึ่งวันเช้าและบ่าย โดยตัดเนื้อหาให้กระชับขึ้น

อภิปรายผล

การพัฒนาหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่น มีการดำเนินงานที่ชัดเจนตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ โดยเริ่มจากการทบทวน และวางแผนการจัดทำหลักสูตร การกำหนดเนื้อหา โครงสร้างหลักสูตร วิธีการสอน และการประเมินผล ทั้งนี้ได้มีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดการเรียนการสอน เช่น การเผยแพร่คลิปการอบรมผ่าน YouTube รวมถึงการให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่ม และการประชุมออนไลน์ ซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น และประสิทธิภาพในการเรียนรู้ แม้ว่าผู้เข้าอบรมบางส่วนจะไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ครบตามเกณฑ์ แต่การสนับสนุน ดังกล่าว ช่วยส่งผลให้หลักสูตรมีประสิทธิภาพในระดับสูง ซึ่งผลการประเมินหลังการอบรม พบว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 71.4-100 ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าอบรมคิดเห็นว่าตนเองมีศักยภาพสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ออกแบบโครงการหรือกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ ในพื้นที่

แม้จะเผชิญกับข้อจำกัดจากสถานการณ์การระบาด COVID-19 และอุปสรรคจากภัยธรรมชาติ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยด้านการพัฒนาหลักสูตรอื่น ๆ ในประเทศไทย เช่น งานวิจัยของกมลชนก สุขอนันต์⁽⁷⁾ ซึ่งพัฒนาหลักสูตรผู้นำด้านอาชีวอนามัยเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีแรงงานข้ามชาติ โดยมีกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) การทบทวนศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และประเมินความต้องการในการจัดอบรม 2) การพัฒนาหลักสูตร และ 3) การประเมินประสิทธิภาพหลักสูตร สอดคล้องกับการวิจัยของสายสุนีย์ กลางประพันธ์⁽⁸⁾ และอาทิตยา โปณะทอง⁽⁹⁾ ที่พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำในบริบทโรงเรียน และอุดมศึกษา เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของหลักสูตรพบมีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกันประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหา กิจกรรมการอบรม และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Dhanapala RM.⁽¹⁰⁾ Bharvad AJ.⁽¹¹⁾ และวิชัย วงษ์ใหญ่⁽¹²⁾ นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศอาทิ งานของ Nicolaou N และคณะ⁽¹³⁾ ที่พัฒนาโมดูลด้านความเป็นผู้นำสำหรับนักศึกษาแพทย์ และงานของ Barss P และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พัฒนาหลักสูตรด้านวิถีชีวิตสำหรับนักศึกษาแพทย์ ล้วนมีการออกแบบกระบวนการเรียนรู้และประเมินผลที่เน้นการนำไปใช้จริง ในบริบทสุขภาพ สอดคล้องกับหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลักสูตรจะได้รับการยอมรับในด้านประสิทธิภาพ แต่ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต ได้แก่ การปรับช่วงเวลาของการจัดอบรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และการบูรณาการเนื้อหาหลักสูตรกับหลักสูตรฝึกอบรมอื่นที่มีอยู่แล้ว เช่น หลักสูตรของ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อสร้างความร่วมมือและเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในระดับพื้นที่

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับผู้นำท้องถิ่น ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำท้องถิ่นในการรับมือกับโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ของประชาชนในระยะยาว การพัฒนาหลักสูตรนี้จึงเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสังคม และเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้นำท้องถิ่นในการบริหารจัดการและป้องกันโรคในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้ผู้นำท้องถิ่น มีการดำเนินงานตามขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทบทวนและวางแผน ระยะที่ 2 พัฒนาหลักสูตร และ ระยะที่ 3 ประเมินผลหลักสูตร ภาคทฤษฎีพบว่าผู้เข้ารับการอบรม มีระดับความพึงพอใจต่อการบวนการจัดการเรียนการสอน ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 83.3 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปประยุกต์ใช้อยู่ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 71.4-100 และมีความคิดเห็นว่าหลักสูตรภาคทฤษฎี มีจำนวนหมวดวิชา รายวิชาย่อยมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา และระยะเวลา มีประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในพื้นที่ได้จริง แม้ว่าจะมีปัญหาการระบาด COVID-19 ในพื้นที่ จุดเด่นของหลักสูตร คือการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ ควบคู่กับการจัดทำคลิปวิดีโอเผยแพร่ผ่าน YouTube ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาอย่างง่ายได้ตามความสะดวกสำหรับภาคปฏิบัติ พบว่าผู้เข้าอบรมฯ ที่สามารถดำเนินงานและนำเสนอ “โครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้นำท้องถิ่น” ได้ จำนวน 7 โครงการ เนื่องจากผู้เข้าอบรมฯ หลายคนไม่สามารถดำเนินโครงการฯ ได้จนสำเร็จ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการระบาดของ COVID-19 ในพื้นที่ ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรฯ ฉบับสมบูรณ์ มีการจัดการเรียนการสอนเฉพาะภาคทฤษฎี โดยมีขอบเขตเนื้อหา 10 หมวดวิชา 21 รายวิชาย่อย ระยะเวลาอบรม 23 ชั่วโมง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การออกแบบการพัฒนาหลักสูตรจากเดิมวางแผนอบรมในรูปแบบออนไลน์ แต่เนื่องจากมีการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ต้องปรับเป็นออนไลน์ทั้งหมด จึงมีอุปสรรคในการถ่ายทอดเนื้อหาวิชาของหลักสูตร

ที่ไม่ราบรื่นบางช่วงเวลา จากปัญหาทางเทคโนโลยีทั้งทางผู้สอน ผู้เรียน และผู้รับผิดชอบโครงการพัฒนาหลักสูตรฯ ประกอบกับผู้เข้ารับการทดสอบหลักสูตรฯ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้ประชาชนในพื้นที่โดยตรง ต้องบริหารจัดการแก้ปัญหาหน้างาน ให้ประชาชนในพื้นที่อย่างเต็มที่ จึงไม่สามารถเข้าอบรมผ่านระบบออนไลน์ได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักสูตรฯ คือ จัดอบรมแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ทำให้มีความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ มีประสิทธิภาพขึ้น แต่หากจัดอบรมเป็นออนไลน์ ควรพัฒนาให้เป็นระบบ E-learning เพื่อเพิ่มความน่าสนใจของการสอน การเข้าถึงและสะดวกต่อผู้เรียน การอบรมควรครอบคลุม ผู้นำท้องถิ่นที่มาจากการเมือง และข้าราชการประจำ และหากไม่สามารถเข้าร่วมอบรมต่อเนื่องได้ 4 วัน ควรพิจารณาจัดเป็น 2 ครั้งๆ ละ 2 วัน นอกจากนี้ ควรจัดทำสื่อการสอน ในรูปแบบคลิปวิดีโอที่กระชับ ชัดเจน รายวิชาละ 30-45 นาที เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเรียนรู้ การขยายผลหลักสูตรให้ครอบคลุมในทุก อบต. ควรผลักดันให้หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น นำไปดำเนินการต่อ และนำหัวข้อพลวัตของการเปลี่ยนแปลงของโลก ที่มีผลต่อโรคไม่ติดต่อและความสำคัญของท้องถิ่นกับการจัดการโรคไม่ติดต่อ บูรณาการเข้าสู่ หลักสูตรอบรมผู้บริหารท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในระดับนโยบาย และเป็นกลไกเชื่อมโยงกับ กระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อความยั่งยืนในการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่าง กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข การผลักดันให้หลักสูตรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LPA) และผลักดัน

ให้ผู้อำนวยการ รพ.สต. เข้ารับการอบรมหลักสูตร ดังกล่าวนอกจากนี้ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้บริหารจากทั้งสองกระทรวง เพื่อจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างอปท. และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชน รวมทั้งควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและมีการประชุมหารืออย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

สำหรับข้อเสนอแนะด้านการวิจัยในอนาคตควรศึกษาการพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรในระดับพื้นที่ เขต หรือภาค เพื่อสะท้อนบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากลักษณะผู้นำและปัญหาด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องที่ได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรฯ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และผู้นำในงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ได้ทดลองใช้ (อบรม) ร่างหลักสูตรฯ และร่วมประเมินผลหลักสูตรฯ นำสู่การปรับปรุงพัฒนาจนได้หลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้นำท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP), องค์การอนามัยโลก (WHO), และกระทรวงสาธารณสุข. เหตุผลสนับสนุนการลงทุนในมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต].

- [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgport-th.org/2021/11/prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-thailand-the-case-for-investment/>
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. คณะกรรมการยกร่างแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย 5 ปี (พ.ศ.2566-2570). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566-2570). กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
5. องค์การอนามัยโลก. รายงานการปฏิบัติการกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประเทศไทย (28-30 สิงหาคม 2561). ประเทศไทย : ม.ป.ท.; 2561
6. กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2566] แหล่งข้อมูล: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2023/5/2365_6294.pdf
7. กมลชนก สุขอนันต์, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทย์ บุญมีพงศ์, ธนาพร ทองสิม. การพัฒนาหลักสูตรผู้นำด้านอาชีวอนามัย เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีแรงงานข้ามชาติ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2566] แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/doed/journal_detail.php?publish=13820

8. สายสุนีย์ กลางประพันธ์, วาโร เฟ่งสัวส์ดี. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชุมพร. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2558;7(13):99-110.
9. อาทิตยา โปณะทอง, ชัยณรงค์ สุวรรณสาร, กาญจนา ภัทราวิวัฒน์. การพัฒนาหลักสูตรอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงสำหรับนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2562;7(2):332-347.
10. Dhanapala RM. Triangular Framework for Curriculum Development in the Education Sector. Library Journal. 2021;8(6):1-10. [Internet]. [cited 2024 Aug 19]. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=109706>
11. Bharvad JA. Curriculum evaluation. International Research journal. 2010;1(12): 72-74. [Internet]. [cited 2024 Aug 19]. Available from: <https://bit.ly/4jW28pf>
12. พิจิตรา ธงพานิช. แบบจำลองการพัฒนาหลักสูตรของ วิชัย วงษ์ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2566] แหล่งข้อมูล: https://lifestylemyself.blogspot.com/p/blog-page_1.html
13. Nicolaou N, Nicolaou C, Nicolaou P, Nicolaidis P, Papageorgiou A, BMC Medical Education. Development of a leadership and management module for the undergraduate medical curriculum. 2024;24(1310):1-11. [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06004-x>
14. Barss P, Grivna M, Maskari FA, Kershaw G. Strengthening public health medicine training for medical students: Development and evaluation of a lifestyle curriculum. Medical Teacher. 2008;30e196-e218. [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/01421590802334267?needAccess=true>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพ แพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7

The Development of Quality of Work Life Instrument for Thai Treditional Medicine at Public Healthcare, Region 7

นิรมล วงษ์ธานี ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)*, นพรัตน์ เสนาฮาด ส.ด.*

Niramon Wongtanee M.P.H. (Public Health Administration)*, Nopparat Senahad Dr.P.H.*

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Faculty of Public health, Khonkean University

ชื่อผู้ประสานงาน: นพรัตน์ เสนาฮาด อีเมลผู้ประสานงาน: Noppse@kku.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	24 มี.ค. 2568
วันแก้ไข:	29 ก.ค. 2568
วันตอบรับ:	8 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แพทย์แผนไทยในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 274 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Google form ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567 ได้รับแบบสอบถามทั้งสิ้น 250 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 91.24) ประเมินคุณภาพเครื่องมือวัดด้วยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สถิติ เชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาได้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ตามกระบวนการสร้างเครื่องมือวัด โมเดลที่ได้มีค่าดัชนีความเหมาะสมของเครื่องมือตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 37 ข้อ สามารถแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.966, ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคำถามรวมทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง 0.447 – 0.790 โดยแบบวัดนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 63.01 สามารถนำไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของแพทย์แผนไทยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาเครื่องมือ, คุณภาพชีวิตการทำงาน, วิชาชีพแพทย์แผนไทย

Abstract

This quantitative research aimed to develop a tool to measure the quality of work life among Thai traditional medicine practitioners working in public healthcare facilities in Health Region 7. The study population consisted of 274 Thai traditional medicine practitioners under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, and local administrative organizations. Data were collected using a questionnaire distributed via Google Forms during November to December 2024, yielding 250 completed responses, representing a response rate of 91.24%. The instrument was assessed for content validity using expert review, construct validity through factor analysis, and reliability using Cronbach's alpha. Descriptive statistics were used to analyze general data. The developed tool consisted of 37 items and was found to be suitable for the target population. The model showed acceptable fit indices according to standard criteria and could be categorized into six components. The instrument demonstrated high internal consistency with a Cronbach's alpha coefficient of 0.966. The corrected item-total correlations ranged from 0.447 to 0.790, and the tool accounted for 63.01% of the total variance. The instrument is comprehensive and effective for measuring the quality of work life of Thai traditional medicine practitioners in public health settings within Health Region 7. The study recommends further research to examine the relationship between the quality of work life of Thai traditional medicine practitioners and the quality of healthcare service delivery, to better inform workforce development and service improvement strategies.

Keywords: Instrument Development, Quality of Work Life, Traditional Thai Medicine Profession

บทนำ

วิชาชีพแพทย์แผนไทย เป็นวิชาชีพเฉพาะที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ เป็นการประกอบวิชาชีพที่มุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ โดยอาศัยองค์ความรู้ตามข้อกำหนดของประกอบวิชาชีพ เนื่องจากบริบทในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่และความสามารถของแพทย์แผนไทยนั้น มีเอกลักษณ์ วัฒนธรรมของวิชาชีพ โดยเฉพาะ และได้รับความนิยมนิยมจากคนไทยและต่างประเทศ⁽¹⁾ จากรายงานในฐานข้อมูล (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากจำนวน 933,317 ครั้งในปี 2564 เป็น 1,399,796 ครั้ง ในปี 2566 ส่งผลให้แพทย์แผนไทยและบุคลากรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมีภาระงานที่จะต้องทำหัตถการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น⁽²⁾ รวมถึงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนมานานหลายชั่วอายุคนจนถึงปัจจุบัน รวมถึงมีส่วนสำคัญในการสร้างความเป็นอัตลักษณ์เพื่อกระตุ้นระบบเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศไทย จากสถานการณ์บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการภาครัฐทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2558-2559 มีกำลังคนที่ให้บริการแพทย์แผนไทยจำนวน 11,279 คน ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 2,692 คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 8,587 คน การคาดการณ์ความต้องการ

กำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของระบบบริการสาธารณสุข 3 ระดับ ในปี 2569 เมื่อคำนึงถึงภาระงานทั้งหมด พบว่ายังมีความต้องการแพทย์แผนไทยจำนวน 13,275-16,534 คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 14,714-18,509 คน หรือเทียบเป็นอัตราส่วนแพทย์แผนไทยต่อจำนวนประชากรเท่ากับ 1: 4,015-5,000 คน และอัตราส่วนผู้ช่วยแพทย์แผนไทยต่อจำนวนประชากร เท่ากับ 1:3,586-4,511 คน แต่ในปัจจุบันอัตราากำลังของแพทย์แผนไทยยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของระบบสุขภาพ ทั้งที่มีการผลิตบุคลากรจากสถาบัน และมหาวิทยาลัยมาสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากรายงานผลการจัดสรรการบรรจุราชการรอบที่ 1 ปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีการลาออกของแพทย์แผนไทยในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกปี ทำให้้อัตรากำลังของแพทย์แผนไทยไม่เพียงพอต่อความต้องการ⁽³⁾ เนื่องจากวิชาชีพแพทย์แผนไทยยังไม่ได้รับการสนับสนุนกรอบอัตราบรรจุราชการที่เพียงพอ ทำให้วิชาชีพแพทย์แผนไทยขาดขวัญกำลังใจ หรือได้รับการบรรจุในตำแหน่งอื่น ซึ่งไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ควรได้รับ บางส่วนเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่นและทำงานอยู่ในภาคเอกชนเพื่อให้อยู่รอดในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตส่วนตัวและครอบครัวต่อไป

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาการบริหารทรัพยากรบุคคลของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจและได้รับการแก้ไข ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานมีผลต่อการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของวิชาชีพแพทย์แผนไทยทั้งในส่วนของการผลิต การตัดสินใจเข้าสู่ระบบ การกระจาย และการคงอยู่ในระบบ

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life) เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิตโดยรวม (Quality of Life) คือ ลักษณะการทำงานที่จะทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ดีของบุคคล สามารถตอบสนองความต้องการ มีความพึงพอใจในความปรารถนา โดยพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคล (Humanistic) สภาพแวดล้อม ตัวบุคคล และสังคม ที่ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการทำงาน

ได้กำหนดไว้เป็นตัวชี้วัดสามารถวัดได้ 8 ประการ ตามแนวคิดของ Walton⁽⁴⁾ แนวคิดนี้ถูกนำไปต่อยอดการศึกษาในหลายสาขาวิชาชีพทั้งในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนอย่างแพร่หลายปัจจุบันถึงแม้จะมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข แต่พบว่าเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตการทำงานดังกล่าวเป็นการนำแนวคิดของ Walton (1974) มาประยุกต์ใช้กับวิชาชีพต่าง ๆ และเครื่องมือวัดนั้นจะมีองค์ประกอบหรือข้อคำถามที่คล้ายคลึงกัน และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีอยู่แล้วนั้น ส่วนมากไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางจิตวิทยา (Psychometric Properties) อย่างเต็มรูปแบบ เช่น ขาดการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ขาดการวิเคราะห์คุณภาพของข้อคำถามรายข้อ (Item Reliability Analysis) อีกทั้งยังไม่มีเครื่องมือวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานที่ใช้เฉพาะวิชาชีพแพทย์แผนไทย

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบไปด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 76 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 819 แห่ง มีบุคลากรวิชาชีพแพทย์แผนไทยทุกระดับที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 274 คน⁽⁵⁾ เพื่อให้มีเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีคุณภาพสำหรับบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวคิดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานของวอลตัน Walton (1974) มาเป็นกรอบในการประยุกต์ใช้กับบริบทการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน เพื่อให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ เหมาะกับลักษณะงานและวัฒนธรรมวิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพแพทย์แผนไทยในการนำไปใช้ต่อยอดการศึกษา เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาลภาครัฐเขตสุขภาพที่ 7 ให้เหมาะสมกับลักษณะงานและวัฒนธรรมของวิชาชีพแพทย์แผนไทย
2. เพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 274 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจำนวน 5 เท่าของจำนวนข้อคำถาม⁽⁶⁾ ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 54 ตัวแปร จึงได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 270 คน เนื่องจากวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 7 มีประชากรจำนวน 274 คน จึงทำการเก็บข้อมูลในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน ค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ประเภทสถานพยาบาล จังหวัดที่ตั้งสถานพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยมีลักษณะเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

แบบสอบถามได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม IOC อยู่ระหว่าง 0.57-1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในภาพรวม S-CVI เท่ากับ 0.96 เมื่อทดสอบความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่างและความคลุมของข้อคำถาม KMO ได้เท่ากับ 0.94 มีความเหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบมากที่สุด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

การศึกษาค้างนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2567 ลำดับที่ 3.4.07 : 41/2567 เลขที่ HE672202 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคล ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคตข้างหน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยส่งตรงทาง Email รายบุคคล และไม่มีการบันทึกจัดเก็บ Email ของผู้ตอบแบบสอบถามแต่เป็นการใช้รหัส ID ของแบบสอบถามแทน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน ค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ประเภทสถานพยาบาล จังหวัดที่ตั้งสถานพยาบาล และระดับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยการหมุนแกนด้วยวิธี Promax with Kaiser Normalization พิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัย

(Factor Loading) ของแต่ละตัวแปรที่มีต่อปัจจัยนั้นควรมีค่า 0.3 ขึ้นไป⁽⁷⁾ และการทดสอบ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

3) ตรวจสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และ AMOS เปรียบเทียบโมเดลการวัดโดยพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลจากค่าสถิติได้แก่ (Chi-square statistics): $\chi^2 < 2.0$, (Goodness-of-fit index): GFI > 0.900 , (Adjusted goodness-of-fit index): AGFI > 0.9 , (Comparative fit index): CFI ≥ 0.90 , (Standardized root mean squared residual): SRMR ≤ 0.05 , (Root mean square error of approximation): RMSEA ≤ 0.05 , (Normed Fit Index): NFI > 0.90

4) การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

1. หาค่า Item - Total Correlation (r) โดยค่ารายการข้อมีคุณภาพเมื่อ r มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.3 หากจำนวนคำถามมีน้อย อาจอนุญาตให้ใช้ 0.2 ขึ้นไปก็ได้ แต่ไม่ควรต่ำกว่า 0.2⁽⁸⁾

2. วิธีของครอนบาช หากมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง⁽⁹⁾

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 250 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.4) อายุเฉลี่ย 33.53 ปี (ระหว่าง 24-60 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 60) ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 91.2) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 54.8) รองลงมาคือลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 26.4) มีค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน 24,740.69 บาท (ระหว่าง 10,000 – 69,000 บาท) ประสบการณ์ทำงาน

ในสถานพยาบาลรัฐเฉลี่ย 9.21 ปี (ระหว่าง 1- 40 ปี) ประเภทสถานพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 58) ส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 28.8) รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ 28.4) ซึ่งได้ผลการพัฒนาเครื่องมือวัดดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย

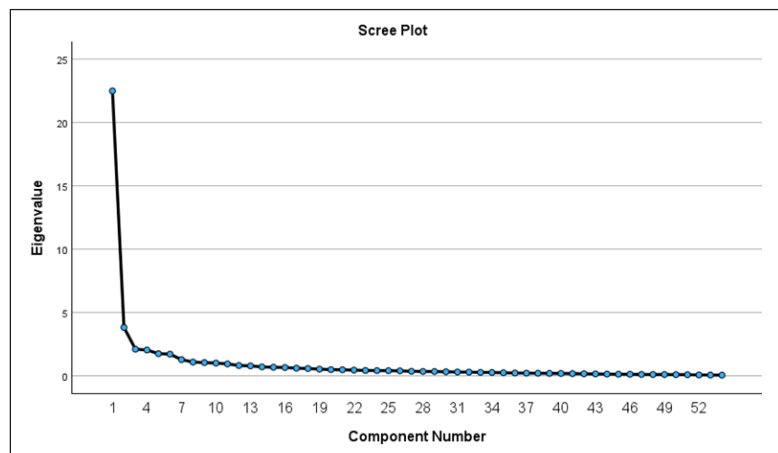
1) การสร้างข้อคำถาม (Generate the item pool)

การสร้างข้อคำถามโดยสร้างตามองค์ประกอบและคำจำกัดความ จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาในขั้นต้นพร้อมกับได้นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของงานเฉพาะวิชาชีพแพทย์แผนไทย ได้ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 54 ข้อ และกำหนดรูปแบบการวัดเป็นแบบมาตรวัด (Likert-type scale) โดยกำหนดตัวเลือก 5 ระดับ ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง น้อย ระดับ 3 ปานกลาง 4 มาก ระดับ 5 มากที่สุด

2) ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา จากข้อคำถามจำนวน 54 ข้อ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน ด้วยการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) มีค่าระหว่าง 0.86 – 1.00 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในภาพรวม (S-CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คืออยู่ระหว่าง 0.57 – 1.00 จำนวน 53 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 98.15

ระยะที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพเครื่องมือ

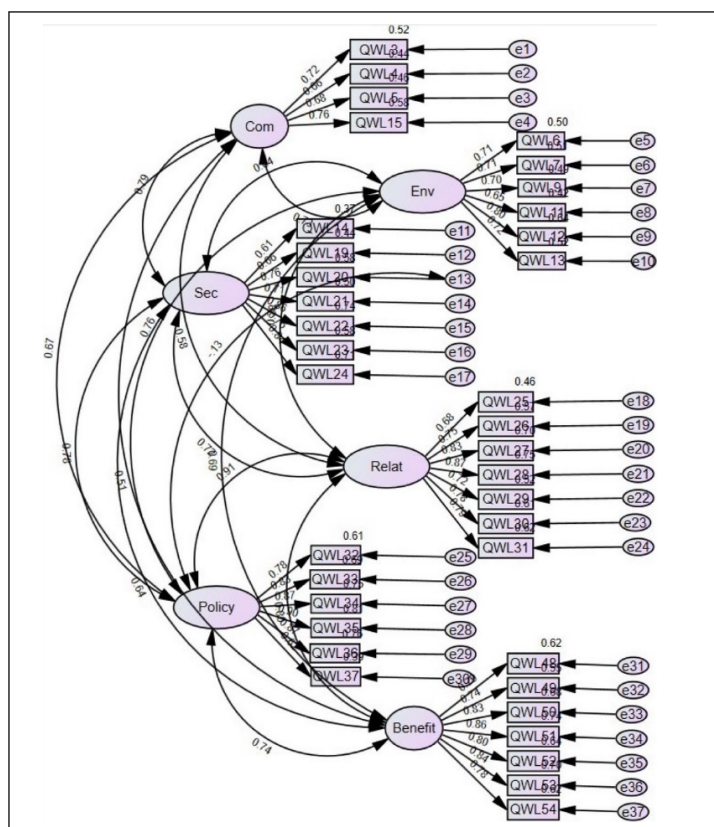
3) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ได้ทำการทดสอบความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่างและทดสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ก่อนทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่าค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) เท่ากับ 0.940 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบมากที่สุด ค่า Bartlett's test of sphericity พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square=11,045.975, df=1431, p-value<0.001) ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันมีความเหมาะสมสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ



ภาพที่ 1 กราฟสกรี้ (Scree Plot) ระหว่างไอเกนและอันดับที่ขององค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7

4) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) มีค่าดัชนีความเหมาะสมของเครื่องมือดังนี้ (Chi-square statistics): $\chi^2 = 1.115$, (Goodness-of-fit index): GFI = 0.900, (Adjusted goodness-of-fit index): AGFI = 0.847, (Comparative fit index): CFI = 0.993,

(Standardized root mean squared residual): SRMR = 0.041, (Root mean square error of approximation): RMSEA = 0.022, (Normed Fit Index): NFI = 0.937 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7

5) ความเชื่อมั่นของข้อคำถาม (Reliability) ผลการวิเคราะห์รายข้อ (Result of item analysis) ทั้ง 37 ข้อ พบค่า Corrected Item – Total Correlation ตั้งแต่ 0.447 – 0.790 อยู่ในระดับเหมาะสม ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ในงานวิจัยนี้พบค่า Cronbach's alpha รายข้อตั้งแต่ 0.965 ขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามรายข้อ (Reliability) ภายหลังการทดสอบความตรง เชิงโครงสร้าง (Construct Validity) (n=250)

