



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

TCI Tier 2

วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal Of Department Of Health Service Support



ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

Vol.22 No.1 January - April 2026

ISSN : 2822-1109 (Online)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิศวกรเชี่ยวชาญ (ด้านวิศวกรรมการแพทย์)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิศวกรโยธาเชี่ยวชาญ (ด้านมาตรฐานอาคารและสิ่งก่อสร้าง)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สถาปนิกเชี่ยวชาญ (ด้านสถาปัตยกรรม)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อาจารย์ ดร.ลำพิ่ง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุฑธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

อาจารย์นพดล ครุฑน้อย
อาจารย์ยุทธพงษ์ ขวัญชื่น
อาจารย์วินเฉลิม รัตพร
อาจารย์ชัยณรงค์ สังข์จำง
อาจารย์ธัญชนก ขุมทอง
อาจารย์รัชนีกร เครือซารี
อาจารย์ ดร.ลำพึง วอนอก

อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป กาลเขว่า

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะทิพย์ ประดุงพรม

รองศาสตราจารย์.ดร.พงษ์เสถียร เหลืองอลงกต

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2569

Vol.22 No.1 January - April 2026

บรรณาธิการบริหาร

นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์

บรรณาธิการ

นายเชาวรินทร์ คำหา

คณะทำงาน

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

กลุ่มพัฒนานโยบายและโครงการพระราชดำริ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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 22 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2569 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่

- 1) ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี
- 2) ปัจจัยกำหนดทางสังคมเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในประเทศไทย: การประยุกต์การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสองส่วน
- 3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
- 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
- 5) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 6) การพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์
- 7) การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ
- 8) ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการกรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4
- 9) การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังโดยใช้ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567
- 10) การศึกษาการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางกองบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพัฒนาวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้ทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบบริการสุขภาพ ภาคประชาชน สุขศึกษา มาตรฐานสถานพยาบาล เศรษฐกิจสุขภาพ กรุณาติดต่อที่ กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กลุ่มพัฒนานโยบายและโครงการพระราชดำริ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี.....7	
นิติต จงศุภวิศาสลกิจ	
ปัจจัยกำหนดทางสังคมเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและภาระค่าใช้จ่าย	
ของผู้สูงอายุในประเทศไทย: การประยุกต์การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสองส่วน.....19	
วรารักษ์รัตน์ ภาณุวรรณ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด	
PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่ตำบลพลวงทอง	
อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี30	
ณัฐกร นิลเนตร	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี43	
สมร นุ่มผ่อง	
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....53	
นพดล ครุชน้อย	
การพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์62	
ศศิภา จันทรา	
การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ74	
วีร์ เมฆวิสัย	
ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ	
และผู้รับการตรวจราชการ กรณีศึกษาเขตสุขภาพ ที่ 488	
อติชาติ หงษ์ทอง	
การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังโดยใช้ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการ	
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 101	
สุดารัตน์ ลิขิตภูมิ	
การศึกษาการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 114	
ประวิทย์ เกตุทอง	



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี

The results of Developing the Electric Cigarette Preventive
Program for Students in The Secondary School,
Kanchanaburi province

นิสิต จงศุภวิศาลกิจ (ส.ม.)*, ทิพวันย์ เตียรธมโรจน์ (พย.ม.)**,
คริษฐา พานาสันต์ (ศศ.ม.)*, กันทภณ เชื้อฮ้อ (ปร.ด.)***

Nisit Jongsupavisarnkit (M.P.H)*, Tippawan Thinkarod (M.N.S)**,
Karidtha Panasun (M.A.)*, Kantaphon Chueahor (Ph.D)***

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

* Kanchanaburi Provincial Public Health Office

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยกระเจา

** Huai Krachao District Health Office

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

*** Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi

ชื่อผู้ประสานงาน: กันทภณ เชื้อฮ้อ อีเมลผู้ประสานงาน: kantaphon.chu@bcnr.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	9 ก.พ. 2569
วันแก้ไข:	10 มี.ค. 2569
วันตอบรับ:	20 มี.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และเปรียบเทียบการรับรู้ ทักษะคิด รวมไปถึงแนวโน้มพฤติกรรมก่อน - หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากาญจนบุรี จำนวน 50 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 12 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบ และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดนิเวศวิทยาทางสังคม (Social Ecology Model) คือ “5C’s Model” ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement) การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity Building) การสื่อสารสร้างสรรค์ (Creative Communication)

การสร้างสภาพแวดล้อม (Change Environment) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring) 2) ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมมีประสิทธิผลในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า; รูปแบบการป้องกัน; การมีส่วนร่วมของชุมชน; นักเรียนมัธยมศึกษา

Abstract

This research and development study aimed to develop a preventive model for electronic cigarette use among high school students and to compare students' perceptions, attitudes, and behavioral intentions before and after implementation. The sample consisted of 50 high school students under the Secondary Educational Service Area Office Kanchanaburi and 12 stakeholders. Research instruments included the developed prevention model and questionnaires. Data analysis employed mean, standard deviation, and paired t-test.

The research results indicated that 1) The developed e-cigarette prevention model, applied from the Social Ecology Model (SEM), was entitled the "5C's Model," comprising Community Engagement, Capacity Building, Creative Communication, Change Environment, and Continuous Monitoring. 2) Post-implementation, the subjects exhibited significantly higher mean scores in perceptions and attitudes regarding e-cigarettes compared to pre-implementation, while behavioral intentions toward e-cigarette use significantly decreased at the 0.01 level. 3) Satisfaction with the model was rated at the highest level among both two groups of participants. These findings suggest that a prevention model emphasizing community participation and social environmental modification is effective in mitigating risk behaviors among youth.

Keywords: E-cigarette; Prevention Model; Community Engagement; Secondary Schools

บทนำ

การบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต การเริ่มต้นสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยไม่เพียงนำไปสู่การโรคร้ายแรง อาทิ โรคปอด โรคหัวใจ โรคมะเร็ง⁽¹⁾ และการเสพติดนิโคตินในระยะยาว แต่ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและการเรียนรู้ของวัยรุ่น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่พลวัตของการบริโภคยาสูบได้เปลี่ยนรูปแบบไปสู่ "ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่" หรือ "บุหรี่ไฟฟ้า" ซึ่งได้รับความนิยมสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชนเนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยกว่าการสูบบุหรี่รูปแบบอื่น⁽¹⁾ สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2566 ประเมินการว่าทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า 86.1 ล้านคน

จาก 68 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2567 เด็กและเยาวชนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.14⁽³⁾ จากเดิมที่พบว่าเป็นปี พ.ศ.2565 เด็กไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพียงร้อยละ 17.6⁽⁴⁾

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเป็นผลจากปัจจัยพหุมิติ โดยมีทัศนคติและการรับรู้เป็นปัจจัยพยากรณ์หลักที่ทรงอิทธิพลที่สุด (Strongest predictors) เยาวชนที่มีทัศนคติไม่เหมาะสมหรือมีการรับรู้ความเสี่ยงคลาดเคลื่อนจะมีแนวโน้มความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงขึ้น ปัจจัยนำเหล่านี้ยังถูกระดมร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด อิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง และการเข้าถึงผลิตภัณฑ์⁽³⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยยังเน้นย้ำถึงบทบาทของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การมีผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดี และสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ ซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการช่วยลดความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การแทรกแซงที่มุ่งเน้นการพัฒนาทัศนคติและการรับรู้ ควบคู่กับการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดความตั้งใจในการเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

แม้ประเทศไทยจะบังคับใช้นโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเด็ดขาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการเชิงรุกระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้มาตรการสกัดกั้นล้มเหลว สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการเชิง “บนลงล่าง” (Top-down approach) เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเท่าทันต่อกลยุทธ์ของบุหรี่ไฟฟ้าที่เข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางช่องทางออนไลน์ที่สร้างบรรทัดฐานทางสังคมแบบใหม่ (Normalization) ในกลุ่มเยาวชน แต่การดำเนินงานในระดับชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังมีการดำเนินการที่ไม่เชื่อมโยงปัจจัยด้านอื่น ๆ

กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecology Model: SEM) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงที่ซับซ้อน เนื่องจากครอบคลุมอิทธิพล

ทั้งระดับบุคคล สัมพันธภาพ และสิ่งแวดล้อม⁽⁶⁾ ตัวอย่างเช่น ผลการศึกษาในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่นำแนวคิด SEM มาประยุกต์ใช้กับแนวคิดชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับสูงแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังส่งผลให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุก⁽⁷⁾ โดยช่องว่างของการวิจัยและแนวปฏิบัติที่ผ่านมาของการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชนมักมุ่งเน้นเพียงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล โดยขาดการบูรณาการกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงกลไกทางสังคมอย่างเป็นระบบทำให้ไม่เกิดความยั่งยืน ดังนั้น การประยุกต์ใช้ SEM จึงเป็นกุญแจสำคัญในการอุดช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษา โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว โรงเรียน และองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนพลังชุมชนสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ และปกป้องเยาวชนจากภัยของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ ทัศนคติและแนวโน้มพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาญจนบุรีก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่เน้นการออกแบบการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย⁽⁸⁾ ระยะเวลา 12 เดือน (สิงหาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2568) ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (สิงหาคม 2567 - เมษายน 2568)

ขั้นตอนที่ 1 และ 2 การสังเคราะห์และบูรณาการองค์ความรู้ โดยศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาผ่านการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ทฤษฎีที่ถูกประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น จากนั้นนำข้อมูลมาบูรณาการร่วมกับกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาสังคม (SEM) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมว่าสามารถช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิด SEM ผ่านโมเดล 5C's ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วม (Community Engagement) การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity Building) การสื่อสารสร้างสรรค์ (Creative Communication) การสร้างสภาพแวดล้อม (Change Environment) และการติดตามต่อเนื่อง (Continuous Monitoring) โดยมีเครื่องมือประกอบการใช้คือ คู่มือ แผนกิจกรรม และแบบประเมินความเหมาะสมร่างรูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.70 - 1.00

ขั้นตอนที่ 4 การหาประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Pilot Study) กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรเป้าหมาย จำนวน 10 คน ด้วยแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน - หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินค่าประสิทธิภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ (E_1/E_2) ผลการทดสอบพบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพ 84.16/80.02 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 80/80 ที่กำหนดไว้⁽⁹⁾

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (พฤษภาคม - สิงหาคม 2568) ดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำรูปแบบที่ผ่านการหาประสิทธิภาพไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้แผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน - หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ ทศนคติ และแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงประเมินความพึงพอใจของนักเรียนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานศึกษาขนาดใหญ่ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากาญจนบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ระดับ 0.60 โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยการพัฒนาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญหาทางสังคมต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น⁽¹⁰⁾ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.95 เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 (Type II error) ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน และเพื่อการสูญเสียของข้อมูลร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ 2) อ่านเขียนภาษาไทยได้คล่องแคล่ว และ 3) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่มีที่พักอาศัยประจำในจังหวัดกาญจนบุรี หรือมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาต่อเนื่อง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1

สุ่มโรงเรียนขนาดใหญ่ 1 แห่ง จากทั้งหมด 6 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) ชั้นที่ 2 สุ่มนักเรียนแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนชั้นปี ได้แก่ สุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 16 คน มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 16 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 18 คน ชั้นที่ 3 สุ่มรายชื่อนักเรียนตามจำนวนที่กำหนดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และกลุ่มผู้มีส่วนร่วมจำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานศึกษา 1 คน ครูผู้รับผิดชอบ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ผู้นำชุมชน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน ตำรวจ 1 คน และตัวแทนผู้ปกครอง 3 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงาน ณ ปัจจุบันอยู่ในพื้นที่สถานศึกษา และชุมชนขณะดำเนินการเก็บข้อมูล และเกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้จากการพัฒนาขึ้น
2. แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 6 ข้อ และแบบการวัดทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ⁽¹¹⁾
3. แบบวัดแนวโน้มพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ⁽¹¹⁾
4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบดังกล่าวที่พัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ โดยเครื่องมือข้อ 2-4 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้นเท่ากับ 0.80 แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.21 - 5.00 = มากที่สุด/เชิงบวกมาก, 3.41 - 4.20 = มาก/เชิงบวก, 2.61 - 3.40 = ปานกลาง, 1.81 - 2.60 = น้อย/เชิงลบ และ 1.00 - 1.80 = น้อยที่สุด/เชิงลบมาก⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลตัวเลขทั่วไปที่ได้จากแบบสอบถาม ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้การวิเคราะห์จากสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (วัดก่อน - หลังเข้าร่วมกิจกรรม) ของตัวแปรที่สนใจศึกษา ได้แก่ ระดับการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของลักษณะทางการวิจัยที่ดี และขอคำปรึกษาทางจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองหมายเลข EC. No. 30/2567 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนิเวศทางสังคมวิทยา (Social Ecology Model: SEM) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนด้วย 5C's Model ที่มุ่งเน้นการดำเนินการในการจัดกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดอิทธิพลจากหลายระดับของสภาพแวดล้อมทางสังคม ตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับนโยบาย การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน และหน่วยงานรัฐ เป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนโมเดล โดยผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมหลัก จำนวน 5 ครั้ง (ระยะเวลาดำเนินการรวม 4 เดือน) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมที่ดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิด 5C's Model

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ผลลัพธ์/ผลผลิต
1	(C1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement) - จัดประชุมระดมความเห็นของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน	ตัวแทนผู้บริหาร/ อาจารย์/ผู้ปกครอง/ อสม./จนท.สาธารณสุข/ ผู้นำชุมชน/ตำรวจ	สัปดาห์ที่ 1 เดือนที่ 1 (1 วัน)	1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแก่นักเรียนกลุ่มเป้าหมายด้วยโปรแกรม “SMOKE FREE HERO” 2. โครงการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ 3. โครงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี 4. แผนการติดตาม
2	(C2) การเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity Building) - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่นักเรียนกลุ่มเป้าหมายโปรแกรม “SMOKE FREE HERO” จำนวน 4 บทเรียน ระยะเวลาบทเรียนละ 1 ชั่วโมง	นักเรียนแกนนำ	สัปดาห์ที่ 2 เดือนที่ 1 (1 วัน)	- จำนวนนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 100
3	(C3) การสื่อสารสร้างสรรค์ (Creative Communication) - จัดกิจกรรมพัฒนาสื่อสร้างสรรค์เพื่อการประชาสัมพันธ์ร่วมกัน	อาจารย์/ นักเรียนแกนนำ/ จนท.สาธารณสุข	เดือนที่ 1 (1 วัน)	- อินโฟกราฟิกให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่สามารถส่งต่อทางสื่อออนไลน์ได้
4	(C4) การสร้างสภาพแวดล้อม (Change Environment) - วางแผนการปรับปรุง/สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 100 ในโรงเรียนและชุมชน แบบมีส่วนร่วม	ผู้บริหาร/ อาจารย์/ ผู้ปกครอง/นักเรียน แกนนำ/ อสม./ จนท.สาธารณสุข/ ผู้นำชุมชน/ตำรวจ	เดือนที่ 1 (1 วัน)	- การกำหนดใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นเผยแพร่ในช่องทางต่าง ๆ เช่น เฟสบุ๊ก สถานศึกษา อปท. และไลน์แอปพลิเคชันของหมู่บ้าน ทุก 2 สัปดาห์ - การทำป้ายเตือนภัยบุหรี่ติดในพื้นที่ชุมชนและสถานศึกษา

ตารางที่ 1 กิจกรรมที่ดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิด 5C's Model (ต่อ)

ครั้งที่	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	ผลลัพธ์/ผลผลิต
5	(C5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring) - จัดประชุมสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน เดือนละครั้ง (เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3) - ประเมินการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้าด้วยแบบสอบถาม (3 เดือนหลังดำเนินกิจกรรม ในครั้งที่ 2)	ผู้บริหาร/ อาจารย์/ ผู้ปกครอง/ นักเรียนแกนนำ/ อสม./ จนท.สาธารณสุข/ ผู้นำชุมชน/ตำรวจ	เดือนที่ 4 (1 วัน)	- แผนการเฝ้าระวัง/ ตรวจสอบชุมชน โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ - ข้อมูลนำเข้าเพื่อการปรับปรุง กิจกรรมที่ผ่านมา - ผลการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้าหลังเสร็จสิ้น การใช้รูปแบบ

ผลการประเมินร่างรูปแบบที่พัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (IOC = 0.80 – 1.00) และเมื่อนำไปทดลองใช้เบื้องต้นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากาญจนบุรี (ภาคเรียนที่ 1/2567) จำนวน 10 คน พบว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน โดยหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.08) เป็นระดับเชิงบวก (3.43) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (2.74) เป็นระดับเชิงบวก (3.43) นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังส่งผลให้แนวโน้มความตั้งใจในการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลงจากระดับปานกลาง (2.70) เหลือเพียงระดับความตั้งใจน้อย (2.40)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ผลการศึกษาของการใช้รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้

เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับเชิงลบ (Mean = 2.59, S.D. = 0.22) เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเชิงบวก (Mean = 4.68, S.D. = 0.31) ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าวอยู่ในระดับเชิงลบ (Mean = 1.53, S.D. = 0.63) เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับเชิงบวก (Mean = 3.86, S.D. = 0.38) ในขณะที่แนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงจากระดับตั้งใจมากที่สุดก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Mean = 4.23, S.D. = 0.51) เป็นระดับตั้งใจน้อย (Mean = 2.47, S.D. = 0.48) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการใช้รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น การรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = -39.16$, $t = -22.97$, $p\text{-value} < 0.01$ ตามลำดับ) ในขณะที่แนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 20.78$, $p\text{-value} < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อการรับรู้ ทศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและแนวโน้มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่าง (N = 50)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			MD	t	95% CI		p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล			upper	lower	
1. การรับรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า	2.59	0.22	เชิงลบ	4.68	0.31	เชิงบวก	-2.09	-39.16	-2.19	-1.98	0.00
2. ทศนคติเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า	1.53	0.63	เชิงลบ	3.86	0.38	เชิงบวก	-2.33	-22.97	-2.54	-2.13	0.00
3. แนวโน้ม พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ไฟฟ้า	4.23	0.51	ตั้งใจ มากที่สุด	2.47	0.48	ตั้งใจ น้อย	1.76	20.78	1.59	1.93	0.00

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.65, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรมมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก มีเพียง 3 ข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความหลากหลายเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม 2) รูปแบบกิจกรรมสามารถกระตุ้น แนวโน้มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 3) สื่อ

และแหล่งเรียนรู้มีความเหมาะสม ในขณะที่ผู้มีส่วนร่วม ในกิจกรรมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมการใช้รูปแบบดังกล่าวโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากเพียง 2 ข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบกิจกรรมสามารถกระตุ้นแนวโน้มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 2) สื่อและแหล่งเรียนรู้มีความเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อรายการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม (N=50)			ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรม (N=12)		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
1) รูปแบบกิจกรรมมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ	4.70	0.47	มากที่สุด	4.55	0.42	มากที่สุด
2) รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความสอดคล้องกับเนื้อหา	4.75	0.44	มากที่สุด	4.63	0.38	มากที่สุด
3) รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความหลากหลาย เป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง	4.50	0.61	มาก	4.58	0.51	มากที่สุด
4) รูปแบบกิจกรรมสามารถกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า	4.65	0.59	มากที่สุด	4.61	0.44	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (ต่อ)

ข้อรายการ	ผู้เข้าร่วมกิจกรรม (N=50)			ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรม (N=12)		
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล
5) รูปแบบกิจกรรมสามารถกระตุ้นทัศนคติเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า	4.65	0.49	มากที่สุด	4.57	0.43	มากที่สุด
6) รูปแบบกิจกรรมสามารถกระตุ้นแนวโน้มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้า	4.35	0.67	มาก	4.41	0.58	มาก
7) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเต็มใจในการเข้าร่วมทุกครั้ง	4.60	0.50	มากที่สุด	4.56	0.42	มากที่สุด
8) สื่อและแหล่งเรียนรู้มีความเหมาะสมเพียงพอ	4.40	0.75	มาก	4.46	0.61	มาก
9) เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.55	0.51	มากที่สุด	4.64	0.51	มากที่สุด
10) ภาพรวมในการจัดกิจกรรม	4.65	0.49	มากที่สุด	4.71	0.44	มากที่สุด

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวคิด 5C's Model มีความเหมาะสมและได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้แก่นักเรียนเพียงอย่างเดียว แต่ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาทางสังคม ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางสังคมนรอบตัว ความสำเร็จนี้สะท้อนผ่านองค์ประกอบของโมเดล โดยเฉพาะการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (C1) และการสร้างสภาพแวดล้อม (C4) ที่ตั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายภาคส่วน อาทิ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตำรวจ เข้ามาร่วมระดมความคิดเห็นและจัดทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินการในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิดการสร้าง “ภูมิคุ้มกันทางสังคม” จากฐานรากที่เปลี่ยนการทำงานจากรูปแบบบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชน ทำให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคมใหม่ (Social Norm) ที่ไม่ยอมรับบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับสูงกว่ามาตรการทั่วไป

สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹²⁾ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมใดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนก็ตาม ผู้อำนวยการโรงเรียนต้องมีความชัดเจนในการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ทั้งในด้านกำลังคน งบประมาณ วิธีการ และการจัดการ พร้อมทั้งควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยให้ข้อเสนอแนะว่าโรงเรียนควรหามาตรการควบคุมการจำหน่ายบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักเรียนบริเวณโดยรอบโรงเรียน และควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่มีบทบาทในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

ในขณะที่ผลการศึกษาข้างชี้ให้เห็นว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเปลี่ยนจากระดับเชิงลบไปสู่ระดับเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากประสิทธิภาพของกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพ (C2) ที่ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมประชุมเชิงปฏิบัติการ “SMOKE FREE HERO” มาใช้ควบคู่กับการให้นักเรียนแกนนำมีส่วนร่วมผลิตสื่อสร้างสรรค์ (C3) กระบวนการดังกล่าวเป็นการเรียนรู้แบบ Active Learning ที่เปิดโอกาสให้เยาวชนได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง แทนการรับฟังการบรรยายเพียงฝ่ายเดียว⁽¹⁾ การที่นักเรียน

ได้ลงมือผลิตสื่อรณรงค์ช่วยตอกย้ำความเข้าใจเรื่องพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้าให้ลึกซึ้งขึ้น จนเกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Restructuring) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ถูกต้องว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตราย ไม่ใช่สินค้าที่ปลอดภัยหรือทันสมัยตามค่านิยมที่ผิด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่า การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Risk) และทัศนคติที่ถูกต้องเป็นปราการด่านแรกในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง⁽¹³⁾

อย่างไรก็ดี สิ่งที่น่าสนใจที่สุดจากผลการใช้รูปแบบดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้คือ แนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างที่ลดลงจากระดับ "ตั้งใจมากที่สุด" เหลือเพียง "ตั้งใจน้อย" อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงอย่างมากของเจตนาเชิงพฤติกรรมนี้ ไม่ได้เกิดจากความรู้อย่างเดียว แต่อาจเป็นผลพวงจากการดำเนินงานในองค์ประกอบการสร้างสภาพแวดล้อม (C4) ซึ่งการสร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 100 ทั้งในโรงเรียนและชุมชน เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดปัจจัยกระตุ้น (Cues to Action) และลดโอกาสในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า และการมีมาตรการติดตามอย่างต่อเนื่อง (C5) โดยเครือข่ายชุมชนและตำรวจ อาจสามารถช่วยสร้างระบบเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง ทำให้นักเรียนตระหนักว่าสังคมรอบข้าง "เอาจริงเอาจัง" เมื่อผนวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ช่วยสอดส่องดูแลจึงเกิดเป็นแรงกดดันทางสังคมเชิงบวก (Positive Social Pressure) ที่สามารถยับยั้งความตั้งใจในการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎี SEM ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะยั่งยืนได้ ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและนโยบายในระดับชุมชนควบคู่ไปด้วย^(12,14,15)

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาทางสังคม เป็นแนวคิด 5C's Model

ด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง (ระยะเวลาดำเนินการรวม 4 เดือน) ได้แก่ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (C1) โดยจัดประชุมระดมความเห็นของผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน/จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน 2) การเสริมสร้างศักยภาพ (C2) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่นักเรียนแกนนำด้วยโปรแกรม "SMOKE FREE HERO" จำนวน 4 บทเรียน ระยะเวลาบทเรียนละ 1 ชั่วโมง แล้วประเมินการรับรู้ทัศนคติ และแนวโน้มพฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 3) การสื่อสารสร้างสรรค์ (C3) โดยการจัดกิจกรรมพัฒนาสื่อสร้างสรรค์เพื่อการประชาสัมพันธ์ร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน 4) การสร้างสภาพแวดล้อม (C4) โดยวางแผนการปรับปรุง/สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 100 ในโรงเรียนและชุมชน ร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน และ 5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง (C5) ติดตามผลการประเมินการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (3 เดือนหลังดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2)

ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ช่วยทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และยังช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรม และผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบดังกล่าวโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ระดับนโยบายสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาหรือผู้บริหารทางการสาธารณสุข ควรพิจารณานำรูปแบบ 5C's Model ไปบรรจุเป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

ภายนอก (C1) ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญกว่า การดำเนินการโดยลำพังของโรงเรียน

- การจัดการเรียนรู้เชิงรุก ควรส่งเสริมให้มีการนำ ชุดกิจกรรม "SMOKE FREE HERO" หรือกิจกรรมที่เน้น การเสริมสร้างศักยภาพ (C2) และการสื่อสารสร้างสรรค์ (C3) ไปบูรณาการในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนหรือกิจกรรม ลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้ เนื่องจากผลการวิจัยชี้ว่า กระบวนการนี้สามารถปรับเปลี่ยนเจตคติจากลบเป็นบวก ได้อย่างมีนัยสำคัญ

- การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคม องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนควรนำแนวคิด การสร้าง สภาพแวดล้อม (C4) ไปขยายผล โดยการประกาศนโยบาย สาธารณะระดับชุมชนที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 100 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเข้าถึงของเยาวชน ซึ่งจะช่วยเสริมแรงมาตรการของโรงเรียนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควร พิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) หรือเพิ่มกลุ่ม เปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้อย่างชัดเจนและลดอคติจากปัจจัยภายนอก

- ด้านระยะเวลาการติดตามผล การศึกษานี้ มีระยะเวลาติดตามผลเพียง 3 เดือนหลังดำเนินกิจกรรม การวิจัยในอนาคตควรเป็นการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการคงอยู่ของทัศนคติที่ถูกต้อง

- ด้านกลุ่มตัวอย่าง ควรขยายขอบเขตการศึกษา ไปยังบริบทที่หลากหลายขึ้น เช่น โรงเรียนขนาดเล็ก (โรงเรียนขยายโอกาส) หรือเปรียบเทียบผลระหว่าง พื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อทดสอบความเที่ยงตรง ภายนอก (External Validity) ของ 5C's Model

- การศึกษาเชิงคุณภาพ ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพิ่มเติม เพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยความสำเร็จหรืออุปสรรค ในแต่ละองค์ประกอบของ 5C's Model เช่น การสัมภาษณ์ เจาะลึก (In-depth Interview) นักเรียนกลุ่มที่ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมได้ยาก เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความละเอียดอ่อนและจำเพาะเจาะจงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. อรณิชา ชำนาญศิลป์, เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์. ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎี ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;30(1):88-100.
2. Jerzyński T, Stimson GV, Shapiro H, Król G. Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. Harm Reduct J. 2021;18(1):109. doi: 10.1186/s12954-021-00556-7
3. วันเฉลิม รัตพร, ธนากร วรัมย์พร, สุภัชญา ยศประกอบ, วิภาวิน โหมสูงเนิน, ธวรรธน์ ยุทธชัย, รัชนิกร เครือซารี. ความชุก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนไทย. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2568;21(3):7-16
4. Department of Disease Control. Global Youth Tobacco Survey Fact Sheet Thailand 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 18]. Available from: <https://shorturl.at/pxEtl>
5. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, สันติ ทวยมิถุทธิ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(5):824-33.
6. พรรณี ปานเทวัญ. โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารพยาบาล ทหารบก. 2560;18(2):7-15.
7. ศิริรักษ์ ปานเกตุ, พรสุข ฟูนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4. วารสาร สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(7): 132-48.

8. ศิริชัย กาญจนวาสี. การวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2559;8(2):1-18.
9. มานิตย์ อาษานอก. การพัฒนาและหาประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพนวัตกรรมสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง. วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;1(2):9-18.
10. ปิยะวดี พุฒไทย, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญญาทางสังคม ต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการ สุขภาพ. 2566;18(1):50-9.
11. ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย. การรับรู้ ทศนคติ และ พฤติกรรมที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
12. อนัน โคนสันเทียะ. การพัฒนารูปแบบการบริหาร จัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการ สูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2567; 10(1):154-75.
13. Burchfield K, Doyle D, Mantey D, Bennett T, Baus A. The CATCH My Breath Vaping Prevention Curriculum: An Evaluation of Impacts in Central Appalachian Middle and High Schools, 2019-2023. J Prim Care Community Health. 2024;15:2150131924 1277393.
14. ปิยะวดี พุฒไทย, นันทวัช เมตตากุลพิทักษ์, จิตรานุช หอมแมน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของ โปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนชั้นประถม ศึกษาดอนปลาย อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาล. 2567;74(1):20-9.
15. วิชุดา กลิ่นหอม, ฐิติมา หอมทรัพย์. การเสริมพลัง แกนนำนักเรียนทางด้านสุขภาพในการรณรงค์ ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา: บทบาทพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;10(2):143-54.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยกำหนดทางสังคมเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในประเทศไทย: การประยุกต์การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสองส่วน

Socioeconomic Determinants of Healthcare Utilization and Medical Expenditure among Older Adults in Thailand: A Two-Part Model Approach

วารังกรรัตน์ ฎาณวรรณ (ปร.ด.)*, ฉัตรชัย เพ็งจันทร์ (ปร.ด.)*

Warangrat Danawan (Phd.Demography)*, Chatchai Pengchan (Phd.Demography)*

* นักวิจัยอิสระ

* Independent Researcher

ชื่อผู้ประสานงาน: วารังกรรัตน์ ฎาณวรรณ อีเมลผู้ประสานงาน: chwarangrat@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 19 ธ.ค. 2568
วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2569
วันตอบรับ: 27 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การใช้บริการสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญเชิงนโยบาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดทางสังคมเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการสถานพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,295 คน วิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสองส่วน (two-part model) โดยใช้โลจิสติกส์เกรสชันในขั้นการเข้ารับบริการ และ Generalized Linear Model (Gamma distribution) ในขั้นระดับค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 46.95 เข้ารับบริการสถานพยาบาล ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโอกาสการใช้บริการ (OR = 1.48, 95% CI: 1.00–2.19) ขณะที่การมีโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้บริการ สำหรับภาระค่าใช้จ่าย พบว่าผู้สูงอายุในครัวเรือนขนาดกลาง (6–12 คน) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าครัวเรือนขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างของระดับค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการแตกต่างจากปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาระค่าใช้จ่าย ในเชิงนโยบาย การศึกษานี้สามารถสังเคราะห์เพื่อสนับสนุนให้มีความสำคัญกับการลดความแตกต่างเชิงพื้นที่ในการเข้าถึงบริการ

การปรับปรุงประสิทธิภาพสิทธิประโยชน์เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำควบคู่กับการสนับสนุนครัวเรือนขนาดเล็ก

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ; ระบบประกันสุขภาพ

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, making healthcare utilization and healthcare costs for the elderly a key policy issue. This study aims to analyze socio-economic determinants related to healthcare service utilization behavior and healthcare costs among the elderly in Thailand. Secondary data from the 2023 Socio-Economic Survey of Households were used, with a sample of 2,295 elderly individuals aged 60 years and older. A two-part model was employed, employing logistic regression for the level of service utilization and a Generalized Linear Model (Gamma distribution) for the level of expenditure. The results showed that 46.95% of elderly individuals utilized healthcare services. Education level had a positive correlation with the opportunity to utilize services (OR = 1.48, 95% CI: 1.00–2.19), while the presence of chronic diseases was significantly correlated with service utilization. Regarding healthcare costs, elderly individuals in medium-sized households (6–12 people) had significantly lower healthcare expenditures than those in small households. Furthermore, differences in expenditure levels were found among different health insurance coverage groups. The findings indicate that factors related to service access differ from those related to expenditure levels. From a policy perspective, this study can be used to promote the importance of reducing spatial disparities in healthcare access. Improving the efficiency of benefits to reduce unnecessary expenses and promoting health literacy among older adults with low levels of education, along with supporting small households.