Item	Content	I-CVI	Cronbach's Alpha	Factor Loading
ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน				
1.	ท่านได้รับความยุติธรรมในการพิจารณาผลงานเพื่อประเมินขึ้นเงินเดือน ค่าจ้างค่าตอบแทน	1.00	0.966	0.357
2.	หน่วยงานของท่านมีกองทุนการสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคลากร	1.00	0.967	0.485
3.	ผลตอบแทนที่ท่านได้รับจากการทำงานเพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน	1.00	0.967	0.350
4.	ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการต่าง ๆ จากองค์กรทั้งภายในและภายนอก เพื่อส่งเสริมการพัฒนา ระบบบริการงานแพทย์แผนไทย	1.00	0.965	0.320
ภาพรวม		1.00	0.911	0.691
ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน				
5.	หน่วยงานของท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานตามมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และสภาพแวดล้อมการทำงานเชิงรุก ที่มั่นคงและปลอดภัย	1.00	0.966	0.528
6.	หน่วยงานของท่านมีระบบป้องกันและรักษาความปลอดภัย อย่างเข้มงวด ตลอด 24 ชม.	1.00	0.966	0.444
7.	หน่วยงานของท่านมีระบบสาธารณูปโภคที่เพียงพอและปลอดภัยต่อการใช้งาน เช่น ระบบไฟฟ้า, ระบบอินเทอร์เน็ต, น้ำที่สะอาด	1.00	0.966	0.538
8.	หน่วยงานของท่านให้ความสำคัญกับการทบทวนความเสี่ยง (Risk Management) ในประเด็นการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยด้วย	1.00	0.966	0.632
9.	หน่วยงานของท่านมีเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงานอย่างเพียงพอเหมาะสม และปลอดภัยต่อการทำงาน	1.00	0.966	0.522
10.	ท่านได้รับโอกาสในการนำความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน	1.00	0.965	0.652
ภาพรวม		1.00	0.894	0.646

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามรายข้อ (Reliability) ภายหลังการทดสอบความตรง เชิงโครงสร้าง (Construct Validity) (n=250) (ต่อ)

Item	Content	I-CVI	Cronbach's Alpha	Factor Loading
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน				
11.	หน่วยงานของท่านสนับสนุนและส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยมีการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัยและส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงานวิชาการอยู่เสมอ	1.00	0.965	0.480
12.	ท่านได้รับการบรรจุหรือจัดสรรตำแหน่งตรงตามวิชาชีพของตน	1.00	0.967	0.741
13.	งานที่ท่านทำอยู่มีความมั่นคงและเป็นหลักประกันให้แก่ครอบครัวได้	1.00	0.966	0.765
14.	ท่านมีโอกาสดำเนินการมอบหมายให้รับผิดชอบงานที่ต้องใช้ความสามารถสูงขึ้น	1.00	0.965	0.549
15.	ท่านมีโอกาสดำเนินการก้าวหน้าในการทำงานและได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และครอบครัว	1.00	0.965	0.741
16.	วิชาชีพแพทย์แผนไทย ถูกกำหนดในเกณฑ์การพิจารณาขั้นสู่ตำแหน่งงาน ที่สูงขึ้นเท่ากับวิชาชีพอื่น ๆ	0.86	0.966	0.753
17.	ท่านมีโอกาสดำเนินการหรือประสบความสำเร็จในตำแหน่งสายงาน แพทย์แผนไทย	1.00	0.965	0.762
ภาพรวม		0.98	0.877	0.646
ด้านการบูรณาการงานกับเครือข่าย				
18.	ท่านมีโอกาสดำเนินการกิจกรรมภายในหน่วยงานอันเป็นการส่งเสริม การสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและ ผู้บังคับบัญชา เช่น งานเลี้ยงปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น	1.00	0.966	0.405
19.	ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพท่านได้รับความไว้วางใจจากทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลรักษาประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	1.00	0.965	0.427
20.	ในการปฏิบัติงานท่านได้รับความร่วมมือและการช่วยเหลือจาก เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี	1.00	0.965	0.475
21.	ท่านรู้สึกเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรในการร่วม ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม	1.00	0.965	0.456
22.	ในหน่วยงานของท่านมีการสื่อสารแบบตรงไปตรงมาและมีความจริงใจ ต่อกัน	1.00	0.965	0.387
23.	การทำงานของ ท่าน เป็นงานที่ต้องบูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชน และเป็นที่พึงของประชาชนได้อย่างเหมาะสม	1.00	0.965	0.491
24.	ท่านมีทีมงานที่เข้มแข็ง และภาคีเครือข่ายสนับสนุนในการทำงาน อย่างสะดวกรวดเร็ว	1.00	0.965	0.566
ภาพรวม		1.00	0.877	0.888

ตารางที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามรายข้อ (Reliability) ภายหลังการทดสอบความตรง เชิงโครงสร้าง (Construct Validity) (n=250) (ต่อ)

Item	Content	I-CVI	Cronbach's Alpha	Factor Loading
ด้านนโยบายบริหารและการเคารพสิทธิ				
25.	ท่านมีสิทธิอย่างเสรีที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงาน ให้กับเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาทราบ	1.00	0.965	0.390
26.	หน่วยงานของท่านมีกระบวนการการตัดสินใจการกระทำผิดอย่างยุติธรรมและเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย รวมถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ	1.00	0.965	0.329
27.	ท่านได้รับการให้เกียรติการยอมรับนับถือจากสหวิชาชีพอื่นๆ	1.00	0.965	0.385
28.	ท่านสามารถเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน นโยบายและกิจกรรมทางการบริหารโดยปราศจากความกลัวว่าจะถูกกลั่นแกล้ง	1.00	0.965	0.422
29.	ท่านได้รับความคุ้มครองจากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจจากการปฏิบัติงาน	1.00	0.965	0.486
30.	ท่านมีสิทธิที่จะคัดค้านหรือไม่เห็นด้วยกับทัศนคติของผู้บังคับบัญชา	1.00	0.966	0.339
ภาพรวม		1.00	0.896	0.892
ด้านอาชีพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ				
31.	ท่านรู้สึกภูมิใจในอาชีพแพทย์แผนไทยในการช่วยเหลือประชาชนและทำประโยชน์แก่ประเทศชาติด้วยวิธีการส่งเสริมเอกลักษณ์ของชาติ	1.00	0.966	0.821
32.	ในกรรมวิธีทำหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยมีการใช้วัสดุที่สามารถย่อยสลายได้เองตามธรรมชาติ โดยไม่ก่อให้เกิดมลพิษทำลายสิ่งแวดล้อม	1.00	0.966	0.756
33.	อาชีพแพทย์แผนไทยทำให้ท่านมีโอกาสดูแลช่วยเหลือสังคม เช่น เป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาเพื่อสร้างอาชีพ และมีรายได้ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อพึ่งพาตนเองได้จากธรรมชาติอย่างยั่งยืน	1.00	0.965	0.826
34.	หน่วยงานของท่านให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เมื่อมีกิจกรรมสาธารณประโยชน์	1.00	0.965	0.844
35.	ท่านมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ประกอบการด้านสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างเหมาะสม	0.86	0.965	0.742
36.	การปฏิบัติงานของท่านเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดและรักษาโรค เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและประชาชน	1.00	0.966	0.852
37.	ท่านและหน่วยงานร่วมมือกับชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เช่น ปลูกป่า, สอนอาชีพ	1.00	0.965	0.734
ภาพรวม		0.98	0.893	0.654

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัด และเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพร้อมวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวัด สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. จากกระบวนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดในขั้นตอนวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเป็นการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อลดจำนวนตัวแปรที่มีจำนวนมากให้เหลือน้อยลง โดยจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกันอยู่ในองค์ประกอบเดียวกันซึ่งตัวแปรในองค์ประกอบเดียวกันมีความสัมพันธ์กันสูงแต่ต่างองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์กันต่ำ ทำให้จำนวนองค์ประกอบและจำนวนข้อคำถามในแบบวัดฉบับจริงมีจำนวนข้อคำถามน้อยลงจากฉบับเริ่มพัฒนา คือ จำนวนองค์ประกอบจาก 8 องค์ประกอบ เหลือ 6 องค์ประกอบ และจำนวนข้อคำถามจาก 54 ข้อ เหลือ 37 ข้อ แต่ทั้งนี้จำนวนข้อคำถามที่พัฒนาได้นี้สามารถวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยได้ครอบคลุม โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 63.01 และยังสามารถช่วยหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดที่ได้จากการมีข้อคำถามลดลงนี้ เมื่อนำไปเก็บข้อมูล จะทำให้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากการที่แบบวัดมีจำนวนข้อคำถามที่น้อยลง จะทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามได้ครบทุกข้อและไม่เกิดความเหนื่อยหน่าย ส่งผลต่ออัตราการตอบกลับของแบบสอบถามซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่าความเที่ยงของเครื่องมือ กล่าวคือหากข้อมูลสูญหาย (Missing) มากกว่าร้อยละ 15 จะทำให้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) คลาดเคลื่อน⁽⁶⁾

2. จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัด สามารถจัดองค์ประกอบได้

6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน 2) ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน 3) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 4) ด้านการบูรณาการงานกับเครือข่าย 5) ด้านนโยบายบริหารและการเคารพสิทธิ และ 6) ด้านอาชีพที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยมีจำนวนองค์ประกอบที่แตกต่างกับงานวิจัย การวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้ออกแบบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความเสมอภาค 2) ด้านการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านความมั่นคงและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน 4) ด้านการได้รับโอกาสพัฒนาความสามารถ 5) ด้านความมีประชาธิปไตยในงาน 6) ด้านการบูรณาการทางสังคม และ 7) ด้านงานกับเวลาของชีวิต⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความแตกต่างกับงานวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของนักเทคนิคการแพทย์ ที่ใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของวอลตัน Walton ซึ่งได้องค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและความก้าวหน้ามั่นคงในงาน 2) ประชาธิปไตยในองค์กรและการบูรณาการทางสังคม 3) คุณค่าของวิชาชีพต่อสังคม 4) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ และ 5) ค่าตอบแทนที่ได้รับเพียงพอและยุติธรรม⁽¹¹⁾

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า องค์ประกอบของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันตามบริบทการทำงานและลักษณะเฉพาะของวิชาชีพนั้น ๆ ดังนั้น การพัฒนาเครื่องมือวัดที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทเฉพาะจึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตการทำงานได้อย่างแท้จริง และสามารถนำไปใช้ประเมินได้อย่างเหมาะสม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์วางแผน และพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 7 พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานตามทฤษฎีของวอลตัน ซึ่งมี 8 องค์ประกอบ ได้เครื่องมือวัดฉบับสมบูรณ์ที่มีความเฉพาะเหมาะกับบริบทการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในปัจจุบันที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 6 ประการ รวมทั้งหมด 37 ข้อคำถาม ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 63.01 เมื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามคุณสมบัติของเครื่องมือวัดที่ดีคือมีความตรง และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้เครื่องมือได้ผ่านกระบวนการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง EFA และ CFA โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่ได้ที่พัฒนาขึ้นให้ได้มาตรฐานตามกระบวนการพัฒนาแบบวัด ดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นจึงมีคุณภาพตามแบบวัดที่ดีสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นนี้มีความถูกต้องเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างรวมถึงมีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้สำรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของวิชาชีพแพทย์แผนไทยกับวิชาชีพอื่น เช่น วิชาชีพพยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข เพื่อให้เห็นภาพรวมของคุณภาพชีวิตการทำงานในระบบสาธารณสุข

2) ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของแพทย์แผนไทยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. พระราชบัญญัติวิชาชีพแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-14-25-16-192406.pdf
2. วิรินธิ กิตติพิชัย, ปาริดา บุญนาค. คุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2562;49(1): 69-80.
3. รัชณี จันทระเกษ, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, ทวี เลหาพันธ์, วัฒนศักดิ์ ศรีรุ่ง, ศรีธยา จันทร. การสาธารณสุขไทยกับการวางแผนกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(2):254-266.
4. Walton RE. Improving the quality of work life, Harvard Business Review. 2016;20(4):1323-1336
5. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/dtam-ann/book/2025/health_profile_publish_2568.pdf
6. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา/บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. 463 หน้า

7. Kerlinger FN, Lee HB, Foundations of Behavioral Research. 3rd ed. New York: Holt. Rinehart and Winston; 1986.
8. DeVellis RF. SCALE DEVELOPMENT theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2024. [internet]. [cited 2024 Apr 2]. Available from: <https://tms.iau.ir/file/download/page/1635238305-develis-2017.pdf>
9. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: A practical guide to their development and use (5 edn). Oxford: Oxford University Press; 2015. [internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://academic.oup.com/book/24920#login-purchase>
10. นันทรัตน์ ฉันทะปรีดา, ฉัตรสุมน พฤทธิญาณ, วิริณห์ กิตติพิชัย, วลลรัตน์ พบศิริ, นพดล กรรณิกา. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2564; 7(3):461-473.
11. นริศรา ยอดบุตดี, น้อยเล็ก คุณวรชาติชัย, สัมมนา มูลสาร, แสงว วัชรธนกิจ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพ ชีวิตการทำงานของนักเทคนิคการแพทย์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2020;12(3): 722-734.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ Factors Affecting Access to Dental Services Among Primary Care Unit (PCU) in Sangkha District, Surin Province

สมรักษ์ รัตนโคตร ท.บ.*

Somrak Rattanakote D.D.S.*

* โรงพยาบาลสังขะ

* Sangkha Hospital

ชื่อผู้ประสานงาน: นางสมรักษ์ รัตนโคตร อีเมลผู้ประสานงาน: Somrak252127@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 29 เม.ย. 2568

วันแก้ไข: 12 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 22 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริการทันตกรรมที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 48 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม และผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม คือ ผู้บริหาร หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านทันตกรรม จำนวน 5 คน ด้วยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการบริการทันตกรรม และการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรด้านระบบบริการสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ได้ร้อยละ 51 ดังนั้นการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมในอำเภอสังขะ

จังหวัดสุรินทร์ควรเน้นที่การเพิ่มความรู้ การจัดสรรบุคลากร การสร้างระบบบริการที่เข้าถึงได้และมีคุณภาพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม, หน่วยบริการปฐมภูมิ, การเข้าถึงบริการ

Abstract

The purposes of this study was to the dental services factors and access to dental services among primary care unit (PCU) in Sangkha District, Surin Province, with mixed method research. The sample consisted of 48 subjects comprised the dentists, dental nurse, public health officers and health personnel working in Sangkha District, Surin Province from a random cluster sampling method. There were 5 key informants (executive, supervisor, practitioner) in the focus group discussion from a random purposive sampling. Data collection utilized questionnaires and focus group discussion guide. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics: frequency, percentage, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis and content analysis for qualitative data. The results showed that the overall of dental services factors and the access to dental services among primary care unit (PCU) were at high level. Hypothesis testing revealed that the service delivery system and health information system factors had a significant influence on the access to dental services among primary care unit (PCU) in Sangkha District, Surin Province. The service delivery system and health information system variables could predict the access to dental services at 51 percent. Therefore, the development of dental services in Sangkha District, Surin Province, should focus on enhancing knowledge, allocating personnel, creating accessible and quality services, as well as effectively utilizing technology and communication. This aims to promote oral health among the population and improve the quality of life in the long term.

Keywords: Dental Services, Primary Care Unit, Access to Services

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแนวทางการพัฒนาการบริการด้านทันตกรรมสำหรับประชาชนหลายครั้งตามนโยบายโดยได้ยึดหลักของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมาย มีการดูแลสุขภาพช่องปากครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและได้รับการทางทันตกรรมตามความเหมาะสม เพื่อส่งต่อแม่ที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และลูกในช่วงปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นมีการพัฒนาความรู้เพื่อให้สถานศึกษาและนักเรียนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ส่วนวัยทำงานส่งเสริมการมีความรู้

เพื่อสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและผู้อื่น รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพช่องปาก และวัยสูงอายุ มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร แต่การให้บริการด้านทันตกรรมก็ยังไม่เพียงพอและทั่วถึง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายด้าน ทั้งด้านการขาดแคลนบุคลากร คุณภาพบริการ และการจัดสรรทรัพยากร จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า การรับบริการส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับบริการทันตกรรม มีผู้รับบริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.9 ในปี 2564 โดยสัดส่วนดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการรับบริการทันตกรรมจำแนกตามภาค พบว่า กรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจน ร้อยละ 18.8 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 10.1 และภาคเหนือร้อยละ 9.6 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำสุด ร้อยละ 7 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างเชิงพื้นที่ เป็นมิติที่ยังต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องความครอบคลุมของสวัสดิการในภูมิภาคที่แตกต่างกัน และการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วย กล่าวคือ ประชากรที่อาศัยในเขตเมืองรับบริการจากโรงพยาบาลสังกัดอื่น โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ขณะที่ประชากรชนบทรับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น สถานีอนามัย/ รพ.สต. รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ให้เหมาะสม⁽¹⁾

โดยกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ลดความแออัด มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการ ภายใต้หลักการเครือข่ายบริการที่ร้อยละที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน และพัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงและเป็นธรรม⁽²⁾ เน้นการสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียว

ทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน โดยนำแนวคิดระบบสุขภาพ Six Building Blocks ของ WHO⁽³⁾ มาเป็นหลักในการกำหนดกรอบการพัฒนาการบริการทันตกรรม โดยระบุผลลัพธ์ของการบริการที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์ นอกจากจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากดีขึ้นแล้ว ยังต้องปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในด้านระบบบริการสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เพื่อขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิใน รพ.สต. ให้ทั่วถึง และพัฒนาประสิทธิภาพการบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นการเข้าถึงบริการได้นำมาใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการวัดคุณภาพของบริการ การเข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงไม่สะดวกจึงเป็นการสะท้อนความไม่มีคุณภาพของระบบบริการที่ได้รับ ซึ่งการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนนั้นสามารถพิจารณาจากมิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ด้าน⁽⁴⁾ คือ ด้านความเพียงพอของบริการ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการยอมรับคุณภาพบริการ

ปัจจุบันสถานบริการทางทันตกรรมในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ มีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความพอใจ อาทิเช่น หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการให้บริการโดยใช้บัตรประกันสังคม ส่งผลให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการมากขึ้น สังเกตได้จากตัวเลขผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี แต่การให้บริการมักจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ ภายใต้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ความขาดแคลนของทันตบุคลากรเกิดขึ้นในทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานานที่เกิดจากปัญหาความไม่สมดุลของการกระจาย

กำลังคนอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของระบบบริการทางด้านทันตกรรมในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ปัญหานี้ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและจำนวนทันตแพทย์ที่ทำงานมาโดยตลอด ซึ่งสถานการณ์ข้อจำกัดด้านบุคลากรและการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบและทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งจะศึกษาระดับปัจจัยการบริการด้านทันตกรรม ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรงบประมาณ และโครงสร้างของระบบที่มีอยู่ เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพตามความจำเป็นได้อย่างทั่วถึงเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการบริการด้านทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีแบบ Convergent-Parallel Approach ด้วยการออกแบบคู่ขนาน (Parallel – Database Design)⁽⁵⁾ และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (COA No. 36/2568) โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ รวมจำนวนทั้งสิ้น 54 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยเปิดตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan⁽⁶⁾ ได้จำนวน 48 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยใช้ตำแหน่งที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นเกณฑ์ ซึ่งวิธีการสุ่มนี้มีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงมีการเลือกตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่า ๆ กันในแต่ละกลุ่มบริเวณ เพื่อให้เกิดการกระจายของตัวอย่าง⁽⁷⁾

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการด้านทันตกรรม จำนวน 5 คน เป็นการกำหนดกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง⁽⁸⁾

เครื่องมือในการวิจัย ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (Check List) 2) แบบสอบถามปัจจัยการบริการทันตกรรม และ 3) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการทันตกรรม เป็นลักษณะของแบบสอบถาม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการทันตกรรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยมีวิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คือ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นทดลองใช้ เครื่องมือกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach ซึ่งพบว่าแบบสอบถามปัจจัยการบริการ ทันตกรรม และการเข้าถึงบริการทันตกรรม มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98, 0.94 ตามลำดับ

2. แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วย บริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ มีค่า IOC ของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้ คือ

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยตนเอง ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล และประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้วิธีเก็บแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 59 ข้อ ประมาณ 30 - 35 นาที

2. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการ สนทนากลุ่ม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัย ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยการบริการทันตกรรม และการเข้าถึงบริการทันตกรรม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละด้าน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ของข้อมูล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการบริการ/ การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ตัวแปรระบบบริการ สุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านทันตกรรม และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยใช้ สถิติค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis - MRA)

4. วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.08) มีอายุระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 50.00) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลขนาดกลาง ในจังหวัดสุรินทร์ (ร้อยละ 70.83) และมีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านทันตกรรม 1 - 3 ปี (ร้อยละ 27.08)

2. ปัจจัยการบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.32$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ($\bar{X} = 4.29$) ด้านระบบบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 4.26$) ด้านบุคลากรด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.10$) ด้านค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม ($\bar{X} = 4.04$) และด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.97$) อยู่ในระดับมากตามลำดับ

3. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความเข้าถึงแหล่งบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.30$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ($\bar{X} = 4.25$) ด้านความสะดวกของแหล่งบริการ ($\bar{X} = 4.24$) ด้านความเพียงพอของบริการ ($\bar{X} = 4.23$) และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ($\bar{X} = 4.16$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน

4.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระบบบริการสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลกับตัวแปรการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ตัวแปรต้นทั้ง 6 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน 0.85 (ค่า $r = < 0.85$)

4.2 การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สามารถวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทดสอบ ดังนี้

สมมติฐาน ปัจจัยการบริการทันตกรรมที่แตกต่างกัน มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ แตกต่างกัน
 H_0 : ปัจจัยการบริการทันตกรรม ไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

H_1 : ปัจจัยการบริการทันตกรรม มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

ตารางที่ 1 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น โดยใช้สถิติค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตัวแปร	(X ₁)	(X ₂)	(X ₃)	(X ₄)	(X ₅)	(X ₆)	(Y)
1. ระบบบริการสุขภาพ (X ₁)	1						
2. บุคลากรด้านสุขภาพ (X ₂)	0.70**	1					
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (X ₃)	0.69**	0.45**	1				
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (X ₄)	0.60**	0.48**	0.49**	1			
5. ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม (X ₅)	0.71**	0.68**	0.66**	0.41**	1		
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (X ₆)	0.58**	0.53**	0.47**	0.54**	0.53**	1	
7. การเข้าถึงบริการทันตกรรม (Y)	0.65**	0.64**	0.30*	0.47**	0.53**	0.57**	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 พบว่า ความถดถอยพหุคูณ การเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณด้วยเทคนิค Enter มีค่า P -value เท่ากับ 0.00 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 นั่นคือ ปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) ยอมรับสมมติฐานรอง (H_1) หมายความว่า การเข้าถึง บริการทันตกรรมของหน่วย บริการปฐมภูมิ (PCU) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรต้น คือ ปัจจัยการบริการ ทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้อง กับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถสร้างสมการเส้นตรงได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ สามารถคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณได้ ดังนี้

จากตารางที่ 4-24 พบว่า ตัวแปรปัจจัยการบริการ ทันตกรรมมีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วย บริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระบบบริการ สุขภาพ (.37) และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (0.19) โดยตัวแปร 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนาย การบริการทันตกรรมมีผลต่อการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอ สังขะ จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 57 ($R^2 = 0.57$) และค่า P -value เท่ากับ 0.00 ซึ่งสามารถอธิบาย การเปลี่ยนแปลงของระดับการบริการทันตกรรม มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCU) ได้ร้อยละ 57 ผู้วิจัยจึงได้นำค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย (B) ของตัวทำนายมาเขียนเป็นสมการ ความสัมพันธ์ของการบริการทันตกรรมมีผลต่อ การเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังนี้

$$\hat{Y} = 1.56 + (.37)X_1 + (.19)X_2 + (.19)X_3 + (.05)X_4 + (.07)X_5 + (.19)X_6$$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P -value
Regression	6.90	6	1.15	9.09**	0.00
Residual	5.189	41	0.13		
Total	12.09	47			

** $p < 0.01$

ตารางที่ 3 ผลการการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ จำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	B	SE	β	t	P -value
ค่าคงที่ (Constant)	1.36	0.41		3.30	0.00
ระบบบริการสุขภาพ (X_1)	0.37	0.16	0.45	2.36*	0.02
บุคลากรด้านสุขภาพ (X_2)	0.19	0.12	0.25	1.54	0.13
ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (X_3)	0.19	0.09	0.34	2.18*	0.03
เทคโนโลยีทางการแพทย์ (X_4)	0.05	0.10	0.07	0.52	0.61
ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม (X_5)	0.07	0.11	0.11	0.61	0.54
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (X_6)	0.19	0.11	0.24	1.76	0.09
$r = 0.75$					
$Adj R^2 = 0.51$					
$R^2 = 0.57$					
$F = 9.09$					
$SE = 0.36$					
P -value = 0.00					

* $p < 0.05$

5. ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบว่า ปัจจัยการบริการทันตกรรมที่มีความสำคัญ ได้แก่ การกระจายตัวของหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน การมีบุคลากรทางทันตกรรมเพียงพอและเท่าเทียม การกำหนดค่าบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพ การให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพช่องปาก คุณภาพและความสะดวกในการให้บริการ ระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทันสมัย ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้รองรับกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ลดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยในชุมชน พร้อมทั้งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต สังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของการพัฒนาหน่วยบริการในพื้นที่ตำบลสังขะ ควรมีการเพิ่มบุคลากรและอาคารสถานที่ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ เพื่อให้บริการทันตกรรมเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพและสารสนเทศด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยนโยบายสาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณ ระบบประกันสุขภาพ และการบูรณาการบริการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ช่วยเสริมสร้างความครอบคลุมและคุณภาพของการให้บริการ รวมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการลงทะเบียน การนัดหมาย การเชื่อมโยงข้อมูล การสนับสนุนการเรียนรู้ของบุคลากร และการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้และความตระหนักรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการพัฒนากระบวนการนัดหมายและการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการ เช่น บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ และการบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น ๆ ทั้งนี้ การดำเนินกลยุทธ์เหล่านี้ควรอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพในระยะยาว

อภิปรายผลการศึกษา

1. ปัจจัยการบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสถานพยาบาลมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในบริการทันตกรรมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจรักษา และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการบริการสุขภาพในพื้นที่ และมีระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ทำให้บริการทันตกรรมเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ นอกจากนี้ผู้บริหารยังช่วยสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีการวางแผนและพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้บุคลากร ได้พัฒนาความรู้และทักษะในการให้บริการ โดยเฉพาะการเพิ่มโอกาสในการฝึกอบรม เพื่อให้มีทักษะและความรู้ที่ทันสมัย จึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ หินชัยภูมิ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีเป็น การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยงานที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งหากมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข โดยการจัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทุกปี ย่อมจะส่งผลให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะสถานพยาบาลตั้งอยู่ในตำแหน่งที่สะดวกต่อการเดินทาง ใกล้กับถนนหลักหรือในเขตชุมชน ทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเดินทางไปยังสถานบริการได้ง่ายและหลากหลายวิธี เช่น รถประจำทาง รถจักรยานยนต์ หรือแม้แต่การเดินทาง

ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ นอกจากนี้บุคลากรมีความใส่ใจและความพยายามในการช่วยเหลือผู้รับบริการ มีการอธิบายขั้นตอนการรักษาให้เข้าใจ ช่วยให้มีความมั่นใจในบริการ ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้รับบริการ ทำให้รู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างดี จึงเป็นปัจจัยที่สร้างความรู้สึกสบายใจและสร้างความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ เมื่อเจ้าหน้าที่มีการต้อนรับอย่างอบอุ่นและมีน้ำใจ จะช่วยลดความตึงเครียดของผู้รับบริการที่อาจรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรม จึงทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะใช้บริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim, et al.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการมีความสำคัญต่อการเข้าใช้บริการหรือการดูแลทางทันตกรรมของประชาชน โดยชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างอุปสรรคในการเดินทางและผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านการเข้าถึงการดูแลทางทันตกรรม การจัดการกับปัญหาด้านการเข้าถึงแหล่งบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมสำหรับกลุ่มประชากรที่หลากหลาย นอกจากนี้การพึ่งพาขนส่งสาธารณะอาจไม่สามารถตอบโจทย์ประชาชนทุกคนได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างพื้นฐานที่ยังไม่พัฒนา หรือสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายที่อาจประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางและสร้างมาตรการที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงแหล่งบริการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม เพื่อให้ประชากรที่มีความเสี่ยงสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้นได้

3. ปัจจัยการบริการทันตกรรมด้านระบบบริการสุขภาพและด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรทั้งสองนี้สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรม ได้ร้อยละ 51 ทั้งนี้เป็นเพราะสถานพยาบาลที่ให้บริการ มีระบบบริการสุขภาพในที่เน้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธีและเหมาะสม ซึ่งหากประชาชนมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก จะช่วยลดปัญหาทางทันตกรรมในชุมชนและมีแนวโน้มในการเข้ารับบริการมากยิ่งขึ้น ทำให้สุขภาพโดยรวมของประชาชนดีขึ้น และมีระบบข้อมูลสารสนเทศถูกออกแบบมาเพื่อเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยบริการทันตกรรม ข้อมูลเหล่านี้รวมถึงประวัติการรักษา ข้อมูลการวินิจฉัย และแผนการรักษาที่ช่วยให้บุคลากรมีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งช่วยลดเวลาในการค้นหาข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ เมื่อมีข้อมูลที่ครบถ้วนและทันสมัย บุคลากรสามารถวางแผนการบริการที่เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้รับบริการได้มากขึ้น จึงทำให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่ ทำให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reisine, et al.⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ประชาชนที่ได้รับการศึกษาหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ นอกจากนี้การจัดสัมมนาและการณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในชุมชนเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากก็สามารถช่วยลดอัตราการเกิดฟันผุและโรคเหงือกในชุมชนได้เช่นกัน ซึ่งการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขอนามัยช่องปาก ทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกบริการที่เหมาะสมและเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น และลดปัญหาสุขภาพช่องปากในระยะยาว ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในสุขภาพช่องปากควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมและลดปัญหาทางทันตกรรมในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยการบริการทันตกรรมและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านระบบบริการสุขภาพ ($\beta = 0.45$) และด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ($\beta = 0.34$) มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัว โดยตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 51

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนหน่วยงานด้านการวางแผนและจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนา ทักษะ หรือปรับปรุงกระบวนการหรือนำเครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน และควรศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมที่ประชาชนต้องรับภาระ เพื่อที่จะสามารถวางแผนให้บริการที่เข้าถึงได้และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน โดยบูรณาการข้อมูลกับหลักการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาแนวทางที่หลากหลายและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพและโปร่งใส เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดและยังควรมีสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชน เพื่อระบุปัญหาและหาแนวทางในการปรับปรุงบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office (NSO) of Thailand. Situation of the Thai Older Persons 2023 [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15]. Available from: https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_1.pdf
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข. eHealth Strategy, Ministry of Public H. Nonthaburi: Ministry of Public Health (2017-2026). [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: https://ops.moph.go.th/public/download/eHealth_Strategy_ENG.pdf
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010. [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
4. Penchansky R, Thomas J W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2): 127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
5. Edmonds W A, Kennedy T D. An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods. SAGE Publications, Inc. [internet]. 2017 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://methods.sagepub.com/book/mono/preview/an-applied-guide-to-research-designs-2e.pdf>

6. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. sage journals. 1970;30(3):607-610.
7. Yurarach S. Writing research reports in social science and humanities. Bangkok: Vision Prepress.[In Thai]. [internet]. 2016. [cited 2022 Dec 25]. Available from: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=GT5nXRgAAAJ&citation_for_view=GT5nXRgAAAJ:UxriW0iASnsC
8. Saunders M NK, Lewis P, Thornhill A. Research methods for business students. ResearchGate. [internet].2023 [cited 2022 Dec 25]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/240218229_Research_Methods_for_Business_Students
9. จิราภรณ์ หินชัยภูมิ, ประจักษ์ บัวผัน, นครินทร์ ประสิทธิ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 5. วารสารทันตภิบาล. 2565;33(1):113-128.
10. Kim J, Roy I, Martinez-Mier EA, Shukla A, Weir P. Impact of lack of transportation on access to dental care. National Institutes of Health (NIH). PubMed. 2024;10(23):e40657.
11. Reisine S, Schensul J J, Salvi A, Grady J, Ha T, Li J. Oral health-related quality of life outcomes in a randomized clinical trial to assess a community-based oral hygiene intervention among adults living in low-income senior housing. National Institutes of Health (NIH). PubMed. 2021; 19(1):227.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การรักษาพยาบาลของแรงงานไทย ในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

Health treatment utilization of working-age Thai workers before and amid the COVID-19 pandemic

ฉัตรชัย เพ็งจันทร์* ศ.ม., นพวรรณ พจน์พิศุทธิพงษ์* ป.ด.

Chatchai Pengchan** M.Econ, Nopphawan Photphisutthiphong** Phd.Econ

* วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** College of Populations studies Chulalongkorn University

ชื่อผู้ประสานงาน: ฉัตรชัย เพ็งจันทร์ อีเมลผู้ประสานงาน: 6381002051@student.chula.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 30 เม.ย. 2568
วันแก้ไข: 12 ส.ค. 2568
วันตอบรับ: 22 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 (n=6,320) และ พ.ศ. 2564 (n=4,890) สำหรับการวิเคราะห์ในส่วนที่หนึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงานเมื่อเจ็บป่วยซึ่งมีสามทางเลือกคือ ไม่ได้รักษา ซ้ำยาฆ่าเชื้อเอง และการไปรักษาที่สถานพยาบาล โดยใช้วิธีการถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก พบว่า ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับการเลือกไม่ได้รับการรักษา และในส่วนที่สองใช้แบบจำลองโทบิต พบว่า ตัวแปรด้านสิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา ภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และสถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง

คำสำคัญ: การรักษาพยาบาล, โควิด-19, ประชากรวัยทำงาน, รายจ่ายสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the factors associated with Thai workers' use of healthcare treatments and the out-of-pocket costs incurred before and during the COVID-19 pandemic. Microdata from the Health and Welfare Survey Project for the years 2019 (n=6,320) and year 2021 (n=4,890) were used in this study. Data analysis is divided into two parts. First, the factors affecting the decisions made by working-age individuals with illness are examined. Three options were available to an individual with illness: not seeking treatment, self-medicating, and seeking hospital treatment. To determine what factors influenced these decisions, was associated with the following factors: region of residence, levels of household income per person, having a chronic disease, and having a vehicle in the household by using the multinomial logistic regression model. Second, the financial burden that Thai patients bear is investigated. We examined the variables related to the individuals' out-of-pocket costs was associated with the following factors: rights used for treatment, region of residence, levels of household income per person and hospitals used for treatment by using the Tobit model.

Keywords: Healthcare, COVID-19, Working-age population, Healthcare expenditure

บทนำ

หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่ถูกกำหนดโดยสหประชาชาติ คือ เป้าหมายที่ 3: การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health And Well-Being)⁽¹⁾ ประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านสาธารณสุขจากการดูแล “สุขภาพ” ไปสู่การดูแล “สุขภาพะ” เสริมสร้างให้ประชากรไทยมีสุขภาพดีมีความสุขทั้งใน 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญา หรือจิตวิญญาณ สอดคล้องกับนิยาม “สุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต และสังคม และไม่ได้จำกัดอยู่แค่เรื่องของอาการไม่มีโรคหรือความบกพร่องหรือขีดจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ”

ประเทศไทยมีระบบโครงสร้าง การกำกับ ดูแล ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ไม่ว่าจะอยู่แห่งใด

ในประเทศก็สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงดังสิทธิที่ประชาชนในประเทศไทยพึงได้รับ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ประเทศไทยใช้ในปัจจุบันมี 3 ระบบ⁽²⁾ อันได้แก่ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชากรไทยทุกคนจะได้รับบริการรักษาพยาบาลฟรีโดยใช้เงินภาษีของรัฐบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก ผลกระทบของการดำเนินการตามมาตรการด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคมในระดับต่างๆ ระหว่างประเทศทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก นับเป็นวิกฤตด้านสุขภาพที่รุนแรงอย่างยิ่ง^(3,4) และยิ่งส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจ ทำให้สถานประกอบการหลายแห่งต้องปิดตัวลง เพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อโรคตามสั่งการจากรัฐบาล ซึ่งสร้างความเดือดร้อนและเสียหายเป็นอย่างมากและส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ก็ทำให้ขาดรายได้ และยังปัญหาโรคระบาดยืดเยื้อนานเท่าไร ความเสียหายยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาหนี้สินในครัวเรือนที่พุ่งสูงขึ้น ปัญหาการตกงาน หรือการต้องปิดกิจการอย่างถาวร เป็นต้น

ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยวัยแรงงานสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ตามปกติ โดยมีประกันสุขภาพช่วยลดค่าใช้จ่าย แต่ต้องจ่ายเองหากสิทธิ์ประกันสุขภาพไม่คุ้มครอง ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 การรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ส่วนโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องใช้การรักษาทางออนไลน์ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับผลกระทบมีรายได้ลดลง ทำให้มีความยากลำบากในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานไทยเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาล ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานไทยเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาล ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (ค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในหลักประกันสุขภาพ) ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยเป็นข้อมูลระดับย่อยจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562⁽⁵⁾ และ พ.ศ. 2564⁽⁶⁾ ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการศึกษาจะใช้ข้อมูลส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน เขตการปกครอง ภูมิภาคที่อาศัย การมียานพาหนะในครัวเรือน ส่วนที่ 2 สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา การมีโรคประจำตัว สถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่ 1

การตรวจสอบสุขภาพ มีประเภทและวิธีการตรวจที่แตกต่างกันในแต่ละวัย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของการเกิดโรคที่ต่างกันในแต่ละช่วงวัยด้วย และในช่วงอายุต่าง ๆ จะมีการเน้นตรวจตามปัจจัยต่าง ๆ อาทิ เพศ อายุ การใช้ชีวิตประจำวัน อาชีพการงาน และสภาพร่างกาย วัยแรงงานที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ในช่วงอายุนี้อาจถือว่าเป็นช่วงสะสมโรค เพราะร่างกายแข็งแรง แต่มีการใช้ร่างกายงานหนักและละเลยการดูแลสุขภาพ แต่เมื่อช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป ร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงและมีการแสดงออกของโรคให้เห็นด้วยเหตุผลดังกล่าว ในศึกษานี้จึงใช้กลุ่มแรงงานตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 35-59 ปี สำหรับในปี 2562 มีจำนวนตัวอย่าง 38,581 คน และขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มแรงงานในปี 2564 เท่ากับ 32,197 คน

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	ไม่ป่วย	ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย					
			ไม่ได้รักษา	ร้อยละ	ซื้อยา มากินเอง	ร้อยละ	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล	ร้อยละ
ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19	38,581	32,261	407	6.44	1,530	24.21	4,383	69.35
ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19	32,197	27,307	446	9.12	1,219	24.93	3,225	65.95

การวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ส่วน กล่าวคือ ในส่วนที่หนึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงานเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีมากกว่าสองทางเลือก ซึ่งในการศึกษานี้มีสามทางเลือกคือ ไม่ได้รักษา ซื้อมากินเอง และการไปรักษาที่สถานพยาบาล และในส่วนที่สองเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง โดยใช้วิธี Tobit model เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เกินขีดจำกัดที่กำหนด และช่วยให้สามารถวิเคราะห์ทั้งความน่าจะเป็นของค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอธิบายและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในการศึกษาครั้งนี้เฉพาะกลุ่มแรงงานที่ป่วย

และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และการวิเคราะห์ข้อมูลช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 นั้น จะมีการวิเคราะห์ทั้งสองช่วงเวลาการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการฯ นี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\alpha=0.05$)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ตัวแปรด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน เขตการปกครอง ภูมิภาคที่อาศัย การมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ซื้อมากินเอง และไม่ได้รักษาตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล		ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด		
		ของโควิด-19 (n=6,320)			ของโควิด-19 (n=4890)		
		ไม่ได้รักษา	ซื้อมากินเอง	ไปรักษาที่สถานพยาบาล	ไม่ได้รักษา	ซื้อมากินเอง	ไปรักษาที่สถานพยาบาล
เพศ	ชาย	247	916	2,528	270	760	1,909
	หญิง	160	614	1,855	176	459	1,316
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
ระดับการศึกษา	ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	260	942	2,752	288	725	2,028
	มัธยมศึกษา	111	486	1,093	127	427	858
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	16	74	4	25	53
	ร้อยละ	6.59	25.15	68.26	9.24	25.95	64.81
สถานะการทำงาน	เจ้าของธุรกิจ	217	825	2,321	250	663	1,833
	ธุรกิจครอบครัว และผู้ผลิต	21	50	146	18	34	106
	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	41	113	437	43	119	327
	บริษัทเอกชน	98	432	980	92	334	605
	ว่างงาน	30	110	499	43	69	354
	ร้อยละ	6.17	23.90	69.93	8.96	26.29	64.75

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของ			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของ		
		ของโควิด-19 (n=6,320)			ของโควิด-19 (n=4890)		
		ไม่ได้ รักษา	ซื้อยา มากินเอง	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล	ไม่ได้ รักษา	ซื้อยา มากินเอง	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล
สิทธิ์ที่ใช้ ในการรักษา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	308	1,200	3,510	357	954	2,608
	ประกันสังคม	60	217	408	47	167	289
	ข้าราชการ	38	100	427	40	68	311
	ร้อยละ	6.48	24.2	69.32	9.17	24.56	66.27
เขตการปกครอง	ในเขตเทศบาล	209	844	2,338	218	698	1,608
	นอกเขตเทศบาล	198	686	2,045	228	521	1,617
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
ภูมิภาคที่อาศัย	กรุงเทพมหานคร	21	128	229	22	98	160
	ภาคกลาง	114	469	1,173	120	374	786
	ภาคเหนือ	112	343	1,041	112	262	759
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	78	325	1,148	105	225	954
	ภาคใต้	82	265	792	87	260	566
	ร้อยละ	6.50	22.29	71.21	9.13	22.43	68.44
การมีโรคประจำตัว	มี	90	232	2,565	101	225	2,335
	ไม่มี	317	1,298	1,818	345	994	890
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
การมียานพาหนะ ในครัวเรือน	มี	191	665	1,626	221	516	1,279
	ไม่มี	216	865	2,757	225	703	1,946
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังแสดงในตารางที่ 3 ในช่วงเวลาก่อนการระบาดของโควิด-19 กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยแล้วเลือกที่จะไปรักษาในสถานพยาบาล ผู้ป่วยจะเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลรัฐมากที่สุด ร้อยละ 77.79 และไปรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน

ร้อยละ 22.21 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยแล้วเลือกที่จะไปรักษาในสถานพยาบาล ผู้ป่วยจะเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลรัฐมากที่สุด สูงถึงร้อยละ 91.86 และไปรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 8.14

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ทางเลือกการรักษา ในสถานพยาบาล	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เอกชน	969	22.21	262	8.14
รัฐบาล	3,393	77.79	2,958	91.86

จากผลการศึกษา ตารางที่ 4 แสดงผลการศึกษาทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานในช่วงเวลา ก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับการเลือกไม่รับการรักษา ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย กลุ่มแรงงานที่อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับรักษามากกว่ากลุ่มแรงงานที่อาศัยอยู่ภาคกลาง เท่ากับ 1.441 เท่า (Coef.=0.365, p-value=0.027, RRR=1.441) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 เท่ากับ 1.648 เท่า (Coef.=0.499, p-value=0.000, RRR=1.648) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน พบว่าระดับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ลดลง จะทำให้กลุ่มแรงงานมีโอกาเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยน้อยกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 0.805 เท่า

(Coef.=-0.215, p-value=0.006, RRR=0.805) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 0.784 เท่า (Coef.=-0.243, p-value=0.004, RRR=0.784) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านการมีโรคประจำตัว กลุ่มแรงงานที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 5.765 เท่า (Coef.=1.751, p-value=0.000, RRR=5.765) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 10.973 เท่า (Coef.=2.395, p-value=0.000, RRR=10.973) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านการมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มแรงงานที่มียานพาหนะในครัวเรือนโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 1.943 เท่า (Coef.=0.653, p-value=0.000, RRR=1.943 และ 95% CI = 4.492 7.399) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 1.922 เท่า (Coef.=0.653, p-value=0.000, RRR=1.922) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก และค่า Relative Risk Ratio (RRR) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงาน เมื่อเจ็บป่วยของวัยแรงงาน ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19		
	Coef.	RRR	p-value	Coef.	RRR	p-value
ทางเลือกที่ 1 ไม่ได้รักษา (Base outcome)						
ทางเลือกที่ 2 ไปรักษาที่สถานพยาบาล						
เพศ (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
หญิง	0.149	1.161	0.185	0.029	1.03	0.796
ระดับการศึกษา (ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มัธยมศึกษา	0.161	1.175	0.203	0.09	1.094	0.473
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.283	1.328	0.177	0.347	1.416	0.142

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก และค่า Relative Risk Ratio (RRR) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงาน เมื่อเจ็บป่วยของวัยแรงงาน ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19		
	Coef.	RRR	p-value	Coef.	RRR	p-value
สถานการทำงาน (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
เจ้าของธุรกิจ	-0.114	0.891	0.614	-0.105	0.9	0.653
ธุรกิจครอบครัว กลุ่มผู้ผลิต	-0.678	0.507	0.041*	-0.428	0.651	0.231
บริษัทเอกชน	0.014	1.014	0.954	0.031	1.031	0.901
ว่างงาน	0.139	1.14	0.636	-0.26	0.77	0.357
สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา (สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
ประกันสังคม	-0.37	0.69	0.03*	0.131	1.14	0.507
ข้าราชการ	-0.064	0.937	0.784	-0.101	0.903	0.672
เขตการปกครอง (ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
นอกเขตเทศบาล	-0.062	0.939	0.576	0.054	1.055	0.63
ภูมิภาคที่อาศัย (ภาคกลางเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
กรุงเทพมหานคร	0.09	1.094	0.735	0.171	1.187	0.534
ภาคเหนือ	-0.106	0.898	0.471	0.093	1.097	0.558
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.365	1.441	0.027*	0.499	1.648	0.002*
ภาคใต้	-0.026	0.974	0.868	0.214	1.239	0.195
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน						
รายได้เฉลี่ย	-0.215	0.805	0.006*	-0.243	0.784	0.004*
การมีโรคประจำตัว (กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มี	1.751	5.765	0.000*	2.395	10.973	0.000*
การมียานพาหนะในครัวเรือน (กลุ่มไม่มียานพาหนะในครัวเรือนเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มี	0.664	1.943	0.000*	0.653	1.922	0.000*
*is statistically significant						
at 0.05 level.			n = 6,268		n = 4,841	
			Likelihood Ratio (LR)		Likelihood Ratio (LR)	
			Chi-Square = 1261.05		Chi-Square = 1522.64	
			Prob > Chi2 <0.001		Prob > Chi2 <0.001	
			Pseudo R2 = 0.1299		Pseudo R2 = 0.1880	

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มแรงงานที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมและข้าราชการ ในการรักษา จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษา ที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ใช้ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาเป็นกลุ่มอ้างอิง 1,038.70 บาท (p-value=0.000) และ 543.91 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัยในภาคกลาง ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 147.79 บาท (p-value=0.035) การมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มแรงงานที่มีรายได้ เฉลี่ยต่อครัวเรือนเพิ่มขึ้น จะมีความสามารถในการจ่าย ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 134.30 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่มียานพาหนะ ในครัวเรือน จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษา โดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ไม่มียานพาหนะในครัวเรือน ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 204.03 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่รักษาในสถานพยาบาลรัฐ จะมีค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงาน ที่รักษาในสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 1,709.72 (p-value=0.000) บาท

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มแรงงานที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมและข้าราชการในการรักษา จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาล โดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการรักษาเป็นกลุ่มอ้างอิง 1,260.54 บาท (p-value=0.000) และ 1,416.01 บาท (p-value=0.000) กลุ่มแรงงาน ที่มีภูมิภาคที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัยในภาคกลางที่เป็น กลุ่มอ้างอิง 942.16 บาท (p-value=0.001) 685.29 บาท (p-value=0.000) 528.93 บาท (p-value=0.001) ตามลำดับ กลุ่มแรงงานที่มีการมีโรคประจำตัว จะมีค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มแรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 118.84 บาท (p-value=0.000) กลุ่มแรงงานที่รักษา ในสถานพยาบาลรัฐ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในการรักษาโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่รักษา ในสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 1,474.23 บาท (p-value=0.000)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Tobit model และ Marginal effects ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองและตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
เพศ (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
หญิง	12.215	0.805	8.645	0.937
ระดับการศึกษา (ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มัธยมศึกษา และสายอาชีพ	14.606	0.794	-179.821	0.147
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41.631	0.652	103.856	0.639

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Tobit model และ Marginal effects ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองและตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
สถานะการทำงาน (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
เจ้าของธุรกิจ	198.533	0.059	59.386	0.799
ช่วยธุรกิจครอบครัว กลุ่มผู้ผลิต	4.494	0.978	500.229	0.156
บริษัทเอกชน	64.826	0.569	-11.412	0.964
ว่างงาน	31.559	0.805	238.002	0.385
สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา (สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ประกันสังคม	-1038.7	0.000*	-1260.54	0.000*
ข้าราชการ	-543.91	0.000*	-1416.009	0.000*
เขตการปกครอง (ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
นอกเขตเทศบาล	-73.822	0.135	-46.486	0.672
ภูมิภาคที่อาศัย (ภาคกลางเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
กรุงเทพมหานคร	-88.292	0.446	-942.157	0.001*
ภาคเหนือ	-132.294	0.051	-685.288	0.000*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-147.79	0.035*	-528.926	0.001*
ภาคใต้	-22.437	0.751	-70.074	0.652
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน				
รายได้เฉลี่ย	134.306	0.000*	282.837	0.001*
การมีโรคประจำตัว (กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มี	92.642	0.076	-164.283	0.167
การมียานพาหนะในครัวเรือน (กลุ่มไม่มียานพาหนะในครัวเรือนเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มี	-204.031	0.000*	-211.868	0.054
สถานพยาบาล (กลุ่มสถานพยาบาลเอกชนเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
สถานพยาบาลรัฐ	-1709.716	0.000*	-1474.232	0.000*
*is statistically significant	n = 4,325		n = 3,203	
at 0.05 level.	Likelihood Ratio (LR)		Likelihood Ratio (LR)	
	Chi-Square = 1273.24		Chi-Square = 170.91	
	Prob > Chi2 <0.001		Prob > Chi2 <0.001	
	Pseudo R2 = 0.0454		Pseudo R2 = 0.0146	

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานเลือกที่ซื้อยามากินเองและไปรักษาที่สถานพยาบาล มากกว่าไม่รักษา ซึ่งไปเป็นตามทฤษฎีความต้องการมีสุขภาพดีของบุคคลของ Grossman⁽⁷⁾ ทุกคนมีความต้องการมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วย และยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อลงทุนในสุขภาพที่ดีของตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของ McCartney et al.⁽⁸⁾ การมีรายได้ที่มากขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลในการตัดสินใจที่จะรักษาหรือไม่เมื่อยามเจ็บป่วย มีกำลังทรัพย์พอที่จะซื้อประกันสุขภาพ และยังมีโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย ไม่ว่าจะเป็นการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Julchoo et al.⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาศถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ การประกันสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของชาวต่างชาติที่เข้ามามีครอบครัวในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่าชายชาวต่างชาติที่เข้ามามีครอบครัวในไทยส่วนใหญ่ไม่มีความสนใจในการซื้อประกันสุขภาพ และไม่ได้วางแผนเพื่อสุขภาพเชิงรุกในระยะยาว เนื่องจากเชื่อว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่ต้องพึ่งการบริการด้านสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ ยังมีความรู้สึกเชิงลบต่อคุณภาพการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในไทย แต่เมื่อมีปัญหาสุขภาพต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลก็เต็มใจที่จะจ่ายในราคาที่สูงเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทยของชญาณิศวรร⁽¹⁰⁾ ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2556 ของสำนักงานสถิติ แต่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของชญาณิศวรรใช้ข้อมูลสวัสดิการรักษายาบาลกับปัจจัยด้านภูมิหลัง (เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อาศัย) ปัจจัยสวัสดิการที่มี (ประเภทของสวัสดิการ) และปัจจัย

ด้านการเจ็บป่วย (การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย ระดับการเจ็บป่วย) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกในการรักษายาบาลของประชากรกลุ่มวัยทำงานที่เจ็บป่วย โดยพบว่า ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษา และมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกคือ รายได้เฉลี่ย การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานของงานวิจัยนี้ที่สอดคล้องกับชญาณิศวรร ได้แก่ ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มี การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย และระดับการเจ็บป่วย สำหรับตัวแปรที่ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย

ปัจจัยที่มีผลการต่อการตัดสินใจที่เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานคือสิทธิในการรักษา จากการศึกษาการใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 ของจุฑาทิพและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐ และต้องจ่ายเงินเองที่มีมาตรฐานเท่ากับ 2,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับบทความนี้ที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะจ่ายเงินค่ารักษายาบาลนอกเหนือจากสิทธิสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เนื่องจากมีจะมีกลุ่มยาที่ไม่สามารถเบิกได้จากการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปี 2564 ระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 Jarawee Sukmanee et al.⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการระบาดของโควิด-19 ต่อค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2537 ถึง 2564 พบว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในครัวเรือนทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 643 ล้านบาทในปี 2019 เป็น 9.4 พันล้านบาทในปี 2020 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยวัยแรงงาน

มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวในช่วงเวลา ก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 เฉลี่ย 714.0 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 2,228.27 บาท ในช่วงเวลาระหว่าง ที่มีการระบาดของโควิด-19

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมี ยานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ต่อทางเลือกในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล ของกลุ่มแรงงานมากกว่าการไม่ได้รับการรักษา ทั้งในช่วงก่อน และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยแรงงาน ส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ มากกว่าสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองยังมีแนวโน้มลดลงเมื่อรักษาในสถานพยาบาล ของรัฐ หรือเมื่อใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ ในการเข้ารับการรักษา แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังคงมีอยู่ และเป็นประเด็น สำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมการรักษา ผ่านระบบออนไลน์ (Telemedicine) สามารถช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล รวมถึงลด การสัมผัสโดยตรง ลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อโควิด-19 หากเกิดภาวะวิกฤตเช่นนี้อีก ควรมีแผนการรักษาที่ยืดหยุ่น และคุ้มครองค่าใช้จ่ายได้ในกรณีฉุกเฉิน เช่น การสนับสนุน ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคเรื้อรังหรือเจ็บป่วยทั่วไป ในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลมีภาระหนักจากโควิด-19 และควรมีการส่งเสริมให้สถานประกอบการหรือองค์กร ต่างๆ จัดทำประกันสุขภาพให้แก่พนักงานและครอบครัว เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของกลุ่มวัยแรงงานในกรณีที่เกิดโรค หรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ โรคระบาดใหญ่ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การรักษาพยาบาลของประชากรไทยในช่วงก่อน และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ของวิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้ นำเสนอผลการวิเคราะห์บทความ “การรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุไทยในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของ โควิด-19” ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์ แห่งชาติ 2567

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย. รายงานการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย มุมมองจากเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2565.
2. วรธา มงคลสืบสกุล. การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำ ของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 2565;6(1):55-69.
3. ณัฐหทัย นิรัตติชัย, ณัฐชยา กำแพงแก้ว. ระบบ สาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติ. วารสาร- มจร การพัฒนาสังคม. 2564;6(3):174-188.
4. คมสันต์ ฐานะโชติพันธุ์, กมลพร กัลยาณมิตร, สติธยนิมณญาติ, ทศนีย์ ลักขณาภิชนชัช. การบริหาร จัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของ ของโรคโควิด-19. วารสารการบริหารการปกครอง และนวัตกรรมท้องถิ่น. 2565;6(2):111-29.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ. บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2563.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร. สำนักสถิติพยากรณ์; 2555.

7. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation: National Bureau of Economic Research York 1972. [internet]. [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.nber.org/system/files/chapters/c3484/c3484.pdf>
8. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications?. Health Policy. 2013;113(3):221-7.
9. Julchoo S, Pudpong N, Phaiyarom M, Sinam P, Khunakorncharatphong A, Suphanchaimat R. Health Status and Barriers to Healthcare Access among “Son-in-Law Westerners”: A Qualitative Case Study in the Northeast of Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(21): 1-18.
10. ชญาณิศวรร โคโนะ, ปิยนุช สายสุขอนันต์, นัฏฐ์ ภูริพัฒน์ศิริ. การใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560; 13(2):239-268.
11. จุฑาทิพ พังทอง, สุรัชดา ชนโสภณ, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ. การใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(3): 378-390.
12. Sukmanee J, Butchon R, Karunayawong P, Dabak VS, Lsaranuwatthai W. The impact of universal health coverage and COVID-19 pandemic on out-of-pocket expenses in Thailand: an analysis of household survey from 1994 to 2021. Expert Review of Clinical Pharmacology 2023;23(7):823-830.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผล ของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง

The Development of Causal Relationship Model and Effectiveness of Health Literacy Promotion Program for Self-care of Village Health Volunteers with Hypertension.

นิพิฐพนธ์ แสงด้วง ปร.ด.*

Niphitphon Seangdoung Ph.D.*

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

* Phrae Provincial Public Health Office

ชื่อผู้ประสานงาน: นิพิฐพนธ์ แสงด้วง อีเมลผู้ประสานงาน: nvanness.niphit@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	13 พ.ค. 2568
วันแก้ไข:	29 ก.ค. 2568
วันตอบรับ:	8 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ และระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า แบบสอบถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด และโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง, chi-square test, t-test, one-way MANOVA และ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-Square=0.50, df=2, p-value=0.78, RMSEA=0.00, CFI=1.00, GFI=1.00, SRMR=0.01) ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 3.42, 3.86$,

p-value = 0.00, 0.00 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลอง ($t = -2.04$, p-value = 0.04)
2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 5.19, 18.79$,
p-value = 0.03, 0.00 ตามลำดับ) ส่วนดัชนีมวลกาย พบว่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
และ 3) การดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส. ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้น ($F = 4.21$, p-value = 0.02) โดยมีค่าเฉลี่ย
ระยะติดตามผลเดือนที่ 3 สูงกว่าเดือนที่ 2 และเดือนที่ 1

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The purposes of this research were to study and examine the causal relationship model of factors affecting self-care behavior and to study the effectiveness of a health literacy promotion program for self-care among village health volunteers suffering from hypertension. The research was divided into two phases: Phase 1 involved a comparative causal study, and Phase 2 involved quasi-experimental research. The research instruments included a standardized questionnaire, a true-false questionnaire, and a health literacy promotion program for self-care. Data analysis was conducted using descriptive statistics, structural equation modeling, chi-square, t-tests, one-way MANOVA, and repeated measures ANOVA. The results of first phase indicated that the causal relationship model of factors affecting self-care behavior relationship model was consistent with empirical data (Chi-Square=0.50, $df=2$, p-value=0.78, RMSEA=0.00, CFI=1.00, GFI=1.00, SRMR=0.01). The results of second phase showed that after the intervention, the experimental group had higher mean scores in health literacy and self-care behavior compared to before the intervention ($t = 3.42, 3.86$, p-value = 0.00, 0.00, respectively), and a lower average body mass index (BMI) than before the intervention ($t = -2.04$, p-value = 0.04). Additionally, the experimental group had higher mean scores in health literacy and self-care behavior compared to the control group ($F = 5.19, 18.79$, Sig. = 0.03, 0.00, respectively), while BMI differences from the control group were not statistically significant. Furthermore, self-care behavior in the experimental group showed a trend of improvement ($F = 4.21$, p-value = 0.02), with the average self-care according to the 3A2S principle score at the 3-month follow-up being higher than at the 2-month and 1-month.

Keywords: Health literacy, Self-care, Hypertension, Village health volunteers

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรที่สำคัญของประชากรโลก หากป่วยเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1.56 พันล้านคนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการป่วยและตายนั้นมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้พ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้ลดการตาย และสามารถช่วยเพิ่มความยืนยาวของชีวิตได้⁽³⁾ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁽¹⁾ ได้แนะนำแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการควบคุมน้ำหนัก การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่าแนวทางดังกล่าวนี้เป็นลักษณะของการเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมาจากสองปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยสภาพแวดล้อม^(4,5) โดยปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนด้วยการขับเคลื่อนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ทั้งยังเป็นกำลังสำคัญในระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทย โดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามีพบว่า อสม.จำนวนมากป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่กำหนด⁽⁷⁾ สะท้อนให้เห็นว่า อสม. ซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลับมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ อสม.ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่อนข้างน้อย ทั้งที่กลุ่มนี้มีความสำคัญในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้อื่นเท่านั้น

จากที่ได้กล่าวข้างต้นจึงเป็นเหตุผลที่ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธี (multimethod) แบ่งการวิจัยออกเป็นสองระยะๆ ที่หนึ่งเป็นการศึกษาและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยที่ได้นำไปสู่การวิจัยระยะที่สอง ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับ อสม.ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับตัวแปรสาเหตุที่ได้จากการวิจัยระยะที่หนึ่ง ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสาธารณสุขมูลฐานให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ของ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธี ซึ่งเป็นลักษณะการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยามากกว่าหนึ่งวิธี และอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการที่คล้ายกัน โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะๆ ที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (Causal-Comparative Research) เพื่อศึกษาและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรม จึงนำตัวแปรนั้นมาพัฒนาเป็นแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมคุณลักษณะในตัวบุคคล ตามแนวคิดและทฤษฎีที่มาของตัวแปรแต่ละตัวแปรเพื่อนำมาดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รายละเอียดดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ เพื่อศึกษาและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ อสม.ในพื้นที่จังหวัดแพร่ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4,129 คน (จาก อสม.ทั้งหมด 12,114 คน

ข้อมูล ณ ธันวาคม 2565) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 400 คน ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ ไคลส์⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า สำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 200 - 400 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling)

1.2 เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ: เครื่องมือคือ แบบสอบถามสำหรับการวิจัย แบ่งเป็น 7 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2-6 ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตอนที่ 7 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นแบบถูก-ผิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2-6 ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ตอนที่ 7 หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76, 0.71, 0.87, 0.80, 0.83 และ 0.71 ตามลำดับ

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยด้วย (1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย (2) สถิติอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM)

การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลองแบบ Pretest-Posttest Nonrandomized Design และแบบ Repeated Measures Design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่จังหวัดแพร่ จำนวน 4,129 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน แต่การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 30 คน เพื่อป้องกันการขาดหายและการถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัยโดยทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

2.2 เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2-3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 และฉบับที่ 2 เป็นแบบสอบถาม การดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส. ลักษณะเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73

2) เครื่องมือสำหรับการทดลอง คือ โปรแกรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับ อสม.ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนา ขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่มาของตัวแปรแต่ละ ตัวแปรจากการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen และคณะ⁽⁹⁾ แนวคิด การดูแลตนเองของ Orem⁽¹⁰⁾ และทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคมของ Bandura⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ กลุ่มสัมพันธ์และการสร้างเครือข่าย การชมวิดิทัศน์ สร้างองค์ความรู้และทักษะ การวางแผนกำหนดทางเลือก ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และการเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบ

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยด้วย (1) สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย (2) สถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความเท่าเทียม ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent t-test การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรก่อนและหลัง

การทดลอง ในกลุ่มทดลองด้วย paired t-test การวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย one-way MANOVA และการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพ ตนเองตามหลัก 3อ2ส. ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมฯ ระหว่าง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ด้วย repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 แบ่งการนำเสนอผลการวิจัย ออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.75 อายุอยู่ระหว่าง 35-60 ปี ร้อยละ 62.00 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.25 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.75 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.50 และระดับมัธยมศึกษา ตอนต้น ร้อยละ 21.25 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 35.50 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5-10 ปี ร้อยละ 35.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.25 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 69.25

ตอนที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ภายหลังการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ มีความกลมกลืน กับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-Square=0.50, df=2, p-value=0.78, RMSEA=0.00, CFI=1.00, GFI=1.00, SRMR=0.01) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ มีค่า β เท่ากับ 0.16, 0.18 และ 0.26 ตามลำดับ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลทางตรง ต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า β เท่ากับ 0.13, 0.31, 0.22 และ 0.10 ตามลำดับ

และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า β เท่ากับ 0.03, 0.08, 0.06 และ 0.02 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งการนำเสนอผลการวิจัย เป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 90.00 และ 80.00 ตามลำดับ) ผลการทดสอบความเท่าเทียมกัน ระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square= 1.18, p-value= 0.47) และพบว่า ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.27 ปี กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.93 ปี กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 60.83 กิโลกรัม กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 58.47 กิโลกรัม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 24.47 กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย

เท่ากับ 24.59 ผลการทดสอบความเท่าเทียมกัน ระหว่างกลุ่ม ของตัวแปรอายุ น้ำหนัก และดัชนีมวลกาย พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -1.87, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน การวิจัย

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 3.42 และ 3.86 ตามลำดับ) และพบว่าค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกายภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= -2.04) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) อิทธิพลทางอ้อม (IE) และอิทธิพลรวม (TE) ระหว่างตัวแปร สาเหตุ และตัวแปรผล

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			พฤติกรรมในการดูแลตนเอง		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	0.13*	-	0.13*	-	0.03*	0.03*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.31*	-	0.31*	-	0.08*	0.08*
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	0.22*	-	0.22*	0.16*	0.06*	0.22*
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.10*	-	0.10*	0.18*	0.02*	0.20*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	-	-	0.26*	-	0.26*

Chi-Square=0.50, df=2, p-value=0.78, RMSEA=0.00, CFI=1.00, GFI=1.00, SRMR=0.01

* p-value < 0.05, ใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลตนเองและดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		Df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.77	0.47	4.09	0.53	29	3.42*	0.00
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	3.67	0.51	4.05	0.42	29	3.86*	0.00
ดัชนีมวลกาย	25.47	3.65	24.90	3.56	29	-2.04*	0.04

* p-value < 0.05, ใช้สถิติ paired t-test

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Wilks's Lambda= 0.73, F= 6.96) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F= 5.19 และ 18.79 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ2ส. ของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองระหว่าง เดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ2ส. ของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F= 6.62, p-value= 0.02) โดยมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ2ส. ในระยะติดตามผลเดือนที่ 3 ($\bar{X}$ = 9.17) สูงกว่าเดือนที่ 2 ($\bar{X}$ =8.68) และเดือนที่ 1 ($\bar{X}$ = 8.42)

อภิปรายผลการศึกษา

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ อสม.ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงแสดงให้เห็นว่าปัจจัยหลักได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้

การควบคุมพฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam⁽¹²⁾ ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก็เป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมเช่นกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁽¹¹⁾ ที่เสนอว่าการรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง และพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bahari และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ตารางที่ 3 ผลการความแปรปรวนพหุของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	df	Mean Square	F	p-value	Partial Eta Squared
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1	2.38	5.19*	0.03	0.08
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1	3.82	18.79*	0.00	0.25
ดัชนีมวลกาย	1	0.02	0.00	0.97	0.00

* p-value < 0.05, ใช้สถิติ one – way MANOVA

จากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ทั้งความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า เมื่อวัดผลซ้ำรายเดือน คะแนนการดูแลตนเองตามหลัก 3อ2ส. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจมาจากการที่ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมฯ มาจากแนวคิดและทฤษฎี ที่อยู่เบื้องหลังตัวแปรสาเหตุแต่ละตัวแปรที่ได้จากการวิจัย ระยะที่ 1 โดยนำมาออกแบบเนื้อหาและกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการสร้างเครือข่าย การชมวีดิทัศน์สร้าง องค์ความรู้และทักษะ การวางแผนกำหนดทางเลือก ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และการเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบ เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ดีจากบุคคลตัวอย่าง และการรับแบบอย่างที่ดี สามารถพัฒนาความสามารถ ในการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการควบคุม พฤติกรรมตนเองได้จริง โดย Bandura⁽¹¹⁾ อธิบายไว้ว่า การเรียนรู้พฤติกรรมผ่านตัวแบบและการเสริมแรงตนเอง มีความสำคัญยิ่งในการสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม สุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) แม้จะมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่าง จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลา การดำเนินโปรแกรมที่ยังไม่ยาวนานพอ งานวิจัยโดย Horvath และคณะ⁽¹⁵⁾ ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้การติดตามพฤติกรรม อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จึงจะเห็นผลที่ชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ อสม. ไม่เพียงในฐานะกลุ่มเป้าหมายการวิจัย แต่ยัง สามารถพัฒนาความเป็นผู้นำในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในชุมชน อันจะก่อให้เกิดการกระจายความรู้ และ พฤติกรรมสุขภาพสู่ประชาชนได้ต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปริมาณพหุวิธีครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อค้นพบ ตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญทั้งทางตรงและทางอ้อม ของพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว จึงได้นำมาพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะในตัวบุคคล ตามแนวคิด และทฤษฎีที่มาของตัวแปรแต่ละตัวแปร เพื่อดำเนิน การวิจัยระยะที่ 2 ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมดังกล่าวที่ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการสร้าง เครือข่าย การชมวีดิทัศน์สร้างองค์ความรู้และทักษะ การวางแผนกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้ ประสบการณ์จากตัวแบบ สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์:

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่พัฒนา เนื้อหาและกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีที่มาจากตัวแปร สาเหตุที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายนั้น สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำไป ประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไป ทั้งนี้ในการนำไป ประยุกต์ใช้ควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบท ของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ รวมทั้งมีการติดตามเสริมพลัง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป: ผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์ด้านดัชนีมวลกาย แม้จะมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรออกแบบการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป เพื่อศึกษาการเปลี่ยนของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และตามระยะเวลาของการวัด

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2019 Apr 7]. แหล่งข้อมูล: https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442
2. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
3. สุรีย์ กาญจนวงศ์. จิตวิทยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย; 2556.
4. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2560.
5. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart Lung. 2018;47(2):136-141.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2019 เม.ย. 12]. แหล่งข้อมูล: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251434510886.pdf
7. จิราวิธ วัฒนไชย, ศรีเมือง พลังฤทธิ์, นติมา ตีเยาว์, วิษณุ อนิลบล, เพชรรัตน์ บุณนาค, จารณี มากภิรมย์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):108-117.
8. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 2th ed. New York: Guilford Press; 2005.
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80): doi:10.1186/1471-2458-12-80.
10. D. Orem. “Nursing Concepts of Practice,” 5th Edition. Philadelphia: Mosby-Year Book; 1995. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=43590>
11. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>

12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3): 259–267. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
13. ศศิธร ตันติเอกรัตน์, ภัทราวดี มากมี, นิชาภา สุขสงวน, นวพร สัตพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทฤษฎี Precede Framework. *วารสารวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยการแพทย์และพยาบาล*. 2563;15(2):59-74.
14. Bahari G, Scafide K, Krall J, Mallinson K, Weinstein AA. Mediating role of self-efficacy in the relationship between family social support and hypertension self-care behaviours: A cross-sectional study of Saudi men with hypertension. *International Journal of nursing practice*. 2019;25(6):e12785. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijn.12785>
15. Horvath K, Jeitler K, Siering U, Stich AK, Skipka G, Gratzner TW, et al. Long-term effects of weight-reducing interventions in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2008;168(6):571–80. [internet]. [cited 2013 Apr 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18362248/>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบเร่งรัดการกำจัดไวรัสตับอักเสบ บีและซี ในจังหวัดลพบุรี

Accelerated Model for Hepatitis B And C Elimination in Lopburi Province

สุดาร์ตน์ ลิจุติภูมิ วท.ด. (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)*, จิรายุทธ อรรถจรูญ พ.บ.ว.อายุรแพทย์
โรคระบบทางเดินอาหารและตับ**, น้ำหวาน พันธุ์ขอ ส.บ.*

Sudarat Lijutipoom PhD. (Health Research and Management)*, Jeerayuth Auttajaroon B.M.
Certificate in Gastroenterologist and Hepatologist**, Namhwan Phankho B.P.H.*

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

* Lopburi Provincial Public Health Office

** โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

** King-narai hospital Lopburi

ชื่อผู้ประสานงาน: สุดาร์ตน์ ลิจุติภูมิ อีเมลผู้ประสานงาน: sudaratlijutipoom@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 26 พ.ค. 2568

วันแก้ไข: 29 ก.ค. 2568

วันตอบรับ: 8 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัด
โรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรี เพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งตับ โดยดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์
สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง และขยายผลทั่วจังหวัด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า
อัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 100 และผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาร้อยละ 98.4
และ 64 ตามลำดับ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัด เช่น ขาดบุคลากร
ขาดความมั่นใจของแพทย์ และการบูรณาการไม่ต่อเนื่อง สรุปได้ว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ
ระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ควรมีการสนับสนุนเชิงนโยบายและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซี, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การลดอัตราการตายจากมะเร็งตับ, การพัฒนา
ระบบสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop an accelerated model for the elimination of hepatitis B and C in Lopburi Province, with the goal of reducing liver cancer mortality. The process consisted of four phases: situation analysis, model development, pilot implementation, and provincial scale-up. Results showed that screening rates increased by over 100%, with 98.4% of hepatitis B patients and 64% of hepatitis C patients receiving treatment within two weeks to two months. Key challenges included limited human resources, low physician confidence, and poor inter-agency coordination. The model proved effective in enhancing service efficiency; however, but sustained policy support and integrated system development are essential for long-term success.

Keywords: Hepatitis B and C Elimination, Healthcare Access, Liver Cancer Mortality Reduction, Health System Strengthening

บทนำ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นสาเหตุของโรคตับอักเสบ ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ และเสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ และนับเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่คุกคามสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากโรคตับอักเสบที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ภายในปี พ.ศ.2573 โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์และขยายบริการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ให้สามารถเข้าถึงง่ายในสถานพยาบาลทุกระดับเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุมเท่าเทียม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และมีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับนโยบายเพื่อให้ทุกจังหวัดนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดเป็นกลไกขับเคลื่อน กำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับนโยบาย และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน^(2,3)

ในประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณร้อยละ 5 ของประชากรไทย หรือประมาณ 2-3 ล้านคน ส่วนผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณร้อยละ 0.4 ของประชากรไทยหรือประมาณ 300,000 คน^(4,5,6) จังหวัดลพบุรีพบข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (ข้อมูลปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2560) จำนวน 1,226 รายเป็นเพศชายจำนวน 910 ราย คิดเป็น 38.3 ต่อแสนประชากร เพศหญิงจำนวน 316 ราย คิดเป็น 11.1 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับในภาพรวมเท่ากับ 22.96 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 4⁽⁷⁾ และได้เริ่มดำเนินการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ตั้งแต่ปี 2565 จำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 3,724 รายพบผู้ติดเชื้อ 168 รายคิดเป็นร้อยละ 4.51 ส่วนไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 4,240 ราย พบผู้ติดเชื้อ 53 รายคิดเป็นร้อยละ 1.25

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีนโยบายกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในจังหวัดลพบุรี โดยเร่งรัดการคัดกรองโรค เพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคในระยะเริ่มต้น เพื่อนำสู่การลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์รอง

2. เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในระดับพื้นที่
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 แห่ง
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง และขยายผลครอบคลุมทั้งจังหวัดลพบุรี รายละเอียดดังนี้

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากทุกโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีรายชื่อในคณะกรรมการไวรัสตับอักเสบบี และซี จังหวัดลพบุรี และผู้เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรีที่สนใจ และเต็มใจให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการจัดประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องและผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มละ 1 ครั้ง และจัดการประชุมรวมสหวิชาชีพ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการประชุมประมาณ 45 - 60 นาที โดยใช้แนวคำถามเดียวกันและอาจมีคำถามต่อเนื่องตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นเพื่อสอบถามและตรวจสอบ จนกว่าข้อมูลที่ได้รับจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือสอดคล้องกัน

2) เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในการศึกษา

ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1: แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) พัฒนาจากกรอบแนวคิด 6 Building Blocks⁽⁸⁾ ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ชุดที่ 2: แบบประเมินความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลนำร่อง 4 แห่ง ซึ่งได้จากการติดตามเยี่ยมเสริมพลังบุคลากรในพื้นที่

ชุดที่ 3: ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และระบบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ติดตามผลการคัดกรองและการเข้าสู่ระบบการรักษา

3) วิธีการศึกษา

ดำเนินการทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1: วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่โดยใช้กรอบ 6 Building Blocks ควบคู่กับการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 และทดลองใช้ในโรงพยาบาลแม่ข่าย 4 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและชุมชนขนาดใหญ่

ระยะที่ 3: ขยายผลการดำเนินงานในระดับจังหวัดโดยใช้วงจรการพัฒนา PDCA⁽⁹⁾

ระยะที่ 4: ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานโดยใช้ตัวชี้วัดคืออัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีและอัตราการเข้าถึงการรักษาในระยะเริ่มต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)⁽¹⁰⁾ ร่วมกับความเห็นจากผู้บริหารผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องประกอบผลการประชุมกลุ่ม โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสงานวิจัย 06/2567 เมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2567

ผลการศึกษา

1. ผลการประชุมกลุ่มแยกรายวิชาชีพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทางเดินอาหาร และตับ 2 คนจากโรงพยาบาลทั่วไป ผู้แทนเภสัชกร 5 คน จากโรงพยาบาลทั้งหมด 11 แห่ง ผู้แทนนักเทคนิคการแพทย์ 3 คนจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลาง เล็ก อย่างละ 1 คน ผู้แทนพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากทุกระดับ จำนวน 12 คน และการประชุมรวมสหวิชาชีพ 1 ครั้งผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 46 คน ในเดือนพฤษภาคม 2567 นำข้อมูลจากการประชุมมาสอบถาม และวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบ 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน สรุปประเด็นสำคัญในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 บริการสุขภาพ (Service Delivery) การให้บริการยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและครอบคลุม การคัดกรองและรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

ด้านที่ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) บุคลากรมีจำนวนจำกัด ขาดผู้รับผิดชอบหลัก และแพทย์ยังไม่มั่นใจในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

ด้านที่ 3 ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information Systems) ข้อมูลกระจัดกระจาย ขาดระบบติดตามที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ

ด้านที่ 4 การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ (Access to Essential Medicines) มีแนวทางการบริหารจัดการยา แต่ยังไม่มึระบบการดูแลรักษาที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ (standing order)

ด้านที่ 5 การเงินการคลัง (Health Financing) งบประมาณมีจำกัด โดยเฉพาะสำหรับกิจกรรมเชิงรุก เช่น การคัดกรองในชุมชน

ด้านที่ 6 ภาวะผู้นำและการกำกับดูแล (Leadership/Governance) การสื่อสารนโยบายยังไม่ทั่วถึง ผู้บริหารบางแห่งยังไม่เข้าใจแนวทางดำเนินงานอย่างชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรี มีการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน (Stakeholder analysis)⁽¹¹⁾ ร่วมกับผลการทำ focus group เพื่อหาแนวทางการขับเคลื่อนงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร และตับของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

2.2 นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยจัดให้มีการประชุมชี้แจงนโยบาย เพิ่มพูนองค์ความรู้ และหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ให้กับแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดลพบุรี

2.3 สร้างทีมงานและเครือข่ายการทำงาน ในทุกระดับทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ท้องถิ่นจังหวัด องค์การบริหารงานส่วนจังหวัด โดยการเชิญประชุมหารือแนวทางการขับเคลื่อนงาน ร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการไวรัสตับอักเสบบี และซี จังหวัดลพบุรี

2.4 พัฒนาแนวทางการคัดกรอง การรักษา การส่งต่อ ภายในจังหวัดร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ทุกอำเภอดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.5 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้ง 4 แห่ง โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลลูกข่าย เข้าร่วมรับฟัง ในการสร้างความมั่นใจให้กับทีมงานในพื้นที่ และรับฟังปัญหาอุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะ เพื่อมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในครอบคลุมทั้งจังหวัดต่อไป

2.6 ติดตามผลการดำเนินงานจากโปรแกรมระบบสารสนเทศการสร้างหลักประกันสุขภาพ (สำหรับหน่วยบริการ) หัวข้อการเข้าถึงการให้บริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสารสนเทศ สำหรับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอเพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

2.7 ประชุมร่วมกับคณะกรรมการ service plan สาขามะเร็ง ในประเด็นลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ เพื่อบูรณาการการทำงานและเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกัน

2.8 นำเสนอความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบ และให้ข้อเสนอแนะ อย่างสม่ำเสมอ ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวป.) ที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นคณะกรรมการ เพื่อรับทราบนโยบาย ปัญหา อุปสรรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

3. ผลการดำเนินงาน และ ข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลแม่ข่ายนำร่องจำนวน 4 แห่งที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ได้แก่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาล ชัยบาดาล และโรงพยาบาลโคกสำโรง เป็นระยะเวลา 3 เดือนตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 พบว่า

3.1 รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมาให้ทดลองใช้ ยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่แพทย์ที่ทราบนโยบายหรือได้รับการชี้แจงเท่านั้นที่จะใช้แพทย์ที่ไม่ทราบจะทำตามแนวทางการรักษาแบบเดิม (Guideline เดิม) ส่วนพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จะดำเนินการตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

3.2 แพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีองค์ความรู้และยังไม่มั่นใจที่จะให้การรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี กรณีพบผู้ติดเชื้อจึงมักจะส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้รักษา

3.3 ภาระงานของแพทย์ค่อนข้างสูง จึงไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบงานหลักที่จะขับเคลื่อนงานโดยตรง ใช้วิธีผสมผสานไปกับงานเดิม และหมุนเวียนไปตามแพทย์ที่อยู่ตามแผนกนั้น ๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานและผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง

3.4 ขาดการบูรณาการระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอดและผู้ป่วยนอก

ประกอบกับไม่มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน จึงต่างคนต่างทำงาน เฉพาะภารกิจที่ตนเองรับผิดชอบเท่านั้น

3.5 ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นการตั้งรับในเชิงรักษามากกว่าเชิงรุก เพื่อค้นหา ผู้ติดเชื้อในชุมชน

3.6 ผู้บริหารระดับอำเภอบางแห่งทราบนโยบายแต่ไม่เข้าใจในรายละเอียดต่าง ๆ ของการดำเนินงาน จึงยังไม่มีคำสั่งการที่ชัดเจน เพื่อบอกหมายผู้เกี่ยวข้องให้นำสู่การปฏิบัติ

3.7 ไม่มีกลไกการประสานการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสั่งการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

3.8 โรงพยาบาลบางแห่งเสนอให้บางกิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรกำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการได้โดยตามแนวทางโดยไม่รอคำสั่งแพทย์ (standing order) เพื่อลดภาระแพทย์และลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วขึ้น

3.9 ทุกโรงพยาบาลเสนอให้มีพยาบาลผู้ประสานหลักในโรงพยาบาล (Nurse coordinator) เพื่อเชื่อมประสานการดำเนินงานในอำเภอให้มีความชัดเจน เป็นระบบ และต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลระดับปฐมภูมิ จนถึงส่งต่อให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง รักษาหาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตได้

4. รูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรี ถูกออกแบบให้แต่ละระดับของหน่วยบริการสาธารณสุขมีบทบาทชัดเจน และเชื่อมโยงกัน ดังนี้

โรงพยาบาลแม่ข่าย (ทั่วไป/ชุมชนขนาดใหญ่) : ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการรักษา ให้คำปรึกษา ติดตาม กำกับดูแลการดำเนินงานของโรงพยาบาลลูกข่าย และร่วมจัดอบรม/เสริมพลังบุคลากรในพื้นที่

โรงพยาบาลลูกข่าย (ชุมชนระดับกลาง/เล็ก) : ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้การรักษาเบื้องต้นตามแนวทางที่กำหนด และส่งต่อผู้ป่วยที่ซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.): คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้ความรู้ประชาชน ประสานส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษา และติดตามผู้ป่วยในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ: กำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของรพ.สต.และโรงพยาบาลในพื้นที่ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรและรายงานผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด: บูรณาการนโยบายสู่การปฏิบัติ สนับสนุนการประสานงานระหว่างทุกระดับของหน่วยบริการ และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารระดับจังหวัด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สนับสนุนทรัพยากรทั้งบุคลากรและงบประมาณในระดับพื้นที่ พร้อมร่วมณรงค์และขับเคลื่อนกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน

5. ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้แก่ อัตราการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี

และอัตราการเข้าถึงการรักษาในระยะเริ่มต้นจากการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

จากการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทั้งจังหวัดลพบุรี ในระยะเวลา 9 เดือน พบว่าผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี ได้มากกว่าร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ได้รับการรักษาร้อยละ 98.4 และร้อยละ 64 ตามลำดับ โดยระยะเวลาในการเข้าสู่กระบวนการรักษาเร็วที่สุดอยู่ที่ 2 สัปดาห์ ช้าที่สุด 2 เดือน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ขึ้นมาตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เพื่อทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองโดยเร็ว รับทราบสถานการณ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเข้าถึงการระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็วในระยะเริ่มต้นของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และทำให้ลดอัตราการตายจากโรคระยะเรื้อรังในระยะยาวได้ ผู้วิจัยจึงขออภิปรายผลและให้ข้อเสนอในแต่ละประเด็นดังนี้

1. จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และนำไปขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดพบว่า บางหน่วยบริการยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบตามแนวทางที่กำหนดไว้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีน้อย และยังขาดองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินงาน ประกอบกับในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีการหมุนเวียนแพทย์บ่อย จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารจัดการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนดได้ครบถ้วน หรือบางแห่งไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ดังนั้นจึงต้องปรับรูปแบบการดำเนินงานให้มีการบูรณาการมากขึ้น โดยต้องจัดให้มีพยาบาลผู้ประสานงานหลัก (Nurse coordinator) ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นผู้ประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด ช่วยลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินการ และช่วยลดข้อจำกัดด้านบุคลากรในเบื้องต้น

2. การประเมินผลในโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 4 แห่งพบว่า ผู้บริหารระดับอำเภอบางแห่งยังไม่ทราบนโยบาย จึงไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดกลไกการประสานการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การบริการเป็นการตั้งรับในเชิงรักษามากกว่าเชิงรุก นอกจากนี้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังขาดความมั่นใจในการให้การรักษาผู้ติดเชื้อ จึงมักส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลทั่วไป ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและเป็นภาระของแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ ควรมีแนวทางเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทุกระดับในอำเภอ ให้มีความรู้ และความมั่นใจในการรักษาเช่นการอบรม หรือประชุมวิชาการ รวมถึงการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) ของจังหวัดลพบุรีขึ้นและกำหนดให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนใช้เป็นแนวทางการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานและเป็นทิศทางเดียวกัน และเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไป เช่น การใช้ Telemedicine^(12,13,14) นอกจากนั้นควรจัดให้มี Standing Order ในโรงพยาบาลทุกระดับเพื่อให้

พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติได้ก่อน ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และครอบคลุมตามแนวทางเวชปฏิบัติมากขึ้น

3. การประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด ที่ประกอบด้วย ร้อยละของการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี ในปีงบประมาณ 2567 กำหนดเป้าหมายเป็นร้อยละ 1 ของประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ซึ่งในจังหวัดลพบุรีมีจำนวน 11,322 คน ผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า มีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้มากกว่า ร้อยละ 100 และร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบการรักษา เป้าหมายกำหนดไว้ว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต้องเข้าสู่ระบบการรักษา ร้อยละ 80 ส่วนไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ได้รับการรักษาร้อยละ 98.4 และร้อยละ 64 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยระยะเวลาในการเข้าสู่กระบวนการรักษาเร็วที่สุดอยู่ที่ 2 สัปดาห์ ช้าที่สุด 2 เดือน แต่ยังพบปัญหาในการติดตามผู้ป่วยให้มารักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลุดจากระบบการรักษา (Loss to follow-up) ประกอบกับมีผู้ติดเชื้อสะสมค้างมาจากปีก่อน ๆ และมีนโยบายเร่งรัดการคัดกรอง จึงทำให้พบผู้ติดเชื้อใหม่เพิ่มยอดสะสมจากเดิม ทำให้ควเข้าสู่ระบบการรักษาต้องใช้ระยะเวลานานขึ้น จึงควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง (Integrated Health Information System) และ พัฒนาระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันหรือ SMS เพื่อลดอัตราการขาดนัด และเพิ่มประสิทธิภาพระบบติดตามผู้ป่วย⁽¹⁵⁾

4. ความยั่งยืนและแนวทางการขยายผล หลังจากขยายผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในจังหวัดลพบุรี ให้ครบทั้ง 11 อำเภอ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจแสดงให้เห็นทิศทางการดำเนินงานที่ดี และเป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าอาจมีปัญหาลดอุปสรรค และบางเรื่องได้รับการแก้ไข แต่ยังไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่ารูปแบบนี้สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ที่มีบริบทแตกต่างกันให้เกิดประสิทธิภาพได้หรือไม่ จึงควรมีการติดตามผลระยะยาว

(Longitudinal Study) และการประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เพื่อการขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมั่นใจมากขึ้น⁽¹⁶⁾

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในจังหวัดลพบุรี โดยอาศัยกรอบแนวคิด 6 Building Blocks และกลไกการปรับปรุงคุณภาพงานแบบ PDCA โดยมีการทดลองใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 4 แห่ง ก่อนขยายผลครอบคลุมทั่วจังหวัด ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้การคัดกรองผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในจังหวัดลพบุรีเพิ่มขึ้นมากกว่า 100% จากเป้าหมายที่กำหนด ขณะที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้เข้าสู่ระบบการรักษาร้อยละ 98.4 และร้อยละ 64 ตามลำดับ โดยระยะเวลาเข้าสู่กระบวนการรักษาอยู่ระหว่าง 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยต้องสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจในนโยบาย สร้างความมั่นใจ และแจ้งแนวทางการดำเนินงาน ให้ทั่วถึงกับผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องในทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง จัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาเครือข่ายร่วมกันทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กลไกบูรณาการการทำงานร่วมกันในทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดให้มี Nurse Coordinator ประจำโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อเชื่อมประสานงานการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมการใช้ standing order ให้บุคลากรสามารถดำเนินการคัดกรองและเริ่มกระบวนการรักษาได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ เพื่อลดภาระงานแพทย์

3. พัฒนาระบบข้อมูลกลางระดับจังหวัด ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุกระดับและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4. บูรณาการแผนงานและการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระบบสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. จัดอบรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

6. สร้างความเข้าใจ และสร้างการรับรู้ให้กับผู้บริหารในพื้นที่ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. [Internet]. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>
2. ศูนย์ประสานงานโรคไวรัสตับอักเสบบี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี บี และซี และการกำจัดกาฬโรคติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=14668
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ความก้าวหน้าในการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการอำนวยการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีแห่งชาติ. ประชุมครั้งที่ 3. นนทบุรี; 2 ก.ย.2564.

4. คณะอนุกรรมการด้านการป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติกำจัดไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565–2573. จ.สมุทรปราการ: บริษัท เอส.บี.เค. การพิมพ์ จำกัด; 2566.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2661. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://spd.moph.go.th/kpi-template-2561/#>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การใช้งานระบบบันทึกข้อมูลบริการ Krungthai Digital Health Platform. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://suratthani.nhso.go.th/files/Content/680000023/133740399436120139_\[Presentation_Hosp\]_User.pdf](https://suratthani.nhso.go.th/files/Content/680000023/133740399436120139_[Presentation_Hosp]_User.pdf)
7. กลุ่มทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. รายงานการศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งตามแผนบริการสาขามะเร็ง เขตสุขภาพที่ 3 พ.ศ. 2556–2560. ลพบุรี: บริษัท พี.เค. เซ็นเตอร์ จำกัด; 2563.
8. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: world health organization 2010. [Internet]. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
9. World Health Organization. Quality Improvement Training Guide. [Internet]. Geneva: World Health Organization 2022. [cited 2025 Feb 22]. Available from: <https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Quality%20improvement%20training%20guide%202022.pdf>

10. Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to its Methodology. 2019 by SAGE Publications, Inc. 2022. [cited 2025 Feb 25]. Available from: <https://methods.sagepub.com/book/mono/preview/content-analysis-4e.pdf>
11. Lang C. Stakeholder Analysis in the context of Project Management. Germany: GRIN Verlag; 2021. [cited 2025 Feb 25]. Available from: https://books.google.co.th/books/about/Stakeholder_Analysis_in_the_Context_of_P.html?id=gfFLEAAQBAJ&redir_esc=y
12. จารุรัตน์ พัฒน์ทอง. การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(3):452-464.
13. วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย, ชวณณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;7(3):258-271.
14. สกลนันท์ หุ่นเจริญ, ณมน จีรังสุวรรณ, ปณิตา วรรณพิรุณ. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ. 2557;5(2):191-198.
15. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินสถานการณ์การใช้ HEALTH APPLICATION ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2564.
16. นริสา ตันทัย, พิศพรรณ วีระยิ่งยง, พัชรา ลิ้นหาวรงค์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(4):440-451.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดลพบุรี

Effectiveness Of Health Behavior Through Controlled Transformative Learning Program Due to High Risk Groups For Diabetes Mellitus Disease in Lopburi Province

ญานันท์ ใจอาจหาญ ปร.ด.*

Yanan Chai-ardhan Ph.D.*

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

* Lopburi Provincial Public Health Office

ชื่อผู้ประสานงาน: ญานันท์ ใจอาจหาญ อีเมลผู้ประสานงาน: yanankoykoy@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	23 พ.ค. 2568
วันแก้ไข:	28 ก.ค. 2568
วันตอบรับ:	7 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพ มุมมองการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 30 คน และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 330 คน ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดความกลัวต่อการพัฒนาของโรคและกลัวว่าตนเองจะเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ซึ่งการปฏิบัติ เพื่อลดความรุนแรงของโรคเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยต้องการพึ่งพิงตนเอง ให้มากที่สุด สำหรับมุมมองโรคเบาหวาน คือ เป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรงแบบฉับพลัน และเป็นโรคที่เป็นยาวนาน ด้านเงื่อนไขความรู้ พบว่า รูปแบบการการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุข มีลักษณะการให้ข้อมูลที่ซ้ำๆ ไม่สามารถ นำสู่การปฏิบัติได้จริง สำหรับผลการวิจัยระยะที่ 2 มีการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ

ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะเลือดปลายนิ้ว และการวัดสรีรวิทยา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์สุขภาพในอัตราการลดลงของตัวแปรต่างๆต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ความดันโลหิตตัวบน และคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอันจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่กลายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง, พฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

The research used a mixed method research is a methodology that intentionally combines and integrates both qualitative and quantitative research methods. The research aimed to study experiences and perspective in health of knowledge for related of self management of diabetes mellitus and study the effectiveness of developing of health behavior through controlled transformative Learning program to high risk groups for diabetes mellitus disease. The study findings could be summarized as follows into 2 important finding periods namely; Firstly Period : The qualitative study used 30 high risk groups as key performants and Secondly Period: The quantitative study was used 330 persons in high risk diabetes mellitus divided by stratified random sampling which each in the experimental and control group. The study designed intervention for transformative Learning Program due to high risk groups activities for the experimental group 6 times in 6 months and then collected data by indepth interview. Data were analyzed using descriptive statistics. Findings Firstly Period : revealed that participants experienced fear regarding disease progression and potential loss of independence. Their self-management behaviors were shaped by support from family and healthcare professionals with an expressed need for self-reliance. Diabetes was perceived as a long-term condition and the information provided by health professional was seen as repetitive and impractical for real-life application. Secondly Period : The results indicated that scientific instruments to assess health status included fingertip blood glucose testing and physiological measurements then it was found that the experimental group exhibited significant reduction lower than the control group in average body mass index, body weigh , waist circumference, systolic blood pressure and diabetes risk score as well as significant levels ($p<0.001$). The implications of this study could be applied to develop health behavior and maintainance in terms of controlled among high risk groups in diabetes mellitus for better quality of life.

Keywords: Effectiveness, Health Behavior, Transformative Learning, High Risk Group

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าจะในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)⁽¹⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคนและจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวานและมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาท (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)⁽¹⁾

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดลพบุรี ในปี 2567 จังหวัดลพบุรีมีประชากรทั้งหมดจำนวน 739,088 คน พบโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 51,025 คน มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน จำนวน 49,799 คน คิดเป็นร้อยละ 10.55 อัตราการตายจำนวน 2,699 คน คิดเป็นร้อยละ 4.23 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 30.35 สำหรับการคัดกรองประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 206,882 คน คัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 37,438 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 (ระบบสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี, 2567)⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวพบประเด็นที่น่าสนใจ 3 ประเด็น คือ 1.ปริมาณที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2.ประชากรเพียงร้อยละ 70 เท่านั้นที่ได้รับการคัดกรอง และ 3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ให้การดูแลรักษาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกลุ่มเสี่ยง ขณะเดียวกันพบว่าไม่มีเครื่องมือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษากระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะการคิดและพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของ Mezerow J. (2003)⁽³⁾ เริ่มต้นจากการเผชิญกับวิกฤติการณ์ จนทำให้บุคคลเริ่มตระหนักในปัญหาและแสวงหาคำตอบเพื่อแก้ไขปัญหา บุคคลจะอยู่ในสภาวะความไม่แน่ใจ ลังเลใจในการตัดสินใจ ส่งผลให้บุคคลอยู่ในสภาวะที่ต้องตัดสินใจ ภายใต้บริบทที่มีข้อจำกัด ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการจะกระตุ้นให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของบุคคล 2) การมอญย้อนอดีต และ 3) การเสวนาและอธิบายด้วยเหตุผล โดยมีการใช้สื่ออุปกรณ์ Pre DM ของสถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์กรรวมฯ ประกอบการสร้างกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไขและมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการในโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method research) ของ Creswell (2003)⁽⁴⁾ แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

การวิจัยระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษารายกรณี โดยใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Mezerow J.(2003)⁽³⁾

มาใช้ในการทำความเข้าใจเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความรู้ และมุมมองการจัดการตนเอง เพื่อนำข้อค้นพบมาสร้าง และพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ต้องเป็นกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานที่ : (1) ผ่านการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยง โรคเบาหวานในปี 2567 มีอายุระหว่าง 35-59 ปี (2) มีค่าน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จากการเจาะเลือดปลายนิ้วมือ (DTX) (3) ไม่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้ให้ข้อมูลคือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พรหมมาستر อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณลักษณะที่สำคัญตามประชากร เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยความสมัครใจ

1.2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) นำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ และสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพ (2) นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำ (3) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับตัวอย่าง ที่เป็น กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน 5 ราย เพื่อนำข้อมูล มาวิเคราะห์และพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามและ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม มุ่งเน้นสังเกตการปฏิบัติ และ (2) การสัมภาษณ์ เชิงลึกรายบุคคล (In depth Interview) โดยสัมภาษณ์ ให้เห็นถึงทัศนคติ ประสพการณ์ มุมมองที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการตนเองและความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานเพื่อให้มีความครอบคลุมตามกรอบแนวคิด และขอบเขตการศึกษา มีการเรียงลำดับของคำถาม เนื้อหา ของคำถามให้สามารถปรับได้ตามลักษณะของผู้ให้ข้อมูล โดยการตั้งคำถามที่เข้าใจง่าย เป็นคำถามที่เปิดโอกาส ให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่

และไม่เป็นคำถามนำ โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย แสดงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และขออนุญาต ในการจดบันทึกและบันทึกเสียง และระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์แบบต่อหน้า เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการให้ความร่วมมือ ของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละรายจะทำการสัมภาษณ์ จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่ จึงจะทำการหยุดสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จาก การจดบันทึกและเครื่องบันทึกเสียงจะนำมาตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

1.4 การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อยืนยันความเชื่อถือได้ (Reliability) รับรองความถูกต้อง หลังทำการสัมภาษณ์เสร็จแล้ว พร้อมบันทึกข้อคิดเห็น เพิ่มเติม และเจ้าของข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งว่า ผู้วิจัยวิเคราะห์ตีความมีความถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ หรือยอมรับในส่วนข้อมูลที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ จากนั้นจึงได้ จัดการข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การลดข้อมูล (2) การจัดรูปข้อมูล และ (3) การร่างข้อสรุป ผู้วิจัยนำผล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปให้กลุ่มเป้าหมาย ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล จากนั้นจึงได้เขียนสรุปรายงานการศึกษารายละเอียดเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

หลังจากสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงได้ นำข้อค้นพบที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมฯเพื่อใช้ในการวิจัย เชิงทดลองต่อไปของพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2540)⁽⁵⁾

การวิจัยระยะที่ 2 โดยใช้ข้อค้นพบจากการวิจัย ระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกระบวนการ เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ของ Mezirow J. (2003)⁽³⁾ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการออกแบบงานวิจัยเชิงทดลอง ได้แก่

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

จำนวน 37,438 คน มีค่าน้ำตาลในเลือดมีค่า > 100-125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จากการเจาะเลือดปลายนิ้วมือ (ศูนย์สารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2567)⁽²⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 330 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ทำการสุ่มรพ.สต.ทั้งหมดจำนวน 136 แห่ง จากอำเภอทั้งหมด 11 อำเภอ (อำเภอละ 1 รพ.สต./ตำบล) ทำให้ได้เป้าหมาย 11 แห่ง จากนั้นสุ่มตัวอย่างหมู่บ้าน 11 หมู่บ้าน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 30 ตัวอย่างเป็นตัวแทน รวมจำนวนทั้งสิ้น 330 คน ตามคุณสมบัติการคัดเข้า ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไปมีค่าน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จากการเจาะเลือดปลายนิ้วมือ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อ่านออกเขียนได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ระหว่างการวิจัย พบว่ามีความผิดปกติทางจิต และมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมและนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้เพิ่มเติม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน เริ่มจากครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมกลุ่มและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1-3 คือการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิม ครั้งที่ 2 การเรียนรู้ที่ 4-6 เปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 3 การเรียนรู้ที่ 7 ค้นหาทางเลือกและวางแผนการปฏิบัติ ครั้งที่ 4 การจัดการตนเองและทักษะการปฏิเสธสิ่งเร้า ครั้งที่ 5 การเรียนรู้ที่ 8-10 การเริ่มทดลองทำตามบทบาทใหม่ และครั้งที่ 6 การเยี่ยมบ้านและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ซึ่งในแต่ละครั้งมีระยะห่างตั้งแต่ 2-4 สัปดาห์

โดยในระหว่างที่ไม่ได้มาร่วมกิจกรรมกลุ่ม จะมีการติดตามโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และเป็นผู้ช่วยวิจัย ติดตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามกลไกการปรับเปลี่ยนที่ได้ออกแบบในโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนชนิดอาหารด้วยการทดแทน การเพิ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกาย การจัดทำแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ (2) อุปกรณ์ Pre DM ประกอบการเรียนรู้ ได้แก่ VDO และการ์ดเกมต่างๆ

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพ โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะเลือดปลายนิ้ว และการวัดสรีรวิทยา ประกอบด้วย (1) การวัดน้ำหนัก (2) ดัชนีมวลกาย (3) ค่าความดันโลหิตตัวบน และ (4) ค่าวัตรรอบเอว โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 การดำเนินการวิจัย ใช้รูปแบบการทดลองแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ (1) เตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากทีมสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ การไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิ และจริยธรรมการวิจัย (2) ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมจัดกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 2) กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิงวิพากษ์ การแสดงบทบาทสมมติ และโปรแกรมจะสิ้นสุดหลังการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้จากการสอนสุขศึกษาจากพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณในการวิจัย โดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสงานวิจัย KNH 60/2568 และมีการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน และหากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจะส่งต่อเพื่อทำการดูแลรักษาทันที

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านประสบการณ์ มุมมองและความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เกิดความกลัวต่อการพัฒนาของโรคและกลัวว่าตนเองจะเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงของโรคกับเงื่อนไขที่สำคัญ คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยต้องการพึ่งพิงตนเองให้มากที่สุด สำหรับมุมมองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คือ เป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรงแบบฉับพลันและเป็นโรคที่เป็นยาวนาน ด้านความรู้ พบว่า รูปแบบการให้ข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขมีลักษณะการให้ข้อมูลที่ซ้ำๆ ไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้ พบว่า

2.1 ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 660 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 330 คน ทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.8-52.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 46.9 -60.9 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 232 คนคิดเป็นร้อยละ 70.4 มีอายุ 51-59 ปี จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 52.1 ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.5 มีอายุ 51-59 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 60.9 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=330)		กลุ่มควบคุม (N=330)		รวม (N=660)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	98	29.6	117	35.5	215	32.6
หญิง	232	70.4	213	64.5	445	67.4
อายุ						
31-40 ปี	7	2.1	21	6.4	28	4.2
41-50 ปี	37	11.2	55	16.7	92	13.9
51-59 ปี	172	52.1	148	44.8	219	33.2
60 ปี ขึ้นไป	114	34.6	106	32.1	321	48.7
Mean ± SD	82.5±74.7		82.5±55.9			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	54	16.4	36	10.9	90	13.6
มัธยมศึกษาต้น	155	46.9	201	60.9	356	53.9
มัธยมศึกษาปลาย	87	26.4	72	21.8	159	24
ปวช./ปริญญาตรีขึ้นไป	34	10.3	21	6.4	55	8.5
อาชีพ						
ข้าราชการ/พนักงาน	72	21.8	42	12.7	104	15.6
รับจ้าง	172	52.1	172	52.1	344	52.1
แม่บ้าน	51	15.5	88	26.7	139	21.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	35	10.6	28	8.5	63	11.2

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพ (Health Outcome)

2.2.1) ผลเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจสุขภาพโรคเบาหวานก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.03 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 28.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.84) และทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว รอบเอว และค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 114.13 และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 118.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 18.56) ดังตารางที่ 2