Keywords: elderly; access to healthcare; healthcare expenditure; health insurance system

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดหรือราว 13.60 ล้านคน⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับโรคเรื้อรังที่ต้องการการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูง

เบาหวาน กลุ่มอาการเมแทบอลิซึมหรือโรคข้อเข่าเสื่อม^(2,3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทว่าการใช้บริการในทางปฏิบัติมิได้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากยังสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยด้านความจำเป็นในลักษณะที่ซับซ้อน⁽⁴⁾ ความแตกต่างด้านการศึกษา รายได้ โครงสร้างครัวเรือน และบริบทเชิงพื้นที่ จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง

มีพฤติกรรมเลือกดูแลตนเอง ซึ่อย่าจากร้านขายยา หรือใช้วิธีรักษาทางเลือกเมื่ออาการไม่รุนแรง เพื่อลดภาระการเดินทางและเวลา ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการทำงานและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการตัดสินใจดังกล่าว⁽⁵⁾

ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เพื่อเพิ่มความเสมอภาคและลดภาระค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾ โดยเฉพาะนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ความไม่เท่าเทียมระหว่างกลุ่มรายได้และระหว่างชนบท เมื่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุยากจนได้มากขึ้น^(7,8) แม้มีอุปสรรคด้านความสามารถในการจ่าย จะลดลงยังคงปรากฏให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเชิงพื้นที่ เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลพบเจอปัญหาในด้านข้อจำกัดด้านจำนวนสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคม⁽⁹⁾ ระยะทาง เวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายแฝงที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรืออาศัยอยู่ลำพัง⁽¹⁰⁾ การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแสดงถึงความไม่เสมอภาคตามความจำเป็นทางสุขภาพอย่างแท้จริง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพก็มีบทบาทต่อพฤติกรรมการใช้บริการเช่นกันไม่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบในกรอบเชิงกระบวนการ^(5,11)

งานศึกษาด้านการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยช่วยอธิบายทั้งการเข้าถึงบริการและภาระค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดเชิงการวิเคราะห์ที่สำคัญ กล่าวคือการตัดสินใจเข้ารับบริการและระดับค่าใช้จ่ายมักถูกศึกษาแยกจากกัน ทั้งที่ในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพพลกัทั้งสองเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก⁽¹²⁾ ขณะเดียวกัน งานวิจัยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับ

ผลด้านการเงินมากกว่าบทบาทของระบบประกันสุขภาพต่อพฤติกรรมการตัดสินใจใช้บริการและการวิเคราะห์ความแตกต่างเชิงพื้นที่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังสูงก็ยังมีอยู่อย่างจำกัด ถึงแม้หลักฐานเชิงระบบสุขภาพจะพบว่าความพร้อมของทรัพยากรและโครงสร้างบริการแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค⁽¹³⁾ การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทั้งการเข้าถึงบริการและภาระค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ของผู้สูงอายุในกรอบการวิเคราะห์เดียวกัน โดยคำนึงถึงบทบาทของระบบประกันสุขภาพและความแตกต่างเชิงพื้นที่ ผ่านแบบจำลองสองส่วนที่เหมาะสมกับข้อมูลผู้สูงอายุที่มีการกระจายตัวของค่าใช้จ่ายไม่สม่ำเสมอ เพื่อให้ผลการศึกษาศาสามารถใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการออกแบบนโยบายที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุของไทยได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการใช้บริการสถานพยาบาล
3. เพื่อวิเคราะห์บทบาทของระบบหลักประกันสุขภาพและความแตกต่างเชิงพื้นที่ที่มีต่อการเข้าถึงและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสถานพยาบาล ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และบทบาทของระบบประกันสุขภาพ รวมถึงความแตกต่างเชิงพื้นที่ในการเข้าถึงบริการและภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 2,295 คน ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับการใช้บริการสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ระบบประกันสุขภาพและลักษณะทางสังคมและประชากร

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่สำรวจ และ (2) มีข้อมูลครบถ้วนในตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือผู้ที่มีข้อมูลสูญหายในตัวแปรตามหรือตัวแปรอิสระหลัก

การศึกษานี้จัดการข้อมูลสูญหายด้วยวิธีการคัดออกเป็นรายกรณี (listwise deletion) เนื่องจากสัดส่วนข้อมูลสูญหายอยู่ในระดับต่ำและไม่ส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม

ตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรตามประกอบด้วย (1) พฤติกรรมการใช้บริการสถานพยาบาล วัดจากผู้สูงอายุได้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลใด ๆ ในช่วงเวลาที่กำหนดหรือไม่ โดยสร้างเป็นตัวแปรทวิภาค (binary variable) กำหนดค่า = 1 มีการเข้ารับบริการ และ = 0 ไม่เข้ารับ และ (2) ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่เข้ารับบริการแล้ว วัดจากจำนวนเงินที่จ่ายจากกระเป๋าตนเองในกลุ่มที่มีการใช้บริการเท่านั้น และอาจแปลงค่าด้วยลอการิทึมเพื่อลดความเบ้ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค ประเภทโรคเรื้อรัง และประเภทหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดเป็นตัวแปรทวิภาค ตัวแปรจัดกลุ่ม หรือเชิงปริมาณตามลักษณะของข้อมูลและกำหนดกลุ่มอ้างอิงในการวิเคราะห์ตามความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสถานพยาบาล โดยใช้แบบจำลอง Generalized Linear Model ในรูปแบบ Binary Logistic Regression กำหนดให้ตัวแปรตามเป็นตัวแปรทวิภาค (เข้ารับบริการ = 1, ไม่เข้ารับบริการ = 0)

และใช้ Binary Logistic Regression ในการประมาณค่าและสมมติให้ตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบทวินาม (binomial distribution) และ (3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่เข้ารับบริการแล้ว โดยใช้แบบจำลอง GLM ที่เหมาะสมกับการกระจายของข้อมูลค่าใช้จ่ายภายใต้กรอบแบบจำลองสองส่วน (two-part model) ก่อนการประมาณค่า ได้มีการตรวจสอบปัญหา multicollinearity ด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยกำหนดเกณฑ์ไม่เกิน 10 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$) การประมวลผลข้อมูลทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม STATA ภายใต้มาตรการรักษาความลับของข้อมูลระดับบุคคลอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 2,295 คน โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 51.28 และเพศหญิงร้อยละ 48.72 ในด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับกลางร้อยละ 79.65 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 6.89 และระดับต่ำร้อยละ 6.63 ในสถานภาพการทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจครอบครัวร้อยละ 96.43 ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีเพียงร้อยละ 2.27 และเจ้าของธุรกิจร้อยละ 1.31 ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายुर้อยละ 56.71 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคซึ่งโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 30.33 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.61 ขณะที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 43.29 ในด้านสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 83.27 และใช้สิทธิประกันสังคมหรือเอกชนร้อยละ 16.73

2. การตัดสินใจไปใช้บริการสถานพยาบาลของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไปใช้บริการสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองโลจิสติก (Logistic Regression) ซึ่งการมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลถูกใช้เป็นตัวแทนของการเข้ารับบริการสถานพยาบาล (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสการมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล (Logistic Regression)

ตัวแปร	OR	SE	p-value	95% CI
เพศ (กลุ่มอ้างอิง-เพศหญิง)	1.05	0.09	0.58	0.88 – 1.25
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง-เคยสมรส)	0.76	0.16	0.18	0.50 – 1.14
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง-ต่ำ)				
- ปานกลาง	1.14	0.20	0.47	0.80 – 1.61
- สูง	1.48	0.29	0.05	1.00 – 2.19
สถานภาพการทำงาน (กลุ่มอ้างอิง-ว่างงาน)				
- เจ้าของธุรกิจ	0.85	0.34	0.69	0.39 – 1.85
- ธุรกิจครอบครัว	1.07	0.57	0.91	0.37 – 3.04
- ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	0.76	0.46	0.65	0.23 – 2.51
- บริษัทเอกชน	0.60	0.24	0.19	0.28 – 1.30
ขนาดครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง-ไม่เกิน 5 คน)				
- 6-12 คน	1.09	0.19	0.61	0.78 – 1.53
- มากกว่า 12 คน	1.27	1.81	0.87	0.08 – 20.82
พื้นที่ (กลุ่มอ้างอิง-เขตเมือง)	0.89	0.08	0.20	0.75 – 1.06
ภูมิภาค (กลุ่มอ้างอิง-กรุงเทพฯ)				
- ภาคกลาง	1.25	0.31	0.35	0.78 – 2.02
- ภาคเหนือ	1.10	0.27	0.69	0.68 – 1.79
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.79	0.19	0.32	0.49 – 1.27
- ภาคใต้	0.90	0.23	0.68	0.54 – 1.49
โรคเรื้อรัง (กลุ่มอ้างอิง-ไม่มีโรค)				
- ความดันโลหิตสูง	0.59	0.08	0.00	0.46 – 0.76
- เมแทบอลิซึม	0.38	0.04	0.00	0.31 – 0.47
- โรคเรื้อรังอื่น ๆ	0.42	0.07	0.00	0.31 – 0.57
สิทธิประกัน (กลุ่มอ้างอิง-ประกันสังคม/เบี้ย)	0.91	0.12	0.46	0.70 – 1.18

หมายเหตุ: OR = Odds Ratio

ผลการประมาณค่าแบบจำลองโลจิสติก เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสการเกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชากรไทย พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสที่จะเกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ 1.48 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.48, $p < 0.05$)

ในทางตรงกันข้ามการมีโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคความดันโลหิตสูง โรคเมแทบอลิซึมและโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีโอกาสการเกิดค่าใช้จ่ายต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.59, 0.38 และ 0.42 ตามลำดับ; $p < 0.001$)

สรุปผลการวิเคราะห์ในส่วนที่หนึ่งของ Two-part model สนับสนุนแนวคิดว่าการระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้าสู่การใช้บริการสุขภาพ ซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสถานะสุขภาพมากกว่าปัจจัยเชิงโครงสร้าง

3. ระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และปัจจัยที่มีผลต่อระดับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีการใช้บริการ ผลการวิเคราะห์ในวัตถุประสงค์นี้ใช้แบบจำลอง Generalized Linear Model (GLM) ภายใต้สมมติฐานการแจกแจงแบบ Gamma และฟังก์ชันเชื่อมโยงแบบลอการิทึม (ตารางที่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่าศูนย์ แสดงให้เห็นว่า

ปัจจัยด้านโครงสร้างครัวเรือน สถานภาพสมรส สถานะการทำงาน ประเภทรโรคและสิทธิการประกันสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อความรุนแรงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านประชากรพื้นฐาน โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส (เคยสมรส) มีระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าคนโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล (GLM – Gamma distribution with log link)

ตัวแปร	Coef.	SE	p-value	95% CI
เพศ (กลุ่มอ้างอิง-เพศหญิง)	0.08	0.38	0.83	-0.67 – 0.83
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง-เคยสมรส)	1.31	0.33	0.00	0.67 – 1.94
การศึกษา (กลุ่มอ้างอิง-ต่ำ)				
- ปานกลาง	-0.55	0.28	0.05	-1.09 – -0.01
- สูง	0.57	0.55	0.30	-0.50 – 1.64
สถานภาพการทำงาน (กลุ่มอ้างอิง-กลุ่ม 1)				
- กลุ่ม 2	-0.32	0.69	0.64	-1.67 – 1.03
- กลุ่ม 3	-2.15	0.72	0.00	-3.56 – 0.75
ขนาดครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง-น้อยกว่า 5 คน)				
- 6-12 คน	-1.75	0.29	0.00	-2.32 – 1.18
- มากกว่า 12 คน	0.244	0.31	0.43	-0.36 – 0.85
พื้นที่ (กลุ่มอ้างอิง-เขตเมือง)	0.454	0.36	0.20	-0.25 – 1.16
ภูมิภาค (กลุ่มอ้างอิง-กรุงเทพฯ)				
- ภาคกลาง	0.46	0.40	0.26	-0.34 – 1.25
- ภาคเหนือ	0.81	0.48	0.09	-0.12 – 1.75
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.62	0.50	0.22	-0.36 – 1.59
- ภาคใต้	1.17	0.58	0.04	0.04 – 2.30
โรคเรื้อรัง (กลุ่มอ้างอิง-ไม่มีโรคเรื้อรัง)				
- ความดันโลหิตสูง	0.11	0.44	0.80	-0.76 – 0.98
- เมแทบอลิซึม	-0.65	0.31	0.04	-1.25 – 0.04
- โรคเรื้อรังอื่น ๆ	0.46	0.49	0.35	-0.50 – 1.41
สิทธิประกัน (กลุ่มอ้างอิง-ประกันสังคม/เบี้ย)	1.10	0.45	0.02	0.21 – 1.99

หมายเหตุ: ค่า Coef. เป็น log-scale

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปานกลางมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ขนาดครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ โดยครัวเรือนขนาดกลาง (6–12 คน) มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำกว่าครัวเรือนขนาดเล็กอย่างชัดเจน ขณะที่ครัวเรือนขนาดใหญ่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแสดงว่าภายในครัวเรือนมีการพึ่งพาการดูแลกันเอง ซึ่งช่วยลดความจำเป็นในการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง

ด้านภูมิภาคไม่พบความแตกต่างของระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาคอาจเกี่ยวข้องกับความพร้อมของสถานพยาบาลระดับบริการที่เข้าถึงได้และรูปแบบการให้บริการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

ด้านปัจจัยสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเมแทบอลิซึมมีระดับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่มีโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าลักษณะการดูแลรักษาโรคกลุ่มนี้ที่เน้นการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิและการควบคุมอาการมากกว่าการรักษาแบบเฉียบพลัน อีกทั้งสิทธิประโยชน์ของรัฐยังครอบคลุมค่ายาพื้นฐานสำหรับโรคในกลุ่มเมแทบอลิซึมเกือบทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ป่วยฉุกเฉิน ขณะที่โรคเรื้อรังประเภทอื่นไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับค่าใช้จ่ายและการที่สิทธิประกันสังคมหรือประกันเอกชนมีค่าความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าใช้จ่าย (Coef = 1.095, $p < 0.05$)

4. บทบาทของระบบประกันสุขภาพและความแตกต่างเชิงพื้นที่ (ภูมิภาค) ต่อการเข้าถึงและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
ผลการวิเคราะห์ในส่วนที่สองของ Two-part model

แสดงให้เห็นว่าระบบประกันสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจไปใช้บริการสถานพยาบาลและต่อระดับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่อยู่ในระบบประกันมีแนวโน้มเข้าถึงบริการและมีภาระค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน ยังพบความแตกต่างเชิงพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญถึงแม้จะอยู่ภายใต้ระบบประกันเดียวกันให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค ยังคงส่งผลกระทบต่อทั้งการเข้าถึงบริการและภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในประเทศไทย

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการเข้ารับบริการสถานพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นกระบวนการตัดสินใจแบบสองขั้นตอนอย่างชัดเจน ได้แก่ การตัดสินใจเข้ารับบริการและระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภายหลังการใช้บริการ การใช้แบบจำลองสองส่วน (two-part model) จึงเหมาะสมในการแยกบทบาทของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการออกจากปัจจัยที่กำหนดภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาด้านการใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุในหลายประเทศ⁽¹⁴⁾

ผลการวิเคราะห์ส่วนที่ 1 (Logistic regression) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและความจำเป็นด้านสุขภาพ (need factors) โดยเฉพาะระดับการศึกษาและการมีโรคเรื้อรังมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อโอกาสในการเข้ารับบริการสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มใช้บริการมากกว่า แสดงให้เห็นว่าการศึกษาส่งผลให้เข้าใจบทบาทในการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามกรอบแนวคิดทุนสุขภาพ (health capital theory) ที่มองว่าสุขภาพเป็นผลของการลงทุนเชิงพฤติกรรมและข้อมูลข่าวสารของบุคคล ซึ่งสะท้อนบทบาทของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และความสามารถในการประเมินความรุนแรงของอาการ รวมถึงการตัดสินใจเชิงต้นทุนเวลาและต้นทุนโอกาส (time and opportunity cost) กับกรอบแนวคิดพฤติกรรม

การใช้บริการสุขภาพว่าปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเอื้อเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ^(15,16) ขณะเดียวกันการมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเมแทบอลิซึม เป็นปัจจัยด้านความจำเป็นที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่เป็นกลไกคุ้มครองทางการเงินที่สำคัญช่วยให้เข้าถึงบริการได้โดยไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล การมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้หมายถึงการเกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ตลอดเวลา แต่เป็นรูปแบบการดูแลรักษาแบบต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมักอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพและการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นหลัก ทำให้ไม่จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในบางช่วงของการสำรวจ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงลักษณะการกระจายของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีศูนย์ (zero expenditures) จำนวนมากแม้ในกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย^(17,18) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่าภาระโรคเรื้อรังเป็นแรงผลักดันหลักในการใช้บริการทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในภาคใต้มีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าภูมิภาคอื่นแม้จะอยู่ภายใต้ระบบประกันเดียวกัน ซึ่งเห็นถึงความแตกต่างด้านโครงสร้างราคาและบริการการกระจุกตัวของสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และลักษณะปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (area-based health profile)

ในด้านประชากรและเศรษฐกิจสังคมอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน ขนาดครัวเรือน พื้นที่อยู่อาศัยและภูมิภาค ไม่พบความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลนั้นหมายถึงลักษณะการครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยที่ช่วยลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและทำให้ความแตกต่างด้านโอกาสการใช้บริการสุขภาพระหว่างกลุ่มสิทธิลดลง⁽³⁾

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ส่วนที่ 2 (Gamma regression with log-link) ซึ่งวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสถานพยาบาลแล้ว พบว่าปัจจัย

ที่กำหนดระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีลักษณะแตกต่างจากปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจเข้ารับบริการในขั้นแรกอย่างชัดเจน การที่ผู้สูงอายุผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้บริการสุขภาพและระดับค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์⁽²⁰⁾ และการศึกษาของผู้สูงอายุในระดับปานกลางช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรคทำให้ลดความจำเป็นในการใช้บริการที่มีต้นทุนสูง ขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษาสูงอาจมีแนวโน้มเลือกใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและราคาสูงขึ้น สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับกับแนวคิดการลงทุนด้านสุขภาพ⁽⁶⁾ โดยเฉพาะบทบาทของประกันสุขภาพซึ่งแม้จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการในขั้นแรกสามารถช่วยควบคุมหรือจำกัดระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในขั้นที่สอง ผลลัพธ์นี้สะท้อนกลไกของระบบประกันสุขภาพในการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน (financial risk protection) มากกว่าการกระตุ้นให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เกินความจำเป็น^(3,8)

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์แบบ Gamma log-link ยังชี้ให้เห็นว่าความรุนแรงและลักษณะของโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรค แม้จะอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพก็ตาม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า ระบบหลักประกันสุขภาพสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าดตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่สามารถขจัดความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความซับซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ทั้งหมด⁽⁴⁾ สะท้อนถึงปรากฏการณ์ Moral Hazard และพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการที่เน้นความสะดวกหรือสถานพยาบาลเอกชนที่มีราคาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งความคุ้มครองด้านการเงินที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น⁽²¹⁾

ในด้านสถานภาพการทำงานมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่ำ แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัด

ด้านรายได้และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่าข้อจำกัดทางเศรษฐกิจมีผลโดยตรงต่อระดับความรุนแรงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แม้ในบริบทที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹³⁾

ผลการวิเคราะห์จากแบบจำลอง two-part model ชี้ให้เห็นว่าระบบประกันสุขภาพมีบทบาทแตกต่างกันในแต่ละขั้นตอน โดยเป็นทั้งปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการและกลไกคุ้มครองความเสี่ยงด้านการเงินในขั้นของค่าใช้จ่าย สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพควบคู่กับการดูแลโรคเรื้อรังเชิงรุก และการกระจายทรัพยากรสุขภาพอย่างเป็นธรรม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการใช้ข้อมูลทุติยภูมิแบบภาคตัดขวางและไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายแฝง จึงอาจประเมินภาระค่าใช้จ่ายต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้การอภิปรายผลยังขาดการเชื่อมโยงเชิงกลไกกับกรอบทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สุขภาพและการเปรียบเทียบในระดับสากลการบูรณาการกรอบแนวคิดของ Andersen และทฤษฎีทุนสุขภาพของ Grossman รวมถึงการอภิปรายประเด็น moral hazard เทียบกับ unmet needs อย่างเป็นระบบ จะช่วยยกระดับความลุ่มลึกทางวิชาการ และความแข็งแกร่งของบทความในระดับนานาชาติ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองสองส่วน (Two-part model) เพื่อวิเคราะห์ทั้งการตัดสินใจเข้ารับบริการและระดับภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและการมีโรคเรื้อรังเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนบทบาทของทุนมนุษย์และความจำเป็นด้านสุขภาพ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพช่วยลดอุปสรรคทางการเงินและส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่ใช้บริการแล้ว ค่าใช้จ่ายยังแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรคและประเภหสิทธิประกันสุขภาพ เนื่องจากแต่ละกองทุนมีโครงสร้างสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินต่างกัน โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวและระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

สำหรับผู้ป่วยในสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ส่วนประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมีความยืดหยุ่นในการเข้าถึงบริการมากกว่าจึงมีแนวโน้มเกิดค่าใช้จ่ายรวมสูงกว่า ความแตกต่างเชิงโครงสร้างนี้แสดงให้เห็นถึงประเด็นความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบคุ้มครองทางการเงินที่ควรได้รับการพิจารณาในระยะยาว

ผลการศึกษาี้ยังมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นตัวแทนสำคัญของความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมมีแนวโน้มเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างเหมาะสม รู้จักเลือกใช้บริการตามระดับความจำเป็นและสามารถจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อทั้งความถี่ของการใช้บริการและระดับค่าใช้จ่ายในระยะยาว ดังนั้นผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการขยายความคุ้มครองทางการเงิน แต่ควรควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการออกแบบกลไกประกันสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะโรคเรื้อรังและความแตกต่างเชิงพื้นที่ เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในบริบทสังคมสูงอายุอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับการเข้าถึงบริการ (Access) ควรลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งกระจายทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเป็นธรรมระหว่างภูมิภาคและส่งเสริมรูปแบบบริการเชิงรุก เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่และการแพทย์ทางไกล เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบความแตกต่างของรูปแบบการใช้บริการระหว่างภูมิภาค
2. ระดับภาระค่าใช้จ่าย (Cost) ควรเพิ่มประสิทธิภาพสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรังและการควบคุมการใช้บริการที่มีต้นทุนสูง

เพื่อจำกัดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมการใช้บริการเกินความจำเป็น (moral hazard) ซึ่งสะท้อนจากความแตกต่างของระดับค่าใช้จ่ายระหว่างกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพ

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Literacy) ควรยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบควบคู่กับการสนับสนุนบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างการตัดสินใจใช้บริการอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นบทบาทของระดับการศึกษาและโครงสร้างครัวเรือนต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์; 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/Page_SYB_TH.html
2. Knodel J, Teerawichitchainan B, Pothisiri W, Prachuabmoh V. The situation of Thailand's older population: An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. Ann Arbor (MI): Population Studies Center, University of Michigan; 2015.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
5. สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์. ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค). วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;15(5):685-96.
6. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. 2018;391(10126):1205-23.
7. Netithanakul A, Soonthornhdhada K. Equity in health care utilization of the elderly: evidence from Kanchanaburi DSS, Thailand. J Popul Soc Stud [Internet]. 2009 [cited 2026 Mar 1];18(1):103-22. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/84662>
8. Khananurak B. Equity of health care utilization among Thai elderly in Kanchanaburi Demographic Surveillance System (KDSS). J Health Res [Internet]. 2018 [cited 2026 Mar 1];24(Suppl 1):S7-12. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/156996>
9. Yamabhai I, Johns B, Limwattananon S, Khunthason S, Wibulpolprasert S. Health service utilization and expenditure of older persons in Thailand: equity and policy implications. BMC Health Serv Res. 2014;14:403.
10. Kullanit T, Taneepanichskul S. Travel distance and health service utilization among older adults in Thailand. J Health Res. 2018;32(5):395-406.
11. Yamano P, Wanaratwichit C. Factors influencing health service utilization behavior among the elderly in Uttaradit Province. J Public Health Syst Res [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 1];7(2):89-101.

- Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHSR/article/view/274936>
12. Duan N, Manning WG, Morris CN, Newhouse JP. A comparison of alternative models for the demand for medical care. *J Bus Econ Stat.* 1983;1(2):115-26. doi: 10.2307/1391852
 13. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bull World Health Organ.* 2010;88(6):402-3.
 14. Mullahy J. Much ado about two: reconsidering retransformation and the two-part model in health econometrics. *J Health Econ.* 1998;17(3):247-81.
 15. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ.* 1972;80(2):223-55.
 16. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-visiting Andersen's behavioral model of health services use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psychosoc Med.* 2012;9:Doc11.
 17. Deb P, Norton EC. Modeling health care expenditures and use. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:489-505.
 18. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet.* 2015;385(9967):549-62. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
 19. Limwattananon S, Neelsen S, O'Donnell O, Prakongsai P, Tangcharoensathien V, van Doorslaer E. Universal coverage on a budget: impacts on health care utilization and out-of-pocket expenditures in Thailand. Rotterdam: Tinbergen Institute; 2013. (Tinbergen Institute Discussion Paper No. 13-067/V).
 20. Kim HK, McKenry PC. The relationship between marriage and psychological well-being: a longitudinal analysis. *J Fam Issues.* 2002;23(8):885-911.
 21. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *J Health Econ.* 2007;26(1):82-100.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

The effectiveness of cardiovascular diseases prevention behavioral promotion program applying PRECEDE Model with online health coaching among hypertension patients in Ploungthong subdistrict, Bothong district, Chonburi Province.

ปวีณรัตน์ รักษาติ (ส.บ.)*, ศศิชา วงศา (ส.บ.)*, พัชราภรณ์ พุมเจาะ (ส.บ.)*,
กชพร มากชุมแสง (ส.บ.)*, ณฐกร นิลเนตร (ส.ด.)*, อีรวรรณ เสือตาด (ส.บ.)**

Pawanrat Rakchat (B.P.H.)*, Sasicha Wongsra (B.P.H.)*, Patcharaporn Pumjoh (B.P.H.)*,
Kodchaphon Makchumsaeng (B.P.H.)*, Nathakon Nilnate (Dr.P.H.)*, Theerawan sueatad (B.P.H.)**

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Faculty of Public Health, Burapha University

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาใหญ่ จังหวัดชลบุรี

** Ban Khao Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chonburi Province

ชื่อผู้ประสานงาน: ณฐกร นิลเนตร อีเมลผู้ประสานงาน: nathakon.ni@buu.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 18 มิ.ย. 2568

วันแก้ไข: 17 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 28 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 80.31 เป็น 96.62 ($t = 9.87, p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 142.52 เป็น 132.01 mmHg ($t = -3.88, p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 81.32 เป็น 75.84 mmHg ($t = -3.86, p < 0.001$)

ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรออกแบบกิจกรรมที่ประยุกต์การให้คำปรึกษาออนไลน์และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง; PRECEDE Model; การให้คำปรึกษาสุขภาพออนไลน์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a cardiovascular disease prevention program that applied the PRECEDE Model with online health coaching on cardiovascular disease prevention behaviors and blood pressure levels among hypertensive patients in Pluang Thong Sub-district, Bo Thong District, Chonburi Province. The study included 80 participants divided equally into experimental and comparison groups, with 40 participants in each group. The experimental group received the program for 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including paired sample t-test and independent t-test.

The results showed significant between-group differences: after participating in the program, the experimental group had higher mean scores for overall prevention behaviors and lower systolic and diastolic blood pressure levels than the comparison group ($p < 0.05$). When comparing within-group differences, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for overall prevention behaviors and lower systolic and diastolic blood pressure levels after completing the program compared to before participation ($p < 0.05$). With overall behavioral scores increasing from 80.31 to 96.62 ($t = 9.87, p < 0.001$), systolic blood pressure decreasing from 142.52 to 132.01 mmHg ($t = -3.88, p < 0.001$), and diastolic blood pressure decreasing from 81.32 to 75.84 mmHg ($t = -3.86, p < 0.001$).

Therefore, local public health agencies should design activities that incorporate online health coaching and support from public health personnel to prevent and reduce risk factors for cardiovascular disease in hypertensive patients, tailored to the local context.

Keywords: Cardiovascular disease prevention; Hypertension; PRECEDE Model; Online health coaching

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ผู้ที่มีอายุ 30 - 79 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่าเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 54.05 เป็นผู้ที่เริ่มได้รับการรักษาร้อยละ 42.20 และเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.05⁽¹⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือปล่อยให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases : CVDs) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายตีบ เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจหรือหลอดเลือด มักมีอาการใจสั่นเจ็บแน่นหน้าอกอาจมีการเจ็บร้าวไปที่แขน⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดทุพพลภาพหรือรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้⁽⁴⁾ ซึ่ง CVDs ถือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก จากสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า CVDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 17.90 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตเกิดจากโรคหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจาก CVDs มากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽⁴⁾ สำหรับพื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี พบรายงาน CVDs อย่างเช่นโรคหัวใจและโรคหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุอันดับที่ 3 และ 4 ของการเสียชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 433.50 ต่อแสนประชากรในปี 2562 เป็น 619.05 ต่อแสนประชากรในปี 2566 และพบว่าเมื่อตราป่วยตายด้วย CVDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.14 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 9.12 ในปี 2566⁽⁵⁾

การเกิด CVDs ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (Multiple factors) จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการนำแนวคิด PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมตามแนวคิดของ Green & Kreuter⁽⁶⁾ จากการทบทวนวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน CVDs ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ⁽⁷⁾ เพศ⁽⁸⁾ ความรู้⁽⁷⁾ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁽⁹⁾ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง⁽⁷⁾ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีหน่วยงานสาธารณสุขให้บริการตรวจร่างกายประจำปี⁽¹⁰⁾ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽¹¹⁾ การได้รับสื่อประเภทแผ่นพับ คู่มือ สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายโฆษณา และการประชาสัมพันธ์จากบุคลากรสาธารณสุข และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข⁽⁸⁾ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากญาติ⁽¹⁰⁾ สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹¹⁾ มีผู้ช่วยเหลือที่เป็นเครือญาติในการดูแลด้านสุขภาพ และให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย⁽¹³⁾

จากการศึกษาวิจัยย้อนหลังเกี่ยวข้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁴⁾ และพบการศึกษาที่มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในติดตามระดับความดันโลหิต และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาที่มีการติดตามผลผ่านการใช้โทรศัพท์

ในการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีผลช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบจำลอง PRECEDE Model ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้เฉพาะส่วน PRECEDE ของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model⁽⁶⁾ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ในพื้นที่ ซึ่งพบแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยผู้วิจัยจะนำปัจจัยเหล่านี้มาพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test and post-test design) ในพื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2568 ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,341 คน⁽¹⁷⁾

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลพลวงทอง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (2) ประเมิน Thai CV risk score อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ผู้ป่วยที่ไม่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (2) หญิงตั้งครรภ์ (3) ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจรุนแรงหรือมีข้อจำกัดทางร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 กำหนด effect size $d = 0.65$, power $(1-\beta) = 0.80$, alpha $(\alpha) = 0.05$, two-tailed test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 40 คน รวมทั้งหมดจำนวน 80 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากหมู่บ้านที่แตกต่างกันภายในตำบลพลวงทอง

การดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และวัดระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยครอบคลุมในเรื่องสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคด้วยการบรรยาย และมีการนำเสนอบุคคลต้นแบบด้านบวกและด้านลบโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ หลังจากนั้นให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการในวันเดียว ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ (60 นาที) การนำเสนอสื่อวีดิทัศน์และอภิปราย (30 นาที) และการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการทั้ง 5 ด้าน (90 นาที) และกิจกรรมกลวิธีป้องกันโรค 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร เช่น การสาธิตการอ่านฉลากอาหาร การเลือกอาหารลดโซเดียม 2) ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เช่น การสาธิตการบันทึกการรับประทานยา 3) ด้านการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่) 4) ด้านการออกกำลังกาย เช่น การสาธิตท่าออกกำลังกายแบบง่ายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ 5) ด้านการจัดการความเครียด เช่น การฝึกเทคนิคการหายใจและการนั่งสมาธิ โดยเปิดโอกาสให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เพื่อเป็นแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน และผู้วิจัยได้จัดตั้งกลุ่มไลน์ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง ครอบครัว ญาติ บุคลากรทางสุขภาพ และผู้วิจัยเพื่อใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในรูปแบบสื่อ Infographic การให้คำปรึกษาและแจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด รวมถึงผู้วิจัยบันทึกระดับความดันโลหิต และการรับประทานยาของกลุ่มทดลองเพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 2 - 7 กลุ่มทดลองปฏิบัติตามแนวทางจากสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นคู่มือปฏิบัติการรายสัปดาห์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่

(1) ด้านอาหาร ประกอบด้วยรายการอาหารที่เหมาะสมและสูตรอาหารลดโซเดียม (2) ด้านการออกกำลังกาย เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบง่าย 30 นาที/วันที่ปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุ (3) ด้านการจัดการความเครียด แนะนำเทคนิคการหายใจและนั่งสมาธิ (4) ด้านการรับประทานยา โดยมีตารางบันทึกการรับประทานยาประจำวัน และ (5) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมแนวทางการลดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการติดตามการให้คำปรึกษาออนไลน์ และการเสริมแรงในการฝึกทักษะด้วยตนเองแก่กลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองมีประสบการณ์และความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค รวมถึงมีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามระดับความดันโลหิต และรายงานผลลงในกลุ่มไลน์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ (Standard care) จากหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ การนัดติดตาม การรับยา และคำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไปจากเจ้าหน้าที่ตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 8 ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และวัดระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ รวมถึงชี้แจงให้ทราบว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลงแล้ว พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในทางที่ดีต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score)⁽¹⁸⁾
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด ให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว

ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยได้รับการประยุกต์จาก Teeranoot Waisayarat⁽¹⁹⁾ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ โดยเลือกตอบตามการปฏิบัติตนในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด 4) ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และ 5) ด้านพฤติกรรม การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

3. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่เข้ารับบริการในรพ.สต.บ้านเขาชะอางค์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ โดยการทดสอบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบ

Paired Sample t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวัดระดับความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ วัดในท่านั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ช่วงเวลาเช้า (08.00-10.00 น.) วัด 2 ครั้ง โดยใช้ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ 083-2567 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงพร้อมขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนการทำวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 อายุเฉลี่ย 63.62 ปี (S.D.= 9.44 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 77.50 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 85 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.24 กก./ม² (S.D.= 5.71 กก./ม²) รอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 34.26 นิ้ว (S.D.= 4.18 นิ้ว) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65 และคะแนน Thai CV risk score ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงสูงขึ้นไป ร้อยละ 87.50 และในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 66 ปี (S.D.= 10.62 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 85 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 80 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย เท่ากับ 25.02 กก./ม² (S.D.= 4.66 กก./ม²) รอบเอวเฉลี่ย เท่ากับ 36.55 นิ้ว (S.D.= 4.57 นิ้ว) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 85 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.50 และ Thai CV risk score อยู่ในระดับเสี่ยงสูงขึ้นไป ร้อยละ 77.50 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า

เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วม ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ Thai CV risk score ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ยกเว้นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	80.31	9.27	79.48	9.80	0.410	0.683
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	96.62	8.63	76.82	11.36	8.779	< 0.001*
1.1 ด้านการรับประทานอาหาร						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.32	2.26	15.64	3.48	2.288	0.025*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	19.64	2.12	14.92	2.97	8.142	< 0.001*
1.2 ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	12.62	6.91	11.16	6.31	0.997	0.322
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.02	7.43	10.86	6.38	4.444	0.042*
1.3 ด้านการจัดการความเครียด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	15.82	2.42	15.54	2.90	0.503	0.617
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	19.62	0.96	15.24	3.03	8.812	< 0.001*
1.4 ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	27.34	3.37	26.12	2.88	0.450	0.098
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	29.02	1.54	25.54	3.38	6.040	< 0.001*
1.5 ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	10.44	2.28	11.12	1.77	1.702	0.093
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	14.46	1.07	10.54	2.33	9.609	< 0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
2. ระดับความดันโลหิต Systolic Blood Pressure (SBP)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	142.52	16.18	138.04	13.21	1.362	0.177
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	132.01	15.60	139.38	12.23	2.322	0.023*
3. ระดับความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure (DBP)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	81.32	10.46	81.04	9.32	0.169	0.866
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	75.84	9.74	84.56	5.64	4.852	< 0.001*

*Significant (p < 0.05)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยา และการตรวจตามนัด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ทั้งนี้แม้ว่าด้านการออกกำลังกายจะมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.042) ดังข้อมูลในตารางที่ 2 แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p = 0.289) บ่งชี้ว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านนี้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากค่าพื้นฐานของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยภาพรวมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.921) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.044) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=40)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยภาพรวม						
กลุ่มทดลอง	80.31	9.27	96.62	8.63	9.870	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	79.48	9.80	76.82	11.36	- 2.484	0.017*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	(n=40)	(n=40)	(n=40)	(n=40)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.1 ด้านการรับประทานอาหาร						
กลุ่มทดลอง	14.32	2.26	19.64	2.12	10.422	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.64	3.48	14.92	2.97	- 1.279	0.209
1.2 ด้านการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	12.62	6.91	14.02	7.43	1.074	0.289
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.16	6.31	10.86	6.38	- 0.821	0.417
1.3 ด้านการจัดการความเครียด						
กลุ่มทดลอง	15.82	2.42	19.62	0.96	9.875	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.54	2.90	15.24	3.03	- 0.899	0.374
1.4 ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด						
กลุ่มทดลอง	27.34	3.37	29.02	1.54	2.982	0.005*
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.12	2.88	25.54	3.38	- 1.554	0.128
1.5 ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง	10.44	2.28	14.46	1.07	10.851	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.18	1.77	10.54	2.33	- 3.263	0.002*
2. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP)						
กลุ่มทดลอง	142.52	16.18	132.01	15.60	- 3.882	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	138.04	13.21	139.38	12.23	0.100	0.921
3. ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP)						
กลุ่มทดลอง	81.32	10.46	75.84	9.74	- 3.858	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	81.04	9.32	84.56	5.64	3.117	0.044*

*Significant (p < 0.05)

อภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่มทดลอง (p = 0.289) เนื่องจากโปรแกรมฯ นี้ประกอบด้วย การส่งเสริมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยครอบคลุมในเรื่องของสถานการณ์และความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษา ปัจจัยเอื้อ คือ การพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน

โรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน โดยในสัปดาห์ที่ 1 มีการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน เช่น การสาธิตการอ่านฉลากอาหาร การฝึกท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการฝึกเทคนิคการจัดการความเครียด และในสัปดาห์ที่ 2 - 7 กลุ่มทดลองปฏิบัติตามคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้านซึ่งออกแบบให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสริมคือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ประยุกต์ในโปรแกรมฯ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในรูปแบบสื่อ Infographic การติดตามระดับความดันโลหิต การติดตามการใช้ยา การกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (Health coaching) และการแจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด (Reminder to follow) ซึ่งการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (Health coaching) เป็นการให้คำแนะนำรายบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้ สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนำไปปรับใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับโปรแกรมของ Maryam et.al. ที่มีการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน M-Health ผ่านสมาร์ตโฟน โดยเป็นการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหรือการให้บริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน⁽²¹⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยที่มีการสร้างกลุ่ม WhatsApp เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้คำแนะนำระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ เพื่อเป็นการเสริมแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽²²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yupin Aunguroch et.al. ที่มีการติดตามและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำผ่านการโทรศัพท์รวมทั้งเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตค่าบน

และค่าล่างต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾ สำหรับผลการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้านพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.289$) อาจอธิบายได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 63.60 ปี ซึ่งอาจมีข้อจำกัดทางร่างกายในการออกกำลังกาย ความหลากหลายสูงของพฤติกรรมพื้นฐาน ($SD=6.91$) และระยะเวลาโปรแกรม 8 สัปดาห์อาจสั้นเกินไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยบางส่วนที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ จึงจะเห็นผลอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ร่วมกับการติดตามผ่านโทรศัพท์ ผลพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model สามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้⁽²⁵⁾ อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบางส่วนที่ใช้แนวคิดเดียวกันแต่พบว่า ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในบางด้านไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนัก สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและความเข้มข้นของกิจกรรมด้วย อธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับการให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อีก

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่มทดลอง ($p = 0.289$) รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) และค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.044$) ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ควรพิจารณาในการตีความผล และการวิจัยครั้งต่อไป ความสำเร็จของโปรแกรม เกิดจากการบูรณาการแนวคิด PRECEDE Model เฉพาะส่วน PRECEDE ที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการให้คำปรึกษาออนไลน์ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสรุปได้ว่าโปรแกรม ดังกล่าวเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลด้านการรับประทานอาหารควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากพบความแตกต่างของพฤติกรรมพื้นฐาน ระหว่างสองกลุ่มตั้งแต่ต้น ($p = 0.025$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและนำข้อมูลผลการศึกษา ไปใช้ในการออกแบบกิจกรรม โดยประยุกต์ใช้การให้ คำปรึกษาออนไลน์ และแรงสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สอดคล้อง กับบริบทพื้นที่

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูล ผลการศึกษาไปใช้ในการพิจารณาแผนงานโครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยให้ ความสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การส่งเสริมกิจกรรม ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เช่น พัฒนากำลังคนให้มีศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ แบบทางไกล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และในหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุป อ้างอิงผลการวิจัย และควรคัดเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจากพื้นที่ที่ห่างกันมากขึ้น เพื่อลด ความเสี่ยงของการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

2. ควรปรับระยะเวลาการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ของแบบสอบถามพฤติกรรมให้สอดคล้องกับระยะเวลา การทดลอง และเพิ่มการติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของผลการแทรกแซง

3. ควรเพิ่มกิจกรรมด้านการออกกำลังกายให้มีความเข้มข้นและต่อเนื่องมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เป็นกลุ่มหรือการใช้ Application ติดตามกิจกรรมทางกาย และขยายระยะเวลาโปรแกรมเป็นอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เพื่อให้เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>

2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Apr 4]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. DDC joins World Heart Day 2023 campaign: Over 70,000 Thais died from cardiovascular disease last year; emphasizes prevention [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2023 [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372>
4. Chansree N. The effects of a self-management program on uncontrolled hypertensive patients [master's thesis]. Chachoengsao: Huachiew Chalermprakiet University; 2020.
5. Health Data Center. Health information [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
6. Green L, Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
7. Yulertlob A. Factors influencing stroke prevention behaviors among hypertension patients under 60 years old in Tak Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023.
8. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla Province. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1): 217-33.
9. Deepae P, Khungtumneam K, Chumpathat N. Factors related to health promoting behaviors for cardiovascular disease prevention among diabetes with hypertension patients in Muang district, Chachoengsao province. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35(3):46-59.
10. Hinkong W. The factors predicting the cardiovascular disease preventive behaviors among monks in Sisaket Province, Thailand. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2022;7(4): 397-411.
11. Piromsit N, Kulsiripanyo J, Nurakkhao A, Luangpantao K. Factors influencing cardiovascular disease prevention behaviors among the risk group in Suphanburi Province, Thailand. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018; 22(43-44):55-69.
12. Khatthamat P, Saneha C, Puwarawuttipanit W. Factors influencing preventive behaviors for coronary heart disease among patients with hypertension. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2020;31(1):62-77.
13. Neerapattanakul S. Factors associated with acute coronary syndrome prevention behavior in diabetes and hypertension patients in Chonburi Province [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017.
14. Patatayo T, Lemsawasdikul W, Nuysri M. Effects of a health behaviors developing program the elderly with hypertension at Phlapphla Chai District, Bur Ram Province. Thai Journal of Nursing. 2020;69(3):1-10.