2.2.2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพ

ก่อนและหลังจบโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังจบโปรแกรมในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าความดันตัวบน ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนความเสี่ยงเป็นเบาหวาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า มีเพียงระดับคะแนนความเสี่ยงเป็นเบาหวานที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าความดันตัวบนและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ หลังสิ้นสุดโครงการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกข้อมูลตรวจสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ข้อมูลการตรวจสุขภาพ ก่อนได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD (N=330)	กลุ่มควบคุม Mean $\pm$ SD (N=330)	p-value
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	27.03 $\pm$ 5.39	28.06 $\pm$ 6.84	0.001
น้ำหนัก (kg)	67.54 $\pm$ 15.05	67.23 $\pm$ 15.67	0.001
รอบเอว (ซม.)	89.22 $\pm$ 10.80	89.10 $\pm$ 12.20	0.001
ค่าความดันโลหิตตัวบน (mmhg)	126.74 $\pm$ 14.39	127.46 $\pm$ 14.48	0.440
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	114.13 $\pm$ 17.45	118.12 $\pm$ 18.56	0.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังจบโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($x \pm \text{SD}$)			กลุ่มควบคุม ($x \pm \text{SD}$)		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
1. ดัชนีมวลกาย(kg/m^2)	27.03 $\pm$ 5.39	26.44 $\pm$ 4.7	0.001	28.06 $\pm$ 5.69	28.23 $\pm$ 5.9	0.645
2. น้ำหนักตัว (kg)	67.54 $\pm$ 15.03	66.18 $\pm$ 14.8	0.001	67.23 $\pm$ 12.0	70.6 $\pm$ 12.2	0.013
3. รอบเอว (ซม.)	89.22 $\pm$ 10.80	87.15 $\pm$ 9.8	0.001	89.10 $\pm$ 10.45	93.21 $\pm$ 14	0.005
4. ความดันโลหิตตัวบน (mmhg)	126.74 $\pm$ 14.39	120.65 $\pm$ 13	0.440	127.46 $\pm$ 14.7	132.1 $\pm$ 15.	0.005
5. ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	114.13 $\pm$ 17.45	96.99 $\pm$ 22.1	0.001	118.12 $\pm$ 18.65	124.3 $\pm$ 24	0.161
6. คะแนนความเสี่ยงเบาหวาน	14.7 $\pm$ 3.9	9.4 $\pm$ 4.4	0.001	14.3 $\pm$ 4.0	12.1 $\pm$ 4.9	0.001

2.2.3) การเปรียบเทียบการลดลงของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ลดลงของดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ค่าความดันตัวบน ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยที่ลดลงของคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน ต่างจากกลุ่มควบคุมมากถึง 21.6 คะแนน (ตารางที่ 4)

2.2.4) การจำแนกเป็นจำนวนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองพบว่ามีการลดลงของค่าเฉลี่ยตามตัวแปรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน พบว่า จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตลอดระยะติดตามผล 6 เดือน มีค่าดัชนีมวลกายลดลงจำนวน 260 คนคิดเป็นร้อยละ 76 น้ำหนักตัวลดลงจำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 76 เส้นรอบเอวลดลงจำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8

ความดันโลหิตตัวบนลดลง (SBP) จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบจากการติดตามผลหลังการทดลอง พบว่า ด้านกระบวนการเรียนรู้ มีการพัฒนาความรู้ที่จำเป็น ทักษะการจัดการตนเอง จนทำให้มั่นใจสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน ด้วยวิธีการลองปฏิบัติ และการสอนจากผู้เชี่ยวชาญที่ลงลึกและอธิบายถึงวิธีการ มีการพัฒนาทักษะวิเคราะห์ข้อมูล และติดตามผลลัพธ์ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ในโปรแกรมฯ ที่ขึ้นขอบมากที่สุด คือ การคำนวณปริมาณแคลอรี และจุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ กระบวนการกลุ่มและการติดตาม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และภาพกิจกรรมในไลน์กลุ่ม เป็นการกระตุ้นให้ต้องกระตือรือร้น และแข่งขัน มีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นไปได้ของแต่ละคน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของตัวแปรด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยที่ลดลง ($\bar{x} \pm SD$)		ผลต่างของ	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ค่าเฉลี่ยที่ลดลง	
1. ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	1.09 $\pm$ 1.08	0.2 $\pm$ 5.8	0.89	0.001
2. น้ำหนักตัว (kg)	2.53 $\pm$ 2.13	2.4 $\pm$ 9.2	0.13	0.001
3. รอบเอว (ซม.)	3.55 $\pm$ 2.94	2.94 $\pm$ 3.45	0.61	0.001
4. ความดันโลหิตตัวบน (mmhg)	12.69 $\pm$ 9.7	10.02 $\pm$ 12.7	2.67	0.793
5. ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	19.96 $\pm$ 24.12	17.56 $\pm$ 19.5	2.4	0.172
6. คะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน	38.1 $\pm$ 23.7	16.5 $\pm$ 26.1	21.6	0.001

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มทดลองที่มีผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระยะติดตามผล 6 เดือน
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 330 คน (N)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	p-value
1. ดัชนีมวลกายลดลง (kg/m^2)	260	1.09	1.08	0.001
2. น้ำหนักตัวลดลง (kg)	261	2.53	2.13	0.001
3. เส้นรอบเอวลดลง (ซม.)	249	3.55	2.94	0.001
4. ความดันโลหิตตัวบนลดลง (mmhg)	232	12.69	9.70	0.000
5. ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง	297	19.96	24.12	0.001

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อชุดโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการแสดงความคิดเห็นต่อชุดโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

จากการประเมินผลโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้ฯ พบว่า มีความพึงพอใจการให้บริการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างกำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มเพื่อน มีค่าเฉลี่ยในระดับ 4.45 รวมถึงมีความพึงพอใจในระดับสูงและจะแนะนำบุคคลอื่นให้เข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงให้ข้อเสนอว่าหน่วยบริการควรจัดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาประสบการณ์ การจัดการตนเองและความรู้ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การเผชิญสถานการณ์เชิงลบจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วย ได้ผ่าน

ประสบการณ์การกลัวต่อความรุนแรงของโรคและกลัวว่าตนเองจะเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ซึ่งมีมุมมองว่าโรคเบาหวานไม่มีความรุนแรงแบบฉับพลัน แต่เป็นโรคที่เป็นยาวนานตลอดชีวิตและจะสร้างความยุ่งยากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประสบการณ์เชิงลบนี้ ทำให้เริ่มเกิดความตื่นกลัวและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ให้บริการทางสุขภาพ และยังพบว่าอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ อาหารหรือเครื่องดื่ม ภาระงานที่มีเวลาจำกัดในการออกกำลังกายและไม่สามารถเอาชนะใจตนเองได้ จาก ข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาสร้างสถานการณ์สมมติให้เสมือนกับประสบการณ์เลวร้ายและนำแรงกระตุ้นที่เป็นความคาดหวัง มาทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความคาดหวังในอนาคต และนำมาแลกเปลี่ยนสะท้อนคิดเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Mezirow, 2003)⁽³⁾

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 ผลการแสดงความคิดเห็นต่อชุดโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (N=330)

แบบประเมิน	$\bar{X}$	SD	Min	Max	ระดับ
1. ความพึงพอใจการให้บริการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ	4.41	2.52	3	5	สูง
2. หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีการจัดบริการตามโปรแกรม	4.19	0.67	3	5	สูง
3. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	4.19	0.64	3	5	สูง
4. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	4.20	0.68	3	5	สูง
5. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเสริมสร้างกำลังใจ	4.45	0.51	3	5	สูง
6. การแนะนำหรือชักชวนคนอื่นเข้าร่วมโปรแกรม	4.17	0.71	3	5	สูง
7. หลังจบโปรแกรมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง	4.29	0.61	3	5	สูง
8. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	4.11	0.70	3	5	สูง
9. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่	4.26	0.62	3	5	สูง
10. โปรแกรมมีความยากและซับซ้อน	4.21	0.65	3	5	สูง
11. โปรแกรมสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับท่าน	4.32	0.60	3	5	สูง
12. ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากโปรแกรม/กิจกรรม	4.21	0.66	3	5	สูง

ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายได้ 3 ประการ ได้แก่
1.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมวัดระยะหลังการทดลอง
2.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และ 3.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากเหตุผล 2 ประการ คือ

1) โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะวัดด้วยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมุมมองของกลุ่มเสี่ยงมองว่าระดับน้ำตาลเป็นตัววัดที่สำคัญที่บ่งบอกว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและเป็นการวัดประเมินที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตนเอง (หากไม่มีเครื่องวัด) ทำให้เห็นผลจริง สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงและมีความพึงพอใจในทีมโค้ช ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพในพื้นที่มีความรู้ความสามารถ ติดตามผลอย่างใกล้ชิด มีความเชื่อมั่นต่อทีมโค้ช ทำให้ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนมีความพึงพอใจสื่ออุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ การเรียนรู้

2) ปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เกิดขึ้นจาก 2.1) ความรู้จากชุดโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ผ่านกิจกรรมต่างๆ ทั้งสื่อการสอน การบรรยาย ผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมทำให้เกิดทักษะที่ดี ได้แก่ การเลือกอาหาร การคำนวณค่าพลังงาน การออกกำลังกาย เป็นต้น 2.2) การพัฒนาศักยภาพตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่น เนื่องจากเป็นกิจกรรมกลุ่มทำให้เห็นตัวอย่างจากคนอื่นที่มีบริบทคล้ายตน 2.3) การเสริมแรงของพฤติกรรม โดยทีมโค้ชและกลุ่มเพื่อน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีจะได้รับคำชมเชยเป็นความภาคภูมิใจ ก็จะชักนำคนที่เหลือให้ทำตามพฤติกรรมที่ดีตาม อีกทั้งยังมีการติดตามผ่านทีมโค้ชเป็นระยะทั้งในรูปแบบมาเจอหน้ากันและผ่านทางกลุ่มไลน์ 2.4) มีการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและ ระยะยาวที่ชัดเจนทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จ 2.5) มุ่งเน้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยยึดโยงกับบริบท

และสภาวะแวดล้อมในพื้นที่ เช่น การคำนวณพลังงานได้ประยุกต์ใช้หลักคิดคำนวณแคลลอรี่จากอาหารในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี และศิราณี อินทรหนองไผ่ (2558)⁽⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมดำเนินการโดยภาคประชาชนและกระบวนการร่วมคิด ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายเป็นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ในชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีคิดวิเคราะห์ตามกรอบความคิดความเชื่อเดิมที่บิดเบือนโดยมีกระบวนการเรียนรู้ 2 ประการ คือการสะท้อนคิดและการสนทนาเชิงวิพากษ์ของ Kelly M. (2004)⁽⁷⁾ เป็นการพัฒนาระบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยส่งเสริมให้เกิดการอยากรู้ อยากเห็นและการสะท้อนคิด เมื่อการเรียนรู้นั้นจัดประสบการณ์อย่างสัมพันธ์กันจะส่งเสริมให้เกิดการกระทำได้ดีขึ้นของ Nitri DW. & Stewart M. (2009)⁽⁸⁾ ดึงการศึกษาของพวงผกา สุวีรรณ (2564)⁽⁹⁾ ศึกษาแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้ จังหวัดลำพูน มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานฯ ที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 จากข้อค้นพบดังกล่าวสามารถยืนยันผลการศึกษาที่ผ่านมาได้ว่าการพัฒนาระบบการเรียนรู้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

สรุปผลการศึกษา

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดลพบุรี ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง มาใช้ในพื้นที่

โดยเริ่มจากการศึกษามุมมองความคิด ความเชื่อและความต้องการของกลุ่มเสี่ยง วางแผนและกำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน กำหนดโปรแกรมความรู้ที่ต้องการร่วมกันระหว่างทีมในพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลวิธีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตประจำวัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำความรู้ไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่ม มีการดำเนินงานตามรูปแบบโปรแกรมด้วยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และมีการกำกับติดตามการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยผลการประเมินสถานะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในระยะก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 โดยภาพรวมพบว่า มีการลดลงของค่าเฉลี่ยตัวแปรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน โดยมีค่าดัชนีมวลกายลดลงจำนวน 260 คนคิดเป็นร้อยละ 76 น้ำหนักตัวลดลงจำนวน 261 คนคิดเป็นร้อยละ 76 เส้นรอบเอวลดลงจำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 ความดันโลหิตตัวบนลดลง (SBP) จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.1 การนำรูปแบบไปใช้ควรมีการประเมินเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความพร้อมของทีมสุขภาพในพื้นที่ก่อนการดำเนินการ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.2 ในช่วงการทดลองมีข้อจำกัดในการนัดเวลาพร้อมกัน ด้วยภารกิจด้านอาชีพ จึงควรวางแผนจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่เหมาะสมและจัดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและความคงทนของพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเรื่องการดูแลตนเองว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างไร

2.2 เนื่องจากปัญหาโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ในการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดคือการป้องกันโรคด้วยการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงควรนำหลักการและรูปแบบนี้ไปทำการศึกษาต่อในประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีอาชีพหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการทบทวนสถานการณ์และการดำเนินงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2562–2564. นนทบุรี. กรมควบคุมโรค; 2654
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9/2024>
3. Mezirow J. Transformative Learning as Discourse. Journal of Transformative Education. [internet].2003 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1541344603252172>

4. Creswell JW, Creswell JD. FIFTH EDITION Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (5TH). SAGE Publications Inc (GB). 2018.p187-217. [internet].2003 [cited 2024 Jan 12]. Available from: https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf
5. พันธุ์ทิพย์ รามสูต. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม/พันธุ์ทิพย์ รามสูต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. หน้า 101
6. วัฒนา สว่างศรี, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานใหม่ในชุมชน.วารสารพยาบาลทหารบก. 2558;16(1):116-22.
7. Kelly M, Joy DE, Esther H, Tim D, Nigel K. Embodied Reflexivity in Qualitative Analysis: A Role for Selfies. [internet].2004 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/2701/4107?inline=1>
8. Nitri DW, Stewart M. Transformative learning intervention: effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African Americans. [internet].2024 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://newprairiepress.org/cgi/viewcontent.cgi?article=3722&context=aerc>
9. พวงผกา สุริวรรณ.รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2564;17(2):41-50.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการ ระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

Development of an Integrated Cross-Border Patient Referral Model Between Trat Province, Thailand, and Koh Kong Province, Cambodia

ไพริน ศิริพันธ์ ศศ.ม.*, ดาวรุ่ง ศิริพันธ์ พย.ม.**

Pairin Siripun, M.N.*, Daorung Siripun, M.N.S.**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

* Trat Province Public health Office

** โรงพยาบาลตราด

** Trat Province

ชื่อผู้ประสานงาน: ไพริน ศิริพันธ์ อีเมลผู้ประสานงาน: novae079@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 22 มิ.ย. 2568

วันแก้ไข: 16 ส.ค. 2568

วันตอบรับ: 26 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างจังหวัดตราดและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา มีมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่พบอุปสรรคในการดำเนินงาน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed - Methods Research Design) ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการหลัก โดยมีวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีการรอง เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยการระดมสมองและการประชุมเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบอุปสรรคสำคัญด้านบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน แนวทางปฏิบัติ ข้อมูล งบประมาณ และการสื่อสาร/กฎหมาย จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งต่อบูรณาการครอบคลุมองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร การกำหนดบทบาทหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพ 2. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์และเครื่องมือต้องเพียงพอและพร้อมใช้ 3. ด้านแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานทางคลินิก และกระบวนการส่งต่อที่ชัดเจน 4. ด้านเทคโนโลยีและระบบข้อมูลสารสนเทศ เน้นการพัฒนาระบบสื่อสารและระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 5. ด้านค่าใช้จ่าย/งบประมาณต้องกำหนดแนวปฏิบัติเรียกเก็บโปร่งใส และพิจารณากองทุนร่วม 6. ด้านกฎหมาย ควรปรับปรุงกฎหมายและสร้างกรอบทวิภาคีให้สอดคล้องกัน และ 7. ด้านความร่วมมือและการประสานงาน

ทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุขทั้งสองประเทศ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.57$) ข้อเสนอแนะ การบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสองประเทศ ตั้งแต่การพัฒนาบุคลากรการจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติ งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศ และการสื่อสาร รวมทั้งประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบส่งต่อข้ามพรมแดนให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งต่อ, ข้ามพรมแดน, บูรณาการ

Abstract

Cross-border patient referrals between Trat Province, Thailand, and Koh Kong Province, Cambodia, have been ongoing, yet significant operational obstacles persist. This study aimed to investigate the current situation, identify problems and barriers, and develop an integrated cross-border patient referral model between Trat Province, Thailand, and Koh Kong Province, Cambodia. This participatory action research (PAR) employed a mixed-methods design, primarily utilizing qualitative approaches supported by quantitative methods, emphasizing stakeholder participation throughout all stages. Data collection was primarily conducted through brainstorming sessions and workshops, with questionnaires serving as the study's tools. The findings revealed crucial challenges related to personnel, infrastructure, operational guidelines, data management, budget, and communication/legal frameworks. Consequently, an integrated referral model was developed, encompassing seven key components: 1. Personnel, focusing on role definition and capacity development; 2. Infrastructure, Equipment, and Tools, emphasizing sufficiency and readiness; 3. Operational Guidelines, advocating for standardized clinical practices and clear referral processes; 4. Technology and Information Systems, prioritizing the development of communication and patient data transfer systems; 5. Costs and Budget, proposing transparent billing guidelines and consideration for a joint fund; 6. Legal Aspects, recommending legal amendments and the creation of coherent bilateral frameworks; and 7. Collaboration and Coordination, fostering cooperation both within and outside the public health sectors of both countries. Practitioners reported high satisfaction with the developed cross-border referral model ($\bar{X} = 4.16$ $SD = 0.57$). Recommendations include fostering integration among relevant agencies in both countries, covering human resource development, guideline creation, budget allocation, medical equipment, information, and communication systems, and engaging all stakeholders—governmental, private, and civil society—in planning and implementation to enhance the efficiency of the cross-border referral system.

Keywords: Patient Referral Model, Cross border, Integration

บทนำ

พื้นที่ชายแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา เป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจุดเริ่มต้นของการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนในจังหวัดตราด คือ การดูแลผู้ป่วย HIV โดยมุ่งให้เข้าถึงยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลเกาะสอง ต่อมาความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและกัมพูชา โดยจัดทำบันทึกการหารือต่อความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค เมื่อ 9 พฤษภาคม 2554⁽¹⁾ และใน พ.ศ. 2559 ได้มีบันทึกความเข้าใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทยกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรกัมพูชา ให้มีการเสริมสร้างระบบการส่งต่อข้ามพรมแดน⁽²⁾ จากข้อมูลพบว่า นับตั้งแต่ พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อข้ามพรมแดนจากเกาะกง กัมพูชามารักษาในโรงพยาบาลของจังหวัดตราด ประเทศไทย จำนวน 124 คน ซึ่งโรคที่พบส่วนใหญ่ เช่น บาดเจ็บทางสมอง โรคหลอดเลือดสมอง กระดูกหัก เป็นต้น⁽³⁾

จังหวัดตราดได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ การพัฒนา ด้านศักยภาพและสาธารณสุขระหว่างจังหวัดตราด กับจังหวัดเกาะกงอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาท้าทายในการดูแลผู้ป่วยข้ามพรมแดนจากโรงพยาบาลเกาะกง มายังโรงพยาบาลคลองใหญ่ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การทำหัตถการ และการตรวจร่างกายที่ไม่เหมาะสม การประเมินภาวะโภชนาการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วย การตอบสนองการประสานงานล่าช้า การส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูล และขาดการประสานงานเรื่องค่ารักษาพยาบาล จากข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างตุลาคม 2562 – สิงหาคม 2563 มีผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลเกาะกงมารักษาที่โรงพยาบาลคลองใหญ่ที่ปฏิบัติตาม Clinical Practice Guideline (CPG)

จำนวน 10 ราย จากการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด 19 ราย⁽³⁾ ทั้งนี้การส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนนั้นมีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการที่ต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นความแตกต่างของระบบสุขภาพ กฎหมาย⁽⁴⁾ และวัฒนธรรม⁽⁵⁾ ซึ่งอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษา การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน⁽⁶⁾ และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ปัญหาด้านภาษา การขาดแคลนข้อมูล และความแตกต่างของมาตรฐานการรักษา⁽⁷⁾ ก็เป็นอุปสรรคสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนที่ต้องได้รับการแก้ไข การส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะทำให้ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญได้ทันเวลาที่ ทั้งนี้หากไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนที่เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและทันเวลาที่ หรือมีการตรวจวินิจฉัยที่ซ้ำซ้อน ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบด้านสุขภาพที่รุนแรงและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น^(8,9)

จากความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจการพัฒนา รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา เพื่อให้การให้บริการของหน่วยบริการที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน ได้มีแนวปฏิบัติการส่งต่อข้ามพรมแดน และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ตามข้อกำหนด ระเบียบปฏิบัติ และกำหนดทางกฎหมาย และระเบียบด้านความมั่นคงของประเทศ โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สิ่งนี้ไม่เพียงส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชาเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อข้ามพรมแดน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนไทย และยังช่วยให้โรงพยาบาลตราด

สามารถบริหารจัดการทรัพยากรและบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อยกระดับคุณภาพบริการแก่ประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์การดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed - Methods Research Design) แบบ Exploratory-Sequential Approach⁽¹⁰⁾ ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการหลักโดยมีวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีการรอง ที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคลองใหญ่ โรงพยาบาลตราด และโรงพยาบาลเกาะกง เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เจ้าหน้าที่ด้านตรวจคนเข้าเมือง ล่าม ผู้ประสานงานชายแดน บ้านขนาดเล็ก และ NGO โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้บริหาร/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา จำนวน 20 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล: เก็บข้อมูลโดยการประชุมระดมสมองผู้บริหาร/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้อง

กับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบมีส่วนร่วมระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้บริหาร/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา จำนวน 19 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล: เก็บข้อมูลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บริหาร/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบมีส่วนร่วมจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้บริหาร/บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา จำนวน 32 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

1) ผู้วิจัยนำ (ร่าง) รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา จากขั้นตอนที่ 2 มาประเมินความเหมาะสม (Propriety) และความเป็นไปได้ (Feasibility)

2) นำไปทดลองใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา 3 รอบ โดยเป็นการจำลองสถานการณ์ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2568 พร้อมทั้งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

3) ประชุมระดมสมองเพื่อนำข้อมูลของการจำลองสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนในทุกรอบมาทบทวนร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์จุดบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นได้

และสรุปโอกาสพัฒนาของการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนทุกครั้งและเป็นการติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบ ฯ

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ:

1) สร้างแบบประเมินความเหมาะสม (Propriety) และความเป็นไปได้ (Feasibility) ของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา โดยเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2) การวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการประเมิน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: สถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS for Windows)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบมีส่วนร่วมระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนของจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ที่เข้าร่วมการทดสอบรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 35 คน

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ:

1) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประเทศ เพศ อายุ ปฏิบัติงานในตำแหน่ง และประสบการณ์ในงานส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ใน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์และเครื่องมือ ด้านแนวทางปฏิบัติ ด้านเทคโนโลยีและระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านค่าใช้จ่ายและงบประมาณ ด้านกฎหมาย และด้านความร่วมมือและการประสานงาน จำนวนรวม 35 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3) การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมิน ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.67 – 1

4) นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ่อไร่ จำนวน 30 คน โดยมีค่าความเที่ยง (Reliability Coefficient) เท่ากับ 0.93

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: สถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS for Windows)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดตราด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตราด อำเภอเมืองตราด เอกสารรับรองเลขที่ 49/2567 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567 เลขที่โครงการ 49/2567

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์การดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ผลการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน พบปัญหาอุปสรรคสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนในกรณีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชามายังจังหวัดตราด ประเทศไทย แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน

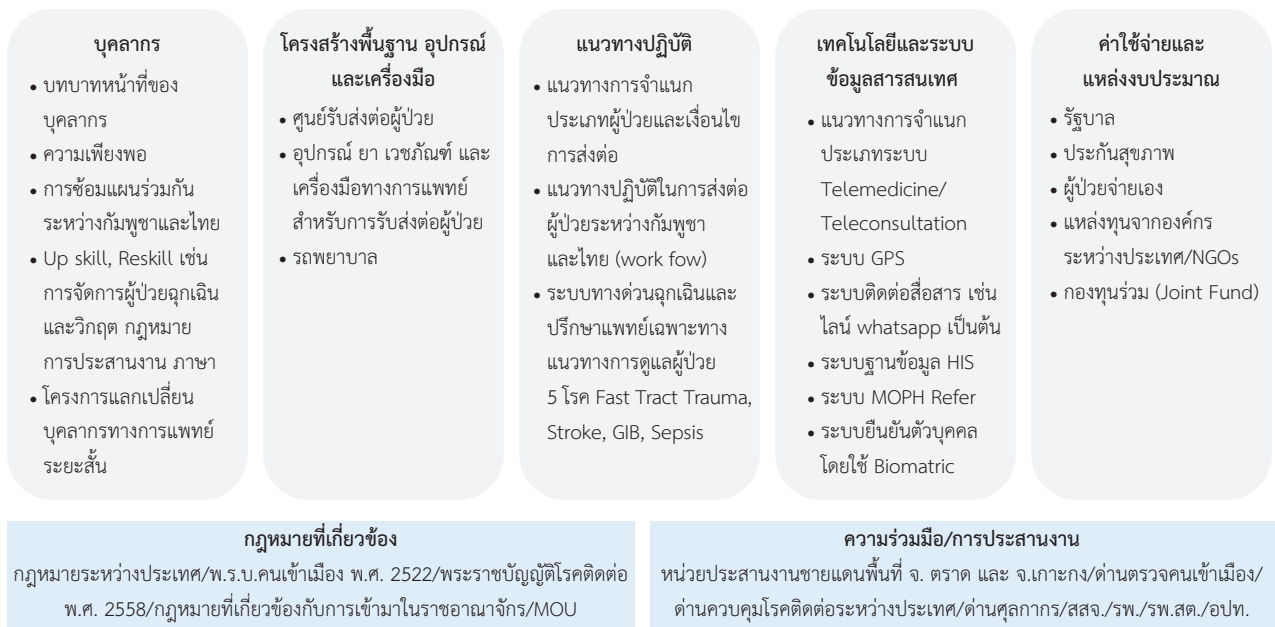
ด้าน	ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
บุคลากร	• ความไม่ต่อเนื่องของการปฏิบัติงานและการประสานงานจากการเปลี่ยนผลัดเวร • ขาดความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายและระเบียบการส่งต่อส่งผลให้กระบวนการล่าช้าและขาดความชัดเจน
โครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์	• ขาดพื้นที่เฉพาะสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ • ความไม่เพียงพอหรือไม่พร้อมใช้งานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้ายได้ เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นเสียง เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าแบบพกพา เป็นต้น
แนวทางปฏิบัติ	• ความไม่สมบูรณ์ของเอกสารประกอบการส่งต่อ อาทิ ใบส่งตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และหนังสือเดินทาง • ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับโรคเฉพาะทางบางประเภท
เทคโนโลยีและระบบข้อมูลสารสนเทศ	• ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการส่งข้อมูลย้อนกลับ • การส่งข้อมูลย้อนกลับขาดความชัดเจนและไม่มีมาตรฐานรองรับ
งบประมาณและค่าใช้จ่าย	• ไม่มีกรอบข้อตกลงที่ชัดเจนในการแบ่งภาระค่าใช้จ่ายระหว่างประเทศ ทำให้หน่วยงานหน้าด่านต้องดำเนินงานโดยปราศจากงบประมาณที่จัดสรรไว้โดยเฉพาะ • ความยากลำบากในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ
การประสานงานและการสื่อสาร	• การใช้ช่องทางที่ไม่เป็นทางการ (โทรศัพท์, แอปพลิเคชันไลน์) ทำให้ข้อมูลไม่เป็นระบบและตรวจสอบย้อนหลังได้ยาก • อุปสรรคด้านภาษา (อังกฤษและเขมร) และการขาดแคลนล่ามมืออาชีพ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ผลการศึกษา พบว่า มี 7 องค์ประกอบในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากร พบว่า ความท้าทายไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่ความพอเพียงของจำนวนบุคลากร แต่ครอบคลุมถึงการพัฒนาศมรรถนะ (Competency Development) ทั้งในมิติของทักษะเฉพาะทาง และทักษะ Soft Skills และการสร้าง

วัฒนธรรมความร่วมมือ (Collaborative Culture) ในระดับปฏิบัติการ โดยการใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกซ้อมแผนร่วมกันระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา เช่น การใช้เครื่อง Infusion Pump สำหรับเด็ก การใส่ฝีกผู้ป่วย การใช้เครื่อง ECG และการเปิดทางเดินหายใจขณะช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพเชิงเทคนิค แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การเพิ่มบุคลากรล่ามประจำโรงพยาบาลยังช่วยให้การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยเข้าใจตรงกันมากขึ้น



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทยและจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

2.2 ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์และเครื่องมือ พบว่า โรงพยาบาลเกาะกงมีการเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลสำหรับส่งต่อผู้ป่วย ส่วนโรงพยาบาลคลองใหญ่และโรงพยาบาลตราดมีการเตรียมความพร้อมของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และรถพยาบาลสำหรับรับผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้การรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 ด้านแนวทางปฏิบัติ มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยและเงื่อนไขการส่งต่อ กระบวนการทำงาน (Work Flow) ในการส่งต่อระหว่างไทยและกัมพูชา ระบบทางด่วนฉุกเฉิน (Emergency Fast Track) มีการใช้ Clinical Practice Guideline (CPG) ใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Fast Tract Trauma, Stroke, GIB และ Sepsis เป็นภาษาอังกฤษรวมกันระหว่างโรงพยาบาลเกาะกง โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลตราด และการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

2.4 ด้านเทคโนโลยีและระบบ ข้อมูลสารสนเทศ พบว่า มีการใช้ LINE กลุ่มเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลเกาะกง โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลตราดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเบื้องต้น

รูปภาพ หรือผลตรวจเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และพนักงานขับรถ สามารถอัปเดตข้อมูลและประสานงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีข้อจำกัดด้านภาษา ซึ่งการสื่อสารผ่าน LINE ช่วยส่งข้อความหรือภาพที่เข้าใจง่าย ลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร อย่างไรก็ตามการสื่อสารผ่าน LINE ยังไม่สามารถส่งข้อมูลย้อนกลับและเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ และเป็นมาตรฐาน ส่วนระบบ MOPH Refer สามารถใช้ได้เฉพาะการส่งต่อจากโรงพยาบาลคลองใหญ่ไปโรงพยาบาลตราดเท่านั้น ยังไม่สามารถส่งข้อมูลข้ามประเทศได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาแพลตฟอร์มในการรองรับการส่งต่อข้ามพรมแดน นอกจากนี้ยังมีการใช้ระบบ Bio metric เพื่อช่วยยืนยันตัวตนของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความถูกต้องและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยได้

2.5 ด้านค่าใช้จ่ายและงบประมาณ มีการบริหารจัดการด้านสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน โดยเริ่มต้นจากการกำหนดแนวปฏิบัติการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่โปร่งใสสำหรับบริการต่างๆ เช่น ค่ารถพยาบาลและค่าตอบแทนบุคลากร พร้อมประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบอย่างทั่วถึง

และพัฒนาระบบตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาลกับบันทึกค่าใช้จ่ายที่แม่นยำ รวมถึงการจัดการเอกสารที่เกี่ยวข้องให้เป็นระบบ สำหรับแหล่งงบประมาณหลักสำหรับการดูแลสุขภาพคนต่างด้าวในประเทศไทยมาจากประกันสังคม กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว งบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น สป.สธ. และกรมควบคุมโรค รวมทั้ง ควรขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น WHO, TICA และองค์กรเอกชน นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณาจัดตั้งกองทุนร่วมระหว่างไทย-กัมพูชาสำหรับผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง พร้อมกลไกการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยที่มีกำลังจ่าย และการให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมสำหรับผู้ด้อยโอกาส

2.6 ด้านกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้กรอบของระเบียบและกฎหมายระหว่างประเทศอย่างเคร่งครัด และแก้ไขหรือปรับปรุงข้อบังคับที่มีอยู่ หรือสร้างกรอบกฎหมายเฉพาะกิจขึ้นมาใหม่ ทั้งในระดับชาติและระดับทวิภาคี เพื่อแก้ไขความไม่สอดคล้องกันของกฎหมาย และลดช่องว่างด้านการบริหารจัดการ เช่น ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตบางประเภทไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ต้องให้โรงพยาบาลเกาะกงมาส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลคลองใหญ่หรือโรงพยาบาลตราดได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับปรุงหรือแก้ไขระเบียบข้อบังคับ และกฎหมาย ของทั้งสองประเทศ

2.7 ด้านความร่วมมือและการประสานงาน การสร้างความสัมพันธ์อันดีและความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งสองประเทศผ่านการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง หรือกรณีจำเป็นที่ต้องมีการประชุมเร่งด่วน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการดูงานหรือการฝึกอบรมร่วมกัน ถือเป็นรากฐานสำคัญที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และก่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนในระยะยาว รวมทั้ง การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานนอกภาคกระทรวงสาธารณสุข เช่น ด้านตรวจคนเข้าเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ การประสานงานยังนำไปสู่การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ตั้งแต่การคัดกรอง การเตรียมเอกสาร การเคลื่อนย้าย ไปจนถึงการรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการในฝั่งไทย การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดความสับสน แต่ยังเพิ่มความเร็วในการดำเนินการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในภาวะฉุกเฉิน

3. ผลการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสม (Propriety) และความเป็นไปได้ (Feasibility) ของรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกงประเทศกัมพูชา พบว่า ภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดน แบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง

รูปแบบ	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา	4.57	0.50	มากที่สุด	4.43	0.50	มาก

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา พบว่า ผู้มีปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.41$) แสดงดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ พบปัญหาสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนตราด-เกาะกง ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการปฏิบัติงานและการประสานงาน และบุคลากรยังขาดทักษะบางประการ โครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ไม่พร้อม แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ข้อมูลไม่เชื่อมโยงไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการบางส่วนได้ รวมทั้งการประสานงานและสื่อสารมีอุปสรรคทั้งด้านภาษาและด้านกฎหมาย เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การศึกษาได้นำเสนอรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร โดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะและการสร้างวัฒนธรรมความร่วมมือผ่านการฝึกอบรมและฝึกซ้อม

แผนการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนร่วมกัน^(5,11,12) การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์และเครื่องมือให้มีความพร้อมปฏิบัติการของศูนย์รับส่งต่อและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ กำหนดมาตรฐานทางคลินิกที่ชัดเจน ครอบคลุมขั้นตอนการส่งต่อระบบทางด่วนฉุกเฉิน และการดูแลโรคจำเพาะ^(13,14,15) การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ การใช้ Telemedicine/Teleconsultation และแอปพลิเคชันสื่อสาร (LINE/WhatsApp) เพื่อการปรึกษาและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างรวดเร็ว⁽¹⁶⁾ การจัดทำระบบข้อมูลการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และคืนข้อมูลกลับ⁽¹⁵⁾ การบริหารจัดการด้านสิทธิและค่าใช้จ่าย เสนอการกำหนดแนวปฏิบัติการเรียกเก็บที่โปร่งใส จัดตั้งกองทุนร่วมไทย-กัมพูชา ส่งเสริมประกันสุขภาพ และกลไกการเรียกเก็บจากผู้มีกำลังจ่ายค่าการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม⁽¹⁷⁾ การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ โดยการเจรจาระดับทวิภาคีเพื่อสร้างหรือปรับปรุงกรอบกฎหมายรวมถึงโปรโตคอลการผ่านแดนของรถพยาบาลฉุกเฉินและด้านความร่วมมือและการประสานงาน สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจผ่านการประชุมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดบทบาทและแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว^(8,18)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจรูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกงประเทศกัมพูชา โดยภาพรวม

รูปแบบการส่งต่อข้ามพรมแดนแบบบูรณาการ	ความพึงพอใจ		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	
ด้านบุคลากร	4.22	0.54	มาก
ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	4.43	0.49	มาก
ด้านเทคโนโลยีและระบบข้อมูลสารสนเทศ	4.26	0.52	มาก
ด้านแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย	4.34	0.53	มาก
ด้านค่าใช้จ่ายและแหล่งงบประมาณ	4.36	0.48	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	4.46	0.51	มาก
ด้านกฎหมายและข้อตกลงความร่วมมือที่เกี่ยวข้อง	4.40	0.46	มาก
เฉลี่ย	4.35	0.41	มาก

จากการศึกษา พบว่า ผู้มีปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ภาพรวมในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความพร้อมของรพพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร และการประสานงานกับประเทศกัมพูชา สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา และสังข์อินทร์ และคณะ (2565) มีผลการประเมินความพึงพอใจต่อการประสานงานในระดับมากที่สุด นอกจากนี้พบความพึงพอใจด้านสารสนเทศอยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา แหวนหล่อ และคณะ (2560) แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีและระบบที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดีสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้งานได้จริง⁽¹⁹⁾

สรุปผลการศึกษา

การวิจัย “การพัฒนาบูรณาการระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราดและเกาะกง” พบอุปสรรคสำคัญด้านบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขที่ขาดทักษะด้านภาษาอังกฤษ แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเฉพาะทางบางประเภทยังไม่ชัดเจน ข้อมูลจำเป็นต่อการรักษาไม่ครบถ้วน ไม่มีกรอบข้อตกลงที่ชัดเจนในการแบ่งภาระค่าใช้จ่ายระหว่างประเทศ การสื่อสารที่ยังไม่ชัดเจน และข้อกฎหมายบางข้อยังเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้ามพรมแดน โดยพัฒนารูปแบบบูรณาการ 7 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2 ประเทศ ด้านภาษาทั้งการอบรมภาษาไทย ภาษากัมพูชา และภาษาอังกฤษ และการฝึกซ้อมแผนร่วมกัน 2) โครงสร้างพื้นฐาน/อุปกรณ์ต้องเพียงพอและพร้อมใช้ 3) มีแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานทางคลินิกและกระบวนการส่งต่อที่ชัดเจน 4) การพัฒนาระบบสื่อสารเพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อน 5) ค่าใช้จ่าย/งบประมาณต้องกำหนดแนวปฏิบัติเรียกเก็บโปร่งใส และพิจารณากองทุนร่วม 6) ปรับปรุงกฎหมายและสร้างกรอบทวิภาคีให้สอดคล้องกัน 7) ความร่วมมือ/ประสานงานมีกำหนดบทบาทชัดเจน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการศึกษารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนแบบบูรณาการระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ดังนี้

1) การพัฒนาระบบส่งต่อข้ามพรมแดนในกรณีอื่นๆ ควรเริ่มจากการร่วมกันระดมสมองในการพัฒนาระบบส่งต่อข้ามพรมแดนในทุกขั้นตอน ทั้งโรงพยาบาลต้นทาง โรงพยาบาลปลายทาง และภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างแข็งแกร่งและปรับปรุงระบบส่งต่อข้ามพรมแดนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

2) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนและพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) การวางแผนเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงาน อาทิ การส่งเสริมให้เกิดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน

4) การจัดทำแผนทดแทนกำลังคนเพื่อรองรับสถานการณ์ที่บุคลากรมีการโยกย้ายหรือเกษียณอายุราชการ เพื่อให้การดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนมีความต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์เพื่อประเมินต้นทุนที่แท้จริงของการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน รวมถึงผลตอบแทนที่ได้รับทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม การวิเคราะห์นี้จะช่วยให้หน่วยงานภาครัฐและผู้กำหนดนโยบายสามารถจัดสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบดังกล่าว

2) ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว ทั้งในด้านประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของทั้งสองประเทศ โดยอาจใช้การวิจัย

เชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลที่หลากหลาย

3) ควรมีการวิจัยเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพระหว่างประเทศได้อย่างแท้จริง โดยคำนึงถึงมาตรฐานข้อมูล ความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล และความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ระหว่างระบบที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

4) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนในพื้นที่ชายแดนอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคที่หลากหลาย รวมถึงแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ ในภูมิภาคต่าง ๆ

ข้อจำกัดการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดลองโดยใช้สถานการณ์จำลองจำนวน 3 รอบ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างจากสถานการณ์จริงได้ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกได้

2. ในการปรับปรุงหรือแก้ไขระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมาย ของทั้งสองประเทศ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา เพราะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด คณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลคลองใหญ่ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศบ้านหาดเล็ก ด้านตรวจคนเข้าเมืองคลองใหญ่ ด้านศุลกากรคลองใหญ่ ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคลากรจากโรงพยาบาลเกาะกง ประเทศกัมพูชา ที่ให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมอย่างดียิ่ง อันนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดตราด ประเทศไทย และจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา ซึ่งเป็นประโยชน์

อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรทัย ศรีทองธรรม, อ้อมทิพย์ พลบุผา. รูปแบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยกับประเทศเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา: ผลลัพธ์จากมาตรการความร่วมมือระหว่างประเทศ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(Suppl 2): s303-s315.
2. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. บันทึกความเข้าใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทยกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรกัมพูชา. ข่าวสารเพื่อการบริหารเวชภัณฑ์และสารธารณรัฐ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20.ม.ค.2568]. แหล่งข้อมูล <https://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/e151159.pdf>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. บทสรุประบบการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน ระหว่างจังหวัดเกาะกง ประเทศกัมพูชา—จังหวัดตราด ประเทศไทย. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด; (ม.ป.ป).
4. Tschirhart N, Nosten F, Foster AM. Access to free or low-cost tuberculosis treatment for migrants and refugees along the Thailand-Myanmar border in Tak province, Thailand. Int J Equity Health [Internet]. 2016 [cited 2025 May 21];15(100). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27388710/>
5. Beuken JA, Verstegen DML, Dolmans DHJM, Van Kersbergen L, Losfeld X, Sopka S, et al. Going the extra mile - cross-border patient handover in a European border region: Qualitative study of healthcare professionals' perspectives. BMJ Qual Saf [Internet].

- 2020 Dec [cited 2025 Mar 21];29(12):980–7. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010509>
6. Rapeepong S. Health Insurance Card Scheme" for cross-border migrants in Thailand: Responses in policy implementation & outcome evaluation. Risk Management and Healthcare Policy. [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 21]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316528319_Health_Insurance_Card_Scheme_for_cross-border_migrants_in_Thailand_Responses_in_policy_implementation_outcome_evaluation
 7. Kaji A, Thi SS, Smith T, Charunwatthana P, Nosten FH. Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: Findings from a qualitative study with health professionals. BMC Health Services Research. [Internet]. 2015 Oct [cited 2025 Mar 21];14:15:464. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283151513_Challenges_in_tackling_tuberculosis_on_the_Thai-Myanmar_border_Findings_from_a_qualitative_study_with_health_professionals
 8. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, เกรียงไกร ประเสริฐ, ภาณุ อดดกลิ่น. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดนระหว่างจังหวัดนครพนม ประเทศไทย และแขวงคำม่วน สปป.ลาว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ม.ค.2568].แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5731?locale-attribute=th>
 9. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union Mapping and analysing practices and policies. [Internet]. 2011. [cited 2025 Mar 21] Available from://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327961/9789289002219-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 10. Creswell, J.W., Creswell, J.D. Mixed methods procedures. In, Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications, Inc. [Internet]. 2011. [cited 2025 Jan 20] Available https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf.
 11. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ระบบส่งต่อผู้ป่วย: กระบวนการสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562;25(3):109-121
 12. ปราณอม สงวนพันธ์. กระบวนการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(1):e0051-e0062.
 13. วาสิตี นงนุช, วิศิษฐ์ ทองคำ, วุฒิชัย เอี่ยมรัมย์กุล. การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2560;10(2):49-57
 14. ยุพเยาว์ วิศพรณ, บัญชา พร้อมดิษฐ์, พรทิพย์ สุขอดิศัย. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(3):194-205
 15. พิมพ์ทิพา มาลาหอม, ณิชกฤตย์ เสี่ยงมศักดิ์, ธนาวุฒิ พรหมดี, วรุฒิ พงษ์อุดม. “การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-ลาว กรณีศึกษา จังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงจำปาสัก สปป.ลาว”. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(1):55-64.
 16. ปรีวัฒน์ อิมอระ. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและการปรึกษาเคสออนไลน์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับแผนกรังสีวิทยา: กรณีศึกษา ภาควิชารังสีวิทยา

- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. วิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย.2568]. แหล่งข้อมูล: <https://rsuir-library.rsu.ac.th/handle/123456789/2133>
17. Meemon N, Paek SC, Sherer PP, Keetawattananon W, Marohabutr T. Transnational Mobility and Utilization of Health Services in Northern Thailand: Implications and Challenges for Border Public Health Facilities. *Journal of Primary Care & Community Health*. [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 21];12:21501327211053740. Available from: <https://doi.org/10.1177/21501327211053740>
18. European Commission: Directorate-General for Regional and Urban Policy, Association of European Border Regions (AEBR). More and better cross-border public services : obstacles and solutions to cross-border cooperation in the EU. Luxembourg. Publications Office of the European Union;2021:1-28.
19. ปรีชา แหวนหล่อ, บุญช่วย ศิริธรรมศักดิ์, สุริย์พันธุ์ วรพงศธร. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2560; 61(3):215-224.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวัง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล และการพัฒนา
ระบบบริการ ช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ
ภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

Results of Self-Management Approach for Surveillance
and Control of Stroke Risk Factors for Hypertension Patients
and The Stroke Fast Track Service by Technology Digital Health
at Health Station with The Community Participation
and Strengthened Network at Mahasarakham Province

พชรวรรณ คุสกุรัตน์ (วท.ด.)*, โชติกา บำรุง (พย.บ)**, กัลยารัตน์ ระถิ (พย.บ)**, กาญจนา จันทะนุญ (พย.ม)***
Pacharawan Khusakunrat (Ph.D)*, Chotika Bamrung (B.N.S)**,
Kunyarat Rathee(B.N.S)***, Kanjana Chunthanui (M.N.S)***

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, โรงพยาบาลนาเชือก**, โรงพยาบาลยางสีสุราช***
Mahasarakham Provincial Health office*, Nachuak Hospital**,
Yangsisurat Hospital***

ชื่อผู้ประสานงาน: พชรวรรณ คุสกุรัตน์ อีเมลผู้ประสานงาน: Pkhu.ombre@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 28 มิ.ย. 2568
วันแก้ไข: 12 ส.ค. 2568
วันตอบรับ: 22 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) และกระบวนการ

Appreciation Influence Control (AIC) จำนวน 2 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 60 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 245 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการดำเนินงาน แบบเฝ้าระวัง แบบบันทึกการส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Paired t-test, Mean difference และ 95% Confidence of interval

ผลการศึกษา พบว่า วงรอบที่ 1 จัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการฉุกเฉิน BEFAST โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยรูปแบบ 5 A และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.4 ส. วงรอบที่ 2 นำปัญหาที่สะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาและขยายผล โดยเพิ่มการใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพรายบุคคล จัดตั้งสถานสุขภาพดิจิทัล และออกแบบระบบ Fast Track ส่งต่อผู้ป่วยภายใน 270 นาที ผลการประเมินพบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความรู้เกี่ยวกับช่องทางด่วน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) คะแนนความเสี่ยง CVD Risk ลดลง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อและรักษาได้ภายใน 270 นาที ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะควรนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างทันทั่วถึงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพตนเอง, ปัจจัยเสี่ยง, โรคหลอดเลือดสมอง, เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ, สถานสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a model to support self-management and control of stroke risk factors among patients with hypertension in Maha Sarakham Province, through the integration of digital health technologies and community-based digital health stations. The study employed the PAOR (Plan–Action–Observation–Reflection) process and Appreciation Influence Control (AIC) approach in two iterative cycles. A total of 60 community stakeholders and 245 hypertensive patients participated. Data were collected through questionnaires, surveillance records, and referral tracking forms, and were analyzed using paired t-tests, mean differences, and 95% confidence intervals.

The first cycle focused on enhancing stroke awareness, emergency symptom recognition using the BEFAST framework, self-management support through the 5A model, and health behavior change using the 3A 4S principle. The second cycle addressed implementation barriers by expanding the use of individual digital health tracking, establishing digital health stations, and developing a fast-track stroke referral system within 270 minutes. Results demonstrated significant improvements in stroke-related knowledge, self-management behaviors, and awareness of emergency pathways ($p < 0.001$). The mean CVD risk score and both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased ($p < 0.001$). All newly diagnosed stroke patients were referred and received

hospital care within the critical time window (100% compliance). The recommendation is to adopt a self-management support the effectiveness of a community-participatory, digital-based self-management model in reducing stroke risk and improving timely access to acute care services among patients with hypertension in rural settings.

Keyword: Self Management, Risk Factor, Stroke, Digital Health, Health Station

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดอื่นๆ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ จากการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิตบน ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิตล่าง ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด Stroke ร้อยละ 35 ดังนั้นการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการลดความดันโลหิตล่าง ลง 6 มม.ปรอท สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลงได้ 1 ใน 3⁽¹⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความดันโลหิตค่าบนลดลง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน^(2,3) นอกจากนี้การประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยรูปแบบ 5 A ประกอบด้วย 1. Assess ประเมิน 2. Advise แนะนำ 3. Agree การทำข้อตกลง 4. Assist การช่วยเหลือและสนับสนุน 5. Arrange การจัดการ ติดตาม ประเมินผล^(4,5) นำมาใช้เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม^(6,7,8)

ข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า

ความชุก พ.ศ. 2564–2566 เท่ากับ 1,2851.51, 13,315.08 และ 13,668.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ เท่ากับ 1,256.96, 1,230.95 และ 1,199.89 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 37.68⁽⁹⁾ ประชาชนส่วนใหญ่ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการหรือสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด เพื่อจดจำสัญญาณเตือน และสิ่งที่ควรทำหากคนใกล้ตัวมีอาการ โดยใช้หลักการ BEFAST หากมีอาการให้รีบโทรสายด่วน 1669 และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว หรือภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที⁽¹⁰⁾ ทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ รายงานผลการทบทวนระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า ขั้นตอนการประสานงานหลายขั้นตอน ความไม่เข้าใจในระบบการส่งต่อ การจัดบริการคัดกรองไม่ทั่วถึง และประชาชนขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการและองค์ความรู้ในการจัดการตนเอง ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด19 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายลดความแออัดในสถานพยาบาล ทำให้เกิดนวัตกรรม การให้บริการคัดกรองและติดตามภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดนอกสถานพยาบาล มีสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ด้วย Application มือถือของประชาชน และเชื่อมต่อข้อมูลกับสถานพยาบาล จึงสมควรขยายการบริการดิจิทัลสุขภาพนี้ให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อการดูแลและติดตามสุขภาพของตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดให้มีบริการสถานีสภาพดิจิทัลในชุมชน ซึ่งการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยใช้กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ช่วยให้บุคคลหรือองค์กร

สามารถมองเห็นจุดมุ่งหมายของตนเอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลทำให้เกิดแนวทางที่ยั่งยืน^(11,12)

ดังนั้นจากปัญหาที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ผลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวัง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล และการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองได้รับบริการอย่างทันทั่วถึง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล และระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัลโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์แนวทางการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัลโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแนวคิดทฤษฎี Kemmis & McTaggart⁽¹³⁾ ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ประกอบด้วย 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (Plan) ใช้กระบวนการ AIC⁽¹²⁾ ในการระดมสมอง และวางแผนแก้ไขปัญห 2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มาใช้เพื่อแก้ไขปัญห 2 วงรอบ โดยนำเอาข้อมูล ปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการสะท้อนผลการศึกษาในแต่ละวงรอบมาวิเคราะห์และทบทวนเพื่อให้ได้แนวทาง ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสภาพดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน มกราคม 2567-ตุลาคม 2567

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

- 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่าย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากพื้นที่ 2 อำเภอๆ ละ 3 ตำบลๆละ 5 หมู่บ้าน รวม 30 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้บริหารสูงสุดขององค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน พนักงานกู้ชีพ 3 คน ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล 4 คน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 คน ในเขตพื้นที่อำเภอเขาชีริก เขตพื้นที่อำเภอสามชัย เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในชุมชน ด้านสังคม คุณภาพชีวิต สาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 12 เดือน 2) มีบทบาทสนับสนุนกิจกรรมในชุมชน

3) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก
ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

2) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในปี 2566 จำนวน 1,386 คน และมีที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมาย คือ อำเภอนาเชือก และอำเภอยางสีสุราช การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีตามตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขปีงบประมาณ 2566 โดยขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ของประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร Cochran (1977)⁽¹⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน ป้องกัน การสูญหายระหว่างการวิจัย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 245 คน คัดตามสัดส่วนแต่ละอำเภอ เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถตัดสินใจ ได้ด้วยตนเอง 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลา ที่กำหนด หรือย้ายที่อยู่ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

$$n_0 = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร = 1,386 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร = 0.42

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้ได้ 0.05

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งสิ้น 5 ชุด ผู้วิจัย นำแนวทางการพัฒนาเครื่องมือของ Richard G, William O, Sharma S⁽¹⁵⁾ นำมาปรับใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง กระบวนการ AIC เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา เฝ้าระวัง ควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปรผลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1968)⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ตอบถูกร้อยละ 80-100 อยู่ในระดับสูง

ตอบถูกร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง

ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ

3) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม ตอบด้วยระดับการปฏิบัติ ใน 1 สัปดาห์ มีทั้งหมด 5 ระดับ ได้แก่

5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผล คะแนนรายด้านและโดยรวม นำมาจัดกลุ่ม 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (1977)⁽¹⁷⁾ โดยใช้ ค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนกลุ่ม ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.67-5.00

ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34-3.66

ระดับต่ำ หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00-2.33

4) แบบบันทึกการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

5) แบบบันทึกการนำส่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.75 หาความเที่ยงโดยวิธีการของ ครอนบาค แบบวัดพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง Paired t-test, mean difference และ 95% CI of mean difference