15. Boonyarang S. Effects of a behavioral change program for hypertension prevention in a high risk group at Phen District, Udon Thani Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
16. Mangsrakhu U, Lemsawasdikul W, Nuysri M. The effects of health behavior modification program for elderly with hypertension at Suwannaphum District, Roi Et Province. *Thai Journal of Nursing*. 2019;68(3):1-10.
17. Health Data Center. Health information [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
18. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for risk assessment and management of cardiovascular disease. Bangkok: The Cooperative Federation of Thailand Limited; 2014.
19. Waisayarat T. The effect of a health literacy promotion program on cardiovascular disease prevention behaviors among individuals at high risk of developing cardiovascular disease [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2023.
20. Abbas SM, Salama HM, Nour-Eldein H, Ahmed HAS. Health coaching for hypertension control in primary care patients with uncontrolled hypertension in Egypt. *J Family Community Med*. 2024;31(1):16-24.
21. Karami M, Ashtarian H, Rajati M, Hamzeh B, Rajati F. The effect of health literacy intervention on adherence to medication of uncontrolled hypertensive patients using the M-health. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2023;23(1):1-10.
22. Mohammadkhah F, Shamsalinia A, Rajabi F, Afzali Hasirini P, Khani Jeihooni A. The effect of educational intervention in the prevention of cardiovascular diseases in patients with hypertension with application of health belief model: a quasi-experimental study. *JRSM Cardiovasc Dis*. 2023;12:1-8.
23. Aunguroch Y, Polsook R, Anuruang S, Phongphibool S, Gunawan J, Nazliansyah N. How a self-management program affects blood pressure among Indonesians with hypertension: a quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(3):229-35.
24. Yosada P. The effect of a stroke prevention development program in hypertensive patients, Borabue District, Maha Sarakham Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
25. Kongvivat K, Lemsawasdikul W, Nuysri M. Effects of preventive behavior developing program for patients with cerebrovascular disease risk at Kanchanaburi Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2017;35(3):129-37.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

Factors Associated with the Smart-Osm Using Behavior of Village Health Volunteers in Ban Bueng District, Chonburi Province

ศักดิ์ณรงค์ ประเทืองผล (ส.ม.)*, สมร นุ่มผ่อง (ปร.ด. อายุศาสตร์เขตร้อน)**

Saknarong Pratueangpol (M.P.H)*, Samorn Numpong (Ph.D. Tropical Medicine)**

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

* Ban Bueng District Public Health Office, Chonburi Province

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok

Institute Sirindhorn College of Public Health Chonburi

ชื่อผู้ประสานงาน: สมร นุ่มผ่อง อีเมลผู้ประสานงาน: samorn@scphc.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	2 ธ.ค. 2568
วันแก้ไข:	17 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	28 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

แอปพลิเคชัน สมาร์ต อสม. เป็นเครื่องมือดิจิทัลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข การเฝ้าระวังโรค และรายงานผลการดำเนินงาน การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สืบหาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี และ 2) ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. จำนวน 350 คน จาก 8 ตำบล สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวน อสม. รายตำบล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ Fisher's Exact Test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.43 มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.14 และมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.57 และพบว่า ความรู้ ระยะเวลาการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.19, p < 0.001$; $r_s = 0.11, p = 0.045$) ตามลำดับ ขณะเดียวกัน พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = -0.11, p = 0.044$) นอกจากนี้ พบว่า ทัศนคติต่อการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.32, p < 0.001$) สรุปได้ว่า รายได้ ความรู้ ทัศนคติ และระยะเวลาการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับแอปพลิเคชันให้กับ อสม. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์พฤติกรรมรายข้อพบข้อจำกัดสำคัญในการปฏิบัติงานเชิงเทคนิคบางประการ เช่น การยืนยันตัวตนและการเข้าสู่ระบบผ่านเว็บไซต์ ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่ต้องปรับปรุงให้ อสม. มีทักษะ ที่สามารถทำได้และไม่ซับซ้อนเกินไป

คำสำคัญ: ความรู้; ทัศนคติ; พฤติกรรม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.

Abstract

The Smart Osm application is a digital tool designed to support village health volunteers (VHVs) in public health operations, disease surveillance, and reporting. This cross-sectional survey aimed to (1) assess knowledge, attitudes, and using behaviors regarding the Smart Osm application among VHVs in Ban Bueng District, Chonburi Province, and (2) identify factors associated with using behaviors of VHVs. The participants consisted of 350 VHVs recruited from eight subdistricts. Simple random sampling was employed, with proportional allocation based on the number of VHVs in each subdistrict. Data were collected between May and June 2025 using structured questionnaires and a knowledge assessment on the Smart Osm application. Frequency and percentage were used to analyze participant characteristics. Fisher's Exact Test and spearman's rank correlation coefficients were used to determine factors associated with using behaviors. The results showed that VHVs demonstrated a high level of knowledge (77.43%), positive attitudes toward application use (95.14%), and good usage behaviors (90.57%). Knowledge and duration of application use were positively but weakly correlated with using behaviors ($r_s = 0.19, p < 0.001$; $r_s = 0.11, p = 0.045$, respectively). In contrast, income was weakly and negatively associated with using behaviors ($r_s = -0.11, p = 0.044$). Attitudes toward application use showed a moderate positive correlation with using behaviors ($r_s = 0.32, p < 0.001$). In conclusion, income, knowledge, attitudes, and duration of application use were significantly associated with Smart Osm application using behaviors. Therefore, interventions to enhance knowledge and foster positive attitudes

toward the application are recommended to promote sustained and effective use. Nevertheless, item-level behavioral analysis revealed key technical barriers, particularly user authentication and web-based login processes, highlighting the need to simplify system design and strengthen VHVs' technical skills.

Keywords: Knowledge; Attitude; Behavior; Village Health Volunteers; Smart-OSM Application

บทนำ

สังคมไทยยุคปัญญาประดิษฐ์ เป็นสังคมดิจิทัลที่สื่อและเทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต การติดต่อสื่อสาร การสืบค้นข้อมูลเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว รวมถึงการบริการทางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561 – 2580 เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานและกำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กรให้เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขและระบบสุขภาพยั่งยืน⁽¹⁾ ตอบสนองต่อนโยบายประเทศไทย 4.0 ที่เรียกว่า MOPH 4.0⁽²⁾ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสุขภาพเดิมมาเป็นสุขภาพดิจิทัล หรือดิจิทัลเฮลท์ การนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพเป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสร้างความสะดวกในการใช้บริการ รวมไปถึงการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพิ่มขีดความสามารถในงานสาธารณสุข สร้างนวัตกรรมใหม่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

สุขภาพดิจิทัล คือ การดูแลสุขภาพโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถช่วยผู้ให้บริการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพเพื่อประชาชนช่วยให้ผู้คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญได้ดีขึ้น ทั้งการเชื่อมต่อที่ปลอดภัยกับแพทย์ผู้รักษา ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงนวัตกรรมต่าง ๆ เช่น สุขภาพเคลื่อนที่ เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และการดูแลทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล^(3,4) นำมาใช้ในการพัฒนา

และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน มีกำลังหลัก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนของประชาชนในระดับหมู่บ้าน

อสม. เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทหน้าที่ในการสื่อสารงานด้านสาธารณสุข การให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ การวางแผน การประสานกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน รวมถึงการให้บริการด้านสาธารณสุข ส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกันโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และทางการแพทย์พยาบาล^(5,6) งานวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่า การปฏิบัติตามตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู⁽⁷⁾ ยุคปัจจุบันมีการยกระดับ อสม. ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเป็น อสม. 4.0 โดยการพัฒนาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพตนเองและประชาชน เช่น การบันทึกค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ให้กับประชาชนที่อยู่ในความดูแล เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาล การคัดกรอง และให้ความรู้ เรื่อง วัคซีน และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน เป็นต้น

การยกระดับ อสม. ให้ทันในยุคดิจิทัลให้เป็น อสม. ที่สมาร์ต มีความรอบรู้ในการใช้เทคโนโลยี และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานเป็นหมอคนที่ 1 ที่สามารถเชื่อมการทำงานกับหมอคนที่ 2 และ 3 ตามนโยบาย 3 หมอ

เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืน⁽⁸⁾ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการใช้สมาร์ท อสม. ในการปฏิบัติงาน คัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ โดย อสม. เป็นผู้บันทึกข้อมูล และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานของ อสม. ถือเป็นเรื่องสำคัญและมีความจำเป็นในการดูแลตนเองและประชาชนในพื้นที่ แต่ยังคงพบข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีของ อสม. เรื่อง ความรู้ของ อสม. ความชำนาญในการใช้เทคโนโลยี การพร้อมทักษะขั้นพื้นฐานในการใช้เทคโนโลยี ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายของ MOPH 4.0 หรือนโยบาย 3 หมอ เช่น การรายงานข้อมูลสุขภาพตามเวลาจริงอาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้การทำงานของหมอคนที่ 1 (อสม.) ไม่สามารถเชื่อมต่อกับหมอคนที่ 2 และ 3 ได้อย่างเหมาะสม

ปี พ.ศ. 2567 พบว่า อสม. อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี มีการบันทึกข้อมูลและรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชัน เพียงร้อยละ 20 มีความล่าช้า ไม่ครอบคลุมและไม่ถูกต้อง ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุปัญหาดังกล่าวยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ Knowledge, Attitude, Practice Model (KAP) เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย สืบหาความรู้ ทักษะทัศนคติ และการปฏิบัติของ อสม. เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับการทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. รวมถึงสืบหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม.⁽⁹⁾ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. เกี่ยวกับการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ให้ครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อระบบการรายงานสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ประชากร ได้แก่ อสม. อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,509 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ effect size = 0.20 อำนาจทดสอบ = 0.95, Test family = Exact, Statistic test = Correlation: Bivariate normal model, type of power analysis = A priori: Compute required sample size-given α and effect size ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 319 คน เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 350 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกได้แก่ ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (ปีงบประมาณ 2568) และยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ขาดความสามารถในการยินยอมโดยสมัครใจ ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อย่างมีสติสัมปชัญญะ หรือมีข้อจำกัดด้านสติปัญญา ซึ่งไม่สามารถเข้าใจข้อมูลในการขอความยินยอมได้อย่างชัดเจน และไม่มีประสบการณ์การใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ระยะเวลาในการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. จำนวนครั้งในการอบรม เรื่อง ออปพลิเคชันสมาร์ท อสม. (2) ความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ประกอบด้วย

คำถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ แบบถูก-ผิด คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. แบ่งออกเป็น ระดับดี (10 – 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 – 9 คะแนน) ระดับต่ำ (0 – 6 คะแนน)⁽¹⁰⁾ (3) ทศนคติต่อการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยแปลผล 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับต่ำ⁽¹¹⁾ (4) พฤติกรรมการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำในการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยแปลผลคือ ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับต่ำ⁽¹¹⁾ ส่วนการแปลผลระดับความสัมพันธ์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) คือ 0.00 แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง 0.01 – 0.30 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับต่ำ 0.31 – 0.70 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง 0.71 – 0.90 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับสูง และหากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 คือ สูงกว่า 0.90 ถือว่า มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับสูงมาก⁽¹²⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า Index of item objective congruence (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ส่วนข้อคำถามที่ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ปรับข้อคำถามหรือพิจารณาตัดออก จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ อสม. อำเภอเมืองชลบุรี จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ ใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson 20) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 แบบสอบถามทัศนคติและแบบสอบถามพฤติกรรม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74 และ 0.77 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง COE.SCPHC.NO.2025/021 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568 โดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียน อสม. ตามสัดส่วนของแต่ละรพ.สต. จากนั้นส่งแบบสอบถาม Google Forms ผ่านทางออนไลน์ ให้กับ อสม. ที่สุ่มได้ และรวบรวมข้อมูลภายหลังส่งแบบสอบถามไปแล้ว 10 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยใช้ Fisher's Exact Test และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.43) อายุเฉลี่ย 59.74 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.85 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 45.71) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 58.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.71) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 28.00) รายได้เฉลี่ย 7,968.25 บาท ต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้มากกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 55.72) ประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. เฉลี่ย 13.31 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.31 ปี

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ออปพลิเคชันสมาร์ต อสม. พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.43) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 คะแนน สูงสุด 12 คะแนน ต่ำสุด 2 คะแนน ผลการวิเคราะห์ความรู้รายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 98.57)

ได้แก่ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออก ใช้หลัก 5 ป (ปิด เปลี่ยน ปลอ่ย ปรับปรุง ปฏิบัติเป็นประจำ) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด (ร้อยละ 95.71) ได้แก่ การยืนยันตัวตนในแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. มีไว้เพื่อให้ได้รับบัตรประจำตัว อสม. ซึ่งเป็นการยืนยันความเป็น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถตรวจสอบการลงทะเบียนของท่านได้จากการยืนยัน ตัวเอง

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 95.14) เฉลี่ย 31.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 2.04 คะแนน สูงสุด 35 คะแนน และต่ำสุด 19 คะแนน

พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.57) เฉลี่ย 30.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 คะแนน สูงสุด 34 คะแนน และต่ำสุด 16 คะแนน ผลการวิเคราะห์

พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. รายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 และมีบางประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง ในสัดส่วนต่ำ ได้แก่ (1) การแก้ไขรหัสผ่านกรณีลืมรหัสผ่าน โดยคลิกลิงก์แจ้งปัญหาการใช้งาน เพื่อขอรหัสผ่านใหม่ พบว่า มีผู้ปฏิบัติถูกต้อง 246 คน (ร้อยละ 70.29) (2) การเข้าสู่ระบบการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ผ่านเว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในหน้าแรก ชาวประชาสัมพันธ์ พบว่า มีผู้ปฏิบัติถูกต้องเพียง 16 คน (ร้อยละ 4.57) และ (3) การยืนยันตัวตนในแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. เพื่อขอรับบัตรประจำตัว อสม. และเพื่อให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจสอบการลงทะเบียน พบว่า มีผู้ปฏิบัติถูกต้องเพียง 3 คน (ร้อยละ 0.86)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (n = 350)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.			χ^2	df	p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				1.22	1	0.521
ชาย	45 (88.24)	6 (11.76)	0 (0.00)			
หญิง	272 (90.97)	26 (8.70)	1 (0.33)			
สถานภาพ				7.19	3	0.325
โสด	53 (89.83)	6 (10.17)	0 (0.00)			
สมรส	183 (90.15)	20 (9.85)	0 (0.00)			
หม้าย	62 (93.94)	3 (4.54)	1 (1.52)			
หย่า	19 (86.36)	3 (13.64)	0 (0.00)			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (n = 350) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชัน			χ^2	df	p-value
	สมาร์ต อสม.					
	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา				11.08	5	0.573
ไม่ได้เรียน	4 (80.00)	1 (20.00)	0 (0.00)			
ประถมศึกษา	158 (90.80)	15 (8.62)	1 (0.58)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	62 (89.86)	7 (10.14)	0 (0.00)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58 (95.08)	3 (4.92)	0 (0.00)			
อนุปริญญาตรี/ปวส.	19 (86.36)	3 (13.64)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	16 (84.21)	3 (15.79)	0 (0.00)			
อาชีพ				26.02	7	0.100
แม่บ้าน	95 (96.94)	2 (2.04)	1 (1.02)			
รับจ้างทั่วไป	73 (86.90)	11 (13.10)	0 (0.00)			
ค้าขาย	52 (89.66)	6 (10.34)	0 (0.00)			
เกษตรกร	43 (89.58)	5 (10.42)	0 (0.00)			
ธุรกิจส่วนตัว	32 (84.21)	6 (15.79)	0 (0.00)			
ว่างงาน	20 (90.91)	2 (9.09)	0 (0.00)			
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
ข้าราชการบำนาญ	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
การเป็นเจ้าของสมาร์ตโฟน				5.86	2	0.689
เป็นของตนเอง	304 (90.21)	32 (9.50)	1 (0.29)			
เป็นของบุคคลในครอบครัว	11 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
เป็นของบุคลากรทางการแพทย์	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต				7.89	3	1.000
อินเทอร์เน็ตภายในเครื่อง	228 (90.48)	23 (9.13)	1 (0.39)			
อินเทอร์เน็ตบ้าน (Wi-Fi)	85 (90.43)	9 (9.57)	0 (0.00)			
อินเทอร์เน็ตฟรีของหมู่บ้าน/ สถานที่ราชการ	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			
อินเทอร์เน็ต (Wi-Fi) จากบุคคลอื่น	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)			

ทดสอบด้วยสถิติ Fisher's Exact Test นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยด้านการใช้สมาร์ทโฟนและการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = -0.11, P = 0.044$) ความรู้ และระยะเวลาการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.19, p < 0.001; r_s = 0.11, p = 0.045$) ทักษะคิดต่อการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.32, p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับสูง เนื่องจาก อสม. มีโอกาสได้อบรมเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. สูงสุด 18 ครั้ง มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.31 ปี ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความรู้ เรื่อง การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า อสม. มีความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับดีส่วนใหญ่ได้รับการอบรมการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ อสม. จะส่งเสริมทักษะการใช้

เทคโนโลยี เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี⁽¹⁴⁾ และความรู้ ความเข้าใจ ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้สามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้องลดปัญหาด้านเทคนิค และข้อจำกัดต่าง ๆ⁽¹⁵⁾ ทักษะคิดเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 95.14) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า อสม. ทุกช่วงวัยมีความเห็นว่าการใช้สมาร์ทโฟนในการทำงาน เป็นเรื่องที่จำเป็น และมีประโยชน์ในระดับมาก⁽⁹⁾ พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.57) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ตอบสนองความต้องการและความทันสมัย เพิ่มความสะดวกในการบันทึกและติดตามข้อมูล รวมไปถึงสนับสนุนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ที่สร้างความมั่นใจและมีพฤติกรรมที่ดี⁽¹⁶⁾ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบว่า มีความสอดคล้องกับการวิจัยที่กล่าวว่า เพศ อายุ อาชีพ ประสบการณ์การเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ พบว่า อสม. มีปัญหาในการปฏิบัติงานบางขั้นตอนที่ซับซ้อน เช่น การยืนยันตัวตนและการเข้าถึงผ่านเว็บไซต์ ซึ่งอาจเกิดจากความยุ่งยากซับซ้อนของแอปพลิเคชัน หรืออาจเนื่องมาจากการอบรมที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่การใช้งานหลัก แต่ขาดความครอบคลุมในรายละเอียดทางเทคนิคที่สำคัญ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใช้แอปพลิเคชันอย่างสมบูรณ์ตามนโยบาย

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ ความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี (n=350)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.		
	r_s	p -value	ระดับความสัมพันธ์
รายได้	- 0.11	0.044*	ระดับต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.	0.19	< 0.001**	ระดับต่ำ
ทักษะคิดต่อการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.	0.32	< 0.001**	ระดับปานกลาง
ระยะเวลาการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.	0.11	0.045*	ระดับต่ำ

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยด้านการใช้สมาร์ตโฟนและการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหมายความว่า อสม. ที่มีรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการนำผลการปฏิบัติงานมาเชื่อมโยงกับการจ่ายค่าตอบแทนส่งผลให้ อสม. ที่มีรายได้ต่ำมีความกระตือรือร้นในการรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ จึงมีความเป็นไปได้ว่า มี อสม. เพียงบางส่วนที่ปฏิบัติงานโดยพิจารณาจากค่าตอบแทนเป็นหลัก เนื่องจาก อสม. เป็นจิตอาสา ส่วนใหญ่มีความเสียสละ นอกจากนี้พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. หมายความว่า หาก อสม. มีทัศนคติที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ส่งผลให้เกิดความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง⁽¹⁵⁾

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ได้แก่ รายได้ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยเฉพาะประเด็นการเข้าสู่ระบบผ่านเว็บไซต์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และการยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้นำความรู้จากการใช้แอปพลิเคชันไปเชื่อมโยงกับงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น การติดตามผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การให้ความรู้ประชาชน เพื่อให้ อสม. รับรู้คุณค่าและประโยชน์ของการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประเด็นปัญหาในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อสม. ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้งาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถาม google form นักวิจัยไม่ได้ลงพื้นที่สอบถามข้อมูลโดยตรงจาก อสม. กลุ่มตัวอย่างอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนหรือเกิดอคติในการให้ข้อมูลได้

เอกสารอ้างอิง

1. พงศธร บอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(1):173-86.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategymoph61_v10.pdf
3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2020.

4. Food and Drug Administration. Digital health innovation action plan. Maryland: FDA; 2020.
5. สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ, จิตร์รัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):80-97.
6. ชลียา ศิริกาล, แจ่มนภา ไขคำ, แก้วใจ มาลีสัย, อนุมศักดิ์ บุญสูง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(2):176-88.
7. ศรายุทธ คชพงศ์, ธนัสนา โรจนตระกูล. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์. 2564;6(2):107-19.
8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ict.moph.go.th/th/contact>
9. นรุตม์ อภิชาติอำมฤต. การใช้สมาร์ตโฟนในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2565;42(2):82-93.
10. Bloom BS, editor. Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive domain. New York: David McKay; 1975.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
12. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2546.
13. กัลยา สีหาทัพ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความสามารถ ทักษะในการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตอสม. ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. มหาสารคาม: โรงพยาบาลแกดำ; 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/d9MOZ>
14. ไพฑูรย์ เสริมศิริมงคล, ประพจน์ อยู่สำราญ, บุญเลิศ ช่วยธานี. อสม. 4.0: การพัฒนาศักยภาพเพื่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารศิลปศาสตร์ราชชมงคลสุวรรณภูมิ. 2567;6(3):864-77.
15. พิเชษฐ ไกรวงศ์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการใช้งาน Smart อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2568;21(1):73-82.
16. รัฐพล กองพอด, ประสงค์ชัย เศรษฐสุรวิชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษาแอปพลิเคชัน สมาร์ต อสม. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2567;10(3):545-66.
17. พันธะกานต์ ยืนยง, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, ภริษา สักทองธีรกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดิจิทัลและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครนายก. วารสารออนไลน์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2568; 10(1):94-107.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน งานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Development and Validation of a Performance Competency Assessment Tool for Village Health Volunteers (VHVs)

ดร.นพดล ครุฑน้อย (ส.ด.)*, รศ.ดร.วราพจน์ พรหมสัถยพรต (ปร.ด.)**, ผศ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช (ปร.ด.)**

Noppadol Krutnoi (Dr.P.H.)*, Vorapoj Promasatyaprot (Ph.D.)**, Adisorn Wongkongdech (Ph.D.)**

* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

* Department of Health Service Support

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** Faculty of Public Health, Mahasarakham University

ชื่อผู้ประสานงาน: นพดล ครุฑน้อย อีเมลผู้ประสานงาน: dol.kru2567@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 3 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 27 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แบ่งการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ 1) การยกร่างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จำนวน 3 รอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 12 คน และ 3) ศึกษาเชิงปริมาณด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนนทบุรี จำนวน 104 คนสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ วิเคราะห์ข้อมูลจากเทคนิคเดลฟายด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ข้อมูลจากการสำรวจ วิเคราะห์ด้วยค่าความตรงตามเนื้อหา, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค, และค่าความสอดคล้องภายใน โดยกำหนดค่าความสอดคล้องภายใน $IQR < 1.50$ หาก $IQR > 1.50$ แสดงถึงความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นแบบตอบด้วยตนเอง (Self-assessment) เลือกรับได้ 5 ระดับ (Rating scale) การแปลผลคะแนน จัดระดับสมรรถนะด้วยค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน คือ 1) การสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 2) การส่งเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันโรค 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 6) การสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และ 7) การเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ รวม 48 ตัวชี้วัด

ความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง (CVI = 0.98) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก (ภาพรวม 0.91 รายด้าน 0.90-0.93) ค่า มีความสอดคล้องภายในสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.48-0.83) เครื่องมือนี้มีคุณภาพตรงตามเกณฑ์ของเครื่องมือที่ดี มีความเหมาะสมในการใช้เพื่อประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; สมรรถนะการปฏิบัติงาน; การประเมินสมรรถนะ

Abstract

This study aimed to develop and validate a performance competency assessment tool for Village Health Volunteers (VHVs) using a Mixed Method Research. The study was conducted in two phases. 1) employed a qualitative approach using a three-round Delphi technique with a panel of 12 experts to establish consensus on performance indicators. 2) applied a quantitative survey design among 104 VHVs to examine the psychometric properties of the developed instrument. Delphi data were analyzed using the median and interquartile range, while survey data were analyzed using the content validity index, mean, standard deviation, Cronbach's alpha coefficient, and corrected item-total correlation.

The results indicated that the VHVs performance competency assessment tool comprised seven domains: 1) promoting the participation of children and youth in health and community development, 2) health promotion, 3) disease prevention, 4) basic medical care, 5) policy implementation, 6) fostering health awareness, and 7) health surveillance. A total of 48 indicators were identified. The instrument demonstrated high content validity (0.98), excellent psychometric properties, including very high overall reliability (0.97), strong domain-specific reliability (0.90–0.96), and satisfactory internal consistency, as evidenced by corrected item-total correlation coefficients ranging from 0.48 to 0.83.

In conclusion, the developed assessment tool meets established criteria for high-quality measurement instruments and is valid and reliable for evaluating the performance competencies of VHVs.

Keywords: Village Health Volunteers; Performance Competency; Competency Assessment

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือตัวแทนประชาชนที่ผ่านการคัดเลือกจากชุมชน และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นหลักสูตรสำหรับ อสม. ใหม่ทุกคน ตามระเบียบ

กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554⁽¹⁾ ซึ่งในเนื้อหาหลักสูตรนี้ได้ระบุสมรรถนะที่คาดหวังสำหรับ อสม. ทุกคนไว้ให้ชื่อว่า “มาตรฐานสมรรถนะ” ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ 2) สามารถเป็นผู้นำในงาน

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเฝ้าระวังสุขภาพ 3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน 4) สามารถณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสถานะแวดล้อม 5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ ๆ ที่จะมึผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ 6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ 7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน⁽²⁾ ซึ่งการจะนำสมรรถนะไปใช้จะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัด หรือพฤติกรรมบ่งชี้ในแต่ละสมรรถนะ ตามหลักการประเมินสมรรถนะ⁽³⁾ และควรผ่านการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ มีการทดสอบซ้ำและการปรับปรุง (Test and re-test)⁽⁴⁾ ต้องสามารถวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย ค่าที่วัดได้มีความแปรปรวนคลาดเคลื่อนต่ำ⁽⁵⁾ และคุณสมบัติสำคัญที่สุดของเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่มีคุณภาพคือ ความเชื่อมั่น (Reliability) และความตรง (Validity) ซึ่งความตรงแบ่งได้ 2 ส่วน คือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าแบบสอบถามมีความสามารถ วัดพฤติกรรมได้ตรงตามแนวคิดหรือไม่⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของมาตรฐานสมรรถนะ อสม. โดยการนำมาตรฐานสมรรถนะ 7 ด้าน ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 นำมาออกแบบตัวชี้วัดในแต่ละด้าน และนำไปศึกษาด้วยวิธีการสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มตัวอย่าง 500 ตัวอย่าง ครอบคลุม 4 ภูมิภาคของประเทศไทย แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อจัดกลุ่มตัวชี้วัดที่มีเนื้อหาสอดคล้องสัมพันธ์กันสูงให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันโดย พิจารณาจากค่าทางสถิติตามทฤษฎีการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบด้วย 7 ด้าน 48 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ด้านการสร้างโอกาส

ให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน คำถาม 10 ข้อ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ คำถาม 9 ข้อ 3) ด้านการป้องกันโรค คำถาม 8 ข้อ 4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น คำถาม 5 ข้อ 5) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คำถาม 5 ข้อ 6) ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ คำถาม 6 ข้อ และ 7) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ คำถาม 5 ข้อ โดยทุกองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ ร้อยละ 70.02⁽⁷⁾

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่า การจัดองค์ประกอบตัวชี้วัดสมรรถนะ เป็นการวิเคราะห์ทางสถิติจากข้อมูลเชิงปริมาณเพียงขั้นตอนเดียว ยังขาดคุณสมบัติการเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่ดี คือ ยังขาดการทดสอบซ้ำ (Test and re-test) ยังไม่ได้หาความเชื่อมั่น (Reliability) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าแบบประเมินสมรรถนะมีความสามารถวัดพฤติกรรมได้ตรงตามแนวคิดหรือไม่⁽⁵⁾

ดังนั้นการศึกษานี้ จึงนำตัวชี้วัดจากการศึกษาดังกล่าว มาศึกษาทดสอบซ้ำและพัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ให้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะพิจารณาว่าเป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎี หรือไม่ และนำไปตรวจสอบการใช้จริงภาคสนาม เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ และผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการประเมินสมรรถนะไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพหรืออบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ และความสามารถของ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method Research) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ยกร่างเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Krutnoi, et al., 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technic)⁽⁸⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ 3) การศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อนำเครื่องมือไปใช้จริงในภาคสนาม (Survey Research)⁽⁹⁾

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1) การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ของ อสม. จำนวน 12 คน⁽⁸⁾ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค จำนวน 4 คน

2) ศึกษาเชิงปริมาณโดยการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของเครื่องมือ ในกลุ่มประชากร อสม. ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 260 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสุตรประมาณ ค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากรของ Danie ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 104 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร ในการนำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนาม ตามแนวทางของ Spencer ที่กล่าวไว้ว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร ในการนำเครื่องมือไปใช้ในภาคสนาม ควรมีอย่างน้อย 100 - 200 คน⁽¹⁰⁾ และสุ่มตัวอย่างแบบอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยการนำรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดมาจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้ตัวอย่างครบตามที่กำหนด

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) กำหนดการเดลฟาย 3 รอบ โดย รอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัวชี้วัดสมรรถนะโดยอิสระ หากข้อใดไม่เห็นด้วยให้ระบุเหตุผล รอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัวชี้วัดที่ปรับปรุงจากรอบแรก หากข้อใดไม่เห็นด้วยให้ระบุเหตุผล รอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตัวชี้วัดสมรรถนะยืนยันมติ

2) การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยการประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. ขอเข้าเก็บข้อมูล ชี้แจงการพินิจสิทธิ์ วิธีการตอบแบบประเมินสมรรถนะ และการสรุปผลการประเมินร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) พิจารณาจากค่ามัธยฐาน (Median: Mdn) หากค่า Mdn > 4.00 แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีเหมาะสม⁽¹¹⁾ ควบคู่กับการวัดความสอดคล้องด้วยค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Inter Quartile Range: IQR) กำหนดค่า IQR < 1.50 แสดงถึงความคิดเห็นมีความสอดคล้อง หาก ค่า IQR > 1.50 แสดงถึงความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน⁽¹²⁾

2) ข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (CVI), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.), ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค, และความสอดคล้องภายใน

การพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ การรับรอง : 058-446/2566 วันที่รับรอง : 26 กุมภาพันธ์ 2566 – 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33)

มีอายุเฉลี่ย 51.42 ปี (S.D.=4.56) อายุมากที่สุด 56 ปี
อายุน้อยที่สุด 40 ปี ครั้งหนึ่งมีระดับการศึกษาปริญญาโท
จำนวน 6 คน (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่
เกี่ยวข้องกับ อสม. ระหว่าง 10 – 20 ปี จำนวน 8 คน
(ร้อยละ 66.67) เฉลี่ย 19.08 ปี (S.D.=6.81) น้อยที่สุด
10 ปี มากที่สุด 28 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร
จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67)

การศึกษาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน
ของ อสม. ครั้งนี้ ได้อ้างอิงตัวชี้วัดและองค์ประกอบ
จากการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อตรวจสอบซ้ำด้วยกระบวนการ
เชิงคุณภาพ⁽⁷⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิคเดลฟาย
ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติสอดคล้องกัน (Mdn. > 4
และ IQR < 1.5) ต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะ
การปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งหมด 48 ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหา
มีความเหมาะสม (Mdn. > 4) จำนวน 48 ข้อ เนื้อหา
มีความสอดคล้องกัน (IQR < 1.5) จำนวน 43 ข้อ
เนื้อหาไม่สอดคล้องกัน (IQR > 1.5) จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัย
จึงได้นำข้อเสนอแนะแก้ไขข้อคำถามเพื่อพิจารณา
รอบที่ 2

รอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเนื้อหา
มีความเหมาะสม (Mdn. >4) จำนวน 48 ข้อ และ
มีความเห็นความคิดเห็นสอดคล้องกัน (IQR < 1.5)
ทั้ง 48 ข้อ จึงถือเป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำ
เครื่องมือชุดนี้มาเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบยืนยัน
อีกครั้ง

รอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบเป็นฉันทามติ
ต่อเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.
โดยไม่มีการปรับปรุงเนื้อหา และให้ข้อสังเกตเพิ่มเติม
คือ 1) ในการนำไปใช้ควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วม
ในการใช้แบบประเมินและชี้แจงทำความเข้าใจก่อนเริ่มต้น
กระบวนการประเมิน 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องในทุกกลุ่มวัย
แต่ในการประเมินควรเน้นกลุ่มเปราะบางเป็นสำคัญ
3) ด้านการป้องกันโรค อสม. ดูแลครัวเรือนจำนวนไม่มาก
จึงมีความสำคัญต่อการรับมือการระบาดของโรค

4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นจุดแข็งของ อสม.
ในยุคเริ่มต้น แต่ปัจจุบันก็ยังมีความสำคัญ 5) การนำ
นโยบายไปสู่การปฏิบัติ จะเป็นงานเร่งด่วนเสมอ
เพราะ อสม. สามารถนำนโยบายไปถึงประชาชนได้ดีที่สุด
6) การสร้างจิตสำนึกการดูแลสุขภาพของประชาชน
เป็นแนวคิดสำคัญของการก่อตั้ง อสม. จะต้องชักชวน
ให้ประชาชนดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น 7) การเฝ้าระวัง
เตือนภัยสุขภาพ ควรเน้นการติดตามข่าวสารสุขภาพ
ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนสื่อสารกับเพื่อนบ้าน
และต้องมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
การศึกษาเชิงปริมาณ โดยการวิจัยเชิงสำรวจ
เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

จากการเก็บข้อมูลตัวอย่างทั้งหมด 104 คน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.80)
มีอายุระหว่าง 55 – 64 ปี (ร้อยละ 53.80) อายุเฉลี่ย
58.39 ปี (S.D.=9.32) อายุมากที่สุด 84 ปี อายุน้อยที่สุด
34 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
(ร้อยละ 32.70) ระยะเวลาการเป็น อสม.ระหว่าง 1 – 8 ปี
(ร้อยละ 55.80) ระยะเวลาเฉลี่ย 9.42 ปี (S.D.=7.62)
ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี มากที่สุด 40 ปี กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน (ร้อยละ 63.50)
และได้รับการฝึกอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 94.20)

ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง
ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70
(S.D.=0.62) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มี
ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ได้แก่
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.72)
ด้านการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.75)
ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.74)
ด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.77)
ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.96
(S.D.=0.73) และด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผล
ต่อสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.76) ตามลำดับ
ส่วนด้านที่อยู่ในระดับ ปานกลาง คือ ด้านการสร้างโอกาส
ให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
อนามัยของชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.08 (S.D.=0.76)

คุณภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านความตรง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระดับสูง (CVI = 0.98)

คุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ภาพรวมมีค่าความเชื่อมั่น 0.91 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มีความเชื่อมั่นสูงที่สุดคือ ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (0.93) รองลงมาคือ ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (0.93) ด้านการป้องกันโรค (0.93) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (0.91) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ (0.91) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (0.91) ตามลำดับ และด้านที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุดคือด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น (0.90) ส่วนค่าความสอดคล้องภายใน (Corrected Item-Total Correlation) ภาพรวมมีค่าระหว่าง 0.48-0.83

ผลการถอดบทเรียนจากใช้จริงเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่า 1) ควรเป็นบรรยากาศการประชุม ไม่มีสิ่งรบกวนหรือสิ่งรบกวน 2) ควรให้มีโต๊ะ เก้าอี้ ปากกาหรือดินสอเพื่อการตอบคำถามได้สะดวก พร้อมแว่นสายตากรณีผู้จำเป็น 3) ควรมีการทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตอบแบบประเมิน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม 4) เวลาในการตอบแบบสอบถามโดยรวมใช้เวลาประมาณ 1.00 – 1.30 ชั่วโมง 5) อสม. มีความเห็นว่า การประเมินสมรรถนะตนเองเป็นสิ่งที่ดีเพื่อจะได้รู้ว่าตนเองขาดเรื่องอะไรที่จำเป็นและสำคัญ จะได้พัฒนาอย่างไรต่อไป แบบประเมินมีจำนวนข้อคำถามไม่มากและไม่ยากจนเกินไป 6) ด้านโอกาสพัฒนาพบว่า อสม. มีการใช้งาน application “สมาร์ท อสม.” ในการรายงานผลการทำงานประจำเดือน จึงเห็นว่า อสม. มีทักษะการใช้งานเทคโนโลยี ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นโอกาสพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ให้อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโอกาสต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยการนำตัวชี้วัดจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) มาศึกษาตรวจสอบทวนซ้ำ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการวิเคราะห์ทางสถิติ ตามลักษณะของข้อมูล⁽¹³⁾ องค์ประกอบที่ได้มาอาจไม่มีความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎี⁽¹⁴⁾ ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาต่อเนื่อง ด้วยระเบียบวิธีวิจัยผสมผสาน (Mixed Method) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการเทคนิคเดลฟาย เพื่อทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง และผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติสอดคล้องกัน (Mdn. > 4.0 และ IQR < 1.5)⁽¹¹⁾ ต่อจากนั้นจึงนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในพื้นที่จริง (Feasibility) ผลการทดสอบ เครื่องมือมีความเชื่อมั่น 0.91 ซึ่งรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับ และนำมาใช้อย่างในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะอย่างแพร่หลาย⁽⁹⁾ อีกทั้งการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ยังเป็นการยืนยันโดยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนหลายคนโดยไม่มี การเผชิญหน้า⁽¹⁵⁾ สามารถลดอิทธิพลและอคติของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน⁽¹⁶⁾ และมีการนำเสนอคำตอบของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นฉันทามติ (Consensus) ด้วยวิธีการทางสถิติ⁽¹⁷⁾

สอดคล้องกับการศึกษาของ Shewade et al.⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะ (Competency-base tool) การฝึกปฏิบัติภาคชุมชน (Community-base training) ของแพทย์เวชศาสตร์ชุมชนแพทย์ ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi-technique) พบว่าเทคนิคเดลฟาย เหมาะสมที่จะนำมาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือประเมินสมรรถนะเช่นเดียวกับ Zhang et al.⁽¹⁹⁾ ได้พัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในประเทศจีน ด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่าเครื่องมือที่ผ่านเทคนิคเดลฟาย และมีฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสมเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทาง ในประเทศจีน

ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพ สามารถวัดได้ตามจุดมุ่งหมาย และผลที่ได้มีความถูกต้อง ค่าที่วัดได้มีความแปรปรวนความคลาดเคลื่อนต่ำ ซึ่งพบว่าวิธีนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะบุคคลในหลายการศึกษา ทำให้การศึกษาครั้งนี้นี้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปทดสอบความเป็นไปได้ในพื้นที่จริง (Feasibility) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร จำนวน 104 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการพัฒนาเครื่องมือ⁽¹⁰⁾ และพบว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ภาพรวมเท่ากับ 0.91 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีความเชื่อมั่นสูงสุดคือ ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ (0.93) รองลงมาคือด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชน (0.93) ด้านการป้องกันโรค (0.93) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (0.91) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (0.91) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (0.91) ตามลำดับ และด้านที่มีความเชื่อมั่นต่ำที่สุด คือด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น (0.90) ซึ่ง Nunnally⁽²⁰⁾ ได้แบ่งระดับความเชื่อมั่นของค่า Cronbach' alpha ไว้ว่า หากมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.9 ถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับดีเยี่ยม (Excellent) หากมีค่าระหว่าง 0.8 - 0.9 ถือว่ามีความเชื่อมั่นระดับดี (Good) หากมีค่าระหว่าง 0.7 - 0.8 ถือว่ามีความเชื่อมั่นยอมรับได้ (Acceptable) หากมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.7 - 0.6 ถือว่าความเชื่อมั่นคลุมเครือ (Questionable) หากมีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.6 - 0.5 ถือว่ามีความเชื่อมั่นต่ำ (Poor) หากต่ำกว่า 0.5 ถือว่าไม่สามารถยอมรับได้ (Unacceptable) แสดงว่าเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. นี้ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม ส่วนค่าความสอดคล้องภายใน (Corrected Item-Total Correlation) ภาพรวมมีค่าระหว่าง 0.48 - 0.83 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.30

แสดงถึงข้อคำถามมีความสอดคล้องภายในสูง⁽²¹⁾ เครื่องมือนี้จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม.

ตัวชี้วัดสมรรถนะโดยรวม เน้นการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น สอดคล้องกับนิยามการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่ให้ความสำคัญต่อความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการให้ประชาชนได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่⁽²²⁾

สรุปผลการศึกษา

คุณลักษณะของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ประเทศไทย ประกอบด้วย

1) คำถามเน้นทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบด้วย ส่วนนำที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลและส่วนคำถามความสามารถในการปฏิบัติตามสมรรถนะจำนวน 7 ด้าน 48 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยและชุมชน 10 ข้อ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 9 ข้อ 3) ด้านการป้องกันโรค 8 ข้อ 4) ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5 ข้อ 5) ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 5 ข้อ 6) ด้านการสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ 6 ข้อ และ 7) ด้านการเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ 5 ข้อ

2) คะแนนรายข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด 1 คะแนน ปฏิบัติได้น้อย 2 คะแนน ปฏิบัติได้ปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติได้มาก 4 คะแนน และปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน

3) คุณภาพของเครื่องมือ มีความเชื่อมั่นระดับสูง (Cronbach alpha = 0.91) มีค่าความตรงตามเนื้อหา ระดับสูง (CVI=0.98) มีความตรงตามโครงสร้าง ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Mdn. > 4 และ IQR < 1.5) มีค่าความสอดคล้องภายในผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Corrected Item-Total Correlation = 0.48-0.83)

4) การใช้งานเครื่องมือ เครื่องมือนี้สำหรับ อสม. ตอบด้วยตนเอง (Self-assessment) ใช้เวลาตอบคำถาม

ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยการอธิบายการใช้งานเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการวางแผนพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในแต่ละปี

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งเน้นการประเมินทักษะและพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน โดยไม่นำความรู้ด้านต่าง ๆ มาประเมิน อีกทั้งระยะเวลาการตอบที่ใช้ 1 ชั่วโมงอาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการให้คำตอบ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. ไปใช้ควรได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง อสม. ในการชี้แจงทำความเข้าใจก่อนการเริ่มต้นประเมิน

2. เครื่องมือประเมินนี้จะประโยชน์ต่อตัว อสม.เองในการฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเอง ในด้านที่ยังด้อย และเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยง ต้องให้ความสำคัญต่อผลการประเมิน เพื่อร่วมกันพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

3. ระดับนโยบายควรนำขึ้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นแนวทางในการทบทวนสมรรถนะมาตรฐานของ อสม. ที่กำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้มีความเป็นปัจจุบัน

4. สามารถพัฒนาต่อยอดเครื่องมือนี้ให้อยู่ในรูปแบบ Application ที่ใช้งานบนสมาร์ตโฟน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความรวดเร็วในการประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: เรดิโอเซ็น; 2550.

3. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. แนวทางการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ Competency Based Learning. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศิริพัฒนาอินเตอร์พริ้นท์; 2549.
4. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
5. ประสพชัย พสุนนท์. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2558;18:375-96.
6. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตรนักวิจัย. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานฝึกอบรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2547.
7. Krutnoi N, Wongkongdech A, Promasatayaprot V. Factor analysis of the village health volunteers' core competencies in Thailand. J Public Health Dev. 2024;22(2):54-67. doi: 10.55131/jphd/2024/220205
8. นิภาพรรณ เจนสันติกุล. การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2560;4(2):27-64.
9. เดชกุล มัทวานุกุล. การวิจัยและพัฒนา. ใน: "ปิดกล่องชอล์ค" รวมผลงานบทความทางวิชาการและงานวิจัย (2555-2562) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 20 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.curriculum-instruction.com/Download/ปิดกล่องชอล์ค.pdf>
10. Spencer LM, Spencer SM. Competency at work: models for superior performance. New York: John Wiley & Sons; 1993.
11. พงศ์เทพ จิระโร. บทวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) จากแบบวัดที่เป็นมาตรฐานค่าโดยการกำหนดน้ำหนักกับไม่กำหนดน้ำหนักให้สมาชิกในค่าคะแนนเดียวกัน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 32(1):1-13.

12. จุมพล พูลภัทรชีวิน. เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย: เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
13. ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ. การวิเคราะห์ห่วงโซ่ประกอบเชิงยีนย่น. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2556;44(1): 1-13.
14. รุจิรัตน์ รุ่งหัวไผ่. การพัฒนาโมเดลสมรรถนะความร่วมมือสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558.
15. Norman D, Olaf H. Experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manage Sci.* 1963;9(3):457-67.
16. Miller G. The development of indicators for sustainable tourism: results of a Delphi survey of tourism researchers. *Tour Manag.* 2001;22(4):351-62.
17. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การวิจัยอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟาย. วารสารสหวิทยาการวิจัย. 2562;8(1):1-10.
18. Shewade HD, Jeyashree K, Palanivel C, Panigrahi KC. Competency-based tool for evaluation of community-based training in undergraduate medical education in India – a Delphi approach. *Adv Med Educ Pract.* 2014;5:277-86. doi: 10.2147/AMEP.S123840
19. Zhang X, Meng K, Chen S. Competency framework for specialist critical care nurses: a modified Delphi study. *Nurs Crit Care.* 2019;25(1):45-52. doi: 10.1111/nicc.12467
20. Nunnally JC. *Psychometric theory.* New York: McGraw-Hill; 1978.
21. DeVellis RL. *Scale development: theory and application.* 2nd ed. California: Sage Publications; 2003.
22. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1978 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์

Development of Online Assessment of Agile Leadership for Administrators in Public Health

ศศิภา จันทรา (วท.ม.)*, ภัทราวดี มากมี (ค.ด.)*, ปริญญา เรืองทิพย์ (ปร.ด.)*

Sasipa Chantra (M.Sc.)*, Patrawadee Makmee (Ed.D.)*, Parinya Ruengthip (Ph.D.)*

* คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Faculty of Education , Burapha University

ชื่อผู้ประสานงาน: ภัทราวดี มากมี อีเมลผู้ประสานงาน: patrawadee@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 27 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 27 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี Exploratory Sequential Approach ด้วยวิธีการออกแบบ Instrument-Development Design โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกพื้นที่ 4 ภูมิภาค 12 เขตสุขภาพ 76 จังหวัดของประเทศไทย ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและตัวชี้วัดของกรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว และแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม LISREL ผลการศึกษาพบว่า โมเดลการพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($Chi-Square (x^2) = 1791.94, df = 497, x^2 / df = 3.67, p = 0.00, GFI = 0.87, CFI = 0.98, TLI = 0.98, RMSEA = 0.06$) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความคล่องแคล่วในด้านบริบท มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร 2) ความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร 3) ความคล่องแคล่วในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัวแปร และ 4) ความคล่องแคล่วในภาวะผู้นำของตนเอง มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร โดยตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดที่มีค่าเป็นบวก และมีความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝงอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว; การประเมินแบบออนไลน์; การวิจัยแบบผสมวิธี

Abstract

The purposes of this study was to develop a framework for assessing the agile leadership of administrators in public health using a mixed methods research design with an exploratory sequential approach, employing an instrument-development design. The sample group consists of healthcare ministry executives from all regions, including 4 geographic regions, 12 health region, and 76 provinces of Thailand, selected using proportional stratified random sampling. Data collection utilized documents related to the components and indicators of the agile leadership Assessment Framework and questionnaires with a reliability coefficient of 0.89. The data analyzed by content analysis and structural equation model using LISREL software. The result indicated that the model for developing indicators to online assessment of agile leadership for administrators in public health was consistent with empirical data ($\chi^2 = 1791.9$, $df = 497$, $\chi^2 / df = 3.67$, $p = .00$, $GFI = 0.87$, $CFI = 0.98$, $TLI = 0.98$, $RMSEA = 0.06$) The indicators consisted: 1) context-settings agility with 8 observable variables; 2) stakeholder agility with 8 observable variables; 3) creative agility with 10 observable variables; and 4) self-leadership agility with 8 observable variables. All observable variables had positive values, and the covariance between observed and latent variables was at a good level.

Keywords: Agile Leadership; Online Assessment; Mixed Methods Research

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ตั้งแต่ปี 2562 ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแนวคิดด้านความคล่องตัวและภาวะผู้นำ โดยเน้นความสามารถในการปรับตัวและการเป็นผู้นำอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาภาวะผู้นำที่ยังไม่แข็งแกร่งเท่าที่ควร ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความสามารถในการเป็นผู้นำในภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน หลายองค์กรจึงพยายามเน้นพัฒนาภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว (Agile leadership) ให้กับผู้นำในระดับต่าง ๆ เพื่อให้สามารถตัดสินใจอย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพในสภาพแวดล้อมที่ไม่แน่นอนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตอบสนองต่อความท้าทายและความผันผวนในยุคปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความราบรื่นและความสำเร็จ

อย่างยั่งยืน⁽¹⁾ โดยผู้นำที่มีความคล่องแคล่วสูงจะต้องพัฒนาสมรรถนะในด้านบริบท การจัดการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความคิดสร้างสรรค์ และการบริหารตนเอง ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ด้วยการฝึกฝนอย่างถูกวิธี^(2,3) โดยในบริบทของประเทศไทยที่กำลังเปลี่ยนเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้มีความเพียงพอและมีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในอนาคต

ดังนั้นระบบราชการจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสอดคล้องกับบริบทที่จะเกิดขึ้นจากการเป็น Thailand 4.0 โดยภาครัฐหรือระบบราชการจะต้องทำงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นหลัก (Better Governance, Happier Citizens) ซึ่งหมายความว่า

ระบบราชการไทยจะต้องปฏิรูปขนานใหญ่ เพื่อให้สามารถเป็นที่ไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยภาครัฐต้องปรับตัวและพลิกโฉมเข้าสู่ยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมภาครัฐจึงต้องมุ่งเน้นความคล่องตัวเพื่อขับเคลื่อนภารกิจพิเศษ (Agenda-based) และนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาพลิกโฉมหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 (Government 4.0 หรือ Gov. 4.0) อันเป็นฟันเฟืองและเสาหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องกับทิศทางในการบริหารงานของประเทศให้ก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจะส่งผลให้กลไกการพัฒนาระบบราชการมีการปรับตัวต่อความท้าทายใหม่ ๆ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันกับนานาประเทศและยังเป็นการยกระดับสมรรถนะของหน่วยงานภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนการปฏิรูปประเทศที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการพัฒนาใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้บริการเป็นเลิศ การพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพและความมั่นคงของประเทศ อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาในการบริหารงานด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดหน่วยงานเลขานุการที่มีอำนาจและความสามารถในการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงเหตุการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลต่อความสามารถของหน่วยงานในระดับกระทรวงในการขับเคลื่อนงานและตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นผู้นำต้องมีความสามารถในการวางแผน พัฒนาขีดความสามารถ และปรับตัวให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงและปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน รวมถึงคุณสมบัติสำคัญ

ในอนาคต เช่น วิสัยทัศน์ อิทธิพล ค่านิยม ความสามารถในการเรียนรู้ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การคิดวิเคราะห์อย่างรอบคอบ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ รวมทั้งสามารถนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาปรับปรุงระบบบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้นำด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีทักษะด้านการสื่อสาร การคิดเชิงวิพากษ์ การสร้างทีมและฉันทามติ รวมทั้งความคล่องแคล่วในด้านการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเหมาะสมในทุกระดับ เพื่อให้สามารถนำองค์กรไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและสร้างคุณค่าให้กับสังคมและประเทศชาติในภาพรวม⁽⁵⁻⁷⁾

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ จึงเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ในโมเดลการพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยและคุณสมบัติที่สำคัญของภาวะผู้นำที่สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพในบริบทของการบริหารงานด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปพัฒนารอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางด้านผู้นำให้มีคุณสมบัติและสมรรถนะที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความท้าทายและเป้าหมายของระบบสุขภาพในยุคสมัยใหม่ และสนับสนุนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research-Design) Explanatory Sequential Design ด้วยวิธีการออกแบบ Instrument-Development-Design^(8,9) และได้ผ่านการพิจารณา

รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567 รหัสโครงการวิจัย: G-HU217/2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,360 ทุกพื้นที่ 4 ภูมิภาค 12 เขตสุขภาพ 76 จังหวัดของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ รวม 12 เขตสุขภาพ ครอบคลุม 76 จังหวัด

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ทุกพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยกำหนดขนาดของตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้⁽¹⁰⁾ การวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,360 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ด้วยการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามภูมิภาคเป็นชั้นภูมิของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ แล้วจึงนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก จังหวัดที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค ภาคละ 2 จังหวัด หลังจากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามเขตสุขภาพ และสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายของผู้บริหารตามที่ตั้งหน่วยงานเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

2.2 แบบสอบถามสำหรับการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

แบบออนไลน์ โดยแบ่งแบบออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Content Validity Index: CVI) พบว่ามีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 เป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ 0.80⁽¹¹⁾ แล้วจึงนำไปเครื่องมือไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด ซึ่งผลการประเมินมีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.28 ถึง 0.87 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach⁽¹²⁾ ซึ่งผลการประเมินค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.97

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและตัวชี้วัดของกรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว และ 2) การใช้แบบสอบถามกับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ทุกพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 1,360 ฉบับ โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม และส่งกลับคืนให้ผู้วิจัย ภายใน 7-15 วัน โดยดำเนินการติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการเอกสารมาวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหา (Content Analysis) 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second-Order CFA) และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) โดยใช้โปรแกรม LISREL

5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงสำรวจ (EFA) และและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Structural Equation Model) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์ ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากการสังเคราะห์เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่ว พบประเด็นที่เป็นไปได้สำหรับการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข จำแนกได้ออกเป็น 17 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีวิสัยทัศน์ 2) ด้านการมีอิทธิพล 3) ด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) ด้านการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 5) ด้านความเป็นผู้นำ/ภาวะผู้นำ 6) ด้านการสร้างการเปลี่ยนแปลง 7) ด้านการริเริ่มลงมือปฏิบัติ 8) ด้านการประเมินผลลัพธ์ 9) ด้านการทำงานร่วมกัน 10) ด้านการคล่องแคล่ว ความว่องไว รวดเร็ว 11) ด้านพัฒนาการเรียนรู้ 12) ด้านผู้นำเชิงกลยุทธ์ 13) ด้านความยืดหยุ่น 14) ด้านความฉลาดทางอารมณ์ 15) ด้านการสื่อสาร 16) ด้านการตระหนักรู้ และ 17) ด้านการตัดสินใจ

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบกรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์

2.1 จากการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้บนพื้นฐานของแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบระบบออนไลน์ ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลพบว่า ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ 0.96 และสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 15446.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

บ่งชี้ว่าข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับดี สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ จากการสกัดองค์ประกอบโดยใช้เกณฑ์ค่าไอเกน (Eigenvalues) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1.00 พบว่าสามารถสรุปองค์ประกอบได้จำนวน 4 ด้าน โดยมีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 3.71 ถึง 18.98 และมีค่าความแปรปรวนสะสมที่อธิบายได้ (Cumulative Variance) ร้อยละ 78.11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) เพื่อพัฒนากรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบระบบออนไลน์ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ความคล่องแคล่วในด้านบริบท (Context-setting Agility) 2) ความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Agility) 3) ความคล่องแคล่วในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creative Agility) และ 4) ความคล่องแคล่วในภาวะผู้นำของตนเอง (Self - leadership Agility) โครงสร้างของกรอบการประเมินที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจนี้ มีความครอบคลุมและมีคุณภาพทางสถิติในระดับที่สูงพร้อมสำหรับนำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินและพัฒนาภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วสำหรับผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

2.2 การวิเคราะห์ยืนยันอันดับสอง (Second-Order CFA) การพัฒนาตัวชี้วัดองค์ประกอบเชิงยืนยันของกรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขแบบออนไลน์ มีตัวแปรแฝง 4 ตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้แก่ ด้านความคล่องแคล่วในด้านบริบท (COA) ด้านความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (SHA) ด้านความคล่องแคล่วในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (CRA) และด้านความคล่องแคล่วในภาวะผู้นำของตนเอง (SLA) ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ 34 ตัวแปร มีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกค่า แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝงอยู่ในระดับดี (R^2) อยู่ระหว่าง 0.83 - 0.96 โดยผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 1 และภาพที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการพัฒนาตัวชี้วัด

ตัวแปรสังเกตได้	อักษรย่อ	ผลการวิเคราะห์			
		β	SE	t	R ²
ความคล่องแคล่วในด้านบริบท	COA				
1. มีการสร้างระบบการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปใช้งานได้จริงมากกว่าจัดทำเป็นเอกสาร คู่มือ หรือการใช้เวลาในการจัดทำเอกสารแผนงาน	COA1	0.62**	0.40		0.39
2. มีการประสานงานด้านการปฏิบัติงานกับบุคลากร เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์เดียวกัน ระบุปัญหา อุปสรรค และมีการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน	COA2	0.70**	0.42	15.45	0.49
3. มีการสร้างตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่มีคุณค่า เพื่อเป็นตัววัดความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน	COA3	0.59**	0.38	13.47	0.35
4. ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรเรียนรู้จากความผิดพลาดของตนเอง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง	COA4	0.60**	0.36	13.60	0.36
5. องค์กรให้ความสำคัญสูงสุด ด้านความพึงพอใจของบุคลากรผ่านกระบวนการปฏิบัติงานที่มีคุณค่า สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในเวลารวดเร็วและต่อเนื่อง	COA5	0.61**	0.52	15.68	0.51
6. มีการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการกำหนดระยะเวลาการสิ้นสุดของความสำเร็จในการปฏิบัติงานให้สั้นลง	COA6	0.78**	0.44	13.80	0.37
7. มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ตอบสนองต่อปัญหาและสภาวะที่องค์กรต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว	COA7	0.78**	0.48	16.78	0.61
8. มีความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลง และปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว พร้อมด้วยความยืดหยุ่นคล่องตัว โดยสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมทั้งระดับปฏิบัติการ ระดับทีมงาน และระดับบริหาร	COA8	0.79**	0.47	16.90	0.62
ความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย	SHA				
9. กระตุ้นให้บุคลากรมีความรับผิดชอบในกระบวนการปฏิบัติงานของตนเอง	SHA1	0.68**	0.40		0.46
10. สร้างความไว้วางใจ และทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสามัคคี ด้วยการสื่อสารด้วยข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นความจริง	SHA2	0.79**	0.56	21.10	0.62
11. การแลกเปลี่ยน หรือให้ข้อมูลป้อนกลับให้กับบุคลากร	SHA3	0.78**	0.48	18.84	0.62
12. การให้ความสำคัญกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงาน มากกว่าขั้นตอน วิธีการหรือเครื่องมือ	SHA4	0.63**	0.41	15.31	0.39

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการพัฒนาตัวชี้วัด (ต่อ)

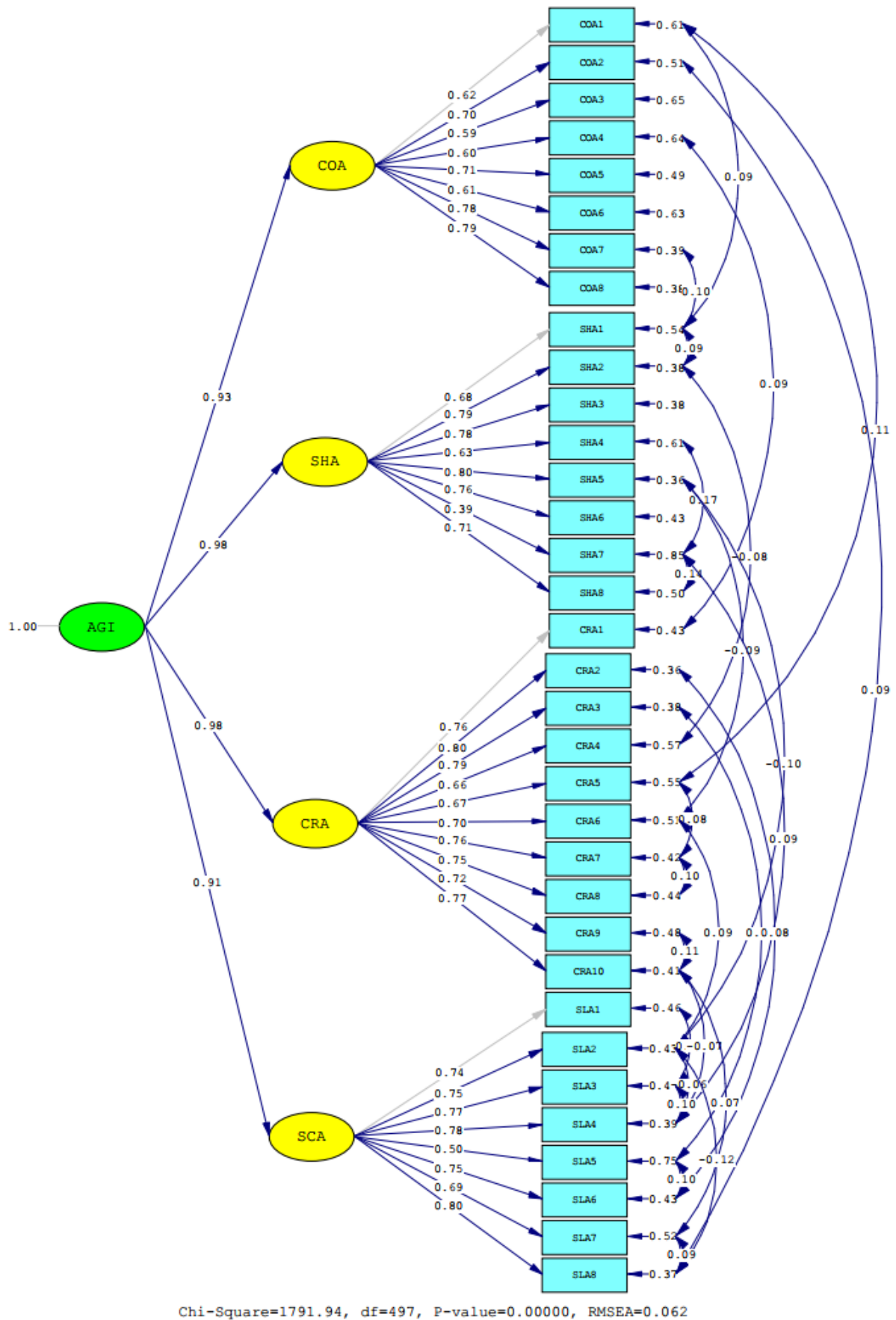
ตัวแปรสังเกตได้	อักษรย่อ	ผลการวิเคราะห์			
		β	SE	t	R ²
13. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	SHA5	0.80**	0.49	19.23	0.64
14. ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	SHA6	0.76**	0.44	18.21	0.57
15. ใช้หลักการสื่อสารแบบตัวต่อตัว (Interpersonal Communication) มากกว่าการประชุมที่เป็นทางการ	SHA7	0.39**	0.33	9.81	0.15
16. ให้ความสำคัญเรื่องของการติดต่อสื่อสาร โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกองค์กร	SHA8	0.71**	0.44	17.21	0.50
17. สร้างสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนบุคลากรให้เกิด แรงจูงใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	CRA1	0.76**	0.46		0.57
18. เสริมพลังบวกให้บุคลากรด้วยการมอบความรับผิดชอบ ในการตัดสินใจให้กับบุคลากร และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในองค์กรให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุเป้าหมาย	CRA2	0.82**	0.61	22.21	0.64
19. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง สามารถปรับกระบวนการทำงานรองรับความเปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างรวดเร็ว ไม่ยึดติดกระบวนการปฏิบัติงานแบบเดิม	CRA3	0.79**	0.55	21.79	0.62
20. สามารถออกแบบ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมขององค์กรได้	CRA4	0.66**	0.49	17.63	0.43
21. มีการปฏิบัติงานร่วมกันกับบุคลากรมากกว่าการสั่งการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกันภายในองค์กร	CRA5	0.67**	0.47	18.15	0.45
22. กำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์การปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร ซึ่งบุคลากรจะต้องคิด แก้ปัญหาด้วยตนเองว่าต้องทำอะไรให้สำเร็จ เพื่อให้บุคลากรได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	CRA6	0.70**	0.44	19.92	0.49
23. มีกระบวนการปฏิบัติงานที่คล่องตัว เพื่อส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน	CRA7	0.76**	0.46	20.87	0.58
24. ยินดีปรับเปลี่ยนเพื่อแก้ไขกระบวนการปฏิบัติงานตามความต้องการของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ	CRA8	0.75**	0.48	20.36	0.56
25. ให้อำนาจการตัดสินใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ เพื่อสร้างไว้ใจซึ่งกันและกันภายในองค์กร	CRA9	0.72**	0.45	19.53	0.52
26. ให้ข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นในการตัดสินใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนการตัดสินใจของทีมบุคลากร	CRA10	0.77**	0.49	21.22	0.59

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการพัฒนาตัวชี้วัด (ต่อ)

ตัวแปรสังเกตได้	อักษรย่อ	ผลการวิเคราะห์			
		β	SE	t	R ²
ความคล่องแคล่วในด้านภาวะผู้นำของตนเอง	SLA				
27. ให้ความไว้วางใจบุคลากรว่าจะสามารถพัฒนางานที่ได้ออกมาได้	SLA1	0.74**	0.46		0.54
28. เป็นคนที่พร้อมจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา เรียนรู้ได้เร็ว ลดข้อผิดพลาด เพื่อสร้างโอกาสเพิ่มขึ้นในการนำองค์กรประสบความสำเร็จ	SLA2	0.75**	0.47	19.38	0.59
29. สามารถจัดการตนเองให้พร้อมกับทุกสถานการณ์ และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ	SLA3	0.77**	0.46	23.31	0.57
30. พัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติงานให้เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน มีประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติจริง	SLA4	0.78**	0.49	20.28	0.61
31. แก้ปัญหาได้โดยไม่ต้องรอทีมบริหารเข้ามาช่วยตัดสินใจ	SLA5	0.50**	0.33	12.82	0.25
32. พัฒนาตนเองแบบองค์รวม ด้วยทักษะสำคัญของการเติบโต และมีความสุข เพิ่มพลังให้ประสบความสำเร็จ มีความสุข ในการดำเนินชีวิตส่วนตัวและการปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมาย	SLA6	0.75**	0.55	19.79	0.57
33. การรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด	SLA7	0.69**	0.35	17.84	0.48
34. สร้างแรงจูงใจส่งเสริมการปฏิบัติงานเป็นร่วมกัน รวมถึงสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรได้ เป็นจุดศูนย์รวมของทีบุคลากรไว้ใจ และพร้อมจะก้าวไปด้วยกัน	SLA8	0.80**	0.46	20.72	0.63

จากภาพที่ 1 ปรากฏว่า จากการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องในระดับที่ยอมรับได้ โดยพิจารณาตามเกณฑ์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ (N > 250) และมีจำนวนตัวแปรสังเกตได้ระหว่าง 12 ถึง 30 ตัว ซึ่งกำหนดให้ดัชนี CFI และ TLI มีค่ามากกว่า 0.92 และค่า RMSEA น้อยกว่า 0.07 โดยผลการวิเคราะห์โมเดลการพัฒนาตัวชี้วัดองค์ประกอบเชิงยืนยันปรากฏดังนี้ โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ซึ่งพิจารณาได้จากค่า $Chi-Square (x^2) = 1791.94$, $df = 497$, $x^2 / df = 3.67$, $p = 0.00$, $GFI = 0.87$, $CFI = 0.98$, $TLI = 0.98$, $RMSEA = 0.06$ แม้ค่าสถิติไค-สแควร์จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ (Sample size sensitivity) แต่เมื่อพิจารณาดัชนีวัดระดับความกลมกลืนอื่น ๆ พบว่าผ่านเกณฑ์ โดยค่า CFI และ TLI มีค่าสูงกว่า 0.92 และค่า RMSEA มีค่าน้อยกว่า 0.07 นอกจากนี้ค่า x^2 อยู่ในช่วง 2 ถึง 5 ซึ่งถือว่ายอมรับ^(9,10,13)



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์โมเดลการพัฒนาตัวชี้วัดองค์ประกอบเชิงยืนยัน

อภิปรายผลการศึกษา

กรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ตัวแปรแฝง 4 ตัวแปร คือ ด้านความคล่องแคล่วในด้านบริบท มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร ความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร ความคล่องแคล่วในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัวแปร และความคล่องแคล่วในด้านภาวะผู้นำของตนเอง มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร โดยตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดที่มีค่าเป็นบวก และมีแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝงอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al.⁽¹⁴⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและแปรปรวนร่วมกัน ในระดับดี จะสะท้อนให้เห็นถึงทักษะและความสามารถด้านความคล่องแคล่วของผู้นำ มีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ตัวแปรสังเกตได้เหล่านี้เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือในการวัดและพัฒนาภาวะผู้นำที่คล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากความคล่องแคล่วในแต่ละด้านแสดงให้เห็นถึง ความสามารถสำคัญที่ผู้นำที่จำเป็นต้องมีเพื่อปรับตัวและบริหารจัดการในสภาพแวดล้อมทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายและอาจเกิดจากความไม่แน่นอนของสถานการณ์ภายนอก ซึ่งความคล่องแคล่วในด้านบริบทช่วยให้ผู้นำสามารถปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทเปลี่ยนแปลง ส่วนความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการแสดงความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งช่วยสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในนโยบายและโครงการต่าง ๆ สำหรับความคล่องแคล่วในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นการแสดงความสามารถในการมองหาโอกาสใหม่ ๆ และปรับตัวในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน เพื่อให้เกิดทักษะในการคิดนอกกรอบสำหรับการแก้ปัญหาโดยผู้นำต้องมีภาวะผู้นำมีความสามารถในการจัดการอารมณ์และพัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถ

ในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aouad Wang et al.⁽¹⁵⁾ การนำแนวทางความเป็นผู้นำแบบคล่องแคล่ว มาใช้ในการจัดการกับความท้าทายที่ซับซ้อนและไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ในระบบสุขภาพ จะทำให้ผู้นำสามารถรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ ในระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นความสำคัญของการเสริมสร้างความยืดหยุ่น การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร และการใช้แนวทางสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินการให้บริการได้อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่มีความท้าทายอย่างที่สุด

สรุปผลการศึกษา

กรอบการประเมินภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ความคล่องแคล่วในด้านบริบท มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร 2) ความคล่องแคล่วในด้านผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร 3) ความคล่องแคล่วในด้านการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัวแปร และ 4) ความคล่องแคล่วในด้านภาวะผู้นำของตนเอง มีตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวแปร โดยตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดที่มีค่าเป็นบวก และมีแปรปรวนร่วมของตัวแปรสังเกตได้กับตัวแปรแฝงอยู่ในระดับดี และโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($Chi\text{-Square} (x^2) = 1791.94, df = 497, x^2 / df = 3.67, p = 0.00, GFI = 0.87, CFI = 0.98, TLI = 0.98, RMSEA = 0.06$)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2568

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำเครื่องมือวัดภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วนี้ไปใช้ในการประเมินและพัฒนาทักษะความสามารถของผู้นำในระดับต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวและบริหารจัดการในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตและภาวะฉุกเฉิน ควรนำข้อมูลจากการประเมินไปวางแผนพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความยืดหยุ่นด้านต่าง ๆ ของผู้นำ เพื่อให้สามารถรับมือและบริหารจัดการความท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดความคล่องแคล่วในด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและความพร้อมของผู้นำในภาคส่วนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมระดับผู้นำในทุกๆระดับ เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างของภาวะผู้นำแบบคล่องแคล่วในบริบทที่หลากหลาย นอกจากนี้ควรนำเครื่องมือวัดไปทดสอบและปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและความแม่นยำในการประเมินผล อีกทั้งควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความคล่องแคล่วของผู้นำ เช่น ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ วัฒนธรรมองค์กร หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถพัฒนามาตรฐานและแนวทางพัฒนาความสามารถด้านผู้นำที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- Meyer R, Meijers R. Leadership agility: Developing your repertoire of leadership styles. New York: Routledge; 2017.
- Joiner B, Josephs S. Leadership agility: Five levels of mastery for anticipating and initiating change. New Jersey: Wiley & Sons; 2007.
- Joiner B. Creating a culture of agile leaders. People Strategy. 2009;32(4):28-35.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/ofJ87>
- ศุภิณี ชวัลภยธรรม. ภาวะผู้นำของผู้บริหาร: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารรวมคำแห่งฉบับรัฐประศาสนศาสตร์. 2562;2(3):52-83.
- Holsinger JW Jr, Carlton EL, Jadhav ED. Editorial: Leading people - managing organizations: contemporary public health leadership. Front Public Health. 2015;3:268.
- Strudsholm T, Vollman AR. Public health leadership: competencies to guide practice. Health Manage Forum. 2021;34(6):340-5.
- Edmonds W, Kennedy T. An applied guide to research designs. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2017.
- ภัทราวดี มากมี. การพัฒนาโมเดลการวัดประสิทธิภาพองค์การภาครัฐในเขตอาเซียน: การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างพหุระดับ. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2559;21(1):34-8.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. United Kingdom: Cengage Learning; 2019.
- Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Meas Eval Couns Dev. 2014;47(1):79-86.

12. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper & Row; 1990.
13. พูลพงศ์ สุขสว่าง. โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation modeling). ชลบุรี: เอ.พี.บลู ปริ้นท์; 2563.
14. Wang Q, Hou H, Li Z. Participative leadership: a literature review and prospects for future research. *Front Psychol.* 2022;13:924357.
15. Aouad M, Jalbout Hastie M, Yazbeck Karam V. Adaptive leadership in crisis: a healthcare system's resilience journey. *BMJ Lead.* 2025;9(2):89-93.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผล หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

Development and Efficacy Evaluation of a Gentle Communication for Gentle Healthcare Curriculum

วีร์ เมฆวิไลย (ปร.ด.)*, นิชาภา รัตนจันทร์ (วท.บ)**,
ภัทรวรรณ สุขยิรัญ (ปร.ด.)***, บุรินทร์ สุอรอรุณสัมฤทธิ์ (พ.บ.)*
Wee Mekwilai (Ph.D.)*, Nichapha Rattanjan (B.Sc.)**,
Pattarawat Sukyirun (Ph.D.)***, Burin Suraaroonsamirt (M.D.)*

* สำนักวิชาการสุขภาพจิต

* Bureau of Mental Health Academic Affairs

** กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

** Bureau of Mental Health Service Administration

*** โรงพยาบาลศรีธัญญา

*** Srithanya Hospital

ชื่อผู้ประสานงาน: วีร์ เมฆวิไลย อีเมลผู้ประสานงาน: weepositive7@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	12 ก.พ. 2569
วันแก้ไข:	13 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	24 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อบุคลากรและคุณภาพการดูแล แม้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกแสดงประสิทธิผล แต่การขยายผลมีข้อจำกัด การพัฒนาหลักสูตรการอบรมจึงจำเป็นสำหรับการถ่ายทอดความรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกตามแนวทาง R&D (2) ประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจ (3) ศึกษาแผนการนำไปใช้และอุปสรรค เป็นการวิจัยและพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการพัฒนาหลักสูตร 5 ขั้นตอน ใช้การออกแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัด ก่อนหลังกับบุคลากร 18 คน หลักสูตร 360 นาที 6 บท ผสมผสานบรรยาย Role - play Simulation และ Workshop วิเคราะห์ด้วย Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลักสูตรมีค่า IOC = 0.90 ความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.30 (d = 1.94) ทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.00 (d = 1.40) ทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.70 (d = 1.77) ความพึงพอใจ ร้อยละ 4.50/5.00 และร้อยละ 88.90 วางแผนนำไปใช้ทันที หลักสูตรมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะ สามารถขยายผลเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: การสื่อสารเชิงบวก; ความรุนแรง; บริการสุขภาพ; การลดความรุนแรง; วิจัยและพัฒนา

Abstract

Workplace violence in healthcare settings impairs staff well-being and care quality. Although a positive communication guidebook has proven effective in reducing violence, scaling up remains challenging. This study aimed to (1) develop a positive communication curriculum using a research and development framework, (2) assess knowledge, attitudes, skills, and satisfaction, and (3) explore implementation plans and barriers. A one-group pretest-posttest design was employed with 18 healthcare workers. The 360 - minute, 6 - module curriculum integrated lectures, role-play, simulation, and workshops. Content validity was strong (IOC = 0.90). Knowledge, attitudes, and skills improved significantly (28.33, 15.04, and 24.72 percent, respectively; all $p < 0.001$) with large to very large effect sizes ($d = 1.40 - 1.94$). Satisfaction was 4.50/5.00, and 88.89 percent planned immediate implementation. Findings support scaling up this curriculum to promote safer healthcare work environments.

Keywords: gentle communication; violence; health service; de-escalation; R&D

บทนำ

ความรุนแรงในบริการสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลจาก U.S. Bureau of Labor Statistics พบว่าอัตราการบาดเจ็บจากความรุนแรงในอุตสาหกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 10.40 : 10,000 คน ในปี 2018 เป็น 15.20 : 10,000 คน ในปี 2020⁽¹⁾ สะท้อนว่าบุคลากรสาธารณสุขเพียงร้อยละ 10 ของกำลังแรงงานทั้งหมด ประสบกับการบาดเจ็บจากความรุนแรงถึงร้อยละ 48 ของกรณีทั้งหมด สูงกว่าอาชีพอื่นถึง 5 เท่า⁽²⁾ ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ไม่แตกต่างกัน เมื่อพบว่าบุคลากรพยาบาล ประสบความรุนแรงทางวาจาร้อยละ 38.90 และทางกาย ร้อยละ 3.10 ภายใน 12 เดือน⁽³⁾ โดยแผนกฉุกเฉินมีอัตราสูงถึงร้อยละ 84.70⁽⁴⁾ ปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการเกิดความรุนแรงดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ คือความล้มเหลวในการสื่อสาร ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของเหตุการณ์ร้ายแรง

มากกว่าร้อยละ 70⁽⁵⁾ และพบวาร์้อยละ 67 ของข้อผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ⁽⁶⁾ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงไม่เพียงนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลในภาพรวม

ผลกระทบของความรุนแรงในบริการสุขภาพแผ่ขยายในหลายมิติ ในระดับบุคคล บุคลากรที่ประสบความรุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟในการทำงาน และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง⁽⁷⁾ ซึ่งนำไปสู่การลาออก การขาดงาน และการสูญเสียประสิทธิภาพในระดับองค์กร และขยายผลไปสู่ระดับระบบ โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาสูญเสีย 18.27 พันล้านดอลลาร์ต่อปี เป็นค่าใช้จ่ายในการรับมือ 14.65 พันล้านดอลลาร์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกัน 3.62 พันล้านดอลลาร์⁽⁸⁾ หากไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ วงจรผลกระทบนี้จะยิ่งซ้ำเติมวิกฤตการขาดแคลนบุคลากร

สาธารณสุขและส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว แม้งานวิจัยระหว่างประเทศจะแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารเชิงบวกและเทคนิค De-escalation มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรง^(9,10) แต่การประยุกต์ใช้ในไทยยังติดขัดเนื่องจากขาดเครื่องมือและแนวทางที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ภาษา และระบบสุขภาพ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงทางกายร้อยละ 25 ทางวาจาร้อยละ 17.80 และรวมร้อยละ 19.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ แต่การขยายผลสู่บุคลากรในวงกว้างยังจำกัดเนื่องจากการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาทักษะที่ซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับ⁽¹²⁾ ขณะที่งานวิจัยด้านการฝึกอบรมชี้ว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการที่ผสม Role-play Simulation และ Debriefing มีประสิทธิภาพสูงกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง^(13,14) แต่ยังไม่มีการพัฒนาหลักสูตรในรูปแบบดังกล่าวที่ต่อยอดจากคู่มือซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในไทย

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่ต่อยอดจากคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลแล้ว^(15,16) มาสู่รูปแบบที่ขยายผลได้กว้างขวางและยั่งยืน ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายซึ่งสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้และทักษะอย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ โดยใช้แนวทางวิจัยและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ และวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากการดำเนินงานตามภารกิจปกติของสำนักวิชาการสุขภาพจิต เพื่อสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของหลักสูตรในสถานการณ์จริงซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการขยายผลแบบ Train-the-Trainer⁽¹⁸⁾ ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะการสื่อสารและการจัดการความขัดแย้งและกำหนดนโยบายสามารถวางแผนจัดสรรทรัพยากรสำหรับการป้องกันความรุนแรงในระบบสุขภาพไทยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

- (1) พัฒนาหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ
- (2) ประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของบุคลากรที่เข้าร่วมการอบรมจากการทดลองใช้หลักสูตร
- (3) ศึกษาแผนการนำไปใช้และอุปสรรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากการพัฒนาและทดลองใช้หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพของกรมสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานตามภารกิจปกติในการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569 การพัฒนาหลักสูตรดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา⁽¹⁷⁾ มีขั้นตอนสำคัญได้แก่ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความต้องการการออกแบบและพัฒนาหลักสูตร การทดสอบคุณภาพเบื้องต้น การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้หลักสูตรเพื่อประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นในการเพิ่มพูนความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ก่อน-หลังการอบรม

กระบวนการพัฒนาหลักสูตร

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความต้องการ

ทบทวนผลการพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ⁽¹⁵⁾ และผลการประเมินประสิทธิผลของคู่มือ⁽¹⁶⁾ และยังทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการออกแบบหลักสูตรการอบรมสำหรับผู้ใหญ่ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการสอนต่าง ๆ เช่น Role - play Simulation และ Debriefing จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, และ ERIC ระหว่างปี 2558 – 2568

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาหลักสูตร

2.1 การจัดตั้งคณะทำงาน จำนวน 3 คน ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ร่วมกันออกแบบโครงสร้างหลักสูตร กำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ และพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้

2.2 การพัฒนาโครงสร้างหลักสูตร วิเคราะห์เนื้อหาจากคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ ซึ่งมี 7 ส่วนหลัก นำมาจัดระบบใหม่ให้เหมาะสมกับการจัดการเรียนรู้แบบลำดับขั้น โดยแบ่งออกเป็น 6 บทเรียน ได้แก่ 1) ความสำคัญและผลกระทบของความรุนแรง 2) สาเหตุ รูปแบบ และปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงในบริการสุขภาพ 3) หลักการสื่อสารเชิงบวกและทักษะพื้นฐาน 4) เทคนิค De-escalation 5) การประยุกต์ใช้และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และ 6) ระบบองค์กร นโยบาย โครงสร้างนี้ออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่⁽¹²⁾ และหลักการ Bloom's Taxonomy ที่เน้นพัฒนาจากความรู้พื้นฐานไปสู่การประยุกต์ใช้และการสร้างสรรค์⁽¹⁹⁾

2.3 การกำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ และออกแบบกิจกรรม กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เชิงพฤติกรรม สำหรับแต่ละบทเรียน จากนั้นออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายแบบโต้ตอบ การสาธิตโดยวิทยากรกิจกรรมกลุ่มย่อย การสวมบทบาท การจำลองสถานการณ์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสะท้อนผลหลังกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมได้รับการออกแบบให้มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามลำดับ เริ่มจากสถานการณ์ง่าย ไปสู่สถานการณ์ที่ซับซ้อนและคาดเดาได้ยาก เพื่อสร้างความมั่นใจและความชำนาญอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2.4 การจัดทำแผนการสอน สำหรับแต่ละบทอย่างละเอียด ประกอบด้วยหัวข้อบทเรียน วัตถุประสงค์ การเรียนรู้ ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ละขั้นตอน และการประเมินผลแผนการสอนระบุบทบาทของวิทยากรและผู้เรียนอย่างชัดเจน รวมถึงคำถาม กระตุ้นการคิด ประเด็นสำคัญที่ต้องเน้น และข้อควรระวัง

ในแต่ละกิจกรรม นอกจากนี้ยังจัดทำสคริปต์สำหรับการสวมบทบาทและการจำลองสถานการณ์ แนวทางการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์และเน้นการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลวิชาชีพ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยจัดส่งเอกสารหลักสูตร ฉบับสมบูรณ์และแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาที่ครอบคลุม 3 ส่วนหลัก คือ ความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรโดยรวม ความตรงเชิงเนื้อหา รายบท และข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยใช้สูตร $IOC = \Sigma R/N$ กำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ 0.60 ขึ้นไป พบว่าโครงสร้างหลักสูตรโดยรวมมีค่า IOC เท่ากับ 0.92 รายบทพบค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85-0.95 (บทที่ 1 = 0.87, บทที่ 2 = 0.93, บทที่ 3 = 0.90, บทที่ 4 = 0.95, บทที่ 5 = 0.88, บทที่ 6 = 0.85) แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพและนำมาปรับปรุงหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพหลักสูตร

ทดลองใช้หลักสูตรในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569 กับบุคลากรทางการแพทย์ 18 คน ของสถาบันราชานุกูล โดยมีการวัดความรู้ ทักษะคิด และทักษะก่อน-หลัง การอบรม รวมถึงการประเมินความพึงพอใจแผนการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการด้านหน้าที่เข้าร่วมการอบรมทดลองใช้หลักสูตร 18 คน จากกรมสมัครใจ เข้าร่วมโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการทดลองใช้หลักสูตรในระยะพัฒนา ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินคุณภาพและความเหมาะสมมากกว่าการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามหลักการของการทดลองใช้นวัตกรรมทางการศึกษา⁽²⁰⁾

โครงสร้างหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ มีระยะเวลารวม 360 นาที จัดรูปแบบเข้มข้น 1 วัน กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ วิธีการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต กิจกรรมสมมติบทบาท การจำลองสถานการณ์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย 5 ส่วน

1) ประเมินความรู้ 6 ข้อ วัดความเข้าใจหลักการสื่อสาร

เชิงบวก เทคนิค De - escalation การใช้ข้อความแบบ I - message การระบุสัญญาณเตือน การดูแลจิตใจตนเอง และบทบาททีมสหวิชาชีพ 2) ประเมินทัศนคติ 6 ข้อ วัดความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการสื่อสารเชิงบวก ประโยชน์ของเทคนิค De - escalation สิทธิผู้ป่วย ความสำคัญของการฟัง ความสุขในการทำงาน และความมั่นใจในการนำไปใช้ 3) ประเมินทักษะ 6 ข้อ วัดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การใช้น้ำเสียงสงบ การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง การเสนอทางเลือก และการจัดการ

ตารางที่ 1 โครงสร้างหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

บท	หัวข้อ	เวลา (นาที)	วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก
1	บทนำ ความสำคัญ และผลกระทบ	60	<ul style="list-style-type: none"> เข้าใจปัญหาความรุนแรง เห็นความสำคัญของการสื่อสาร รู้จักเป้าหมายหลักสูตร 	<ul style="list-style-type: none"> Ice breaking จับคู่หาสาเหตุ Walk in Their Shoes การบรรยาย
2	ความรุนแรง สาเหตุ รูปแบบ ปัจจัยเสี่ยง	60	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า จำแนกรูปแบบความรุนแรง สังเกตสัญญาณเตือน 	<ul style="list-style-type: none"> Red Flag Spotting Risk Mapping การบรรยาย
3	หลักการสื่อสาร 6 หลักการ + ทักษะพื้นฐาน	60	<ul style="list-style-type: none"> เข้าใจหลักการ 6 ข้อ แปลงประโยคเชิงบวก ใช้ภาษากายเหมาะสม จัดการอารมณ์ตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> 6 Principles Match Sentence Makeover ฝึกเทคนิคหายใจ การบรรยาย
4	De - escalation เทคนิคลดความตึงเครียด	60	<ul style="list-style-type: none"> ใช้เทคนิค 5 ข้อได้ บูรณาการเทคนิค รู้เมื่อใดต้องหยุด 	<ul style="list-style-type: none"> Simulation/ Role-play Red Light Scenarios Debrief 2 รอบ การบรรยาย
5	ประยุกต์ใช้สถานการณ์จริง + ทีมสหวิชาชีพ	60	<ul style="list-style-type: none"> ประยุกต์ใช้ตามบริบท ทำงานเป็นทีมได้ 	<ul style="list-style-type: none"> กรณีศึกษา 3 กรณี Interprofessional Simulation การบรรยาย
6	ระบบองค์กร นโยบาย วัฒนธรรม ความยั่งยืน	60	<ul style="list-style-type: none"> ออกแบบนโยบายได้ สร้าง No-blame culture วางแผนปฏิบัติการ 	<ul style="list-style-type: none"> กรณีศึกษาความสำเร็จ Action Planning การบรรยาย
รวม		360		

ความเครียด ทั้ง 3 ชุดใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ผู้เข้าร่วมการอบรมทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลัง การอบรม 4) การประเมินความพึงพอใจ 6 ข้อ วัดความพึงพอใจต่อเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ตัวอย่าง และกรณีศึกษา รูปแบบการนำเสนอ ความยาวเนื้อหา และความพึงพอใจโดยรวม ใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ เฉพาะหลังการอบรม 5) แบบสอบถามแผนการนำไปใช้ และอุปสรรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบซึ่งเลือกได้ มากกว่าหนึ่งข้อ ครอบคลุมแผนการนำความรู้ไปใช้ อุปสรรคที่คาดว่าจะพบ ความต้องการการสนับสนุน และคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ 4 ประเด็น คือ ส่วนที่ประทับใจมากที่สุด ส่วนที่ควรปรับปรุง เนื้อหา ที่อยากให้เพิ่มเติม และข้อเสนอแนะอื่น ๆ แบบประเมิน ทั้งหมด ผ่านการพิจารณาคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (CVI = 0.89) และมีค่า ความสอดคล้องภายใน ความรู้ ($\alpha = 0.81$), ทักษะ ($\alpha = 0.78$), ทักษะ ($\alpha = 0.83$)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 29.0 (ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก

1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจทั้งก่อน-หลัง การอบรม ส่วนข้อมูลประชากร แผนการนำไปใช้ และอุปสรรค ใช้ค่าความถี่และร้อยละ การแปลผล คะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ 5 ระดับ คือคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 = ดีมาก, 3.51 - 4.50 = ดี, 2.41 - 3.50 = พอใช้, 1.51 - 2.50 = ควรปรับปรุง และ 1.00 - 1.50 = ปรับปรุงเร่งด่วน

2) การวิเคราะห์เชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทักษะ ทักษะก่อน-หลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < 0.05$ คำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d โดยค่า Cohen's d น้อยกว่า 0.20 เป็นขนาดอิทธิพลเล็ก 0.20 - 0.49 เป็นขนาดอิทธิพล

เล็ก - ปานกลาง 0.50 - 0.79 เป็นขนาดอิทธิพล ปานกลาง และมากกว่า 0.80 เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่⁽²¹⁾ การคำนวณใช้สูตร $d = (M_2 - M_1) / SD_{pooled}$ โดย M_1 คือค่าเฉลี่ยก่อนการอบรม M_2 คือค่าเฉลี่ย หลังการอบรม และ SD_{pooled} คือส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานรวม

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะปลายเปิด วิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ตามธีม ธีมหลัก ได้แก่ จุดแข็งของการอบรม ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเนื้อหา ที่อยากให้เพิ่มเติม และข้อเสนอแนะอื่น ๆ วิเคราะห์ โดยผู้วิจัยสองท่านอย่างอิสระ ก่อนเปรียบเทียบผล และหาข้อสรุปร่วมกัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ ข้อมูลจาก การดำเนินงานตามภารกิจปกติของกรมสุขภาพจิต โดยไม่มีการระบุตัวบุคคล ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บ เป็นความลับ นำเสนอผลเป็นภาพรวมโดยไม่สามารถ ระบุตัวบุคคลได้ ผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับการแจ้ง วัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลและให้ความยินยอมในการใช้ ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วม 18 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.44 อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 44.44 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์การทำงาน 6 - 10 ปี ร้อยละ 33.33 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 27.78 และไม่เคยได้รับการอบรม De - escalation มาก่อน ร้อยละ 94.44 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลทุกตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (ความรู้, $W = 0.93, p = 0.187$; ทักษะ, $W = 0.95, p = 0.34$; ทักษะ, $W = 0.94, p = 0.256$) จึงใช้ Paired t-test ในการวิเคราะห์

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หญิง	17	94.44
ชาย	1	5.56
อายุ		
20 - 30 ปี	3	16.67
31 - 40 ปี	8	44.44
41 - 50 ปี	4	22.22
51 - 60 ปี	3	16.67
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	6	33.33
เจ้าหน้าที่บริการ	5	27.78
เจ้าพนักงานธุรการ	2	11.11
อื่น ๆ*	5	27.78
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	3	16.67
1-5 ปี	4	22.22
6-10 ปี	6	33.33
11-20 ปี	3	16.67
มากกว่า 20 ปี	2	11.11
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
ผู้ป่วยนอก	5	27.78
งานบริการทั่วไป	3	16.67
หอผู้ป่วยใน	2	11.11
งานทันตกรรม	2	11.11
อื่น ๆ	6	33.33
ประสบการณ์การอบรม De - escalation		
ไม่เคย	17	94.44
เคย	1	5.56

*หมายเหตุ: อื่น ๆ ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ นักโภชนาการ

ตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.53 เป็น 4.53 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.33) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก ($d = 1.94$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้เกี่ยวกับเทคนิค De-escalation มีการเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 34.51 และมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d = 2.31$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับหลักการสื่อสารเชิงบวกเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.36 ($d = 2.12$) แสดงว่าหลักสูตรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคะแนนความรู้หลังการอบรมทุกข้ออยู่ในระดับดีถึงดีมาก (4.39 - 4.67)

ตารางที่ 4 พบว่า คะแนนทัศนคติโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.99 เป็น 4.59 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.04) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ($d = 1.40$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทัศนคติทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทัศนคติต่อประโยชน์ของเทคนิค De-escalation และความมั่นใจในการนำไปใช้เพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 17.01 และมีขนาดอิทธิพลสูง ($d = 1.56$ และ 1.48 ตามลำดับ) แสดงว่าผู้เข้าร่วมเกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของเทคนิค และมีความพร้อมในการนำไปประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ความสุขในการทำงานก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญร้อยละ 16.14 ($d = 1.21$) สะท้อนว่าการมีทักษะในการจัดการสถานการณ์ยากลำบากช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม M (SD)	หลังอบรม M (SD)	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
1. หลักการสื่อสารเชิงบวก	3.61 (0.50)	4.67 (0.49)	1.06 (0.80, 1.32)	29.36	8.49	<0.001	2.12
2. เทคนิค De-escalation	3.39 (0.50)	4.56 (0.51)	1.17 (0.90, 1.44)	34.51	9.25	<0.001	2.31
3. การใช้ I-message	3.50 (0.51)	4.50 (0.51)	1.00 (0.70, 1.30)	28.57	7.07	<0.001	1.76
4. การระบุสัญญาณเตือน	3.56 (0.51)	4.50 (0.51)	0.94 (0.65, 1.23)	26.40	6.73	<0.001	1.68
5. การดูแลจิตใจตนเอง	3.61 (0.50)	4.56 (0.51)	0.95 (0.68, 1.22)	26.32	7.54	<0.001	1.88
6. บทบาทที่ทีมสหวิชาชีพ	3.50 (0.51)	4.39 (0.50)	0.89 (0.60, 1.18)	25.43	6.46	<0.001	1.61
รวม	3.53 (0.62)	4.53 (0.37)	1.00 (0.73, 1.27)	28.33	7.78	<0.001	1.94

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม	หลังอบรม	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
	M (SD)	M (SD)					
1. ทัศนคติต่อการสื่อสารเชิงบวก	4.00 (0.49)	4.67 (0.49)	0.67 (0.44, 0.90)	16.75	6.10	<0.001	1.52
2. ประโยชน์ De-escalation	3.94 (0.42)	4.61 (0.50)	0.67 (0.44, 0.90)	17.01	6.24	<0.001	1.56
3. สิทธิผู้ป่วย	4.17 (0.38)	4.67 (0.49)	0.50 (0.26, 0.74)	11.99	4.47	<0.001	1.12
4. ความสำคัญของการฟัง	4.11 (0.47)	4.61 (0.50)	0.50 (0.28, 0.72)	12.17	4.77	<0.001	1.19
5. ความสุขในการทำงาน	3.78 (0.55)	4.39 (0.50)	0.61 (0.34, 0.88)	16.14	4.84	<0.001	1.21
6. ความมั่นใจในการนำไปใช้	3.94 (0.42)	4.61 (0.50)	0.67 (0.43, 0.91)	17.01	5.93	<0.001	1.48
รวม	3.99 (0.49)	4.59 (0.35)	0.60 (0.37, 0.83)	15.04	5.60	<0.001	1.40

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 5 พบว่า คะแนนทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.60 เป็น 4.49 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก ($d = 1.77$) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ทักษะทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 27.62 และมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d = 1.88$) รองลงมาคือทักษะการใช้น้ำเสียงสงบที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.25 ($d = 1.83$) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของเทคนิค De-escalation ที่ได้รับการฝึกฝนผ่านกิจกรรม Role-play และ Simulation คะแนนทักษะหลังการอบรมทุกข้ออยู่ในระดับดี (4.39 - 4.56) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะเหล่านี้ในระดับสูง

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยคะแนนโดยรวมอยู่ที่ 4.50 (SD = 0.42) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ความพึงพอใจต่อเนื้อหา ตัวอย่างและกรณีศึกษามีคะแนนสูงสุด 4.56 แสดงว่าเนื้อหาหลักสูตรเหมาะสม

และตรงกับความต้องการ กรณีศึกษาที่นำมาใช้มีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่ผู้เข้าร่วมอบรมได้เผชิญในการปฏิบัติงาน ส่วนความพึงพอใจต่อความยาวเนื้อหาอยู่ในระดับดี (4.33) แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาปรับปรุงการจัดเวลาในอนาคต

ผลการสำรวจแผนการนำความรู้ไปใช้ อุปสรรคที่คาดว่าจะพบ และความต้องการสนับสนุน พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 วางแผนจะนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานทันที และร้อยละ 72.2 จะแบ่งปันความรู้กับเพื่อนร่วมงาน แสดงถึงความตั้งใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริง อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมระบุว่า ภาระงานที่มากเกินไปเป็นอุปสรรคหลักร้อยละ 77.8 รองลงมาคือการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารร้อยละ 50.0 สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการนำความรู้ไปใช้ ในบริบทการทำงานจริง ด้านความต้องการสนับสนุน ผู้เข้าร่วมต้องการคู่มือหรือเอกสารอ้างอิงร้อยละ 83.3 และการติดตามผลและให้คำปรึกษาร้อยละ 66.7

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม M (SD)	หลังอบรม M (SD)	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
1. การฟังอย่างตั้งใจ	3.72 (0.46)	4.56 (0.51)	0.84 (0.57, 1.11)	22.58	6.60	<0.001	1.65
2. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ	3.61 (0.50)	4.50 (0.51)	0.89 (0.62, 1.16)	24.65	6.89	<0.001	1.72
3. การใช้น้ำเสียงสงบ	3.67 (0.49)	4.56 (0.51)	0.89 (0.63, 1.15)	24.25	7.33	<0.001	1.83
4. การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง	3.44 (0.51)	4.39 (0.50)	0.95 (0.68, 1.22)	27.62	7.53	<0.001	1.88
5. การเสนอทางเลือก	3.56 (0.51)	4.44 (0.51)	0.88 (0.60, 1.16)	24.72	6.69	<0.001	1.67
6. การจัดการความเครียด	3.61 (0.50)	4.50 (0.51)	0.89 (0.62, 1.16)	24.65	7.06	<0.001	1.76
รวม	3.60 (0.58)	4.49 (0.38)	0.89 (0.63, 1.15)	24.72	7.09	<0.001	1.77

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะปลายเปิด พบว่า ผู้เข้าร่วมประทับใจกิจกรรม Role - play และ Simulation มากที่สุด เนื่องจากช่วยให้เข้าใจเทคนิคได้ชัดเจน และสามารถฝึกปฏิบัติได้จริง ด้านข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้องการเพิ่มเวลาสำหรับการฝึกปฏิบัติมากขึ้น และควรมีวิดีโอตัวอย่าง ด้านเนื้อหาที่อยากให้เพิ่มเติมต้องการเทคนิคการจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด และด้านข้อเสนอแนะอื่น ๆ เสนอให้จัดการอบรมเป็นทีมตามหน่วยงาน เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ร่วมกันได้ สำหรับการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรในรุ่นต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มากในด้านความรู้ (d = 1.94)

และทักษะ (d = 1.77) ซึ่งให้เห็นว่าการผสมผสานวิธีการสอนหลากหลาย โดยเฉพาะกิจกรรม Role - play และ Simulation ที่ผู้เข้าร่วมประทับใจมากที่สุด มีส่วนสำคัญในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีความหมาย การที่ผู้เรียนได้ทดลองทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เรียนรู้จากข้อผิดพลาด และได้รับ Feedback ทันทีจากวิทยากรและเพื่อนร่วมอบรม ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจริง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่เน้นการเรียนรู้ตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนความคิด การสร้างแนวคิด และการทดลองในสถานการณ์ใหม่⁽²²⁾

ความรู้เกี่ยวกับเทคนิค De-escalation มีการพัฒนาสูงสุด (เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.5, d=2.31) และทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงมีขนาดอิทธิพลสูงสุด (d = 1.88) สะท้อนว่าเนื้อหาและเทคนิคเหล่านี้เป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคลากรส่วนใหญ่ สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าร้อยละ 94.4

ไม่เคยได้รับการอบรม De - escalation มาก่อน การได้เรียนรู้เทคนิคที่เป็นรูปธรรม มีขั้นตอนชัดเจน สามารถฝึกปฏิบัติได้จริง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การพัฒนาทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหนึ่งในหลักการสำคัญที่ตรงข้ามกับสัญชาตญาณของมนุษย์ การที่ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะนี้ได้ อย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการฝึกอบรม อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลที่สูงมาก ($d = 1.40-1.94$) ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($n=18$) มีแนวโน้มให้ค่า Cohen's d สูงเกินจริง⁽²⁰⁾ ประกอบกับการวัดทันทีหลังการอบรมอาจเกิด Testing effect และ Demand characteristics การศึกษาในอนาคตที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และการติดตามผลระยะยาวจะช่วยยืนยันขนาดของผลกระทบที่แท้จริงได้

การเพิ่มขึ้นของทัศนคติด้านความมั่นใจในการนำไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.01, $d = 1.48$) และความสุขในการทำงาน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.14, $d = 1.21$) เป็นตัวชี้วัดสำคัญของผลกระทบเชิงจิตวิทยาของหลักสูตร การที่บุคลากรรู้สึกมั่นใจและมีความสุขมากขึ้นสะท้อนว่าหลักสูตรไม่เพียงเสริมสร้างความรู้และทักษะเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้าง Self - efficacy ของตนเองในการจัดการสถานการณ์ยากลำบาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการนำความรู้ไปใช้จริง การมีเครื่องมือและความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงานที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม คะแนนทัศนคติก่อนการอบรมอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอยู่แล้ว โดยเฉพาะด้านสิทธิผู้ป่วย ($M = 4.17$) และความสำคัญของการฟัง ($M = 4.11$) ซึ่งมีช่องว่างในการพัฒนาค่อนข้างจำกัด สะท้อนถึง Ceiling Effect ที่อาจทำให้ขนาดอิทธิพลด้านทัศนคติ ($d = 1.40$) ต่ำกว่าด้านความรู้และทักษะ⁽²⁰⁾ และอธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสื่อสารและสิทธิผู้ป่วยในระดับสูงเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว แต่ยังคงขาดความรู้และทักษะที่เป็นรูปธรรมในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งหลักสูตรนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในหลายประการ ขนาดอิทธิพลที่พบในการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ ($d = 1.77 - 1.94$) อยู่ในระดับที่สูงกว่างานวิจัยพัฒนาคู่มือเดิม ($d = 0.58 - 0.72$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การอบรมแบบเชิงปฏิบัติการมีประสิทธิภาพสูงกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า การแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารลดการรับรู้ความก้าวร้าวได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบการเพิ่มขึ้นของทัศนคติและความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ขัดแย้ง การศึกษาปี 2007 ที่เน้นความสำคัญของกิจกรรม Role - play ในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมที่ประทับใจกิจกรรม Role - Play และ Simulation มากที่สุด⁽¹³⁾

การศึกษาปี 2012 ระบุว่าประสิทธิภาพของการฝึกอบรม De - escalation ขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ฝึก⁽²³⁾ และการให้ Feedback สะท้อนผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้เข้าร่วมเสนอให้เพิ่มเวลาการฝึกปฏิบัติ และต้องการการติดตามผลและให้คำปรึกษาหลังการอบรม แสดงว่า Feedback และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการฝึกอบรม การศึกษาเกี่ยวกับการจัดอบรมแบบ Train - the - trainer สนับสนุนข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมที่ต้องการให้จัดอบรมเป็นทีมตามหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และนำไปปรับใช้ร่วมกันได้⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการพัฒนาคู่มือในด้านของขนาดอิทธิพลที่สูงกว่า ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในวิธีการจัดการเรียนรู้ และระยะเวลาของการแทรกแซง หลักสูตรใช้เวลา 360 นาที และมีกิจกรรมที่หลากหลาย ในขณะที่คู่มือเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองอาจมีเวลาและความเข้มข้นในการฝึกปฏิบัติ น้อยกว่า นอกจากนี้ การวัดผลในการศึกษาค้นคว้านี้เป็น การวัดทันทีหลังการอบรม อาจสะท้อนการเรียนรู้ในระยะสั้น ในขณะที่การศึกษาค้นคว้าคู่มือเดิมมีการติดตามผลระยะยาวแสดงถึงการลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงจริงในโรงพยาบาล⁽¹⁶⁾ ความแตกต่างนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น

ในการติดตามผลระยะยาวของหลักสูตรเพื่อประเมินว่าความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดความรุนแรงจริงในระยะยาวได้หรือไม่ การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การใช้การออกแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่ได้จากการสมัครใจซึ่งอาจเกิด Selection bias และเครื่องมือวัดความรู้และทักษะอาศัยการรายงานตนเองมากกว่าการวัดเชิงวัตถุวิสัย ผลการศึกษาจึงควรตีความในบริบทของการพัฒนาหลักสูตรมากกว่าการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพพบว่าหลักสูตรมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.3 ทัศนคติเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.0 และทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7 ทั้งหมดมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ถึงใหญ่มาก ($d = 1.40 - 1.94$) ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับดีมาก (4.50 จาก 5.00) และร้อยละ 88.9 วางแผนนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานทันที ขณะที่ภาระงานมากและการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร เป็นอุปสรรคหลักที่คาดว่าจะพบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีศึกษาประสิทธิผลด้วย Randomized Controlled Trial พร้อมติดตามผลระยะยาวและประเมินทักษะด้วยวิธีที่หลากหลาย นอกจากนี้ ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมต่าง ๆ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และขยายผลไปยังบริบทอื่นเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Workplace violence in healthcare, 2018 [Internet]. Washington (DC): Bureau of Labor Statistics; 2020 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prioritizing our healthcare workers: The importance of addressing the intersection of workplace violence and mental health and wellbeing [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 May 29 [cited 2026 Feb 10]. Available from: https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2024/05/29/hcw_violence_mh/
3. Phaksuwan C, Maneesriwongul W, Duffy ME. Workplace violence against nurses in general hospitals in Thailand. Pac Rim Int J Nurs Res. 2021;25(3):465-77.
4. Sripichyakan K, Thungjaroenkul P, Charoensuk S. Workplace violence among nurses in a university hospital. Thai J Nurs Res. 2008;12(3):209-19.
5. Dingley C, Daugherty K, Dering MK, Persing R. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in patient safety: New directions and alternative approaches. Vol. 3. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

6. Joint Commission. Reducing handoff communication failures and inequities in healthcare [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2024 Aug 22 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2024/08/reducing-handoff-communication-failures-and-inequities-in-healthcare>
7. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501. doi: 10.1016/j.avb.2014.07.010
8. American Hospital Association. The burden of violence to U.S. hospitals [Internet]. Washington (DC): American Hospital Association; 2024 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.aha.org/costsofviolence>
9. Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2019;27(1):170-81. doi: 10.1111/hsc.12636
10. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
11. วีร์ เมฆวิไลย์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส ปรีนติ้ง; 2568.
12. Knowles MS. The adult learner: A neglected species. 3rd ed. Houston (TX): Gulf Publishing; 1984.
13. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ.* 2007;7:3. doi: 10.1186/1472-6920-7-3
14. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc.* 2007;2(2):115-25. doi: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
15. วีร์ เมฆวิไลย์, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):999-1010.
16. วีร์ เมฆวิไลย์, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. ประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(4):796-807.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
18. Pearce J, Mann MK, Jones C, van Buschbach S, Olf M, Bisson JI. The most effective way of delivering a train-the-trainers program: A systematic review. *J Contin Educ Health Prof.* 2012;32(3):215-26. doi: 10.1002/chp.21148

19. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York (NY): Longman; 2001.
20. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: An introduction. 8th ed. Boston (MA): Pearson Education; 2007.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2nd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2015.
23. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และผู้รับการตรวจราชการ กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 Factors Affecting Government Inspection and Supervision Fiscal Year 2025 in Health Region 4

นายอติชาติ หงษ์ทอง (วทม.)*

Atichat Hongtong (M.SC).*

* กองตรวจราชการ

* Inspection Division

ชื่อผู้ประสานงาน: นายอติชาติ หงษ์ทอง อีเมลผู้ประสานงาน: atichat19@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 5 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 16 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 27 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการและนิเทศงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์เดือนตุลาคม 2567 - เดือนกันยายน 2568 จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ 189 คน และผู้รับการตรวจราชการ 341 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพและมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่าง ได้แก่ Independent t-test และ One-way ANOVA รวมถึงใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.48) มีอายุเฉลี่ย 46.39 ± 10.46 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.61) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 67.20) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 70.37) ปฏิบัติงานในศูนย์วิชาการมากที่สุด (ร้อยละ 66.67) และมีประสบการณ์ด้านการตรวจราชการ 5-10 ปี (ร้อยละ 49.39) สำหรับกลุ่มผู้รับการตรวจราชการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.71) มีอายุเฉลี่ย 41.76 ± 10.46 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.88) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 66.28) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 61.58) ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ 75.95) และมีประสบการณ์รับการตรวจราชการต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 38.71)

2) ระดับความคิดเห็น ทศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจต่อระบบการตรวจราชการในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง 3) ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสและประสบการณ์ทำงาน ขณะที่กลุ่มผู้รับการตรวจราชการ ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน 4) ปัญหาและอุปสรรค พบว่าตัวชี้วัดมีจำนวนมากเกิดความซ้ำซ้อน ข้อมูลในระดับพื้นที่ไม่สอดคล้องกับระบบของส่วนกลางและมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการตรวจราชการซึ่งเฉลี่ยเพียง 3 วันต่อจังหวัด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการตัวชี้วัดให้มีความชัดเจนและลดความซ้ำซ้อน พร้อมทั้งพัฒนาระบบการรายงานผลให้สามารถประมวลผลได้แบบทันที นอกจากนี้ ควรปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้นิเทศงานจากการเป็นเพียงผู้ตรวจสอบ ไปสู่การเป็นผู้ให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยง เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การตรวจราชการและนิเทศงาน; ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ; ผู้รับการตรวจราชการ; เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the factors affecting government inspection and supervision within Health Region 4 for the fiscal year 2025. Data were collected using online questionnaires between October 2024 and September 2025 from two sample groups 189 inspectors and 341 supervisees. The research instrument demonstrated an acceptable reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.71. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, specifically the independent t-test and One-way ANOVA, were utilized to determine differences. Additionally, qualitative data concerning problems, obstacles, and recommendations were analyzed using content analysis.

The results revealed the following: 1) Demographic characteristics: The majority of the inspectors were female (81.48%), with a mean age of 46.39 ± 10.46 years. Most were married (65.61%), held a master's degree (67.20%), served as public health academicians (70.37%), operated primarily in academic centers (66.67%), and possessed 5-10 years of inspection experience (49.39%). Conversely, the majority of the supervisees were female (77.71%), with a mean age of 41.76 ± 10.46 years. Most were married (56.88%), held a bachelor's degree (66.28%), served as public health academicians (61.58%), worked predominantly in provincial public health offices (75.95%), and had less than 5 years of experience undergoing inspections (38.71%). 2) Levels of opinion: The overall attitudes, beliefs, and satisfaction regarding the inspection system were at a moderate level for both groups. 3) Factors influencing opinions: Factors significantly affecting attitudes, beliefs, and satisfaction ($p < 0.05$) among the inspectors were age, marital status, and work experience, whereas, for the supervisees, significant factors included age, job position, and work experience. 4) Problems and obstacles: Key issues identified were an excessive and redundant number of indicators, discrepancies between local data and the central system, and a limited inspection duration, averaging only three days per province.

Recommendations: It is recommended to integrate indicators to ensure clarity and reduce

redundancy, alongside developing a real-time reporting system. Furthermore, transitioning the supervisor's role from a mere inspector to a consultant and mentor is advised to elevate the efficiency of operational development.

Keywords: Government Inspection and Supervision, Inspector, Supervisee, Health Region 4

บทนำ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 กล่าวว่า การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบท การบริหารราชการแผ่นดิน ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี⁽¹⁾ มีการตรวจติดตามในประเด็นมุ่งเน้น 8 นโยบาย รวมทั้งการกำกับติดตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ 3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ 4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล และ 5. ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ โดยรูปแบบการตรวจราชการตามรอบปกติ 2 ครั้ง/ปี หน่วยงานเป้าหมายการตรวจราชการกรณีปกติ ประกอบด้วย 1. หน่วยรับการตรวจราชการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป หน่วยรับการตรวจเยี่ยม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลในสังกัดกรมหรือหน่วยงานที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาตามความเหมาะสม และ 2. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่ผู้ตรวจราชการมอบหมายและเห็นควรให้ทำหน้าที่ลงตรวจราชการ

ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม/สำนัก และกองตรวจราชการ⁽²⁾

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี อโยธยา ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก มีหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 874 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลระดับ A 3 แห่ง ระดับ S 5 แห่ง ระดับ M1 4 แห่ง ระดับ M2 7 แห่ง ระดับ F1 16 แห่ง ระดับ F2 30 แห่ง ระดับ F3 7 แห่ง ศูนย์สุขภาพเขตเมือง 108 แห่ง สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 14 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 797 แห่ง⁽³⁾ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ว่าการตรวจราชการและนิเทศงานช่วยยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานและระบบบริการสุขภาพ กระบวนการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อกำกับ ติดตาม ประเมินผล และให้คำแนะนำแก่หน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตรวจประเมิน เป็นองค์ประกอบสำคัญและมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในการกำกับดูแลบริการสาธารณะ⁽⁵⁾ และการตรวจประเมินจากภายนอก เป็นองค์ประกอบสำคัญของการกำกับดูแลระบบสาธารณสุข การยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการตรวจประเมิน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการนำนโยบายจากการตรวจราชการไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับกลไกการกำกับติดตามเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ของผู้ปฏิบัติงาน ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่อธิบายว่า ความเชื่อ และทัศนคติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการทำงาน⁽⁷⁾ หากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ

ผู้รับการตรวจราชการมีการรับรู้และมีความเชื่อว่าการตรวจราชการและการนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อการสนับสนุน ชี้แนะ และร่วมกันแก้ไขปัญหา มากกว่าการจับผิด ย่อมส่งผลให้บุคลากรเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อระบบการประเมิน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างความพึงพอใจในงาน เมื่อบุคลากรมีความพึงพอใจและลดความเครียดจากการรับการประเมินได้จะกลายเป็นแรงจูงใจและตัวแปรส่งผ่าน ที่กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจปฏิบัติงาน และแสดงพฤติกรรมทำให้บริการที่ดีขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จของยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 5 ด้าน ประกอบกับเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐที่คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบหมวด 3 ที่ว่าด้วยการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อ (8) ได้กำหนดให้ส่วนราชการมีการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ⁽⁸⁾ จากการทบทวนข้างต้นทำให้มีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการและนิเทศงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการกรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพื่อเป็นแนวทางแก้ไข ปรับปรุงพัฒนางานตรวจราชการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการ ในการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการในการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาในการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูล 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 โดยใช้แบบสอบถาม ออนไลน์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

ขอบเขตของการศึกษา ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไป ทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ ปัญหา อุปสรรคในการตรวจราชการและนิเทศงาน ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ

1.1 ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจราชการ จำนวน 467 คน ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 241/2568 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและนิเทศงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เขตสุขภาพที่ 4

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดย Taro Yamane⁽⁹⁾ ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ 216 คน และเพื่ออัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 10 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 240 คน สุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้นภูมิ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกระจายตามหน่วยงาน กรม/กอง/สำนัก 12 หน่วยงาน และกำหนดสัดส่วนให้หน่วยงานละ 20 ชุด รวมเป็นทั้งหมด 240 ชุด

2. ผู้รับการตรวจราชการ

2.1 ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568 26,588 คน ตามโปรแกรม HROPS ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2568

2.2 กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดย Taro Yamane ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ 395 คน และเพื่ออัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 10 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 440 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้นภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้ารับการตรวจราชการโดยตรง แบ่งกลุ่มตัวอย่างกระจายตามหน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน อย่างละ 55 คน จำนวน 8 จังหวัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1.เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการ และผู้ที่รับการตรวจราชการกรณีปกติ ปีพ.ศ.2568 ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2.เกณฑ์คัดออก ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการ และผู้ที่รับการตรวจราชการกรณีปกติ ปีพ.ศ.2568 ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นผู้ที่มิมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลกระทบต่อการตอบแบบสอบถาม และผู้ที่มีปัญหาทางด้านระบบ การติดต่อสื่อสารแบบออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568⁽²⁾ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในเขตตรวจราชการที่ 3 (นครสวรรค์ 20 คน) และเขตตรวจราชการที่ 5 (ราชบุรี 20 คน) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งงาน สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การเป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และนิเทศงาน/ผู้รับการตรวจราชการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้รับการตรวจราชการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่แสดงความคิดเห็น มากที่สุด

มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้รับการตรวจราชการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่แสดงความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด 10 ข้อ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ/ผู้รับการตรวจราชการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่แสดงความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด 10 ข้อ

5. แบบสอบถามปลายเปิด 2 ข้อ ได้แก่ 1. ปัญหาอุปสรรคในการตรวจราชการและนิเทศงาน 2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการตรวจราชการและนิเทศงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไป ทศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการในการตรวจราชการและนิเทศงาน ใช้สถิติเชิงปริมาณ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ ของผู้หน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Independent Samples t-test เปรียบเทียบตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เปรียบเทียบตัวแปรอิสระตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.05$) ทั้งนี้ ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test หรือ Shapiro-Wilk Test

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในการตรวจราชการและนิเทศงาน จากแบบสอบถามปลายเปิด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาที่มีประเด็นความหมายเดียวกันหรือสอดคล้องกัน สรุปประเด็น และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยการพรรณนาความ

การแปลความหมายระดับทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยพิจารณาจากตำแหน่งของคะแนน

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบความแตกต่างทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ในการตรวจราชการและนิเทศงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ผู้รับการตรวจราชการ จำนวนตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูล	ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ (n=189คน)				ผู้รับการตรวจราชการ (n=341คน)									
	จำนวน	ร้อยละ	ทัศนคติ	ความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ	ทัศนคติ	ความพึงพอใจ						
ระดับการศึกษาสูงสุด														
- ปริญญาตรี	58	30.69	4.37	0.26	4.46	0.44	4.22	0.32	P=0.875 ^f	4.14	0.18	3.95	0.27	P=0.056 ^f
- ปริญญาโท	127	67.20	3.91	0.95	4.29	0.74	4.25	0.80		4.39	0.60	3.87	0.46	
- ปริญญาเอก	4	2.11	4.30	0.59	3.85	1.30	4.40	0.43		-	-	-	-	
ตำแหน่งงาน														
- แพทย์	15	7.94	4.21	0.60	4.19	0.81	4.33	0.54	P=0.073 ^f	29	8.50	3.90	0.10	P<0.001 ^f
- พยาบาล	21	11.11	4.26	0.18	4.47	0.23	4.53	0.20		19	5.57	4.59	0.26	
- นักวิชาการสาธารณสุข	133	70.37	3.97	0.95	4.27	0.74	4.18	0.76		210	61.58	4.23	0.35	
- เจ้าหน้าที่บริหาร	8	4.23	4.40	0.00	4.90	0.00	4.70	0.00		35	10.26	3.90	0.00	
- นักจัดการงานทั่วไป	8	4.23	4.40	0.00	4.70	0.00	4.00	0.00		15	4.40	3.80	0.00	
- อื่นๆ (นวก.คอมฯ, เกสซ์ฯ)	4	2.12	4.08	0.30	4.42	0.48	4.10	0.12		33	9.68	3.55	1.00	
สถานภาพสมรส														
- โสด	64	33.86	3.37	0.99	3.70	0.65	3.55	0.60	P<0.001 ^f	147	43.11	4.09	0.17	P=0.659 ^f
- สมรส	124	65.61	4.41	0.41	4.66	0.42	4.60	0.38		194	56.88	4.11	0.63	
- หม้าย/หย่า	1	0.53							P=0.106 ^f	-	-	-	-	P<0.001 ^f
สถานที่ปฏิบัติ														
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-	-	4.26	0.38	4.32	0.57	4.38	0.36		259	75.95	4.09	0.32	
- โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	29	15.34	4.07	0.49	4.37	0.31	4.37	0.60		82	54.05	-	-	
- โรงพยาบาลชุมชน	3	1.59	4.30	0.00	4.00	0.00	4.00	0.00		-	-	-	-	
- ศูนย์วิชาการ	126	66.67							P<0.001 ^f	-	-	-	-	P<0.001 ^f
- สำนักงานเขตสุขภาพ	17	8.99	4.22	0.38	4.37	0.54	4.40	0.39		-	-	4.02	0.15	
- กองโนนสำนักงานสัตา	9	4.76	3.50	0.93	3.86	0.67	3.71	0.59		-	-	3.93	0.05	
- กรม	5	2.65	4.68	0.19	4.97	0.05	4.84	0.09		-	-	-	-	
ประสบการณ์การตรวจราชการ														
- ต่ำกว่า 5 ปี	38	20.11	4.67	0.16	4.87	0.17	4.98	0.14		132	38.71	3.99	0.74	
- ระหว่าง 5-10 ปี	82	49.39							P=0.590 ^f	50	14.67			P=0.838 ^f
- ระหว่าง 11-15 ปี	27	14.29	4.00	0.40	4.38	0.53	4.29	0.30		-	-	4.12	0.97	
- ระหว่าง 16-20 ปี	9	4.76	4.07	0.89	4.32	0.71	4.24	0.74		72	21.11	4.10	0.21	
- มากกว่า 20 ปี	33	17.45							P<0.001 ^f	87	25.51			P<0.001 ^f

หมายเหตุ หมายถึง Independent t-test F หมายถึง One Way Anova (F-Test)

จากตารางที่ 1 ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.48) มีอายุเฉลี่ย 46.39±10.46 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 45-54 ปี จบระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 67.20) ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 70.37) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.61) ปฏิบัติงานอยู่ศูนย์วิชาการ (ร้อยละ 66.67) และมีประสบการณ์ตรวจราชการระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 49.39)

ผู้รับการตรวจราชการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.71) มีอายุเฉลี่ย 41.76±10.46 ปี ส่วนใหญ่มีช่วงอายุต่ำกว่า 35 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 66.28) เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 61.58) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.88) ปฏิบัติงานอยู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 75.95) และมีประสบการณ์ตรวจราชการต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 38.71)

การเปรียบเทียบความแตกต่าง ทศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ในการตรวจราชการ และนิเทศงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ผู้รับการตรวจราชการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

1. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อความแตกต่างของทศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และตำแหน่งงาน

2. **ทศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจในการตรวจราชการและนิเทศงาน**

จากตารางที่ 2 ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับ

การตรวจราชการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน โดยผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อต่ำสุด ในส่วนผู้รับการตรวจราชการมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความพึงพอใจต่ำสุด

สรุปได้ว่า ผลคะแนนที่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เป็นสัญญาณว่าระบบการตรวจราชการจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง (Re-design) โดยเฉพาะการลดภาระงานส่วนเกินและการเพิ่มศักยภาพผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการให้เป็นที่ปรึกษาเชิงวิชาการ เพื่อยกระดับความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้รับการตรวจราชการในพื้นที่ให้สูงขึ้นกว่าเดิม

ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของทศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และ ประสบการณ์ทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ สำหรับปัจจัยที่มี 3 กลุ่มขึ้นไป สรุปผลการจับคู่ที่แตกต่างกันได้ดังนี้

- ด้านอายุ พบว่า ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี มีทัศนคติต่ำกว่ากลุ่มอายุ 35 - 44 ปี กลุ่มอายุ 45 - 54 ปี และ กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป, กลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี มีความเชื่อต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ทั้งหมด โดยกลุ่มที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีความเชื่อสูงที่สุด กลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี มีความพึงพอใจต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ และกลุ่มอายุ 45-54 ปี มีความพึงพอใจสูงที่สุด
- ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีทัศนคติต่ำกว่ากลุ่มผู้จบปริญญาตรี และปริญญาเอก

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจในการตรวจราชการจำแนกตามกลุ่ม

ระดับ	ทัศนคติ		ความเชื่อ		ความพึงพอใจ	
	ผู้ทำหน้าที่ตรวจ (n=189 คน)	ผู้รับการตรวจ (n=341)	ผู้ทำหน้าที่ตรวจ (n=189 คน)	ผู้รับการตรวจ (n=341)	ผู้ทำหน้าที่ตรวจ (n=189 คน)	ผู้รับการตรวจ (n=341)
มาก	2 (1.06)	51 (14.96)	-	35 (10.26)	39 (20.64)	35 (10.26)
ปานกลาง	154 (81.48)	276 (80.94)	154 (81.48)	291 (85.34)	117 (61.90)	275 (80.65)
น้อย	33 (17.46)	14 (4.10)	35 (18.52)	15 (4.40)	33 (17.46)	31 (9.09)
รวม	189 (100.00)	341 (100.00)	189 (100.00)	341 (100.00)	189 (100)	341 (100.00)
Mean±SD	4.06±0.82	4.11±0.49	4.03±0.68	4.22±0.40	4.24±0.68	3.92±0.35

3. ด้านสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตมีความพึงพอใจต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพึงพอใจสูงที่สุด

4. ด้านประสบการณ์ทำงาน พบว่าทัศนคติ ความเชื่อและความพึงพอใจ กลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงาน 5 - 10 ปี มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่กลุ่มที่มีประสบการณ์ 11 - 15 ปี มีค่าเฉลี่ยทัศนคติและความเชื่อสูงที่สุด ส่วนด้านความพึงพอใจกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

2. ผู้รับการตรวจราชการ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีผลต่อความแตกต่างของความเชื่อ และความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านอายุ มีผลต่อความแตกต่างของทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านระดับการศึกษา มีผลต่อความแตกต่างของทัศนคติ และความเชื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านตำแหน่งงาน มีผลต่อความแตกต่างของทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มวิชาชีพพยาบาลมีแนวโน้มให้คะแนนสูงกว่ากลุ่มอื่น

ด้านสถานที่ปฏิบัติงาน และด้านประสบการณ์ทำงาน มีผลต่อความแตกต่างของทัศนคติและความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ สำหรับปัจจัยที่มี 3 กลุ่มขึ้นไป สามารถสรุปผลการจับคู่ที่แตกต่างกันได้ดังนี้

1. ด้านอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีทัศนคติสูงกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี และกลุ่มอายุ 45-54 ปี, กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีความเชื่อสูงกว่ากลุ่มอายุ 45-54 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี, กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี และกลุ่มอายุ 45-54 ปี ซึ่งมีความพึงพอใจต่ำที่สุด

2. ด้านตำแหน่งงาน พบว่า พยาบาลมีทัศนคติสูงที่สุด รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข โดยกลุ่ม

ตำแหน่งอื่น ๆ มีทัศนคติต่ำที่สุด, พยาบาลมีความเชื่อสูงที่สุด ในขณะที่แพทย์มีความเชื่อต่ำที่สุด, พยาบาลมีความพึงพอใจสูงที่สุด รองลงมาคือนักจัดการงานทั่วไป และแพทย์มีความพึงพอใจต่ำที่สุด (Mean=3.55)

3. ด้านประสบการณ์ทำงาน กลุ่มที่มีประสบการณ์ 16-20 ปี มีทัศนคติสูงที่สุดและกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5-10 ปี มีทัศนคติต่ำที่สุด, กลุ่มที่มีประสบการณ์ 16-20 ปี มีความเชื่อสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี โดยกลุ่ม 5-10 ปี มีความเชื่อต่ำที่สุด, กลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี มีความพึงพอใจสูงที่สุด และกลุ่มที่มีประสบการณ์ 16-20 ปี มีความพึงพอใจต่ำที่สุด

3. ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ

3.1 ปัญหาอุปสรรคผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ประกอบด้วย 1. ด้านนโยบายและตัวชี้วัดขาดความชัดเจนของประเด็นตรวจ ตัวชี้วัดมีจำนวนมากและซ้ำซ้อน 2. ด้านข้อมูลและเทคโนโลยี ข้อมูลในพื้นที่มีการจัดเก็บไม่ตรงกับระบบส่วนกลาง และการเปลี่ยนการจัดเก็บข้อมูลบ่อยทำให้เกิดความสับสน 3. ด้านระยะเวลาและภาระงาน ระยะเวลาตรวจราชการจำกัด (เฉลี่ย 3 วันต่อจังหวัด) และมักซ้อนทับกับงานประจำ ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของงานหลัก 4. ด้านสมรรถนะบุคลากรขาดหลักสูตรเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรุ่นใหม่ และบางทีมขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะให้ข้อเสนอแนะเชิงลึก

3.2 ข้อเสนอแนะ 1. การบริหารจัดการ ส่วนกลาง ต้องสร้างนิยามตัวชี้วัดให้ชัดเจน บูรณาการหัวข้อที่ใกล้เคียงกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัด 2. ระบบข้อมูล ควรพัฒนาฐานข้อมูล HDC ให้มีความเสถียรและเป็น Real time พร้อมนำระบบการรายงานแบบ Online มาช่วยลดภาระงานเอกสาร 3. ปรับรูปแบบการตรวจ ลดเวลาการตรวจราชการต่อจังหวัดให้สั้นลง เหลือ 1 - 1.5 วัน โดยส่งเอกสารให้ศึกษาก่อนลงพื้นที่ เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่าการรับฟังรายงาน และพัฒนาศักยภาพ โดยการจัดหลักสูตรอบรมทักษะที่จำเป็นต่อเนื่อง

ทุกปี มีระบบที่เลี้ยว และปรับบทบาทจากผู้ตรวจสอบ เป็นที่เลี้ยว

4. ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาผู้รับการตรวจราชการ

4.1 ปัญหาอุปสรรคผู้รับการตรวจราชการ ประกอบด้วย 1. ระบบข้อมูลและตัวชี้วัด ในระดับเขต ไม่ตรงกับข้อมูลที่ของผู้รับการตรวจราชการ อาจต้องมีการปรับข้อมูลให้สอดคล้องกัน รวมถึงคำนิยามของตัวชี้วัดบางตัวไม่ชัดเจน ติความได้หลายแบบ 2. ข้อจำกัดของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกระทรวง เนื่องจากมีภาระงานประจำสูง ทำให้มีเวลาลงพื้นที่จำกัด ไม่สามารถดูสภาพปัญหาที่แท้จริงหน้างานได้อย่างเต็มที่ 3. ทรัพยากรและภาระงานการกำหนดระยะเวลาตรวจราชการค่อนข้างกระชั้นชิด ทำให้มีระยะเวลาจำกัดในการเตรียมการรับการตรวจราชการ

4.2 ข้อเสนอแนะ 1. ควรมีการจัดการข้อมูลเป็นเอกภาพ โดยขอให้ส่วนกลาง หรือเขตสุขภาพระบุเป้าหมายตัวชี้วัดให้ชัดเจนรายจังหวัด และกำหนดให้ใช้แหล่งข้อมูลอ้างอิงเดียวกันเพื่อสามารถเปรียบเทียบกันได้ 2. การลดภาระงานและสนับสนุนวิชาการ ขอให้บุคลากรจาก ศูนย์วิชาการเข้ามาช่วยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อลดภาระงานประจำของผู้รับตรวจราชการ และได้ข้อเสนอแนะที่แม่นยำขึ้น 3. การบริหารจัดการเวลา ควรออกแบบกำหนดการลงพื้นที่ให้เหมาะสมกับทรัพยากร และงบประมาณ โดยมุ่งเน้นเฉพาะประเด็นสำคัญเพื่อไม่ให้เกิดภาระแก่บุคลากรในพื้นที่มากเกินไป

อภิปรายผลการศึกษา

1. ระดับทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจต่อการตรวจราชการและนิเทศงาน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการ มีระดับทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจในภาพรวมในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงสถานะที่ระบบกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน⁽¹²⁾ โดยแม้ว่าบุคลากรจะมีความเชื่อ ว่าการตรวจราชการมีประโยชน์ในการยกระดับคุณภาพบริการ แต่กลับมีข้อจำกัด

ในมิติของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เนื่องจากการเผชิญกับอุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น ภาระงานประจำที่ล้นมือ และความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด ทำให้ความเชื่อและทัศนคติลดมาอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจระดับปานกลาง จากทฤษฎีปัจจัยคู่⁽¹³⁾ แม้กระทรวงสาธารณสุข จะพยายามปรับบทบาทผู้นิเทศงานให้เป็นกัลยาณมิตร เป็นการเพิ่มปัจจัยจูงใจ แต่ในทางปฏิบัติ ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบายการจัดการข้อมูลที่ไม่เป็นเอกภาพ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ตึงเครียดช่วงรับการตรวจ และระยะเวลาที่กระชั้นชิด ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนขวัญกำลังใจ ทำให้ระดับความพึงพอใจไม่สามารถขยับขึ้นสู่ระดับสูงได้⁽¹⁴⁾

2. ความแตกต่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

2.1 อิทธิพลของตำแหน่งงานต่อความเชื่อมั่น (กลุ่มผู้รับการตรวจราชการ) ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ มีระดับทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจสูงสุดในขณะที่กลุ่มแพทย์กลับมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนภาพวัฒนธรรมทางวิชาชีพ⁽¹⁵⁾ พยาบาลเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับกระบวนการรับรองมาตรฐาน (เช่น HA QA) อย่างเป็นระบบ จึงเปิดรับ และผนวกการรับการตรวจราชการเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำได้ดีกว่า ในทางกลับกัน แพทย์มีลักษณะการทำงานที่ยึดโยงกับความเป็นอิสระทางวิชาชีพ และเผชิญภาวะกดดันจากภาระงานคลินิกที่สูง การเรียกร้องข้อมูลเชิงประจักษ์หรือเอกสารสำหรับการตรวจราชการ จึงมักถูกมองว่าเป็นภาระงานบริหารที่ทับซ้อน ซึ่งเบียดบังเวลาในการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁶⁾ 2.2 อิทธิพลของอายุและประสบการณ์ (กลุ่มผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ) ผู้นิเทศที่มีอายุน้อย (ต่ำกว่า 35 ปี) และประสบการณ์น้อย (5 - 10 ปี) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอาวุโส อภิปรายได้ว่า งานนิเทศงานระดับเขตสุขภาพเป็นงานเชิงกลยุทธ์ที่ต้องอาศัยความรู้ฝังลึก การคิดเชิงระบบ และศิลปะการโน้มน้าวใจ ผู้นิเทศรุ่นใหม่ อาจเผชิญกับสถานะความเหลื่อมล้ำทางอาวุโส เมื่อต้องลงพื้นที่ประเมินผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีอายุรับราชการมากกว่า ทำให้เกิดความกดดัน ขาดความปลอดภัยทางจิตวิทยา และส่งผลให้ความพึงพอใจในการทำหน้าที่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าผู้นิเทศที่เปี่ยมประสบการณ์⁽¹⁷⁾

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ปัญหาหลัก คือ ความไม่เป็นเอกภาพของข้อมูล ตัวชี้วัดจากส่วนกลาง เขตสุขภาพและพื้นที่มักมีความซ้ำซ้อน นิยามไม่ตรงกัน รวมกับข้อจำกัดด้านเวลาของผู้นิเทศ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญคือ กระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพควรเร่งรัดการบูรณาการระบบข้อมูลสุขภาพกลาง เช่น Health Data Center (HDC) เพื่อใช้ประเมินผลล่วงหน้า ลดระยะเวลาการนำเสนอเอกสารในพื้นที่ และนำเวลาที่เหลือไปใช้ในการเป็นพี่เลี้ยงแก้ปัญหา หน่วยงานร่วมกับพื้นที่อย่างแท้จริง⁽¹⁸⁾

4. ข้อจำกัดของการวิจัย เพื่อให้การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงหรือต่อยอดมีความรัดกุมผู้วิจัยขอเสนอข้อจำกัดของการศึกษาดังนี้

4.1 การใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม (Mean \pm SD) แทน Rating Scale การวิจัยนี้จัดระดับคะแนนด้วยการกระจายตัวของข้อมูลภายในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีข้อจำกัดเชิงสัมพัทธ์ระดับปานกลาง ในการศึกษาเป็นการเปรียบเทียบภายในกลุ่มประชากรเขตสุขภาพที่ 4 เท่านั้น ไม่สามารถนำจุดตัดคะแนน ไปเทียบเคียงเป็นมาตรฐานสัมบูรณ์กับเขตสุขภาพอื่นได้⁽¹⁹⁾

4.2 ความเอนเอียงจากการรายงานตนเอง เนื่องจากเป็นการประเมินระบบงานระดับกระทรวง การใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนตอบคำถามโดยรักษาทำที่ที่เป็นกลางเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อหน่วยงาน แม้จะเก็บข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน⁽²⁰⁾

4.3 อัตราการตอบกลับที่น้อยกว่าร้อยละ 80 อัตราการตอบกลับที่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเป็นตัวแทนที่ดี กลุ่มที่ไม่ตอบแบบสอบถามอาจเป็นกลุ่มที่เผชิญภาวะหมดไฟ หรือมีความไม่พึงพอใจต่อระบบการตรวจราชการ ซึ่งหากนับรวมกลุ่มนี้เข้ามาด้วย ค่าเฉลี่ยภาพรวมอาจต่ำกว่าระดับปานกลางที่ปรากฏในการศึกษานี้⁽²¹⁾

4.4 การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม การศึกษาเปรียบเทียบสถิติระหว่าง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และผู้รับการตรวจราชการ เป็นการเปรียบเทียบภายใต้

โครงสร้างอำนาจหน้าที่ที่แตกต่างกันการแปลผลความแตกต่างทางสถิติจึงต้องระมัดระวังบริบทของความคาดหวังและบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันของทั้งสองฝ่าย

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจราชการ และนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและผู้รับการตรวจราชการกรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ 189 คน และผู้รับการตรวจราชการ 341 คน

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้หน้าที่ตรวจราชการ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.48) มีอายุเฉลี่ย 46.39 ± 10.46 ปี สำเร็จการศึกษาปริญญาโท และมีประสบการณ์ตรวจราชการ 5-10 ปี ผู้รับการตรวจราชการ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.71) มีอายุเฉลี่ย 41.76 ± 10.46 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์รับการตรวจราชการน้อยกว่า 5 ปี

2. ทักษะ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านทัศนคติภาพรวมยอมรับกลไกการตรวจราชการ เห็นว่าเน้นตัวชี้วัดมากเกินไป ด้านความเชื่อในกลุ่มผู้หน้าที่ตรวจราชการ ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนระดับมาก สามารถสะท้อนถึงความไม่มั่นใจว่ากระบวนการตรวจราชการจะนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาได้จริง ด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจัยด้านภาระงานประจำสภาพแวดล้อมของการทำงานมีผลต่อความรู้สึกพึงพอใจ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่าง ทักษะ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ในการตรวจราชการและนิเทศงานของผู้หน้าที่ตรวจราชการ ผู้รับการตรวจราชการ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ทำงาน มีผลกับทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ ปัจจัยระดับการศึกษามีผลต่อทัศนคติ และปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงานมีผลต่อความพึงพอใจ โดยกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป และประสบการณ์ทำงานมากกว่า 20 ปี มีคะแนนสูงสุด เนื่องจากเป็นกลุ่ม

ที่มีความเข้าใจระบบงานดีกว่า กลุ่มคนรุ่นใหม่ กลุ่มผู้รับการตรวจราชการ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานมีผลกับทัศนคติ ความเชื่อ ความพึงพอใจ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มอื่น และบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีทัศนคติที่ดีกว่าบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ ผู้รับการตรวจราชการ พบว่า ตัวชี้วัดมีจำนวนมากและซ้ำซ้อน และข้อมูลพื้นที่ไม่ตรงกับข้อมูลระบบส่วนกลาง และระยะเวลาการตรวจราชการที่จำกัด ข้อเสนอแนะควรมีการบูรณาการตัวชี้วัดให้ชัดเจน พัฒนาระบบการตรวจราชการแบบ Real time ปรับบทบาทผู้นิเทศงานเป็นที่เลี้ยง และมีฐานข้อมูลเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การทำวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึก โดยทำการสัมภาษณ์เจาะลึกหรือสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการที่มีประสบการณ์สูง (อายุ 55 ปีขึ้นไป) เพื่อถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดี ในการถ่ายทอดประสบการณ์สู่คนรุ่นใหม่ และลดช่องว่างระหว่างวัย

2. การวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศแนวใหม่ ที่เน้นการเป็นที่เลี้ยงและการใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณเป็นรูปธรรม แทนที่การตรวจสอบแบบเดิม

3. การพัฒนาระบบ Dashboard หรือฐานข้อมูลเดียวที่เชื่อมโยงข้อมูล HDC และข้อมูลพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียว เพื่อแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและลดภาระงานเอกสารของผู้รับตรวจราชการ

4. การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ควรขยายขอบเขตการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพที่มีบริบทต่างกัน เพื่อดูปัจจัยความสำเร็จ ในพื้นที่ที่มีระดับความพึงพอใจของผู้รับการตรวจราชการสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 [อินเทอร์เน็ต].

2548 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.opm.go.th/opmportal/multimedia/suphatdo/MyDocument/regulation/insp_reg_48.pdf

2. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_docth/2025-02-05-07-57-15.pdf

3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4; 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://rh4.moph.go.th/upload_file_section_r4/gLICArW24xQvTEZKS25rCGqmSj7rT2.pdf

4. มงคลชัย โยธะมาตย์. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการตรวจราชการและนิเทศงานที่มีประสิทธิภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(1):348-61.

5. Boyne G, Day P, Walker R. The evaluation of public service inspection: A theoretical framework. Urban Stud [Internet]. 2002 [cited 2026 Mar 23];39(7):1197-212. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/00420980220135563>

6. Hovlid E, Husabø G, Teig IL, Halvorsen K, Frich JC. Contextual factors of external inspections and mechanisms for improvement in healthcare organizations: A realist evaluation. Soc Sci Med [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 23];298:114872. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622001782>

7. ishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Reading (MA): Addison-Wesley; 1975.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิชั่นพรีนธ์ แอนด์มีเดีย; 2557.
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
10. ล้วน สายยศ, อังคณา สายยศ. เทคนิคการวัดผล การเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2538.
11. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006.
12. Bosnjak M, Ajzen I, Schmidt P. The theory of planned behavior: Selected recent advances and applications. Eur J Psychol. 2020;16(3):352-6.
13. Alrawahi S, Sellgren SF, Altouby S, Alwahaibi N, Ali M. The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals. Adv Med Educ Pract. 2020; 11:331-9.
14. อาภา สุวรรณโณ, นงนุช แยมประชา. อิทธิพลของความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติงานตามมาตรฐานคุณภาพของบุคลากร สาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564; 15(2):215-28.
15. อรพรรณ โตสิงห์, นันทวดี พรหมจรรย์. วัฒนธรรม วิชาชีพพยาบาลกับการขับเคลื่อนคุณภาพความปลอดภัย ในสถานพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561; 36(3):14-23.
16. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ความท้าทายของความเป็น อิสระทางวิชาชีพแพทย์ในยุคของการประเมินคุณภาพ มาตรฐาน. วารสารระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุข. 2562;8(4):45-58.
17. นรินทร์ พ็ชรดำรงกุล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้นิเทศงานสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563;14(1):60-74.
18. วิชช์ เกษมทรัพย์, นงนุช แยมประชา. การพัฒนา ระบบข้อมูลสุขภาพกลาง (Single Source of Truth) เพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในยุคดิจิทัล. วารสารเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศทางสุขภาพ. 2564;10(1):22-35.
19. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
20. Bergen N, Labonté R. Everything is perfect, and we have no problems: detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. Qual Health Res. 2020;30(5): 783-92.
21. Rindfuss RR, Choe MK, Tsuya EA, Bumpass LL, Tamaki E. Do low survey response rates bias results? Evidence from Japan. Demogr Res. 2015;32:797-828.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังโดยใช้ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567

TPS-Based Evaluation Framework for Financial–Fiscal Performance in Health Region 4 Service Units, Fiscal Years 2022–2024

สุดารัตน์ ลิขิตภูมิ (วทด.)*

Sudarat Lijutipoom (PhD.)*

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

* Lopburi Provincial Public Health Office

ชื่อผู้ประสานงาน: นางสาวสุดารัตน์ ลิขิตภูมิ อีเมลผู้ประสานงาน: sudaratlijutipoom@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	12 มี.ค. 2569
วันแก้ไข:	12 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	23 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้ Total Performance Score (TPS) เป็นเครื่องมือหลักในการวิเคราะห์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการประเมิน TPS ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ครอบคลุมหน่วยบริการ 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสิ้น 72 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบรายปี ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (ระดับ F) เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 38.89 แม้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สถานการณ์เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังคงสะท้อนความเสี่ยงเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าอัตราการครองเตียงลดลงจากร้อยละ 55 เหลือร้อยละ 10 ขณะเดียวกันความสามารถในการทำกำไรลดลงจากร้อยละ 98.33 เหลือร้อยละ 21.67 นอกจากนี้ จังหวัดปทุมธานียังเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนหน่วยบริการระดับ F เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนของแผนการเงิน (PlanFin) การบริหารสินทรัพย์

และหนี้สินหมุนเวียนที่ส่งผลต่อสภาพคล่องขององค์กร รวมถึงอัตราการครองเตียงที่ลดลงสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรไม่เต็มศักยภาพ ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างรายได้และต้นทุนของหน่วยบริการ ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดทำแผนการเงิน การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการ และการพัฒนาโลกกำกับติดตามเชิงรุกในระดับเขตสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพการเงินการคลัง; Total Performance Score

Abstract

This study aimed to evaluate and compare the financial and fiscal performance of health service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Health Region 4, Thailand, using the Total Performance Score (TPS) as the primary analytical tool. The descriptive study was conducted using secondary data from TPS assessment reports for fiscal years 2022–2024. The analysis covered 72 health service units across three levels of care: regional hospitals, general hospitals, and community hospitals. Descriptive statistics and year-to-year comparative analyses were applied.

The findings revealed a marked decline in financial and fiscal performance in fiscal year 2023, with the proportion of units failing the criteria (Level F) increasing to 38.89%. Although performance indicators showed partial improvement in fiscal year 2024, persistent structural risks within the health service system remained evident. In the community hospital group, the bed occupancy rate dropped from 55% to 10%, and the profitability rate dropped from 98.33% to 21.67%. Pathum Thani Province consistently recorded an increasing number of Level F units throughout the study period. Key contributing factors included discrepancies in financial planning, ineffective management of current assets and liabilities affecting organizational liquidity, and declining bed occupancy rates reflecting suboptimal resource utilization. Strengthening financial planning capacity, improving resource utilization efficiency, and establishing proactive regional monitoring mechanisms are therefore essential to enhance the long-term fiscal sustainability of the health service system.

Keywords: Financial and fiscal performance; Total Performance Score

บทนำ

การบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการภาครัฐ เป็นกลไกสำคัญต่อเสถียรภาพของระบบสุขภาพ โดยแนวคิดระบบสุขภาพของ World Health Organization ให้ความสำคัญกับ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเป็นธรรม เป็นองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยยังเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหลายประการ ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินงานของหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่แบกรับภาระต้นทุนควบคู่ไปกับการให้บริการประชาชน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงไม่สามารถพิจารณาเฉพาะการปรับกลไกทางการเงินเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องเสริมด้วยการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในมิติของคุณภาพ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กัน⁽¹⁾

แนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่ และการบริหารจัดการผลการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับการใช้ตัวชี้วัดเชิงบูรณาการมากกว่าตัวชี้วัดเดี่ยวเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานขององค์กรในหลายมิติ และใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว Total Performance Score (TPS) จึงถูกพัฒนาเป็นเครื่องมือเชิงสังเคราะห์ที่รวมมิติด้านการเงินการคลัง กระบวนการบริหารจัดการ และผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพไว้ในดัชนีเดียว ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และแรงกดดันด้านการเงินการคลังสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง TPS จึงมีบทบาทสำคัญในฐานะเครื่องมือเชิงนโยบายและเชิงบริหาร ที่ช่วยให้การประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการมีความรอบด้าน สามารถใช้ประโยชน์ได้จริง⁽³⁾

จากข้อมูลช่วงปี 2565-2567 มีการวิเคราะห์สถานะทางการเงินของหน่วยบริการทั้งหมด 72 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า มีแนวโน้มเผชิญปัญหาวิกฤตทางการเงินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 ส่วนใหญ่หน่วยบริการมีระดับวิกฤตทางการเงิน (Risk

Scoring) ระดับ 0 จำนวน 63 แห่ง ระดับ 1 จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 8.33) ระดับ 2 จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 2.78) และระดับ 3 จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.39) ต่อมาในปี 2566 พบว่ามีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 5 จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 2.78) ระดับ 6 จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.39) ในปี 2567 หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 4 จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 4.17) ระดับ 5 จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 2.78)⁽⁴⁾ สะท้อนความเสี่ยงต่อเสถียรภาพทางการเงินการคลังของหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้านบริบทประชากร เศรษฐกิจ และศักยภาพของหน่วยบริการ ทั้งนี้ Risk Scoring เป็นการประเมินสถานะความเสี่ยงของหน่วยบริการ ใช้เพื่อการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภาวะวิกฤตทางการเงินต่างจาก TPS ที่มุ่งประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังแบบหลายมิติ และสรุปผลเป็นระดับคะแนนเพื่อสะท้อนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีหน่วยงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ TPS มักมุ่งเน้นในระดับหน่วยบริการหรือเปรียบเทียบหน่วยบริการในระดับจังหวัด⁽⁵⁻⁷⁾ เช่น หน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่น สุราษฎร์ธานี และสมุทรสงคราม ส่วนการศึกษาระดับเขตสุขภาพ งานวิจัยค่อนข้างจำกัด มีเพียงการศึกษาข้อมูลในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 6⁽⁸⁾ เป็นการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังซึ่งใช้ข้อมูลเพียง 1 ปี ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการมาพัฒนารูปแบบดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้ TPS ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ในการประเมินผลการดำเนินงานหน่วยบริการในระดับเขตสุขภาพ วิเคราะห์แนวโน้มโดยใช้ข้อมูล 3 ปี มาสนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้ Total Performance Score
2. เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการตาม Total Performance Score จำแนกตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการตาม Total Performance Score จำแนกตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567

ขอบเขตการศึกษา ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารรายงานผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง 72 แห่งในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567⁽⁴⁾

ประชากรศึกษา คือ หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 มี 8 จังหวัด ได้แก่ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง ประกอบด้วย 72 หน่วยบริการ แบ่งตามระดับบริการ ดังนี้ 1) โรงพยาบาลศูนย์/ รพศ. (ระดับ A) จำนวน 3 แห่ง 2) โรงพยาบาลทั่วไป/ รพท. (ระดับ S, M1) จำนวน 9 แห่ง 3) โรงพยาบาลชุมชน/ รพช. (ระดับ M2, F1, F2, F3) จำนวน 60 แห่ง ทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา คือ รายงานผลการประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง

ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 จำนวน 72 แห่ง⁽⁴⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการ จังหวัด และระดับบริการ (รพศ. /รพท./รพช.)
- 2) คะแนนรายตัวชี้วัดด้านกระบวนการ คะแนนรวม 10 คะแนน แบ่งเป็น 3 ข้อ ได้แก่ 1. การบริหารแผน PlanFin (2 คะแนน) 2. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียน (3 คะแนน) 3. การบริหารจัดการ (5 คะแนน) 3) คะแนนรายตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน คะแนนรวม 5 คะแนน แบ่งเป็น 2 ข้อ ได้แก่ 1. ความสามารถในการทำกำไร (3 คะแนน) 2. วัตถุประสงค์ทางการเงิน (2 คะแนน) 4) คะแนน TPS รวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งระดับผลการประเมินเกณฑ์ 5 ระดับ⁽⁹⁾ ได้แก่ ระดับ A (ดีมาก) คะแนน ≥ 12 ระดับ B (ดี) คะแนน ≥ 10.5 แต่ < 12 ระดับ C (พอใช้) คะแนน ≥ 9 แต่ < 10.5 ระดับ D (ต้องปรับปรุง) คะแนน ≥ 7.5 แต่ < 9 ระดับ F (ไม่ผ่าน) คะแนน < 7.5 โดยประยุกต์หลักเกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร ได้แก่ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความเป็นตัวแทน ความหมายชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องวัตถุประสงค์ มาบันทึกในตารางวิเคราะห์ข้อมูล⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และอัตราส่วน
- 2) การวิเคราะห์ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 ใช้โปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ Pivot Table ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายปีงบประมาณ (2565-2567) รายจังหวัด และหน่วยบริการ และตามเกณฑ์การประเมิน TPS ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เลขที่ LBEC3/2569 โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์การนำไปใช้ทางราชการ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด หน่วยบริการ 72 แห่ง พบว่าจังหวัดที่มีหน่วยบริการมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 4 คืออยุธยา 16 แห่ง (ร้อยละ 22.22) รองลงมาคือสระบุรี 12 แห่ง (ร้อยละ 16.67) ลพบุรี 11 แห่ง (ร้อยละ 15.28) นนทบุรี 8 แห่ง (ร้อยละ 11.11) ปทุมธานี 8 แห่ง (ร้อยละ 11.11) อ่างทอง 7 แห่ง (ร้อยละ 9.72) และสิงห์บุรี 6 แห่ง (ร้อยละ 8.33) ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีหน่วยบริการน้อยสุด คือ นครนายก 4 แห่ง (ร้อยละ 5.56) จำแนกตามระดับบริการ พบว่ามีรพศ. (ระดับ A) 3 แห่ง รพท. (ระดับ S, M1) 9 แห่ง และรพช. (ระดับ M2, F1, F2, F3) 60 แห่ง

2. ผลการประเมินระดับและแนวโน้มประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย Total Performance Score ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 ดังนี้

2.1 ผลการประเมินระดับและแนวโน้มประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ ภาพรวม เขตสุขภาพที่ 4 (8 จังหวัด) ปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 พบว่าแนวโน้มประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (72 แห่ง) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 อยู่ในเกณฑ์ดี หน่วยบริการส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับ C (ร้อยละ 30.56) และ D (ร้อยละ 25) โดยมีกลุ่มที่ได้ระดับ A และ B รวมกันถึงร้อยละ 33.33 และมีหน่วยบริการระดับ F เพียง 8 แห่ง (ร้อยละ 11.11) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผลการประเมินประสิทธิภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยหน่วยบริการระดับ F สูงเป็นอันดับหนึ่งถึง 28 แห่ง (ร้อยละ 38.89) ในขณะที่กลุ่มระดับ A B และ C ลดลงอย่างมาก ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ประสิทธิภาพการเงินการคลังเริ่มดีขึ้น แต่ยังไม่ดีเท่าปี 2565 กลุ่มระดับ F มี 18 แห่ง (ร้อยละ 25) และกลุ่มที่ได้ระดับ C มี 17 แห่ง (ร้อยละ 23.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย Total Performance Score ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567

ปีงบประมาณ พ.ศ.	ระดับประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง** (n=72)									
	ระดับ A (แห่ง)	ร้อยละ	ระดับ B (แห่ง)	ร้อยละ	ระดับ C (แห่ง)	ร้อยละ	ระดับ D (แห่ง)	ร้อยละ	ระดับ F (แห่ง)	ร้อยละ
2565	11	15.28	13	18.06	22	30.56	18	25.00	8	11.11
2566	5	6.94	11	15.28	8	11.11	20	27.78	28	38.89
2567	6	8.33	12	16.67	17	23.61	19	26.39	18	25.00

** หมายเหตุ ระดับ A (ดีมาก) คะแนน ≥ 12 ระดับ B (ดี) คะแนน ≥ 10.5 แต่ < 12 ระดับ C (พอใช้) คะแนน ≥ 9 แต่ < 10.5 ระดับ D (ต้องปรับปรุง) คะแนน ≥ 7.5 แต่ < 9 ระดับ F (ไม่ผ่าน) คะแนน < 7.5

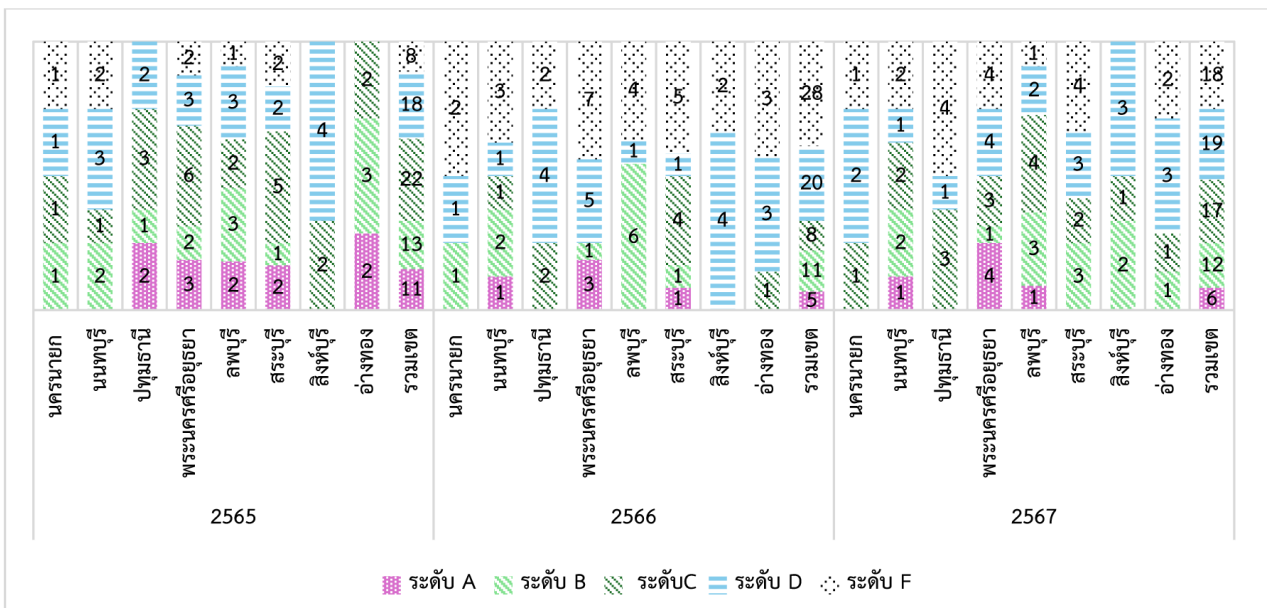
2.2 ผลการวิเคราะห์ ระดับและแนวโน้ม ประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 พบว่า อยุธยา มีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลัง ในระดับ A เพิ่มขึ้น (3, 3, 4 แห่ง) แต่ในปีพ.ศ. 2566 มีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลังระดับ F เพิ่มขึ้น ทั้งอยุธยา (7 แห่ง) ลพบุรี (4 แห่ง) และนนทบุรี (3 แห่ง) ส่วนปทุมธานีมีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลังในระดับ F สูงต่อเนื่อง (0, 2, 4 แห่ง) สระบุรีมีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลัง ในระดับ A ลดลง (2, 1, 0 แห่ง) และมีประสิทธิภาพการเงินการคลังระดับ F เพิ่มขึ้น (2, 5, 4 แห่ง) ส่วนสิงห์บุรีและนครนายกตลอด 3 ปี ไม่พบหน่วยบริการ ที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลังระดับ A สำหรับอ่างทอง มีประสิทธิภาพการเงินการคลังลดลง โดยปีพ.ศ. 2566-2567 ส่วนใหญ่มีหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพการเงินการคลัง อยู่ในระดับ D (3, 3 แห่ง) และ ระดับ F (3, 2 แห่ง) ภาพที่ 1

2.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมิน ประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ตามเกณฑ์ Total Performance Score ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน จำแนกตามระดับบริการ สรุปรวมได้ดังนี้ (ตารางที่ 2)

2.3.1 ผลการประเมินด้านกระบวนการดำเนินงาน

1) การบริหารแผนการเงิน (PlanFin) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ร้อยละเฉลี่ยมิติรายได้ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อจำแนกตามระดับบริการพบว่า ทั้ง รพศ. รพท. และ รพช. สามารถควบคุมผลต่างรายได้ ให้อยู่ในช่วงบวกหรือลบไม่เกินร้อยละ 5 เพิ่มขึ้น ขณะที่ การควบคุมผลต่างด้านค่าใช้จ่ายใน รพช.ลดลง

2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบค่าเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อจำแนกตามระดับบริการพบว่า รพศ. มีการบริหารสินค้าคงคลังได้ดีทั้ง 3 ปี (ร้อยละ 100) ส่วนใน รพท. และ รพช. ปรับตัวดีขึ้น



ภาพที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ด้วย Total Performance Score ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 จำแนกรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย total Performance Score ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 ตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน จำนวนตามระดับบริการ

เกณฑ์การประเมิน TPS	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน TPS												
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567			รวม	Mean* (SD)		
	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
1. ด้านกระบวนการ													
1.1 การบริหาร PlanFin													
1.1.1 มีติรายได้ ผลต่าง±ไม่เกิน 5%	1 (33.33)	2 (22.22)	13 (21.67)	16 (22.22)	2 (66.67)	3 (33.33)	14 (23.33)	19 (26.39)	2 (66.67)	5 (55.56)	18 (30.00)	25 (34.72)	27.78 (6.36)
1.1.2 มีติดำใช้จ่าย ผลต่าง±ไม่เกิน 5%	2 (66.67)	4 (44.44)	42 (70.00)	48 (66.67)	1 (33.33)	6 (66.67)	37 (61.67)	44 (61.11)	2 (66.67)	6 (66.67)	31 (51.67)	39 (54.17)	60.65 (6.26)
1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน													
1.2.1. ระยะเวลากว่าชำระเจ้าหนี้การค้าค่าขายเวชภัณฑ์มีใช้ยา	1 (33.33)	3 (33.33)	10 (16.67)	14 (19.44)	1 (33.33)	2 (22.22)	19 (31.67)	22 (30.56)	2 (66.67)	4 (44.44)	22 (38.33)	28 (38.89)	29.63 (9.76)
1.2.2. ระยะเวลากว่าหนี้เรียกเก็บหนี้ UC ≤60 วัน	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (25.00)	15 (20.83)	1 (33.33)	1 (11.11)	22 (36.67)	24 (33.33)	0 (0.00)	3 (33.33)	23 (38.33)	26 (36.11)	30.09 (8.14)
1.2.3. ระยะเวลากว่าหนี้เรียกเก็บหนี้CSMBS≤6วัน	1 (33.33)	1 (11.11)	12 (20.00)	14 (19.44)	1 (33.33)	3 (33.33)	9 (15.00)	13 (18.06)	1 (33.33)	3 (33.33)	7 (43.33)	30 (41.67)	26.39 (13.25)
1.2.4. ระยะเวลากว่าหนี้หมุน เวียนยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา	3 (100.00)	6 (66.67)	28 (46.67)	37 (51.39)	3 (100.00)	4 (44.44)	36 (60.00)	43 (59.72)	3 (100.00)	7 (77.78)	40 (66.67)	50 (69.44)	60.19 (9.04)
1.3 การบริหารจัดการ													
1.3.1 Unit Cost OP ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	3 (100.00)	6 (66.67)	58 (96.67)	67 (93.06)	2 (66.67)	5 (55.56)	53 (88.33)	60 (83.33)	3 (100.00)	7 (77.78)	47 (78.33)	57 (79.17)	85.19 (7.13)
1.3.2 Unit Cost IP ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	2 (66.67)	8 (88.89)	49 (81.67)	59 (81.94)	3 (100.00)	6 (66.67)	31 (51.67)	40 (55.56)	3 (100.00)	7 (77.78)	34 (56.67)	44 (61.11)	66.20 (13.91)
1.3.3 ค่าแรงบุคลากร ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	3 (100.00)	4 (44.44)	25 (41.67)	32 (44.44)	1 (33.33)	2 (22.22)	27 (45.00)	30 (41.67)	1 (33.33)	3 (33.33)	24 (40.00)	28 (38.89)	41.67 (2.78)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย total Performance Score ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 ตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน จำแนกตามระดับบริการ (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน TPS	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน TPS														
	ปีงบประมาณ 2565				ปีงบประมาณ 2566				ปีงบประมาณ 2567						
	รพศ. (n=3) จำนวน (ร้อยละ)	รพช. (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	รพศ. (n=3) จำนวน (ร้อยละ)	รพช. (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	รพศ. (n=3) จำนวน (ร้อยละ)	รพช. (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=60) จำนวน (ร้อยละ)	รพศ. (n=3) จำนวน (ร้อยละ)	รพช. (n=9) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	Mean* (SD)		
1.3.4 ค่าใช้จ่ายไม่เกินค่ากลาง กลุ่ม รพ.	1	5	33 (55.56)	1	4	23 (54.17)	1	4	23 (44.44)	1	5	25 (41.67)	31 (43.06)	45.37 (7.90)	
1.3.5 ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.	2	8	36 (60.00)	2	6	23 (63.89)	2	6	23 (66.67)	1	4	23 (44.44)	28 (38.89)	48.61 (13.39)	
1.3.6 ค่าเวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุการแพทย์ ไม่เกินค่ากลาง	1	4	36 (60.00)	1	6	41 (56.94)	1	6	31 (66.67)	1	5	33 (55.56)	39 (54.17)	54.63 (2.12)	
1.3.7 คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้นไม่เกินค่ากลาง	3	7	49 (81.67)	3	8	59 (81.94)	3	8	50 (88.89)	3	7	46 (76.67)	56 (77.78)	81.48 (3.50)	
1.3.8 ผลผลิต (Productivity) อัตราครองเตียง >80%	3	5	33 (55.56)	3	3	41 (56.94)	3	3	6 (10.00)	3	5	11 (18.33)	19 (26.39)	33.33 (21.02)	
1.3.9 ผลผลิตSum of Adj RW เกินค่ากลางหรือเพิ่มขึ้น 5%	1	4	32 (44.44)	3	3	37 (51.39)	3	3	24 (40.00)	3	6	46 (66.67)	55 (76.39)	56.48 (17.91)	
2. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน															
2.1 ความสามารถในการทำกำไร															
2.1.1 Operating Margin ≥ ค่าเฉลี่ยกลุ่ม	0	4	33 (44.44)	1	3	37 (51.39)	1	3	21 (33.33)	25	3	4	18 (30.00)	25 (34.72)	40.28 (9.62)
2.1.2 Return on Asset ≥ ค่าเฉลี่ยกลุ่ม	0	4	30 (44.44)	1	4	34 (47.22)	1	4	30 (44.44)	35	2	5	23 (38.33)	30 (41.67)	45.83 (3.67)
2.1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0	3	9	59 (100.00)	1	3	71 (98.61)	1	3	17 (33.33)	21	3	7	13 (21.67)	23 (31.94)	53.24 (39.32)
2.2 การวัดสภาพต้องทางการเงิน															

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วย total Performance Score ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 ตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการและด้านผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน จำแนกตามระดับบริการ (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน TPS	หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน TPS												
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567			รวม	Mean* (SD)		
	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=72)	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=60)	รพท. (n=9)	จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=60)				
2.2.1 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥ 0	3	9 (100.00)	60 (100.00)	9 (100.00)	60 (100.00)	72 (100.00)	3 (100.00)	9 (100.00)	72 (100.00)	9 (100.00)	59 (98.33)	71 (99.54)	0.80
2.2.2 อัตราเงินสด (Cash Ratio) ≥ 0.8	2	7 (77.78)	56 (93.33)	7 (77.78)	56 (93.33)	65 (90.28)	2 (66.67)	7 (77.78)	65 (90.28)	1 (33.33)	49 (81.67)	57 (79.17)	6.42

หมายเหตุ: *Mean คือ ผลรวมของร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ TPS ปี 2565 - 2567/จำนวน 3 ปี

3) การบริหารจัดการต้นทุนและค่าใช้จ่าย ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบร้อยละเฉลี่ยการบริหารต้นทุนผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์สูงที่สุด เมื่อจำแนกตามระดับบริการพบว่าทั้ง รพท. และ รพช. มีต้นทุน และค่าใช้จ่ายลดลง ส่วนคะแนนตรวจสอบขบถดลองเบื้องต้นอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละเฉลี่ย 68.53 แต่อัตราครองเตียงเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ร้อยละ 29.12)

2.3.2 ผลการประเมินด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

1) ความสามารถในการทำกำไร Operating Margin และ Return on Asset ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบร้อยละเฉลี่ยผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำตลอดช่วง 3 ปี โดยใน รพช. Operating Margin จากร้อยละ 55.50 ในปีพ.ศ. 2565 เหลือร้อยละ 30.00 ในปีพ.ศ.2567 ส่วนผลกำไรก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ที่เคยผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 98.33 ในปีพ.ศ. 2565 ลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 28.33 และ 21.67 ในปีพ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ

2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 4 พบร้อยละเฉลี่ยของทุนสำรองสุทธิและอัตราเงินสดอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 83.00 และร้อยละ 73.51 ตามลำดับ) โดยใน รพท. มีทุนสำรองสุทธิผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 ตลอด 3 ปี ส่วน รพช. มีทุนสำรองสุทธิและอัตราเงินสดแนวโน้มลดลง

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลังด้วย TPS ของหน่วยบริการ 72 แห่งในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ปี 2566 ผลการประเมิน TPS ต่ำสุด โดยหน่วยบริการที่ได้ระดับ F สูงถึง 28 แห่ง (ร้อยละ 38.89) ในขณะที่กลุ่มได้ระดับ A และระดับ B มีลดลงอย่างมาก เกิดจากปัจจัยสำคัญดังนี้ 1) ด้านความสามารถในการทำกำไร ลดลง EBITDA เปลี่ยนแปลงชัดเจน 2) ด้านการบริหารจัดการ มี Productivity ลดลงอย่างมาก อัตราครองเตียงในรพช. ลดลงจากร้อยละ 55 ในปี 2565 เหลือร้อยละ 10 ในปี 2566 เช่นเดียวกับรพท. ลดลงจากร้อยละ 55.56

เหลือร้อยละ 33.33 อาจเนื่องมาจากปี 2566 เป็นช่วงรอยต่อหลังการระบาดของ COVID-19 มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้บริการ โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งหันไปใช้บริการผู้ป่วยนอกหรือ Telemedicine แทน ทำให้รายรับจาก Diagnosis Related Group (DRG) ลดลง ขณะที่ต้นทุนด้านบุคลากรและสาธารณูปโภคยังคงเดิม ส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยสูงขึ้นและ Operating Margin ตีลบตามมา 3) ด้านการบริหารต้นทุนและสินค้าคงคลัง ในรพช. พบต้นทุนผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 81.67 เหลือร้อยละ 56.67 ในปี 2567 ส่วนบริหารจัดการสินค้าคงคลัง แม้จะดีขึ้นตามลำดับ แต่ในปี 2567 ก็ยังผ่านเกณฑ์ร้อยละ 66.67 ซึ่งรพช. ส่วนใหญ่ยังเผชิญกับความท้าทายในการบริหารจัดการด้านคงคลังและการระดมทุน โดยเฉพาะในสภาวะหลังการระบาดโควิด-19 ลดลง ทำให้การสำรองเวชภัณฑ์ในปริมาณมากเกินความจำเป็นกลายเป็นภาระต่อสภาพคล่องของหน่วยบริการ สะท้อนว่าการเติมเต็มสินค้า และการพยากรณ์ความต้องการใช้ยาและเวชภัณฑ์ หลังยุคโควิด ไม่สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁽¹¹⁾ พบว่า สถานการณ์ระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการรับบริการด้านสุขภาพ ควรมีการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินชดเชย อัตราการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลและระบบสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลังอย่างสม่ำเสมอ การวางแผนเตรียมความพร้อมและแผนประกอบกิจการ เพื่อรับมือกับวิกฤตสุขภาพในอนาคต

เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายจังหวัด พบว่าปทุมธานี เป็นจังหวัดที่ต้องเฝ้าระวัง มีประสิทธิภาพการเงินการคลังสวนทางกับจังหวัดอื่น และเป็นจังหวัดเดียวที่หน่วยบริการระดับ F เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 (ร้อยละ 0.00) เพิ่มขึ้น 2 แห่ง (ร้อยละ 25.00) ในปี 2566 (รพ.คลองหลวง และ รพ.ลาดหลุมแก้ว) และเพิ่มขึ้นสูงสุดถึง 4 แห่ง (ร้อยละ 50.00) ในปี 2567 (รพ.ธัญบุรี รพ.ประชาธิปไตย รพ.ลาดหลุมแก้ว และรพ.สามโคก)⁽⁴⁾ สาเหตุมาจาก 1) ปทุมธานีเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑลที่มีการแข่งขันจากโรงพยาบาลเอกชนสูง มีประชากรแฝงจำนวนมาก

สัดส่วนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมสูงกว่าจังหวัดอื่นในเขตปจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้ของโรงพยาบาลในจังหวัด 2) ประสิทธิภาพการบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามแผน ควบคู่ไปกับการดำเนินงานที่ขาดทุน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คะแนนรวมตกลงไปอยู่ในระดับ F การแก้ไขปัญหาจะต้องมีการวิเคราะห์เฉพาะจุดอย่างแท้จริง โดยคณะกรรมการ CFO ของหน่วยบริการสุขภาพและรายงานผลต่อทีมสอบทาน การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้อย่างถูกต้อง และเมื่อพบปัญหา/อุปสรรคร่วมกันหาแนวทางการพัฒนาปรับปรุงแผนการดำเนินงานได้ทันเวลา⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Resilience⁽¹³⁾ ระบุ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ absorptive, adaptive, transformative และ learning capacity ผลการศึกษาชี้ว่าหน่วยบริการในเขต 4 มี absorptive capacity ระดับหนึ่ง (สภาพคล่องยังดี) แต่ขาด transformative capacity ในการปรับโครงสร้างรายได้ระยะยาว

สำหรับผลการวิเคราะห์แยกระดับบริการ ในด้านการบริหารจัดการ พบว่ารพช.ใช้ศักยภาพเพียงได้เต็มที่ (ร้อยละ 100) ในขณะที่รพช.มีอัตราครองเตียงที่ลดลง ด้านสภาพคล่องทางการเงิน แม้ทุกระดับโรงพยาบาลจะรักษาทุนสำรองสุทธิได้ดีแต่เมื่อดูที่ Cash Ratio พบว่ารพช. และรพท.บริหารได้ดีกว่ารพช. ด้านความสามารถในการทำกำไร ปีพ.ศ. 2566-2567 ส่งผลต่อโรงพยาบาลทุกระดับ โดยรพช. ได้รับผลกระทบมากที่สุด พบว่าผลกำไรก่อนหักค่าเสื่อมลดลงตลอด 3 ปี (ร้อยละ 98.33 ร้อยละ 28.33 และร้อยละ 21.67 ตามลำดับ) และมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานลดลงเช่นกัน (ร้อยละ 55.00 ร้อยละ 35.00 และร้อยละ 30.00 ตามลำดับ) การที่ รพช. มีเงินสดในมือสูงแต่มี EBITDA ต่ำหรือตีลบ สะท้อนพฤติกรรมกรรมการบริหารที่มุ่งเน้นรักษาสภาพคล่อง แต่ไม่ลงทุนเพื่อสร้างรายได้ ในขณะที่ รพช. มี Cash Ratio ต่ำกว่า อาจเนื่องจากการที่ต้องสำรองเงินไปกับการเพิ่มศักยภาพในการรักษา สะท้อนระบบสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 4 ที่หน่วยบริการกำลังอยู่ในสภาวะคงอยู่ได้แต่ไร้การเติบโต การมี Cash Ratio ที่ดีใน รพช.

อาจเป็นเพียงภาพลวงตาทางการเงินที่เกิดจากการบริหารเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาอย่างประหยัด แต่ไม่ได้เกิดจากรายได้ที่ได้จากการดำเนินงานจริง ซึ่งหากปล่อยให้ EBITDA ตีลบไปในระยะยาว เงินสดสะสมเหล่านี้ อาจหมดไปจากการขาดทุนจนนำไปสู่วิกฤตสภาพคล่องอย่างถาวรในที่สุด สอดคล้องกับข้อค้นพบของ OECD ที่ระบุว่าหน่วยบริการขนาดเล็กมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างจากภาระต้นทุนคงที่และปริมาณบริการที่ต่ำกว่า ส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยสูงและความสามารถในการสร้างส่วนเกินจากการดำเนินงานอยู่ในระดับจำกัด⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการเกือบทั้งหมดมีทุนสำรองสุทธิเป็นบวก และ Cash Ratio ผ่านเกณฑ์ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง (เฉลี่ยร้อยละ 86.57) สะท้อนการดำเนินงานตามมาตรการการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ในการจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ⁽¹⁵⁾ แม้ความสามารถในการสร้างผลตอบแทนจากการดำเนินงานลดลงก็ตาม ลักษณะดังกล่าวสะท้อนภาพของระบบที่คงอยู่ได้ แต่ขาดความสามารถในการสร้างมูลค่าเพิ่มทางการเงิน เป็นความท้าทายสำคัญต่อความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบกระบวนการจัดเก็บและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งต้นทางได้โดยตรง เนื่องจากใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ส่วนการประเมินด้วย TPS มุ่งวัดประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมมิติด้านคุณภาพการดูแลรักษา และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยไม่มี การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาจะสะท้อนเพียงแนวโน้ม และภาพรวม ไม่สามารถสรุปความแตกต่างหรือความสัมพันธ์ในเชิงสถิติได้อย่างชัดเจน และเป็นการศึกษาเฉพาะหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงแทนภาพรวมระดับประเทศได้

สรุปผลการศึกษา

การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ 4 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 มีความโดดเด่นอย่างมากในการรักษาสภาพคล่องทางการเงิน แต่ยังมีปัญหาหลักในเรื่องการเรียกเก็บหนี้ที่ล่าช้า และอัตราการครองเตียงที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อเนื้อทำให้ความสามารถในการทำกำไรของหน่วยบริการส่วนใหญ่ลดลงในช่วงปี 2566-2567 การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความยั่งยืนทางการเงินของหน่วยบริการไม่ได้ขึ้นอยู่กับการบริหารงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับ อัตราการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร ดังนั้น การแก้ปัญหาในพื้นที่วิกฤตอย่างปทุมธานี หรือรพช.จำเป็นต้องใช้กลไกการกำกับดูแลเชิงรุก มากกว่าการตรวจสอบงบประมาณตามวงรอบปกติ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมดของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 อาจนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ สำหรับเขตสุขภาพที่มีโครงสร้างทางลักษณะภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตปริมนชวลที่มีประชากรแฝงหรือสถานพยาบาลภาคเอกชนหนาแน่นคล้ายกัน นอกจากนี้ยังนำผลการศึกษาไปใช้เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์การเงินการคลัง ของหน่วยบริการที่ได้รับผลกระทบจากการจัดบริการสุขภาพหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ระดับเขตสุขภาพ ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก เช่น ระบบ Financial Early Warning Dashboard ติดตามตัวชี้วัด TPS รายไตรมาส โดยเฉพาะ อัตราครองเตียง EBITDA และ Cash Ratio ของ รพช. และกำหนดเกณฑ์กระตุ้นการแทรกแซง เมื่อหน่วยบริการมีแนวโน้มเข้าสู่ระดับ D-F ก่อนสิ้นปีงบประมาณ
2. ระดับจังหวัด ควรกำหนดมาตรการเฉพาะพื้นที่วิกฤต โดยเฉพาะปทุมธานีและพื้นที่ที่มีหน่วยบริการระดับ F เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จัดทำแผนฟื้นฟูการเงินเฉพาะโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์โครงสร้างรายได้-รายจ่าย และผลกระทบจากประชากรแฝงควบคู่กัน

3. ระดับหน่วยบริการ ควรเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร หน่วยบริการที่มีอัตราครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 50 ทบทวนโครงสร้างการให้บริการ เช่น การขยายบริการผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง การพัฒนา Service Plan ที่สร้างรายได้ หรือการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อเพิ่ม Resource Utilization และปรับสมดุลโครงสร้างรายได้

4. ระดับนโยบาย ควรทบทวนกลไกการจัดสรรงบประมาณ โดยพิจารณาปรับสูตรการจัดสรร Capitation และ DRG ให้สะท้อนภาระบริการจริงของหน่วยบริการในพื้นที่ปริมาตรที่มีประชากรแฝงสูงเพื่อลดช่องว่างระหว่างงบประมาณที่ได้รับกับต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกรอบการศึกษาไปสู่การวิเคราะห์เชิงสาเหตุ เช่น โครงสร้างรายได้ ภาระต้นทุนบุคลากร ความหนาแน่นของผู้รับบริการ กับผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพทางการเงิน เพื่อช่วยสนับสนุนการออกแบบมาตรการเชิงนโยบายได้ตรงจุดมากขึ้น

2. ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือทีมการเงิน เพื่อสะท้อนข้อเสนอเชิงนโยบายมีความลึกและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). ทิศทางอนาคตการเงินการคลังเพื่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เข้มแข็ง-ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2568 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/news/1/4573>
2. Hood C. A public management for all seasons?. Public Adm. 1991;69(1):3-19.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579). นนทบุรี:

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.

4. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการเงินการคลัง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hfo.moph.go.th/>
5. ัญญา อูพลเกียรติ, ชัชวาลย์ มุ่งแสง. การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):1-15.
6. นิชาภา ดอนกำเนิด. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score: TPS). วารสารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 2568;2(1):1-12.
7. กรรณิการ์ เงินทอง. การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564–2566. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 2567;2(1):1-12.
8. เจษฎาพร โชติรัตน์, อนุตรา ยิ้มสุข. การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง: กรณีศึกษาการปรับปรุง Total Performance Score ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2568;21(1):38-49.
9. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (Inspection Guideline) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2569 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://wn.moph.go.th/>

- wp-content/uploads/2026/01/Template-IG-กศภ.-2569-V10.pdf
10. Ahmed JU. Documentary research method: new dimensions. Indus J Manag Soc Sci. 2010;4(1):1-14.
 11. ตวงรัตน์ โปธะ, เกศนภา ถาวร, อรวีภา โรจนานิโมกษ์, ถาวร สกุกพานิชย์, สุรัชย์ คำภักดี. ผลกระทบทางการเงินและการจัดบริการสุขภาพของสถานการณั้ระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ต่อโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6032>
 12. ซาลี เอี่ยมมา. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงทางการเงินในระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(2):345-57.
 13. World Health Organization. Building resilient health systems: strengthening resilience for health security and universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2022.
 14. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2021.
 15. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2569 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/?p=21467>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษาการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

A Study of Development of Strategies and Guidelines for Creative Health Tourism Operations in Health Region No 2

ประวิทย์ เกตุทอง (วท.ม.)*, วิไลวรรณ ภูศรีเทศ (ส.ม.)*, และอนันต์ วงศ์เจริญ (ศษ.บ.)*

Prawit Ketthong (M.Sc.)*, Wilaiwan Phoosrithat (M.P.H.)*, Anan Wongcharoen (B.Ed.)*

* ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2

* Health Service Support Center 2

ผู้ประสานงานหลัก: นายประวิทย์ เกตุทอง อีเมลผู้ประสานงานหลัก: hss.waroom@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 19 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 11 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 22 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ พัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ และประเมินผลการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน (2) ผู้แทนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 คน (3) ผู้แทนผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยว จำนวน 10 คน (4) นักท่องเที่ยว จำนวน 403 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อดำเนินการ ให้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของไทยรองรับนักท่องเที่ยว เช่น แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2566 – 2570) และแผนพัฒนาบริการท่องเที่ยว พ.ศ.2566 – 2570 เป็นต้น (2) 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 มีกิจกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้ เช่น การนวดแผนไทย การปรุงตำรับ ยาสมุนไพร เป็นต้น (3) กลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 17 กลยุทธ์ และพบว่าแนวทางการดำเนินงาน การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพมี 6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามกรอบแนวคิด VITAL-X Model ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทรัพยากรการท่องเที่ยว ภาศึเครือข่าย ด้านการท่องเที่ยว และนักท่องเที่ยว (4) การประเมินผลกลยุทธ์และแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้งานได้จริง

มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้กับแหล่งท่องเที่ยวที่ใกล้เคียงกับเขตสุขภาพที่ 2 ได้ นักท่องเที่ยวมีความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก (\bar{X} =4.20, S.D.=0.61) และมีความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.31, S.D.=0.67) ข้อเสนอแนะ คือ พัฒนาแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม พัฒนาความรู้ด้านการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ให้กับชุมชน ประยุกต์ใช้ AI เพื่อประชาสัมพันธ์ และศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนาการท่องเที่ยว

คำสำคัญ: กลยุทธ์; แนวทาง; การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ; การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ

Abstract

This research employed an action research approach with the objectives to analyze tourism strategy content, study health tourism activities that can be developed into creative tourism, develop strategies and operational guidelines for creative health tourism, and evaluate the developed strategies and operational guidelines for creative health tourism in Health Region 2. The research samples were divided into four groups: (1) 5 medical and public health personnel, (2) 5 representatives from the Tourism Authority of Thailand in Health Region 2, (3) 10 representatives from tourism entrepreneurs, and (4) 403 tourists. The research instruments consisted of document analysis forms, focus group discussion guides, questionnaires, in-depth interview guides, and quantitative data analysis using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed through classification and grouping of data. The research findings revealed that (1) tourism-related agencies have developed strategic plans to support the growth of health tourism in Thailand, such as the National Tourism Development Plan, Edition 3 (2023–2027) and the Tourism Service Development Plan (2023–2027), among others; (2) provinces in Health Region 2 have health tourism activities that can be developed into creative tourism, such as Thai traditional massage and herbal medicine preparation, among others; (3) the strategy development comprised 5 strategies, 17 tactics, and operational guidelines for creative health tourism, with 6 success factors: administrators, tourism entrepreneurs, medical and public health personnel, tourism resources, tourism network partners, and tourists, implemented under the VITAL-X Model concept; and (4) the evaluation of the developed strategies and guidelines indicated that they are practical, appropriate, and applicable to tourism sites similar to those in Health Region 2. Tourists expressed overall satisfaction at a high level (\bar{X} =4.20, S.D.=0.61) and demand at the highest level (\bar{X} = 4.31, S.D.=0.67). Recommendations include; developing concrete guidelines for implementing creative health tourism, enhancing community knowledge of creative tourism, applying AI for promotion, and studying the role of network participation in tourism development.

Keywords: Strategy; Guideline; Health tourism; Creative Health Tourism

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยบริหารประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 – 2570) มีเป้าหมายให้ประเทศก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็นประเทศพัฒนาแล้ว พัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง รวมถึงกรอบแนวทางและเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ บนพื้นฐานแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม⁽¹⁾ และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี เป็นเลิศด้านบริการดี เป็นเลิศด้านคนดี และเป็นเลิศด้านบริหารดี โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁽¹⁾ และสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจด้วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยบูรณาการเชิงนโยบายและการดำเนินงานของผู้ประกอบการด้านสุขภาพและอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยว ส่งผลให้อุตสาหกรรมท่องเที่ยวสร้างรายได้หลักให้กับประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทยปี 2568 กับ 2567 พบว่า มีนักท่องเที่ยวต่างชาติประมาณ 33 ล้านคน ลดลงร้อยละ 7 คนไทยเดินทางท่องเที่ยวประมาณ 202 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 สร้างรายได้รวม 2.7 ล้านล้านบาท ลดลงร้อยละ 1.26 ซึ่งเป็นรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติประมาณ 1.53 ล้านล้านบาท ลดลงร้อยละ 4.71 พบว่า 5 อันดับสูงสุดของนักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางมาประเทศไทยได้แก่ มาเลเซีย จีน อินเดีย รัสเซีย และเกาหลีใต้ นักท่องเที่ยวชาวไทยสร้างรายได้ประมาณ 1.16 ล้านล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.69⁽²⁾

ในช่วงเวลาที่ผ่านมานักท่องเที่ยวนิยมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึง การเดินทางท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่หรือแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ วัฒนธรรม ประวัติศาสตร์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ร่วมกับการศึกษาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพ

และการบำบัด เพื่อเรียนรู้วิถีชีวิต และพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาจากการท่องเที่ยวเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและหรือการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การนวด อบ ประคบสมุนไพร การฝึกปฏิบัติสมาธิ ตลอดจนการตรวจร่างกาย การรักษาพยาบาลและอื่น ๆ⁽³⁾ ในปี 2566 มีนักท่องเที่ยวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประมาณ 13.48 ล้านคน แบ่งเป็นคนไทยจำนวน 8.08 ล้านคน และชาวต่างชาติจำนวน 5.40 ล้านคน และปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติเชิงการแพทย์และสุขภาพ ประมาณ 3.5 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 58,000-70,000 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของนักท่องเที่ยวสุขภาพชาวไทย 1.5 เท่า (12,340 บาท) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการสร้างรายได้ที่สูง และความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของการพึ่งพิงตลาดต่างประเทศมากเกินไป⁽⁴⁾

จากจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพนั้น ส่งผลให้จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ดำเนินการส่งเสริม พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพขึ้น โดยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่พบว่า ขาดการบูรณาการดำเนินงานเชิงนโยบายและกลยุทธ์ เส้นทางท่องเที่ยว/การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ขาดการเชื่อมโยง การประชาสัมพันธ์ไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง กระบวนการส่งเสริมและการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง แหล่งท่องเที่ยว ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตชุมชนของแต่ละจังหวัดมีความคล้ายคลึงกัน ขาดการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการและวิสาหกิจชุมชนและการสร้างแรงจูงใจไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง กฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความขัดแย้งหรือไม่เอื้อต่อการพัฒนา และยกระดับศักยภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ขั้นตอนการขออนุมัติอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ยุ่งยากซับซ้อน การประสานงานในชุมชนด้านดูแลสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านยังไม่เป็นระบบ ระบบการส่งต่อเพื่อดูแลสุขภาพนักท่องเที่ยวระหว่างสถานพยาบาล

สถานประกอบเพื่อสุขภาพ โรงแรม/ที่พัก และชุมชน ไม่มีระบบที่ชัดเจน ความแตกต่างด้านคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการด้านการนวดไทยเพื่อสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรักษาไว้ซึ่งคุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการเพื่อสุขภาพ และจำนวนนักท่องเที่ยว/นักธุรกิจด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ลดลง⁽⁵⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เพื่อสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจด้วยการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์เป็นรูปแบบการท่องเที่ยวที่มุ่งเน้นการอนุรักษ์ศิลปะ วัฒนธรรมท้องถิ่น เปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการท่องเที่ยวของชุมชน ส่งเสริมการผลิตสินค้า การบริการ และการตลาดของชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยว⁽⁶⁾ โดยการนำกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมาพัฒนาเป็นกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้นักท่องเที่ยวมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การดูแลสุขภาพจากการท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยววันนั้น ๆ และชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากนักท่องเที่ยวนำไปพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง **การศึกษาการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2** เพื่อศึกษา กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาให้เป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย อันจะเป็นการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพในประเทศไทยในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาด้านกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษากิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาให้เป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2
4. เพื่อประเมินผลการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ประกอบด้วย 1) การศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนากลยุทธ์แนวทางการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ 3) การประเมินผลการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วม ลงมือปฏิบัติ สะท้อนผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้แทนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยว และนักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก พิชญ์โลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม เลือกผู้ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย หรือ ผู้จำหน่ายสินค้าหรือให้บริการในแหล่งท่องเที่ยว 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์

และเกณฑ์การคัดออก คือ การย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือยุติกิจการ ได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง คือ ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 5 คน

2. ผู้แทนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ที่รับผิดชอบพื้นที่ทั้ง 5 จังหวัด จังหวัดละ 1 คน จำนวน 5 คน

3. ผู้แทนผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวจำหน่ายสินค้าและบริการในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่พัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ทั้ง 5 จังหวัด จังหวัดละ 2 คน จำนวน 10 คน

4. นักท่องเที่ยว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ W.G. Cochran⁽⁷⁾ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 384 คน และเพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ร้อยละ 5 จำนวน 19 คน คิดเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง 403 คน และเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก 5 คน และสนทนากลุ่ม 5 คน

$$\text{สูตรการคำนวณ } n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{e^2} = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป นโยบาย/ยุทธศาสตร์/กระบวนการดำเนินงาน/องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 จำนวน 9 ประเด็น เพื่อค้นหากิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ และแบบสนทนากลุ่ม

ครั้งที่ 2 จำนวน 5 ประเด็น เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จ การดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ครั้งที่ 1 มี 10 คำถาม เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ครั้งที่ 2 จำนวน 9 คำถามเพื่อประเมินผลการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 โดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวหรือโทรศัพท์

4. แบบสอบถามนักท่องเที่ยว เพื่อประเมินความพึงพอใจและความต้องการตามแนวทางการดำเนินงาน การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 4 ประเด็น เกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจแบ่ง 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนากลยุทธ์การท่องเที่ยว ผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 สถิติที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้ โดยการจำแนกแยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรอร์ับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์เนื้อหาด้านกลยุทธ์ที่นำมาใช้ ในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า จุดแข็ง (strengths) เช่น เป็นศูนย์กลางคมนาคมของภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน เป็นเส้นทางเชื่อมฝั่งทะเลจีนใต้ และทะเลอันดามัน (west corridor) มีความหลากหลาย และโดดเด่นทางวัฒนธรรม ประเพณี แหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ แหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติเป็นที่รู้จัก มีความหลากหลายทางผลผลิตการเกษตร ผลไม้ขึ้นชื่อ และอาหารท้องถิ่น มีผลงานเชิงวิชาการ งานวิจัย และองค์ความรู้สนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยสถาบัน การศึกษาและเครือข่าย โอกาส (opportunities) เช่น ทุกจังหวัดมีนโยบายและแนวทางการส่งเสริมเมืองนำเที่ยว (เมืองรอง) และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม แบบมีส่วนร่วมและสนับสนุนของเครือข่าย เครือข่าย ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวมีศักยภาพที่เข้มแข็ง และพัฒนาไกลและช่องทางการประสานงาน กลุ่มวิสาหกิจชุมชนได้รับการส่งเสริม พัฒนาให้มีศักยภาพ และเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้านจุดอ่อนและภัยคุกคาม (weakness/threats) เช่น จำนวนนักท่องเที่ยว/นักธุรกิจในพื้นที่ลดลง เส้นทาง การท่องเที่ยว/การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพขาดการเชื่อมโยง ภายในระดับเขตหรือระดับประเทศ และการประชาสัมพันธ์ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ลักษณะเด่น ของการท่องเที่ยวมีความคล้ายคลึงกัน เป็นต้น

นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว พบดังนี้ ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580) ประเด็น การท่องเที่ยวแผนย่อยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย เน้นการสร้าง ความแตกต่าง และเอกลักษณ์จากการให้บริการแบบอย่างความเป็นไทย ที่โดดเด่นในระดับสากล ประยุกต์ใช้ พัฒนาต่อยอด ภูมิปัญญาไทยร่วมกับความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม

และแพทย์แผนไทย เพื่อให้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น การท่องเที่ยวบรรลุเป้าหมาย จึงกำหนดให้มีแผนพัฒนา การท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2566 – 2570) ได้กำหนดให้มี 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความเข้มแข็งและภูมิคุ้มกันของอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวไทย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาปัจจัยพื้นฐาน ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวให้มีคุณภาพสูง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยกระดับประสบการณ์ด้านการท่องเที่ยว ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมการพัฒนาการท่องเที่ยว อย่างยั่งยืน และแผนพัฒนาบริการท่องเที่ยว พ.ศ.2566 – 2570 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมและพัฒนาสินค้าและบริการท่องเที่ยว ด้วยนวัตกรรม และเทคโนโลยี ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมมาตรฐานการท่องเที่ยวไทยให้เป็นที่ยอมรับ และเทียบเท่าสากล ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนา และยกระดับศักยภาพของบุคลากรภาคบริการท่องเที่ยว ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่าย ในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและภาคที่เกี่ยวข้อง

2. กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถ พัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เขตสุขภาพที่ 2

ผลการวิจัย พบว่า บ้านสักหลง จ.เพชรบูรณ์ จากแหล่งปลูกสมุนไพรพัฒนาเป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ปรงยา หรือแปรรูปสมุนไพรพื้นบ้าน ชุมชนเมืองเก่าสุโขทัย จ.สุโขทัย ให้บริการนวดไทยเพื่อสุขภาพ และเปิดโอกาส ให้นักท่องเที่ยวได้เรียนรู้พื้นฐานการนวดด้วยตนเอง การทำลูกประคบที่สอดคล้องกับประวัติศาสตร์สุโขทัย ชุมชนบ้านแม่กาษา จ.ตาก พัฒนาการให้บริการแช่น้ำแร่ จาก บ่อน้ำพุร้อน ให้เป็น “หมู่บ้านออนเซ็นพื้นบ้าน” โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้การนวดเพื่อสุขภาพร่วมกับการแช่น้ำแร่เพื่อสุขภาพ ชุมชนเมืองลับแล จ.อุตรดิตถ์ พัฒนาเส้นทาง “จากสวนสู่จาน (Farm-to-Table)” นักท่องเที่ยวเก็บสมุนไพรและผลไม้ตามฤดูกาลมาปรุง เป็นอาหารเพื่อสุขภาพพื้นเมือง และ จ.พิษณุโลก ได้แก่ วิสาหกิจชุมชนบ้านวังส้มซ่า ให้บริการท่องเที่ยว นวัตกรรมชุมชน อาหารปลอดภัยสารพิษ เรียนรู้ผลิตภัณฑ์ สุขภาพเวชสำอาง ชุมชนบ้านน้ำจวง ให้บริการดูแลสุขภาพ

ด้วยสปาพื้นบ้าน การฝังเข็มรักษาออฟฟิศซินโดรม ผลิตภัณฑ์เซรั่มข้าวหอมมะลิม่วง และบ้านร่องกล้า (หมู่บ้านสีชมพู) พัฒนาจากขายผลผลิตการเกษตรสู่การขายสินค้า “ประสบการณ์” เช่น น้ำหอมพญาเสือโคร่ง และอาหารเพื่อสุขภาพจากบัวหิมะ

3. การพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** ยกระดับมาตรฐานและคุณภาพบริการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ให้รองรับการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เช่น พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ/ผู้ให้บริการ พัฒนาศักยภาพชุมชนสุขภาพดีวิถีคนอายุยืน **ยุทธศาสตร์ที่ 2** บูรณาการแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เป็นองค์ประกอบของการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เช่น การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว การพัฒนาฐานข้อมูลการท่องเที่ยว **ยุทธศาสตร์ที่ 3** พัฒนาและยกระดับศักยภาพชุมชนสุขภาพดีเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูล **ยุทธศาสตร์ที่ 4** สร้างภาพลักษณ์และการตลาดภูมิภาคเหนือตอนล่าง ให้เป็นเมืองสุขภาพดีแห่งอนาคต เช่น พัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการ และส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ **ยุทธศาสตร์ที่ 5** การบริหารการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพแบบบูรณาการครบวงจร ได้แก่ การพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนด้านการท่องเที่ยว การพัฒนาและยกระดับศักยภาพกำลังคน เป็นต้น

การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ดำเนินการดังนี้ การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงาน ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดย การสร้างความรู้ ได้แก่ A1 : วิเคราะห์สภาพปัญหา ร่วมกัน A2 : กำหนดอนาคตร่วมกัน คือ กลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงาน การสร้างแนวทางพัฒนา

ได้แก่ I1 : คิดกิจกรรมร่วมกัน I2 : จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และการสร้างแนวทางปฏิบัติ C1 : แบ่งความรับผิดชอบ C2 : ตกลงรายละเอียดการดำเนินงาน เมื่อดำเนินการวางแผนร่วมกันเรียบร้อยแล้ว จึงประกาศและมอบหมายให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานไปทดลองปฏิบัติ ในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2568 และการประเมินผล

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้แนวคิด “VITAL-X Model” ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก มีผลดังนี้ 1) ผู้บริหาร เป็นผู้กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อให้การดำเนินงานมีความชัดเจน และสร้างสุขภาพดีแบบองค์รวม (vitality) ให้กับนักท่องเที่ยว 2) ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยว สนับสนุน ส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพ (innovation) เพื่อสร้างเอกลักษณ์ให้กับแหล่งท่องเที่ยว 3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุนองค์ความรู้ ควบคุม กำกับมาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ (tourism experience) ที่ดีให้กับนักท่องเที่ยว 4) เขตสุขภาพที่ 2 มีทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพจำนวนมาก กระจายตัวอยู่อย่างมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว (area identity) 5) ความสามารถในการเชื่อมโยงเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายด้านการท่องเที่ยว (linkage) เพื่อให้มีประสิทธิภาพ และเป็นที่รู้จักแพร่หลายยิ่งขึ้น และ 6) นักท่องเที่ยวสร้างประสบการณ์ที่ดีในการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ (experience) และมีทักษะชั้นเลิศ (excellence) จากการลงมือปฏิบัติ

4. การประเมินผลการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

ข้อค้นพบจากแบบสอบถามนักท่องเที่ยว พบว่า ร้อยละ 54.84 ของนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 - 45 ปี มากที่สุดร้อยละ 18.61

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 17.37 ร้อยละ 23.57 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 15,001 – 20,000 บาท และร้อยละ 52.36 มีสถานภาพสมรส นักท่องเที่ยวมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.20, S.D.=0.61) และระดับความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.31, S.D. = 0.67) เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปลผลมีความพึงพอใจ/ความต้องการมากที่สุด (\bar{X} = 4.20 – 5.00)

อภิปรายผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์เนื้อหาด้านกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นจุดแข็งเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า เป็นศูนย์กลางคมนาคมของภูมิภาคเหนือตอนล่างและเป็นเส้นทางเชื่อมฝั่งทะเลจีนใต้และอันดามัน (west corridor) มีความหลากหลายและโดดเด่นทางวัฒนธรรม ประเพณี แหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ แหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ มีผลไม้ขึ้นชื่อและอาหารท้องถิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ มีผลงานเชิงวิชาการและองค์ความรู้สนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอมรรักษ์ สวนชุมพล⁽⁸⁾ ที่ว่า การมีโรงพยาบาลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การมีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวที่อนุรักษ์วิถีชีวิตแบบดั้งเดิม การมีแหล่งปลูกสมุนไพรและพืชผักปลอดสารพิษ และการมียุทธศาสตร์และแผนพัฒนาจังหวัดที่สนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กล่าวคือ การมีทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีความหลากหลายถือเป็นจุดแข็งด้านการท่องเที่ยว เนื่องจากนักท่องเที่ยวสามารถเลือกเดินทางท่องเที่ยวได้ตามความสนใจของตน ซึ่งเขตสุขภาพที่ 2 เป็นภูมิภาคที่มีทรัพยากรการท่องเที่ยวที่หลากหลายและสมบูรณ์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นนโยบาย/กลยุทธ์เกี่ยวกับการท่องเที่ยว พบว่า แผนย่อยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทยของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มุ่งเน้นการสร้างความแตกต่างและเอกลักษณ์จากการให้บริการตามแบบอย่างความเป็นไทยที่โดดเด่นในระดับสากล ร่วมกับการใช้องค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยที่พัฒนาต่อยอดกับความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับแนวคิดของ Robert Lineburry กับ Ira Sharkansky⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า หลักการและองค์ประกอบของนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) นโยบายจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างแน่นอน (2) จะต้องประกอบด้วยลำดับขั้นของพฤติกรรมต่างๆ ที่มีแผนอันจะก่อให้เกิดการบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ (3) จะต้องมีการประกาศให้ประชาชนได้ทราบล่วงหน้าโดยทั่วถึง กล่าวคือสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดนโยบายแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการท่องเที่ยว (พ.ศ. 2561 - 2580) ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มุ่งเน้นการนำเสนอเอกลักษณ์เฉพาะตัวของแหล่งท่องเที่ยว เพื่อดึงดูดความสนใจของนักท่องเที่ยวให้เดินทางมาท่องเที่ยวแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

2. กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เขตสุขภาพที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นเอกลักษณ์ของแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 สามารถเพิ่มทักษะและการเรียนรู้การดูแลสุขภาพให้กับนักท่องเที่ยวได้ เช่น บ้านน้ำจวง อ.ชาติตระการ จ.พิษณุโลก จุดเด่น คือ สปาพื้นบ้าน ผังเข็มรักษาออฟฟิศซินโดรม และเซรั่มจากข้าวหอมมะลิม่วง บ้านร่องกล้า (หมู่บ้านสีชมพู) อ.นครไทย จ.พิษณุโลก พัฒนาจากการขายผลผลิตการเกษตรไปสู่การขายสินค้าที่เรียกว่า “ประสบการณ์”

เช่น สารสกัดสมุนไพร “น้ำหอมพญาเสือโคร่ง” และอาหารเพื่อสุขภาพจากบัวหิมะ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Richards⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่าลักษณะเฉพาะของการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เป็นรูปแบบการท่องเที่ยวที่มีสินค้าหลักคือ “ทักษะและประสบการณ์ด้านวัฒนธรรมที่เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการท่องเที่ยว” ประสบการณ์จะกลายเป็นสินค้า กล่าวคือ กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 สามารถพัฒนาเป็นการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้ เนื่องจากกิจกรรมการท่องเที่ยวดังกล่าวเปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการท่องเที่ยวจนเกิดเป็นทักษะจากการลงมือปฏิบัติ

3. การพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นนี้พบว่า กลยุทธ์การดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น เช่น ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างภาพลักษณ์และการตลาดภูมิภาคเหนือตอนล่างให้เป็นเมืองสุขภาพดีแห่งอนาคต ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1 สร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ และกลยุทธ์ที่ 2 นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรธนิภา อนุรักษากรกุล ปัทมา โกกง และปาจร่า โพรธิหัง⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพควรคำนึงถึงการสร้างภาพลักษณ์ และการประชาสัมพันธ์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญารัตน์ อธิพงษ์⁽¹¹⁾ ที่ว่า การส่งเสริมการตลาด นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่เดินทางมาเป็นกลุ่มเครือข่ายนักท่องเที่ยวเดินทางมาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันการส่งเสริมการตลาด การประชาสัมพันธ์ออนไลน์ จึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ชุมชนเป็นที่รู้จักเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างภาพลักษณ์และการตลาดภูมิภาคเหนือตอนล่างให้เป็นเมืองสุขภาพดีแห่งอนาคต เป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญ

เพราะเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยว และเป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งท่องเที่ยวให้กับนักท่องเที่ยวและชุมชน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า กระบวนการส่งเสริมความสำเร็จ ที่ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มเพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อสร้างความรู้ แนวทางพัฒนา และแนวทางปฏิบัติร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มดังกล่าวข้างต้นประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผู้แทนการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของแต่ละจังหวัด นักท่องเที่ยวที่เคยเดินทางไปท่องเที่ยวแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อร่วมออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4. การประเมินผลการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความต้องการของนักท่องเที่ยว พบว่า นักท่องเที่ยวมีความต้องการด้านทรัพยากรการท่องเที่ยวอยู่ที่ระดับมากที่สุด เช่น แหล่งท่องเที่ยวฯ ที่มีความหลากหลาย ($\bar{X}=4.37$, S.D. =0.78) กิจกรรมท่องเที่ยวฯ มีความเป็นเอกลักษณ์ ($\bar{X}=4.36$, S.D. =0.62) สอดคล้องกับผลการศึกษา

ของธันยาภรณ์ อธิพงษ์⁽¹¹⁾ ที่ว่า นักท่องเที่ยวมีความต้องการกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่นักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด ได้แก่ การได้ร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน การเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมของชุมชนได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชล พลพิพิธิ⁽¹³⁾ ที่ว่าการสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการให้บริการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่นักท่องเที่ยว การเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยว น่าจะเป็นการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมอย่างยั่งยืน

สรุปผลการศึกษา

เขตสุขภาพที่ 2 เป็นศูนย์กลางการเดินทางของภาคเหนือตอนล่างและเป็นเส้นทางเชื่อมต่อ west corridor เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ ประวัติศาสตร์ และวัฒนธรรมเหมาะสมที่จะพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ ด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 17 กลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งทั้ง 5 จังหวัดมีชุมชนท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สามารถพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพได้ ผลการประเมินการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางฯ พบว่า นักท่องเที่ยวมีความพึงพอใจต่อแนวทางฯ ภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.61) และระดับความต้องการภาพรวมระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31$, S.D.=0.67)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับเครือข่ายควรจัดการความรู้ด้านการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนานโยบาย แนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

1.2 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับเขตสุขภาพที่ 2 ควรกำหนดมาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเช่น มาตรฐานด้านสถานที่ ด้านการให้บริการ

และด้านความปลอดภัย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยว

1.3 เขตสุขภาพที่ 2 ควรจัดทำและพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเป็นทางเลือกให้นักท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ

1.4 เขตสุขภาพที่ 2 ควรนำสื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้ในการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เป็นการเพิ่มการรับรู้และเข้าถึงบริการ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของเครือข่ายด้านการท่องเที่ยวระดับพื้นที่ในเชิงลึก เพื่อให้การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 มีความยั่งยืน

2.2 ควรศึกษาผลการนำแนวคิด VITAL-X Model ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ด้านสุขภาพ เพื่อขยายผลไปเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับเขตสุขภาพที่ 2

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/the-national-economic-and-social-development-plan/the-thirteenth-plan-2023-2027/>
2. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. สถานการณ์การท่องเที่ยวประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mots.go.th/news/category/808>

3. การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย; 2552 [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://thai.tourismthailand.org/สถานที่ท่องเที่ยวและกิจกรรม/ประเภทกิจกรรมท่องเที่ยว/ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ>
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การยกระดับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2567.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2. สรุปปัญหาจากการดำเนินงานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. พิษณุโลก: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2; 2567.
6. Richards G. Creative Tourism and Local Development. In: Wurzburger R, editor. Creative Tourism: A Global Conversation. Santa Fe: UNESCO International Conference on Creative Tourism; 2010. p. 78-85.
7. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
8. อมรรักษ์ สวนชุมพล. แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันด้วยการเพิ่มการบริการมูลค่าสูงของจังหวัดสระแก้ว. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์). 2565;12(2):99-117.
9. Lineberry RL, Sharkansky I. Urban Politics and Public Policy. Chicago: Markham Publishing; 1971
10. พรรณีภา อนุรักษากรกุล, ปัทมา โกกอง, ปางจรา โปธิหัง. การพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2566;13(3): 115-30.
11. ฉันทยาภรณ์ อสิพงษ์. แนวทางการพัฒนากิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ชุมชนบ้านสำโรง อำเภอมะนัง จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2564.
12. อธิระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากิจการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2546.
13. อัญญาพัล โปธิพิพิธ. การพัฒนากลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมอย่างยั่งยืนของจังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2566.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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. วิศวกรรมทางการแพทย์
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 การกล่าวถึงความจำเป็นมาของปัญหาหรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความจำเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 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 อีเมลล์ ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย

4. การประเมินบทความ (Peer Review Process)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านตอบบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือ การปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิ บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2 - 3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)

5. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง

6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์

จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

8. กองบรรณาธิการ

ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานพิมพ์

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 พีเอสเค

(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 สื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ควรเป็นข้อที่สั้น กระชับรัด ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร

ผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่ชื่อย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้ปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทย

- ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน
- อีเมลล์ของผู้นิพนธ์ 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) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

วัตถุประสงค์ (Objective) ระบุวัตถุประสงค์ เป็นข้อๆ 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 และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 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 การทดสอบความเชื่อถือนวิธีการเก็บข้อมูล 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) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเรื่อง โดยใช้อ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามปรากฏในเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ ตัวเลขที่กำกับในเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

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. วัชรีย์ 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 เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายห้พักภาค (full stop -)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3) ชื่อวารสาร

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

สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น วารสาร - วิชาการสาธารณสุข พุทธชินราชเวชสาร 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 1045-1115 ใช้ 1048-1115.

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 แล้วจบด้วยเครื่องหมายทับภาพ 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 ชวลิตดำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

C. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/ 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:// /](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.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_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. Genertion Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y

4. จิราภรณ์ จันทร์จร. 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>

การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

- คำศัพท์ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
- ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure)

ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ตารางที่.....**” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ภาพที่.....**” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก



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

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 88/44 หมู่ 4 ซอยสาธารณสุข 8 ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000