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 16/2566 รับรองวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง การดำเนินงานเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานียสุขภาพดิจิทัล พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี พบว่า อำเภอนาเชือก จำนวน 3,248 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.3 อำเภอยางสีสุราช จำนวน 2,013 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.5 การดำเนินงานเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังติดตามผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสถานียสุขภาพดิจิทัล พบว่า อำเภอนาเชือก ดำเนินการจำนวน 138 หมู่บ้าน (ร้อยละ 95.83) และจัดตั้งสถานียสุขภาพระดับ excellent จำนวน 10 แห่ง อำเภอยางสีสุราช ดำเนินการ จำนวน 86 หมู่บ้าน (ร้อยละ 96.51) จัดตั้งสถานียสุขภาพระดับ excellent จำนวน 8 แห่ง ระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช จำนวน 2 แห่งและในพื้นที่อำเภอนาเชือก จำนวน 4 แห่ง ไม่สามารถจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองจากหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ เนื่องจากไม่มีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานสาเหตุเนื่องจากไม่มีรถยนต์สำหรับออกปฏิบัติภารกิจกู้ชีพไม่มีงบประมาณสนับสนุน

เดือน กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยจัดการประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ได้แก่ การค้นหาสาเหตุของปัญหา ระหว่าง ผู้นำชุมชน ผู้บริหารสูงสุดขององค์การบริหารส่วนตำบล พนักงานกู้ชีพ ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอนาเชือก อำเภอยางสีสุราช พบว่า ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์และค้นหาปัญหา ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมถึงยังไม่ทราบวิธีการป้องกัน และควบคุมโรค กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรค การประเมินอาการฉุกเฉิน ตามหลักการ BEFAST และไม่ทราบแนวทางการประสานงานเพื่อนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 270 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาปลอดภัย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานียสุขภาพดิจิทัล

วงรอบที่ 1 (เดือน มีนาคม – พฤษภาคม 2567) การพัฒนาประกอบด้วย

1) การวางแผน กำหนดกิจกรรมสำคัญแก้ไขปัญหา 2 อำเภอ จัดประชุมทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันกำหนด วิสัยทัศน์ “ชุมชนร่วมใจ ร่วมแรงลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน” ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

1) สร้างการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองและการจัดการสุขภาพตนเอง 2) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ค้นหาศักยภาพชุมชน 4) จัดระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ จัดระบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อเสนอแผนชุมชนโดยเลือก CVD Risk และค่าความดันโลหิต กำหนดแนวทางและกิจกรรมการป้องกันและการควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง Stroke และ BEFAST แก่ อสม. หมอครอบครัว และทีมกู้ชีพ จัดกิจกรรม 5A Model ส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้คู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองและอบรมโดยผ่านสื่อสไลด์แบบผสม จัดตั้งสถานีสภาพจิตใจและใช้แอปพลิเคชัน SRR7 ในการติดตามโดย อสม. ติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 เดือน และทีมหมอครอบครัวติดตามทุก 2 เดือน จัดกิจกรรมต้นแบบและสร้างแรงบันดาลใจ จัดพื้นที่ออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จัก 1669 และจัดระบบช่องทางด่วนส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

3) การติดตามสังเกตการณ์ ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน ระบบการเฝ้าระวังและการบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นระบบความร่วมมือของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยยังจำกัด อสม. ยังขาดทักษะการประเมินและการใช้เทคโนโลยีติดตามรายบุคคล

4) สะท้อนผลการดำเนินงาน จัดเวทีเพื่อสะท้อนผลให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง อสม. ทีมหมอครอบครัว ผู้ดูแล ครอบครัว ทีมกู้ชีพ พบว่าควรพัฒนาระบบการสื่อสารผลการประเมินให้เข้าใจง่าย แสดงระดับความเสี่ยง (เขียว เหลือง แดง) พัฒนาสื่อและคู่มือ อสม. เพื่อสนับสนุนการแปลผลและต้องดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น พัฒนาระบบติดตามผลรายบุคคลด้วยเครื่องมือดิจิทัลที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย ปรับช่องทางสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

วงรอบที่ 2 (เดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2567)
ทีมวิจัยร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ได้ประชุมสรุปผลการดำเนินงานรอบแรก และจัดประชุมวางแผนพัฒนาระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1) การวางแผน ประกอบด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้
1) โรงพยาบาลดำเนินการจัดระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย
2) กิจกรรมติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยสถานีสภาพจิตใจ และ พัฒนาระบบการส่งต่อจากชุมชนและรับการรักษาต่อเนื่อง 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่งตั้งคณะดำเนินงานและจัดหาสถานที่จัดตั้ง สถานีสภาพจิตใจในชุมชนโดยใช้ ศสมช. เป็นศูนย์กลางบริการ 4) ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาล ร่วมกับ อสม. เฝ้าระวังควบคุมโรคกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำหน้าที่ดูแลสถานีสภาพจิตใจ และเชื่อมต่อข้อมูลผ่าน Line OA / Smart อสม. / Notify Alert 5) พัฒนาระบบติดตามรายบุคคล โดยหมอครอบครัว หรือผู้จัดการรายกรณี 6) ออกแบบระบบช่องทางด่วน เพื่อส่งต่อภายใน 270 นาที 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน จัดอบรม อสม. เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลติดตามสุขภาพ การประเมินระดับความเสี่ยงและการสื่อสารสุขภาพพัฒนาระบบรายงานผลความดันโลหิต ผ่าน Smart อสม. และ Line Notify และรายงานผ่านแอปพลิเคชัน SRR7 อสม. วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่บ้านทุกสัปดาห์ ขยายการจัดตั้งสถานีสภาพจิตใจเพิ่มเติม พร้อมจัดทำารมอหมายปฏิบัติงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านต้นแบบรณรงค์ผ่านเสียงตามสายหมู่บ้าน จัดระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจัดระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัดตั้งไลน์กลุ่ม และบันทึกที่อยู่ตามสถานที่ตั้งบ้านผู้ป่วยระดับความเสี่ยง CVD Risk ออกแบบการใช้วิธีการบันทึกข้อมูล QR code แสดง Google Map ปักหมุดบ้านของผู้ป่วย จัดทำฐานข้อมูลสำหรับทีมหน่วยกู้ชีพ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียกใช้บริการฉุกเฉินจากหน่วยกู้ชีพ

3) การติดตามสังเกตการณ์พบว่า อสม. มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการใช้ระบบติดตามรายบุคคลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีความตื่นตัวในการวัดความดันโลหิต และเข้าใจความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลสุขภาพที่ถูกรายงานผ่านระบบดิจิทัลสามารถนำไปใช้วิเคราะห์และแจ้งเตือนกรณีเร่งด่วนได้ทันเวลา อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาเรื่อง ความเร็วของอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่ และการใช้เทคโนโลยีของ อสม. ที่เป็นผู้สูงอายุ

4) การสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า ระบบแจ้งเตือนผ่าน Line Notify และมีคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง การติดตามเยี่ยมรายบุคคลทุกสัปดาห์ ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและช่วยส่งข้อมูลให้ทีมหมอครอบครัว อสม. มีความภาคภูมิใจที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้และช่วยเหลือชุมชนได้ การมีสถานสุขภาพดิจิทัลทำให้ชุมชนเกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยง สรุปแนวทางสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานสุขภาพดิจิทัล โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม ดังแผนภาพที่ 1

ระยะที่ 3 ประเมินผล (เดือนสิงหาคม - กันยายน 2567)

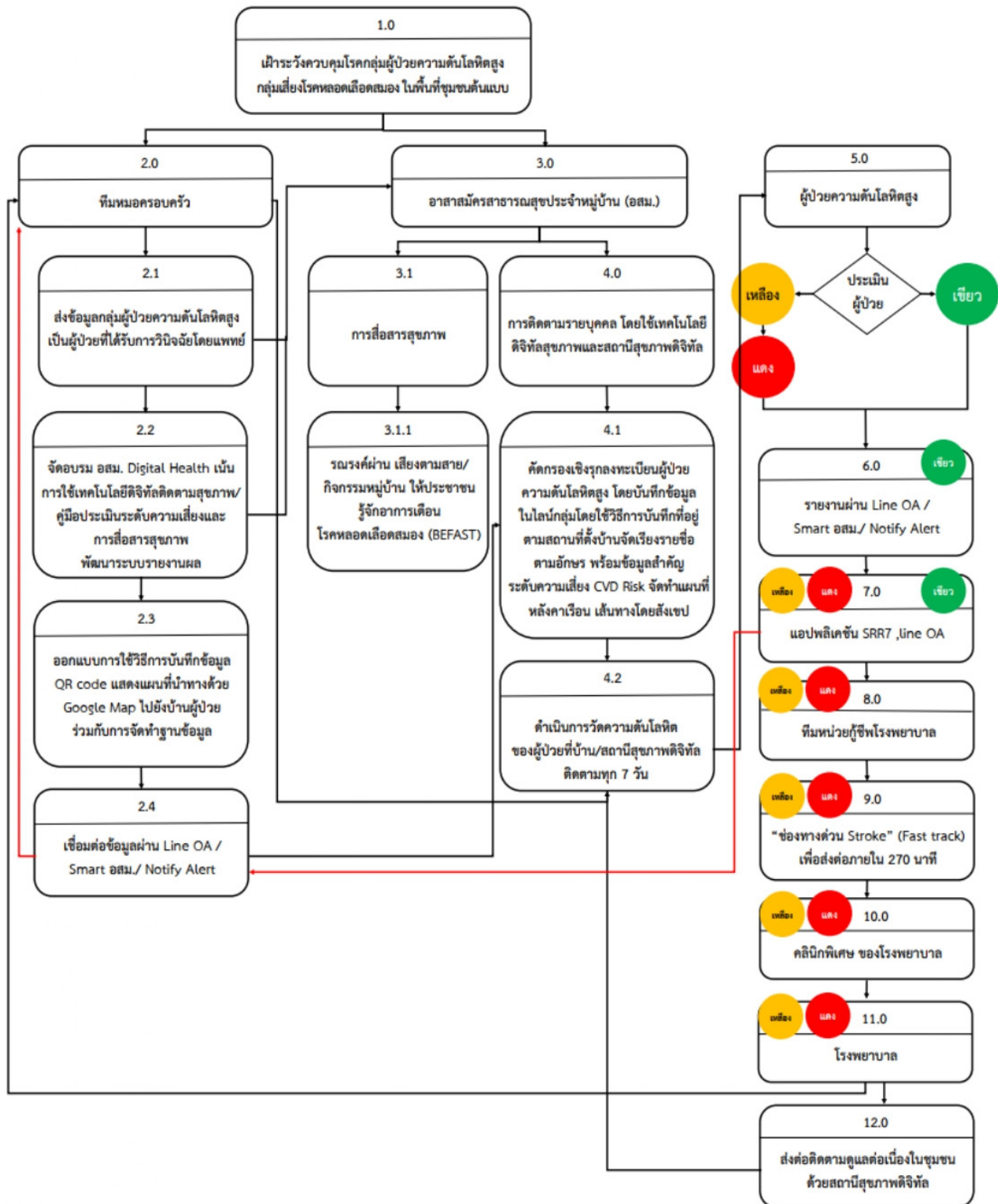
1. การประเมินผลการการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการประเมินความเสี่ยง CVD Risk กรณีไม่ทราบผลตรวจระดับคลอเรสเตอรอล โดยแปรผลจากคะแนนความเสี่ยง CVD Risk เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปี ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง CVD Risk ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

2. การประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้การจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. การประเมินผลพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าบน (Systolic) ก่อนดำเนินการ กับ หลังดำเนินการ พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าล่าง (Diastolic) ก่อนดำเนินการ กับ หลังดำเนินการ พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

แนวทางเฝ้าระวังควบคุมโรคและส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพที่ 1 แนวทางสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพและสถานีสุขภาพดิจิทัลโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 ผลประเมิน คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยง CVD Risk และการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องช่องทางด่วน และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลัง การดำเนินการแนวทางการจัดการตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ และสถานสุขภาพดิจิทัล

ตัวแปร	ก่อน (n=245)		หลัง (n=245)		$\bar{d}$	95% CI of μd	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
1. คะแนนความเสี่ยง CVD Risk	18.79	20.65	13.56	13.42	5.32	2.20, 5.91	< 0.001
2. คะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	9.79	2.67	14.67	2.41	-4.88	-5.59, -4.17	< 0.001
3. คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ต่อปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย บุหรี่ยาสูบ)	2.95	0.17	3.76	0.22	0.81	0.75, 0.87	< 0.001
4. คะแนนความรู้เรื่องช่องทางด่วน โรคหลอดเลือดสมอง	6.84	1.80	14.17	1.93	7.33	6.81, 7.85	< 0.001
5. ผลลัพธ์ทางคลินิก (mmHg)							
- ความดันโลหิตค่าบน (Systolic)	146.15	9.82	140.56	10.22	-5.59	-7.93, -3.25	< 0.001
- ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic)	78.29	13.15	73.59	12.43	-4.70	-8.29, -1.11	< 0.001

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้ใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิด 5A ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอนาเชือกและอำเภอยางสีสุราช ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิรินทรา ดั่งไธ และทิพมาส ชินวงศ์⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าแนวคิด 5A ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมรวมถึงรายงานจาก American Heart Association (AHA)⁽¹⁹⁾ ที่ระบุว่าแนวคิด 5A มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) และควรใช้ร่วมกับเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อส่งเสริมการปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ใช้แอปพลิเคชัน SRR7 และสถานสุขภาพดิจิทัล ในชุมชนที่ใช้ในการติดตาม

และสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ถึงแม้ว่าหลายการศึกษาจะยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวคิด 5A แต่ Kris-Etherton et al.⁽¹⁹⁾ ยังระบุว่ามีอุปสรรคสำคัญในระดับคลินิก เช่น เวลาให้คำปรึกษาที่จำกัด และความไม่มั่นใจของผู้ให้บริการในการใช้แนวคิด 5A อย่างมีประสิทธิภาพ แต่กระบวนการงานวิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกระบวนการ AIC ซึ่งลดข้อจำกัดเหล่านี้ได้และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม

การประเมินและควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดสมอง (CVD Risk) แนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้การประเมินความเสี่ยง CVD แบบไม่ใช้ห้องปฏิบัติการ⁽²⁰⁾ เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่จำกัดทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับการใช้สถานสุขภาพดิจิทัลในการคัดกรองในชุมชนตามแนวทางของการวิจัยนี้⁽²¹⁾ ผลการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การจัดตั้งสถานสุขภาพดิจิทัลในชุมชน การใช้แอปพลิเคชัน SRR7

ในการติดตามค่าความดันโลหิตในชุมชน อำเภอหนองเสือ และยางสีสุราช ผลการวิจัยได้สะท้อนแนวคิดหลักของ The Lancet⁽²²⁾ ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเทศไทยได้ต่ำและปานกลาง โดยต้องบูรณาการนวัตกรรมดิจิทัล ในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็วและทั่วถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลสุขภาพแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประยุกต์ใช้แนวคิด AIC และการมอบบทบาทให้ อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามาเป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นหัวใจสำคัญของความยั่งยืนของระบบบริการปฐมภูมิ งานวิจัยของ Davies et al.⁽²³⁾ ระบุว่าบริการที่มีคุณภาพในประเทศไทยได้น้อยและปานกลางต้องอาศัยความพร้อมของระบบ และการบูรณาการกับชุมชนเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่เน้นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล อปท. แกนนำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และอสม.

งานวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของศิริรินทร์ ดั่งใส และ ทิพมาส ชินวงศ์⁽¹⁸⁾ ที่เน้นการประเมินและให้ความรู้ แต่ยังไม่เน้นการ ติดตามแบบ real-time และการใช้เครื่องมือดิจิทัล ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ อังคณา บุญศรี และ สุกัญญา ทองบุผา⁽²⁴⁾ ที่ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital service ซึ่งเป็น Application ที่เน้นการพัฒนาช่องทางด่วน มีผลลดระยะเวลา Onset to Door Time ได้ชัดเจน ซึ่งเน้นการใช้ระบบสารสนเทศและการมีส่วนร่วมของ อสม. เพื่อเพิ่มความเร็วในการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง รวมถึงการจัดบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อช่วยให้ อสม. และทีมในสถานี่สุขภาพดิจิทัลสามารถเฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุข ทีมหมอครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพตำบล ยังสามารถนำองค์ความรู้และแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการวางแผน ควบคุม และกำกับติดตามการจัดบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

1. ด้านข้อมูล สร้างการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น
2. ด้านยุทธศาสตร์ บูรณาการแนวทางการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสถานี่สุขภาพดิจิทัล ในแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิอย่างยั่งยืน
3. ด้านภาคีเครือข่าย ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

เชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำระบบสารสนเทศไปประยุกต์ใช้ในการติดตามกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความเร็วในการเข้าถึงบริการ
2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ทีมหมอครอบครัว และทีมกู้ชีพ อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการใช้เทคโนโลยี และการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับบุคคล และการส่งต่อ
3. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการสุขภาพของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*. 1990 Apr 7;335(8693):827–38.
2. Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke*. 2003 Nov;34(11):2741–8.
3. Juwa S, Wongwat R, Manoton A. The Effectiveness of the Health Behavior Change Program with 7 Colors Ball Tool on Knowledge, Health Belief and Behavior Related to the Prevention and Control of Hypertension and Diabetes Mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *JRN-MHS [Internet]*. 2019 June 30 [cited 2025 July 9];39(2):127–41. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/199808>
4. สำรวย กลยณี, ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. *วารสารราชพฤกษ์ [Internet]*. 2562 [cited 2025 July 9];17(2): 95–104. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/167561>
5. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five “As” for patient-centered counseling. *Health Promot Int*. 2006 Sept; 21(3):245–55.
6. Carroll JK, Fiscella K, Cassells A, Sanders MR, Williams SK, D’Orazio B, et al. Theoretical and Pragmatic Adaptation of the 5As Model to Patient-Centered Hypertension Counselling. *J Health Care Poor Underserved*. 2018;29(3):975–83.
7. Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians’ use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients’ motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res*. 2010 June 9;10:159.
8. Khoshkhoo M, Sajjadi M, Mansoorian MR, Ajamzibad H. Effects of 5A Model-based Intervention on Self-care and Quality of Life in Elderly People with Hypertension. *Salmand: Iranian Journal of Ageing [Internet]*. 2021 Oct 1;16(3):348 EP – 361. Available from: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2163-en.html>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564–2566. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2567.
10. Aroor S, Singh R, Goldstein LB. BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time). *Stroke [Internet]*. 2017 Feb [cited 2025 July 9];48(2):479–81. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.116.015169>
11. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสถานีสภาพดิจิทัล (Digital health station) ในชุมชน [Internet]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2565 [cited 2025 July 10].

- Available from: https://drive.google.com/file/d/1OPBeTxp-87lPqB9zJCX8AKnhE2tFlrZu/view?usp=embed_facebook
12. Organization Development: An International Institute (ODII). Welcome to the creative power of AIC from Purpose to Power to Leadership [Internet]. 2015 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://www.odii.com/index.php?page=aic>
 13. Stephen Kemmis, Robin McTaggart, Rhonda Nixon, Rhonda Nixon. The Action Research Reader. 3rd ed. Australia: Deakin University Press; 1988.
 14. William G. Cochran. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977. 75 p.
 15. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. Scaling Procedures: Issues and Applications [Internet]. SAGE Publications; 2003. Available from: <https://books.google.co.th/books?id=c2dN7HDbr7kC>
 16. Benjamin S. Bloom. Learning for Mastery [Internet]. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1; 1968 [cited 2025 Aug 9]. Available from: <https://www.scribd.com/uploads>
 17. Best JW. Research in Education. Prentice-Hall; 1977. 424 p.
 18. Duangsai S, Chinnawong T. Effect of 5 A's self-management support program on self-management behaviors in patients with uncontrolled hypertension. JRN-MHS [Internet]. 2021 Dec 24 [cited 2025 July 9];41(4):74–85. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/252530>
 19. Kris-Etherton PM, Petersen KS, Després JP, Anderson CAM, Deedwania P, Furie KL, et al. Strategies for Promotion of a Healthy Lifestyle in Clinical Settings: Pillars of Ideal Cardiovascular Health: A Science Advisory From the American Heart Association [Internet]. Vol. 144, Circulation. 2021. p. e495–514. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000001018>
 20. WHO Booklet: Know Your Cardiovascular Disease Risk and Take Action [Internet]. [cited 2025 July 12]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/ncd/booklet-know-your-cardiovascular-disease-risk-take-action.pdf?sfvrsn=6b0b5d80_2
 21. World Health Organiza. Know your cardiovascular disease risk: take action [Internet] [Internet]. no date [cited 2024 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071259>
 22. Alegre JC, Sharma S, Cleghorn F, Avila C. Strengthening primary health care in low- and middle-income countries: furthering structural changes in the post-pandemic era. Front Public Health. 2023; 11:1270510

23. Davies JI, Reddiar SK, Hirschhorn LR, Ebert C, Marcus ME, Seigle JA, et al. Association between country preparedness indicators and quality clinical care for cardiovascular disease risk factors in 44 lower- and middle-income countries: A multicountry analysis of survey data. PLoS Med [Internet]. 2020 Nov 10 [cited 2025 July 12];17(11): e1003268. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7654799/>
24. อังคณา บุญศรี, สุกัญญา ทองบุผา. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital service. Thammasat University Hospital Journal Online [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 July 9];5(3):36–44. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/247710>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ขอบเขตการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน
2. สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
3. เศรษฐกิจสุขภาพ
4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบสุขภาพ
5. วิศวกรรมการแพทย์
6. มาตรฐานสถานพยาบาล
7. นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article)

หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง

บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึก อย่างทันสมัยโดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ซึ่งสามารถดูรายละเอียดได้ที่ Websiteวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

2. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาจะต้องเป็นไฟล์ Word เท่านั้น และส่งผ่านระบบ ThaiDj ได้ที่ Website <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss>

โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ

3. หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา

ผู้พิมพ์ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย

4. การประเมินบทความ (Peer Review Process)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านตอบบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือ การปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2 - 3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)

5. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง

6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

8. กองบรรณาธิการ

ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

- จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง

- ไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4

3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ

- ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 ซม.

- ขอบบน 2.5 ซม. ขอบล่างประมาณ 2 ซม.

4. การตั้งระยะในเนื้อหา

- ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร

- ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า

- ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ ฟิเอสเค

(TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาด ที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ บทนำวัตถุประสงค์ สมมติฐาน (ถ้ามี) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับดังนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด สี่ถึงแปดพยางค์ หลักของการศึกษา ควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับรัดกุม ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร

ผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่ชื่อย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้ปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทย

- ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน
- อีเมลของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ในการติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา

ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ หรือ คำหลัก (Key words)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract)

- ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3 – 5 คำ

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทบทวน และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

วัตถุประสงค์ (Objective) ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

สมมติฐาน (Hypotheses) คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน

ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการศึกษา (Methods) เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)

เช่น descriptive, quasi - experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณ ให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือนิ่ววิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ผลการศึกษา (Results) เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอภิปราย

อภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่าน

เห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้

สรุปผลการศึกษา (Conclusion) เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

A. การอ้างอิงบทความจากวารสาร

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number) ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Sexson SB, Lehne IT. Factor affecting hip fracture mortality. J Orthop Trauma 1987;1(4):298-305.
2. สถาพร เปาอินทร์. ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ใน 2 ปีแรกหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักบริเวณส่วนคอทั้งในกลุ่มที่ใช้ซีเมนต์และกลุ่มที่ไม่ใช้ซีเมนต์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20(4):548-55.
3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical

course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361(16):1529-38.

4. วัชรวิทย์ สายสงเคราะห์, วิมล เพชรกาญจนางค์, ชลลดา มีทรัพย์, ศุภลักษณ์ ยะแสง, วันวิสา โกลาหล, ภาณุวัฒน์ ผุดผ่อง, และคณะ. การพัฒนาวิธีและประเมินชุดทดสอบโรคติดต่อกันจากสัตว์สู่คน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(3):621-32.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง โดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น

- ชื่อผู้แต่งเป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยให้เขียนแบบภาษาไทยโดยการเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม แต่ถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษ ก็ใช้แบบเดียวกับเอกสารที่ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ

2) ชื่อบทความ

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นคำเฉพาะ เช่น ชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายหยุด (full stop -)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3) ชื่อวารสาร

ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น วารสาร - วิชาการสาธารณสุข พุทธิชนราชเวชสาร จดหมายเหตุทางการแพทย์

จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสารศิริราช ฯลฯ

4) การใช้ปี พ.ศ. สำหรับวารสารภาษาไทย ค.ศ.สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ และปีที่พิมพ์ หรือ volume และฉบับที่ (number/issue) ไม่ต้องใส่เดือนหรือวันที่พิมพ์

5) เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก - หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวเลขซ้ำออก

สำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18 ใช้ 10-8.

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11.

หน้า 198-201 ใช้ 198-201.

หน้า 104S-111S ใช้ 104S-111S.

B. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1. การอ้างอิงทั้งหมด รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อผู้แต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร

2) ชื่อหนังสือ ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือ

3) ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้

4) เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์

5) สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;)

6) ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลข ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมายมหัพภาค หรือ full stop (.)

2. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CL, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book;1993. p. 2001-19.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจจินดา, วินัย สุวตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

C. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ ประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง.

ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

D. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

E. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย: ปี ที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

F. เอกสารที่เป็นกฎหมายรูปแบบพื้นฐาน

- กรณีที่เป็นพระราชบัญญัติ ให้ระบุชื่อของพระราชบัญญัตินั้น. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ซึ่งก็คือ

สารราชกิจจานุเบกษา ตามตัวอย่าง

- กรณีที่เป็นกฎกระทรวงให้ใส่ชื่อกระทรวงที่ออกกฎนั้น และระบุชื่อของกฎหมายที่ออก. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือสารราชกิจจานุเบกษาตามตัวอย่าง

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120, ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546).

2. กระทรวงศึกษาธิการ. กฎกระทรวง กำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 81 ก (ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2561).

G. ลิขสิทธิ์ (Patent) ให้เขียนรูปแบบตามตัวอย่าง

1. Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

H. บทความในหนังสือพิมพ์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่. เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

ตัวอย่าง เช่น

1. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

2. ซี12. ตุลาการศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 2).

I. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น (เช่น บทความในวารสารหรือหนังสือ) และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น

1. Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

อาจใช้คำว่า “forthcoming” ถ้าไม่แน่ว่าเอกสารนั้น ๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

J. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) วารสารอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ], ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume):[หน้า]. แหล่งข้อมูล/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง เช่น

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier-Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [สืบค้นเมื่อ/cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NE-JMp1010466>

2. ราม รังสินธ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง-สาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/downloads/24>

2) หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; วันที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http:// />.

ตัวอย่าง เช่น

1. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>
3. Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y
4. จิราภรณ์ จันทรจักร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://liblog.dpu.ac.th/analyre-source/wp-content/uploads/2010/06/refer-ence08.pdf>

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

- คำศัพท์ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

- ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure)

ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ตารางที่.....**” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ภาพที่.....**” ไว้ใต้ภาพประกอบ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ ไม่เคย ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT