

PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL (NORTHEASTERN EDITION)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2568)

บทความวิชาการ บทความวิจัย และนวัตกรรม

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง



ISSN : 2774-0250 (Print)
ISSN : 2774-017X (Online)



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index: TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

คณะที่ปรึกษา

ดร. นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ
ดร. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ
นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมติ
ดร. นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการบริหาร

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์
นายกฤษณชัย กิมชัย
นายพิพัฒน์พล พินิจดี
นายสิริวิทย์ วิชญธีรกุล
นายสุรศักดิ์ จำปาน้อย
นายภูรินทร์ สีกุด

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
รองผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
หัวหน้ากลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน
หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ
รักษาการหัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป
ผู้ช่วยบรรณาธิการและเลขานุการ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. จุรีรัตน์ ดาดวง
รองศาสตราจารย์ ดร. พรธณี ปัญชรหัตถกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิตา ผาติเสนะ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อดิสร วงศ์คงเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย เอกสันติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปราการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาไสโสภณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปธานิน แสงอรุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรัชณี พัดงาม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ยังเอี่ยม
ดร. นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล
ดร. ทันตแพทย์หญิงศรียุทธิพิศ ชาลีเครือ
ดร. ดุษฎี สุทธิ
ดร. เฉลิมพร นามโยธา
ดร. พรทิพย์ แก้วชิน
ดร. ชุภาศิริ อภินันท์เดชา
ดร. ชาลินี มานะยิ่ง

มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
วิทยาลัยนครราชสีมา
วิทยาลัยนครราชสีมา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายสุรศักดิ์ จำปาไย
นางสาวนิตติยา คุ่มไพร
นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด
นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา
นางสาวณัฐธิดา สุวรรณ
นางสาวเมตตา พิมพ์สวัสดิ์
นางพรพนม ปราชัยภูมิ
นางสาวดวงใจ ปรีกัโฮสง
นางสาวอภิญญา วงษ์คนานุรักษ์
นายวีรยุทธ กิจสกุล
นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม
นางสาวจุฬารัตน์ ตุ่นป่า

นายช่างเทคนิคอาวุโส
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นักจัดการงานทั่วไป
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านธุรการ

เจ้าของวารสาร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 89 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) Objectives are to publish articles on Health Sciences. Medicine and public health and related content. Scheduled to publish 2 issues per year. Every article has been checked for accuracy according to academic principles, by at least 3 Issues evaluators. Dieses Journal has passed the quality evaluation from the Thai-Journal Citation Index: TCI, Tier 2.

Advisory Board

Panuwat Panket, M.D. Ph.D.
Arkorn Praditsuwan, D.D.S Ph.D.
Kornkrit Limsommut, M.D.
Adisorn Vattanasak M.D.

Director General, Department of Health Service Support
Deputy Director-General, Department of Health Service Support
Deputy Director-General, Department of Health Service Support
Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Editor-in-Chief

Thawin Lerkchaiyaphum
Thanawat Phumcharoenwat
Krissanachai Kimchai
Phipadpole Pinitdee

Sirawich Wichayateerakul

Surasak Jumpanui

Poonarin Seekud

Director, Regional Health Service Support Office 7
Deputy Director, Regional Health Service Support Office 7
Assistant Director, Regional Health Service Support Office 7
Chief of Health Education and Primary Health Care
Subdivision, Regional Health Service Support Office 7
Chief of Health Consumer Protection Subdivision,
Regional Health Service Support Office 7
Acting Chief of General Administration Subdivision,
Regional Health Service Support Office 7
Assistant editor and Secretary

Editorial Board Members

Prof. Wongsak Laohasiriwong, Ph.D.
Assoc. Prof. Jureerut Daduang, Ph.D.
Assoc. Prof. Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.

Assoc. Prof. Tanida Phatisena, Ph.D.
Assoc. Prof. Atthawit Singsalasang, Ph.D.
Assoc. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.
Asst. Prof. Adisorn Wongkongdet, Ph.D.
Asst. Prof. Thawatchai Aeksanti, Ph.D.
Asst. Prof. Natnapa Heebkaew Padchasuwan,

Khon Kaen University
Khon Kaen University
Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage
Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Mahasarakham University
Mahasarakham University
Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Ph.D. Khon Kaen University

Editorial Board Members [Continued]

Asst. Prof. Prapassara Sirikarn, Ph.D.
Asst. Prof. Pawena Limpiteeprakan, Ph.D.
Asst. Prof. Thanakorn Panyasaisophon, Ph.D.
Asst. Prof. Pathanin Sangaroon, Ph.D.
Asst. Prof. Suratchanee Phadngam, Ph.D.
Asst. Prof. Waraporn Youngiam, Ph.D.
Chatri Charoenjiwakul, M.D., Ph.D.
Sarintip Charleekrua, Dentist, Ph.D.
Dutsadee Suttho, Ph.D.
Chaloemporn Namyota, Ph.D.
Porntip Kaewchin, Ph.D.
Chupasiri Apinundech, Ph.D.
Chalinee Manaying, Ph.D.

Khon Kaen University
Ubon Ratchathani University
Phranakorn Rajabhat University
Sukhothai Thammathirat Open University
Chiang Mai University
Naresuan University
Public Health Service Center 6 Nakhon Ratchasima
Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen
Thammasat University
Mahasarakham University
Surindra Rajabhat University
Nakhon Ratchasima College
Nakhon Ratchasima College

Journal Management Department

Surasak Jumpanui
Nitiya Koomprai
Siriyaorn Bunlad
Jutarat Papasa
Natthida Suwan
Metta Phimsawat
Pornpanom Prachaiyapum
Duangchao Pruethaisong
Apinya Wongkananuruk
Weerayut Kitsakul
Teerawat Muenkaewkhrem
Jurawadee Thunpa

Technician, Senior Level
Public Health Technical Officer, Professional Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Supply Officer, Experienced Level
General Administration
Finance and Accounting Officer
Plan and Policy Analyst Operation
Information Technology Operation
General Service Operation

Copyright

Regional Health Service Support Office 7,
Department of Health Service Support
89 Moo 4 Anamai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province 40000
Tel 043 224605 Fax 043 221679

บทบรรณาธิการ

การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ได้สร้างความท้าทายต่อระบบสุขภาพไทยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตลอดจนความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปากในผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันโรคติดต่อที่ยังคงคุกคาม เช่น โรคไข้เลือดออก ยังคงต้องอาศัยพลังของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฉบับนี้สะท้อนถึงความหลากหลายทางองค์ความรู้ ทั้งการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทย ผสานกับทฤษฎีความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การประยุกต์แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการศึกษาสมรรถนะนักวิเคราะห์นโยบายและแผนในด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์ ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการพัฒนาทั้งระบบบริการสุขภาพ บุคลากร และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างรอบด้าน นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนบทเรียนจากต่างประเทศ เช่น ประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในฟินแลนด์ ที่สามารถสะท้อนกลับมาเป็นแนวทางเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทย ทั้งในระดับชุมชนและเชิงนโยบาย องค์ความรู้เหล่านี้จึงมีคุณค่าต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุข การยกระดับคุณภาพบริการ และการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 40 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้ คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณา ถกเถียง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2568-2572 โดยท่านสามารถส่งบทความต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้สนใจสืบไป

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมสุขภาพในประเทศฟินแลนด์: บทเรียนจากชาวฟินนิช สู่อำเภอส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย
พิพัฒน์พล พิณจิตต์, พรรณี ปัญชรทัตถกิจ, พัสกร งามอาจ e16025

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิฉาน ห้วยทราย, เกวลิน ก้านกิ่ง, ณิชาภัทร ไชยบุตร, วันเพ็ญ สมหอม e15262
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี
พัชรภรณ์ ถาวรสิน, วรลภ ใจดี e15572
- ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
ลลิตา หลอดแก้ว, พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี e15574
- ผลของการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
พรรณธิดา พงษ์พิทักษ์, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท e16270
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จินทภา เบญจมาศ, นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์, พวงผกา อุตธาโพธิ์ e16446
- สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วริษฐา ทรัพย์ธรรม e16449

Table of contents

	Page
Academic Article	
➤ HEALTH PROMOTION IN FINLAND: LESSON LEARNED FROM FINNISH PEOPLE TO HEALTH PROMOTION IN THAILAND <i>Phipadtpole Pinitdee, Pannee Banchonhattakit, Passakorn Ongarj</i>	e16025
Research Article	
➤ FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL CANCER RISK BEHAVIORS AMONG THE SENIOR CITIZENS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE <i>Wuttichan Huaisai, Kewalin Kanking, Nitchaphat Chaiyabut, Wanpen Somhom</i>	e15262
➤ EFFECTS OF PROGRAM APPLING THAI TRADITIONAL MEDICINE WITH SELF-EFFICACY THEORY ON HEALTH BEHAVIORS OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN PHANTHONG HOSPITAL CHONBURI PROVINCE <i>Patcharaporn Thawornsin, Wanlop Jaidee</i>	e15572
➤ FACTORS INFLUENCING SATISFACTION OF OUTPATIENT HEALTH SERVICES OF PRIVATE HOSPITALS IN CHONBURI PROVINCE <i>Lalita Lordkaew, Patchana Hengboriboonpong Jaidee</i>	e15574
➤ EFFECTS OF CONTROLLING HYPERTENSION PROGRAMS ACCORDING TO HEALTH BELIEFS CONCEPT AFFECTING CONTROLLING HYPERTENSION BEHAVIORS OF THE PATIENTS AT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN PLUAKDAENG DISTRICT RAYONG PROVINCE <i>Phantida Phongphithak, Aimutcha Wattanaburanon</i>	e16270
➤ HEALTH LITERACY AND FACTORS RELATED TO DENGUR HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION AND CONTROL BEHAVIOR IN VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS <i>Jintapa Benchamas, Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Phuangphaka Authapo</i>	e16446
➤ COMPETENCY IN STRATEGIC PLANNING OF POLICY AND PLANNING ANALYSTS UNDER THE DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT <i>Varisthar Subthoranee</i>	e16449

Academic Article

HEALTH PROMOTION IN FINLAND: LESSON LEARNED FROM FINNISH PEOPLE TO HEALTH PROMOTION IN THAILAND

Received: November 11, 2024

Received: August 21, 2025

Accepted: August 22, 2025

Phipadpole Pinitdee ^{1,*}, Pannee Banchonhattakit ², Passakorn Ongarj ³

¹ Health Service Support Center 7 Department of Health Service Support, Khon Kaen 40000, Thailand

² Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani 13180, Thailand

³ Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus, Sakon Nakhon 47000, Thailand

Corresponding author; E-mail: pinitdee.p@gmail.com *

Citation: Pinitdee P., Banchonhattakit P., Ongarj P. (2025). Health Promotion in Finland: Lesson Learned from Finnish People to Health Promotion in Thailand. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e16025.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Health promotion is a crucial process aimed at reducing health inequalities and improving quality of life. Finland and Thailand have developed health systems centered on the principles of universal health rights and disease prevention. This article provides a comparative analysis of the development and strategies of health promotion in both countries, reviewing historical case studies, health system reforms, and lessons learned from national and community-based implementation. Finland emphasizes structural reform through the establishment of Well-being Services Counties, which integrate health and social services. Key strategies focus on equity, non-communicable disease prevention, mental health, and digital health. Thailand, on the other hand, has a strong primary healthcare system through its Sub-district Health Promoting Hospitals and Village Health Volunteers. However, it faces significant challenges from the transfer of SHPHs to local government organizations and human resource constraints. Although both countries have taken different paths, they share the common goal of creating equitable and sustainable health systems. The critical questions remain: how can Finland maintain system stability amidst an aging society, and to what extent can Thailand integrate community power with policy structures to build a stronger and more sustainable health system?

Keywords: Health Promotion; Health Equity; Primary Health Care; Non-Communicable Diseases

บทความวิชาการ

การส่งเสริมสุขภาพในประเทศฟินแลนด์: บทเรียนจากชาวฟินนิช สู่การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

รับบทความ: 11 พฤศจิกายน 2567

แก้ไขล่าสุด: 21 สิงหาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 22 สิงหาคม 2568

พิพัฒน์พล พินิจดี^{1,*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ², พัสกร องอาจ³

¹ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ขอนแก่น 40000, ประเทศไทย

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี 13180, ประเทศไทย

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ, สกลนคร 47000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: pinitdee.p@gmail.com*

อ้างอิง: พิพัฒน์พล พินิจดี, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, พัสกร องอาจ. (2568). การส่งเสริมสุขภาพในประเทศฟินแลนด์: บทเรียนจากชาวฟินนิช สู่การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e16025.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิต ประเทศฟินแลนด์และประเทศไทยต่างพัฒนาระบบสุขภาพโดยยึดหลักสิทธิถ้วนหน้าและการป้องกันโรคเป็นศูนย์กลาง บทความนี้วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบพัฒนาการและกลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของฟินแลนด์และไทย โดยทบทวนกรณีศึกษาเชิงประวัติศาสตร์และการปฏิรูประบบสุขภาพ ตลอดจนบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานระดับชาติและชุมชน โดยประเทศฟินแลนด์เน้นการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง ผ่านการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพและสวัสดิการที่บูรณาการบริการสุขภาพและสังคม กลยุทธ์หลักมุ่งสู่ความเสมอภาค การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพจิต และสุขภาพดิจิทัล ขณะที่ประเทศไทยมีความเข้มแข็งในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่กำลังเผชิญข้อท้าทายสำคัญจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร ถึงแม้ว่าทั้งสองประเทศใช้แนวทางต่างกัน แต่ยึดเป้าหมายร่วมคือการสร้างสุขภาพที่เท่าเทียมและยั่งยืน คำถามสำคัญคือ ฟินแลนด์จะรักษาความมั่นคงของระบบท่ามกลางสังคมสูงวัยได้อย่างไร และไทยจะผสมผสานพลังชุมชนกับโครงสร้างเชิงนโยบายเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืนได้เพียงใด

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ; ความเสมอภาคด้านสุขภาพ; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง การกระบวนกรที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุม และ ปรับปรุง สุขภาพของตนเองได้มากขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลหรือกลุ่มบุคคล จะต้อง สามารถระบุและบรรลุความปรารถนาตอบสนอง ความต้องการเปลี่ยนแปลงหรือรับมือกับสิ่งแวดล้อมได้ (WHO, 1986) มุมมองด้านสุขภาพในปัจจุบันได้สะท้อนว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ไม่ใช่เพียงการเปลี่ยนพฤติกรรม รายบุคคล แต่เป็นกระบวนกรที่เชื่อมโยงกับ นโยบาย สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมระดับโลก โดยขยายจาก กรอบของกฎบัตรออตตาวาไปสู่การบูรณาการกับเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) สุขภาพดิจิทัล (Digital health) ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงพาณิชย์ (Commercial determinants of health) และ สุขภาพของโลก (Planetary health) เพื่อสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนและเท่าเทียมในทุกกระดับ (Nutbeam et al., 2021) ประเทศฟินแลนด์เป็นประเทศ ในกลุ่มประเทศนอร์ดิก มีพรมแดนติดกับประเทศ นอร์เวย์ รัสเซีย และสวีเดน ฟินแลนด์ได้รับการจัดอันดับให้เป็น ประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลกถึง 8 ปีซ้อน จาก The World Happiness Report 2025 (Sustainable Development Solutions Network, 2025) โดยฟินแลนด์มีประชากรราว 5.6 ล้านคน แบ่งเป็นประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ใหญ่ ที่สุดจำนวน 2.82 ล้านคน รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.64 ล้าน คน และประชากรเด็ก และเยาวชน (0-19 ปี) จำนวน 1.14 ล้านคน อัตราการเกิด ของประชากรฟินแลนด์อยู่ที่ร้อยละ 1.32 (Department of International Trade Promotion, 2024); (Royal Thai Embassy, Helsinki, 2020) ในปี พ.ศ. 2556 ได้มี การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 (8th Global Conference on Health Promotion) จัดขึ้นที่กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ได้มีคำประกาศ (Declaration) “Helsinki Statement on Health in All Policies (HiAP)” ซึ่งเป็น กรอบแนวคิดเชิงนโยบายที่ผลักดันให้สุขภาพถูกรวมไว้ใน ทุกนโยบายสาธารณะ โดยเน้นความร่วมมือข้ามภาคส่วน การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ (WHO, 2014)

ระบบสุขภาพของประเทศฟินแลนด์

ประเทศฟินแลนด์ถือเป็นหนึ่งในประเทศแรก ๆ ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในเวทีโลกตัวอย่าง สำคัญคือ North Karelia Project (1972–1997) ซึ่งเป็น โครงการเชิงพื้นที่เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหัวใจผ่านการ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เลิกบุหรี่ ลดเกลือ ไขมัน และ เพิ่มกิจกรรมทางกายจนได้รับการยกย่องเป็น “โมเดลของ การส่งเสริมสุขภาพเชิงระบบ” (Vuorenkoski et al., 2021) โดยในอดีตนั้นระบบสุขภาพของประเทศฟินแลนด์มีรากฐาน จากการบริหารระดับเทศบาล โดยเทศบาลแต่ละแห่ง รับผิดชอบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ขณะที่บริการเฉพาะทาง จัดโดยเขตโรงพยาบาล ถึงแม้จะสะท้อนการกระจาย อำนาจและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น แต่กลับก่อให้เกิด ความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรและความไม่เท่าเทียมในการ เข้าถึงบริการ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเทศบาล ขนาดใหญ่และเล็ก (WHO, 2021) ข้อจำกัดดังกล่าวนำไปสู่ ความพยายามบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมในระดับ ภูมิภาคซึ่งพบว่าพื้นที่ที่จัดตั้งองค์กรบูรณาการสามารถลด การแยกส่วนของบริการได้ดีกว่าและสร้างความต่อเนื่องใน การดูแลประชาชน (Tiirinki et al., 2022) กระบวนการ เหล่านี้ปูทางไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ฟินแลนด์

ในปัจจุบันประเทศฟินแลนด์กำลังเผชิญการ เปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของประเทศฟินแลนด์ไม่ว่า จะเป็นโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต หรือภาระสังคมสูงวัยล้วน ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสร้างบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง การบูรณาการ บริการสุขภาพกับสังคมผ่านเขตบริการสุขภาพ และการ ขับเคลื่อนนโยบาย Health in All Policies เพื่อลดความ เหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน (Ministry of Social Affairs and Health, 2023) ในปี ค.ศ. 2023 ประเทศฟินแลนด์ได้จัดตั้งเขตบริการสุขภาพและสวัสดิการ (Well-being Services Counties) 21 เขต เพื่อรวมศูนย์ การบริหารจากกว่า 200 เทศบาล (Sitra, 2023); (Vuorenkoski et al., 2021) พร้อมด้วยกรุงเฮลซิงกิและองค์การร่วมของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเฮลซิงกิ (HUS) การปฏิรูป

ดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดการแก้ปัญหาการทำงานที่แยกส่วน (Fragmentation) และสร้างการบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและสังคมให้อยู่ภายใต้โครงสร้างเดียวกัน การจัดบริการที่มีความครอบคลุมหลายระดับ โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Healthcare) ดำเนินการผ่านศูนย์สุขภาพท้องถิ่นที่มุ่งเน้นการดูแลทั่วไป การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (Specialized and Tertiary Care) จัดไว้ในโรงพยาบาลเฉพาะทางและเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะเครือข่าย HUS สำหรับบริการด้านสังคมครอบคลุมการคุ้มครองครอบครัวและเด็ก การดูแลผู้สูงอายุ การให้บริการแก่ผู้พิการ และการสนับสนุนทางสังคมในวงกว้าง ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นระบบแบบบูรณาการ ที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพเข้ากับปัจจัยทางสังคมซึ่งกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) อันมีความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายมิติ ในด้านงบประมาณ รัฐบาลกลางเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้แก่เขตบริการสุขภาพตามปัจจัยด้านประชากร ความต้องการใช้บริการ และความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการเข้าถึงทรัพยากร แม้กลไกนี้จะช่วยลดความไม่เสมอภาคระหว่างภูมิภาคได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังคงมีความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การดูแลระยะยาว และคุณภาพการให้บริการที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ขณะเดียวกัน สังคมฟินแลนด์ที่เข้าสู่โครงสร้างผู้สูงอายุอย่างชัดเจนยังเป็นปัจจัยที่สร้างแรงกดดันต่อการจัดบริการและค่าใช้จ่ายในอนาคต (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023)

การปฏิรูประบบสุขภาพและสวัสดิการสังคมของฟินแลนด์ในปี ค.ศ. 2023 ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างครั้งใหญ่ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเสมอภาคเพิ่มประสิทธิภาพ และบูรณาการบริการสุขภาพเข้ากับสวัสดิการสังคม อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของระบบใหม่นี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมที่ยังคงมีอยู่ รวมถึงการจัดการกับภาระที่เกิดจากสังคมสูงวัย ฟินแลนด์จึงเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนทั้งโอกาส

และข้อท้าทายของการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมในกรอบสิทธิถ้วนหน้า ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อประเทศอื่น ๆที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและประชากรในลักษณะเดียวกัน พัฒนาการนี้จึงสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนผ่านจากระบบที่กระจายอำนาจและไม่เสมอภาคไปสู่ระบบที่บูรณาการ มีเอกภาพและเน้นสุขภาพเชิงป้องกันมากยิ่งขึ้น

กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศฟินแลนด์

การส่งเสริมสุขภาพของประเทศฟินแลนด์มีรากฐานจากหลักสิทธิถ้วนหน้าและความเสมอภาค โดยเน้นการป้องกันโรคและการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นสำคัญ การปฏิรูประบบสุขภาพในปี ค.ศ. 2023 ผ่านการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพ (wellbeing services counties) มีบทบาทสำคัญต่อการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับบริการทางการแพทย์และสังคมอย่างเป็นระบบ กลยุทธ์ดังกล่าวให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสนับสนุนสุขภาพจิต และการรับมือกับสังคมสูงวัย อีกทั้งยังสะท้อนบทบาทของฟินแลนด์ในฐานะผู้นำการขับเคลื่อนแนวคิด Health in All Policies (HiAP) ที่เชื่อมโยงสุขภาพเข้ากับนโยบายสาธารณะทุกภาคส่วน กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประเทศฟินแลนด์ในปัจจุบัน อาจแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพ (health equity) ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้านการสนับสนุนสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาที่ซับซ้อนของสังคมสูงวัย และ Digital Health (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023)

ด้านการสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพ (Health Equity) โดยประเทศฟินแลนด์ใช้ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการพื้นฐานที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้มีการปฏิรูประบบบริการในระดับเขตบริการสุขภาพและสวัสดิการ (Well-being Services Counties) เพื่อกระจายทรัพยากรและบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสมดุล นโยบายด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพยังถูกออกแบบให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย พร้อมทั้งมุ่งแก้ไขปัจจัยกำหนดทางสังคม

ของสุขภาพ อาทิ การศึกษาและความมั่นคงทางสังคม นอกจากนี้ ฟินแลนด์ยังพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลด้านความเหลื่อมล้ำ เพื่อใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการกำหนดนโยบายที่ตอบสนองต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023)

กลยุทธ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศฟินแลนด์ มีการตั้งเป้าหมายในการลดผลกระทบของ NCDs ในปี ค.ศ. 2019 – 2025 โดยภายในปี ค.ศ. 2025 จะลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังลงร้อยละ 25 ลดการสูบบุหรี่ ร้อยละ 30 ลดการออกกำลังกายน้อย ร้อยละ 10 ลดการบริโภคโซเดียม ร้อยละ 30 และลดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 รวมถึงยับยั้งการทวีความรุนแรงของโรคอ้วนและเบาหวาน และเพิ่มการเข้าถึงยาและการรักษาตามจำเป็นให้ถึง ร้อยละ 50–80 (WHO, 2019) นอกจากนี้ยังมีโครงการที่มีความน่าสนใจ คือ Joint Action to Prevent Non Communicable Diseases and Cancer (JA Prevent NCD) ซึ่งประเทศฟินแลนด์ได้รับทุนจากโปรแกรม EUforHealth 2021–2027 เพื่อสนับสนุนรัฐสมาชิกใน EU ให้ดำเนินยุทธศาสตร์เชิงนโยบายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ซึ่งครอบคลุมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพสังคมและบุคคล (European Commission, 2024)

ด้านการสนับสนุนสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาที่ซับซ้อนของสังคมสูงวัย ประเทศฟินแลนด์ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาซับซ้อนในสังคมสูงวัย ผ่านการพัฒนาบริการสุขภาพจิตเชิงป้องกัน การสนับสนุนการดูแลระยะยาว และการสร้างรูปแบบการอยู่อาศัยที่ลดความโดดเดี่ยว อีกทั้งยังประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมสมาร์โฮมเพื่อการดูแลสุขภาพจิต แม้จะเผชิญข้อท้าทายด้านความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล แนวทางดังกล่าวสะท้อนถึงการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับความยั่งยืนทางสังคมและการเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นตัวจากวิกฤต นอกจากนี้ ฟินแลนด์ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ การพัฒนาชุมชนที่เข้มแข็ง และการสนับสนุนครอบครัวผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมและลดความ

เปราะบางในระยะยาว ความพยายามเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงมิติการป้องกันเชิงรุกที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และนโยบาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรและรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023; Prime Minister's Office, 2022)

ด้าน Digital Health ประเทศฟินแลนด์ได้พัฒนา Digital Health อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเท่าเทียมของบริการ หนึ่งในนโยบายสำคัญคือการพัฒนากลยุทธ์ด้าน eHealth และ mHealth ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง (Ministry of Social Affairs and Health, 2024) ทั้งนี้ ประเทศฟินแลนด์ได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติ เช่น Kanta Services ซึ่งเป็นระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และการส่งยาออนไลน์ที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023) นอกจากนี้ ประเทศฟินแลนด์ยังประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ปัญญาประดิษฐ์และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและพัฒนารักษา รวมถึงการส่งเสริม Telemedicine และ Digital Therapeutics เพื่อลดข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลยังเป็นประเด็นสำคัญที่อาจทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีทักษะดิจิทัลต่ำเข้าถึงบริการได้ไม่เท่าเทียม ตลอดจนความจำเป็นในการเสริมสร้างมาตรการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพและความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการใช้เทคโนโลยี (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023)

จากที่กล่าวมานั้น กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพของฟินแลนด์สะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างระบบสุขภาพที่มีความเสมอภาค ยั่งยืน และทันสมัย ผ่านการปฏิรูประบบบริการสุขภาพะที่บูรณาการการป้องกันโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และการรับมือกับสังคมสูงวัยเข้าด้วยกัน ควบคู่กับการนำ Digital Health มาใช้ยกระดับคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล แนวทางดังกล่าวไม่เพียงมุ่งลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการของประชาชน

ทุกกลุ่ม แต่ยังคงสะท้อนบทบาทผู้นำของฟินแลนด์ในการขับเคลื่อนแนวคิด Health in All Policiesสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและความเข้มแข็งของสังคมในระยะยาว

บทเรียนจากชาวฟินนิช สู่การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประสบการณ์ของประเทศฟินแลนด์ในการสร้างระบบส่งเสริมสุขภาพ สะท้อนถึงแนวคิดสำคัญคือการวางสุขภาพไว้ในทุกนโยบาย (Health in All Policies) และการบูรณาการบริการสุขภาพกับสวัสดิการสังคมอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดแข็งที่การป้องกันโรคและการสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพ เช่น North Karelia Project ที่ประสบความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ (Vuorenkoski et al., 2021) และการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพและสวัสดิการ (Well-being Services Counties) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ (Ministry of Social Affairs and Health, 2023) ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานเชิงรุก การมีส่วนร่วมของชุมชน และกลไกการจัดการที่ยืดหยุ่นแต่เป็นเอกภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย ระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยมีความแข็งแกร่งในหลายด้าน ผ่านการบริหารจัดการโดยเขตสุขภาพ 12 เขต ที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่เป็นด้านหน้าของบริการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน (MOPH, 2019) ทั้งยังมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นกรอบกำกับ พร้อมกลไกสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนสุขภาพท้องถิ่น (NHSO, 2024) รวมถึงเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นจุดแข็งด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างไรก็ตาม ไทยยังเผชิญข้อจำกัดสำคัญ เช่น การขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ความไม่เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลชุมชนในช่วงถ่ายโอนสังกัด (HSRI, 2017; NHSO, 2024) และการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 (HSRI, 2017) แนวทางนี้มีจุดแข็งคือทำให้บริการใกล้ชิดชุมชนและ

สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ ขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (MOPH, 2019) เป็นกรอบกำหนดมาตรฐานบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาศักยภาพงบประมาณและบุคลากรของท้องถิ่นเพียงลำพังอาจก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ที่มีทรัพยากรมากกับพื้นที่ที่ขาดแคลน (NHSO, 2024)

การสร้างเสมอภาคด้านสุขภาพ ทั้งสองประเทศมีความตั้งใจร่วมกันในการลดความเหลื่อมล้ำและขยายโอกาสเข้าถึงบริการ ฟินแลนด์ใช้นโยบายการจัดสรรงบประมาณโดยรัฐบาลกลางที่พิจารณาตามโครงสร้างประชากรและความเปราะบางเชิงพื้นที่ (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023) ขณะที่ประเทศไทย ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสุขภาพท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญ (NHSO, 2024) ความแตกต่างคือ ฟินแลนด์เน้นการแก้ไขความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ ในขณะที่ไทยเน้นความมั่นคงทางการเงินและการเข้าถึงบริการฟรีสำหรับทุกคน

การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศฟินแลนด์มีกรณีตัวอย่างสำคัญคือ North Karelia Project ที่ประสบความสำเร็จในระดับโลกในการลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและกลายเป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงระบบ (Vuorenkoski et al., 2021) ส่วนประเทศไทย มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ รพ.สต. เป็นกำลังหลักในการทำงานเชิงรุกในชุมชน แม้จะยังเผชิญข้อท้าทายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ก็สะท้อนถึงจุดแข็งด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เข้มแข็งกว่าฟินแลนด์ในระดับชุมชน (HSRI, 2017)

การสนับสนุนสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาที่ซับซ้อนของสังคมสูงวัย ประเทศฟินแลนด์พัฒนาการบูรณาการบริการสุขภาพจิตและสวัสดิการผู้สูงอายุเข้าด้วยกัน โดยเน้นการลดความโดดเดี่ยวและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Prime Minister's Office, 2022) ขณะที่ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนผู้สูงอายุ แม้จะมี อสม. เป็นกำลังเสริมที่ใกล้ชิดชุมชน แต่ยังคงขาดโครงสร้างบูรณาการที่ชัดเจนเหมือนฟินแลนด์ (NHSO, 2024)

ประเด็น Digital Health ประเทศฟินแลนด์มีความก้าวหน้าด้วยระบบ Kanta Services ที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระดับชาติและสนับสนุนการแพทย์ทางไกล (Ministry of Social Affairs and Health, 2024) ขณะที่ประเทศไทยแม้เริ่มพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และ Telemedicine แต่ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศและขาดการเชื่อมโยงข้อมูลข้ามหน่วยบริการ (NHSO, 2024)

อาจจะกล่าวโดยสรุปได้ว่า ประเทศฟินแลนด์และประเทศไทยต่างมีจุดร่วมในอุดมการณ์ของสิทธิถ้วนหน้าและการใช้เขตสุขภาพเป็นกลไกหลัก แต่ฟินแลนด์มีความก้าวหน้าในด้านการบูรณาการสุขภาพกับสวัสดิการและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ขณะที่ไทยมีจุดแข็งที่ชัดเจนคือความเข้มแข็งของ รพ.สต. และ อสม. ในระดับชุมชนภาพเปรียบเทียบนี้สะท้อนว่า แม้สองประเทศจะมีเส้นทางและวิธีการที่แตกต่างกัน แต่ต่างก็สามารถเป็นแรงบันดาลใจซึ่งกันและกันในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและเท่าเทียม

บทสรุป

ประเทศฟินแลนด์และประเทศไทยต่างพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพบนพื้นฐานของความเสมอภาคและการป้องกันโรค ประเทฟินแลนด์เน้นการปฏิรูประบบสู่ “เขตบริการสุขภาพและสวัสดิการ” ที่บูรณาการบริการสุขภาพกับสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ส่วนไทยพัฒนาระบบปฐมนิเทศผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นกำลังหลักในระดับพื้นที่ ความเหมือนคือทั้งสองประเทศให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสนับสนุนสุขภาพจิต และการลดความเหลื่อมล้ำ แต่ความต่างคือ ฟินแลนด์ขับเคลื่อนผ่านนโยบายชาติที่บูรณาการข้ามภาคส่วน ขณะที่ไทยใช้พลังชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนหลัก โดยปัจจุบันกำลังเผชิญความท้าทายสำคัญจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่อำเภอปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการ

สุดท้ายคำถามสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองประเทศคือ ประเทศฟินแลนด์จะรักษาความยั่งยืนในสังคมสูงวัยได้อย่างไร และประเทศไทยจะผสมผสานพลังชุมชนกับโครงสร้างเชิงนโยบาย เพื่อยกระดับคุณภาพ

บริการให้ครอบคลุมและเท่าเทียมได้หรือไม่ บทเรียนร่วมคือ การเรียนรู้จุดแข็งซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืนในอนาคต

References

- Chonlathit Uraierkul. (1986). *Ottawa Charter: The beginning of health promotion*. <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=191>
- Department of International Trade Promotion. (2024, September 15). *Country profile: Finland (Factsheet)*. <https://www.ditp.go.th/post/175370>
- European Commission. (2024, August 21). *Joint Action to Prevent Non-Communicable Diseases and Cancer (JA PreventNCD), 2024–2027*. Health and Digital Executive Agency (HaDEA). https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/europes-beating-cancer-plan-eu4health-financed-projects/projects/ja-preventncd_en
- Finnish Institute for Health and Welfare. (2023). *Health and social services in Finland 2023*. Helsinki: Finnish Institute for Health and Welfare. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-517-5>
- Health Systems Research Institute. (2017). *Evaluation of the transfer of sub-district health promoting hospitals to local governments*. Nonthaburi: HSRI. <https://www.hsri.or.th>
- Ministry of Public Health. (2019). *Primary Health Care Act B.E. 2562 (2019)*. Bangkok: Ministry of Public Health.

- Ministry of Social Affairs and Health. (2023). *Sosiaali-ja terveydenhuollon tulevaisuus: Health and social services reform in Finland*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. <https://www.julkari.fi/handle/10024/151481>
- Ministry of Social Affairs and Health. (2024). *National eHealth and mHealth strategy of Finland*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- National Health Security Office. (2024). *Annual report on universal health coverage in Thailand 2023–2024*. Bangkok: NHSO. <https://www.nhso.go.th>
- National Health Security Office. (2024). *Primary healthcare and local health funds in Thailand*. Bangkok: NHSO.
- National Health Security Office. (2024). *Long-term care and ageing policy in Thailand*. Bangkok: NHSO.
- Nutbeam D. et al. (2021). The continuing evolution of health promotion. *Health Promotion International*, 36(Suppl 1), i1–i3. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab150>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). *OECD reviews of public health: Finland*. Paris: OECD Publishing.
- Prime Minister's Office. (2022). *Wellbeing and ageing in Finland: Policy perspectives*. Helsinki: Prime Minister's Office. <https://vnk.fi>
- Royal Thai Embassy, Helsinki. (2020, September 15). *General information about Finland*. <https://helsinki.thaiembassy.org/th>
- Sitra. (2023, June 8). The Finnish health sector growth and competitiveness vision 2030. Sitra. <https://www.sitra.fi>
- Sustainable Development Solutions Network. (2025). *World Happiness Report 2025*. New York: SDSN. <https://worldhappiness.report/>
- Thai Health Promotion Foundation. (2021, September 15). *Health policy related to health promotion in various countries*. https://bps10.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2021/01/02infographic_v3.pdf
- Tiirinki H. et al. (2022). Integration of health and social care in Finland: Lessons for policy and practice. *Health Policy*, 126(3), 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.12.002>
- Vuorenkoski L. et al. (2021). Finland: Health system review (Vol. 23, No. 2). World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345589>
- World Health Organization. (2014). *The 8th Global Conference on Health Promotion: Helsinki statement on Health in All Policies*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
- World Health Organization. (2019). *Finland national NCD targets 2019*. World Health Organization. https://extranet.who.int/ncdccc/Data/FIN_Finland_NCD_targets_2019.pdf
- World Health Organization. (2021). *Finland: Health system summary*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345589>

Original Article

FACTORS ASSOCIATED WITH ORAL CANCER RISK BEHAVIORS AMONG THE SENIOR CITIZENS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

Received: April 30, 2024

Received: May 07, 2025

Accepted: July 07, 2025

Wuttichan Huaisai ^{1,*}, Kewalin Kanking ², Nitchaphat Chaiyabut ³, Wanpen Somhom ⁴

^{1,4} Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani 31490, Thailand

² Phana Hospital, Amnatcharoen 37180, Thailand

³ Khokyo Health Promoting Hospital, Yasothon 35170, Thailand

Corresponding author; E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

Citation: Huaisai W., Kanking K., Chaiyabut N., Somhom W. (2025). Factors Associated with Oral Cancer Risk Behaviors Among the Senior Citizens in Ubon Ratchathani Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e15262



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Oral cancer is a type of malignancy that occurs in the mucosal tissues of the oral cavity. It is commonly found among older adults and has significant impacts on their quality of life, particularly in terms of physical appearance, speech, voice, and swallowing. Personal health behaviors are considered a critical factor influencing the development of oral cancer. This cross-sectional descriptive study aimed to examine risk behaviors associated with oral cancer and related factors among older adults in Ubon Ratchathani Province. A total of 419 participants were selected using multi-stage random sampling. Data was collected through questionnaires and analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation coefficient. The findings revealed that most participants exhibited low levels of risk behaviors for oral cancer (97.14%). According to the Health Belief Model, 64.20% and 58.71% of participants had high levels of perceived benefits of disease prevention and perceived severity of the disease, respectively. Meanwhile, 91.89% and 66.35% had moderate levels of perceived barriers to prevention/treatment and perceived susceptibility to the disease, respectively. Significant correlations were found between oral cancer risk behaviors and perceived susceptibility ($r_s = -0.198$, $p < 0.001$) as well as perceived barriers ($r_s = 0.159$, $p = 0.001$). In conclusion, older adults with greater awareness of disease susceptibility tend to engage in fewer risk behaviors, whereas those perceiving more barriers are more likely to engage in risky behaviors. Public health agencies should incorporate the Health Belief Model into primary-level oral health promotion policies, with a focus on increasing risk perception and reducing access barriers to effectively prevent and reduce oral cancer risk behaviors among the elderly.

Keywords: Risk taking; Oral cancer; Aged; Health beliefs model

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิชาน ห้วยทราย ^{1,*}, เกวลิน ก้านกิง ², ณิษภัทร ไชยบุตร ³, วันเพ็ญ สมหอม ⁴

รับบทความ: 30 เมษายน 2567

แก้ไขล่าสุด: 07 พฤษภาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 07 กรกฎาคม 2568

^{1,4} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190, ประเทศไทย

² โรงพยาบาลพนา, อำนาจเจริญ 37180, ประเทศไทย

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว, ยโสธร 35170, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: wuttichan@scphub.ac.th*

อ้างอิง: วุฒิชาน ห้วยทราย, เกวลิน ก้านกิง, ณิษภัทร ไชยบุตร, วันเพ็ญ สมหอม. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e15262



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งช่องปาก เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อภายในช่องปาก พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ด้านกายภาพ ลักษณะใบหน้า การพูด เสียง และการกลืน ทั้งนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 419 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.14 ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 และ 58.71 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและป้องกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.89 และ 66.35 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ($r_s = -0.198$, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้อุปสรรคการรักษาและป้องกันโรค ($r_s = 0.159$, $p\text{-value} = 0.001$) สรุป ผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคมามากขึ้น จะมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยลง ขณะที่ผู้ที่มีมุมมองเห็นอุปสรรคมากขึ้นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของโรคและลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง; โรคมะเร็งในช่องปาก; ผู้สูงอายุ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทนำ

โรคมะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเยื่อภายในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม เพดานปาก และพื้นช่องปาก พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งทั้งหมด อุบัติการณ์ของ มะเร็งริมฝีปากและช่องปากทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่ 377,713 ราย และเสียชีวิต 177,757 ราย ในปี พ.ศ. 2563 มะเร็งในช่องปากพบได้บ่อยในผู้ชายและผู้สูงอายุ โดยผู้ชาย มีอันตรายถึงแก่ชีวิตมากกว่าผู้หญิง และมีความแตกต่างกัน อย่างมาก ตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวหมาก เป็นสาเหตุ สำคัญของโรคมะเร็งช่องปาก ในอเมริกาเหนือและยุโรป การติดเชื้อแปปิโลมา (Papilloma Virus) ในคนมีส่วน ทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2023) โรคมะเร็งในช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทาง กายภาพ ในการรักษาโรคมะเร็งในช่องปากที่มีผลเสียต่อ ใบหน้า การพูด เสียง และการกลืน (Dental Clinics of North America, 2018) ความบกพร่องสามารถเกิดจาก ผลกระทบของตัวเนื้อเยื่อหรือขั้นตอนก่อนหรือระหว่าง การรักษา มะเร็ง เช่น การตัดต่อเปิดหลอดลม ความเจ็บปวด จากเยื่อเมือกอักเสบ การตัดโครงสร้างในช่องปาก หรือ ฟังผิดเนื่องจากการรักษาด้วยรังสี ความบกพร่องเหล่านี้ บางอย่างอาจเกิดขึ้นก่อนเริ่มการรักษา บางอย่างเป็นปัญหา มากที่สุดในระหว่างและทันทีหลังการรักษา และบางอย่าง อาจคงอยู่และแย่ง (Crombie, Farah and Batstone, 2014) และผลกระทบทางการเงิน ผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการ รักษาโรคมะเร็งในช่องปากรายงานว่าอาการของผู้ป่วย มีผลกระทบอย่างมากค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งเป็นภาระ สำคัญของสมาชิกในครอบครัวค่าใช้จ่าย ในการรักษา การขาดงาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีทรัพยากรทางการเงิน จำกัด (Li et al, 2018)

สถานการณ์โรคมะเร็งช่องปากในประเทศไทย พบเป็น 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี พ.ศ. 2561-2564 ในเพศชายพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก รายใหม่ ร้อยละ 7.3, 6.2, 5.4 และ 7.1 ตามลำดับ ส่วนใน เพศหญิง พบผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากรายใหม่ ร้อยละ 3.5, 1.7, 2.4 และ 1.5 ตามลำดับ (National Cancer

Institute, 2022) จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วย ด้วยโรคมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 23.61, 18.30, 20.95, 19.63 และ 17.77 ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี มีการเพิ่มขึ้นและลดลงไม่คงที่ ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยอยู่ ทุกปีและทุกช่วงอายุ ซึ่งข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปาก ตามช่วงอายุ มีดังนี้ ช่วงอายุ 0-9 ปี, 10-19 ปี, 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี, 60-69 ปี, 70-79 ปี, 80-89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วย ร้อยละ 0.80, 0.27, 0.27, 3.98, 11.41, 15.92, 26.79, 23.08, 14.85 และ 2.65 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด (Ubon Ratchathani Cancer Hospital, 2023)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในช่องปาก ได้แก่ การใส่ฟันปลอม การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก การดื่มแอลกอฮอล์ จากข้อมูลและหลักฐานที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่า รอยโรคที่เยื่อเมือกในช่องปากทั้งหมด ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย เสี่ยงมีระดับความร้ายแรงที่สำคัญ ซึ่งการระคายเคืองต่อ เยื่อเมือกในช่องปากเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งใน ช่องปาก (Alexandra et al, 2020) ปัจจัยที่ทำให้เกิด โรคมะเร็งในช่องปากเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของ บุคคล มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของ แต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม ของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการ ดำเนินชีวิตของบุคคลแต่ละที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ ทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและ ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ การเจ็บป่วยและการรักษา (Manosunthon et al., 2012) โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคล มีการรับรู้และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญ ของการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็น โรคของบุคคล คือ บุคคลนั้น ๆ รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรครับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบ ต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประโยชน์ และรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุผลใด

การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของบุคคล (Soynahk, 2018)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งในช่องปากยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิด โรคมะเร็งในช่องปาก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ เพื่อให้ได้ข้อมูล สนับสนุนการจัดกิจกรรมการป้องกันการโรคมะเร็งในช่องปาก ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันโรคและลด ความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง ในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยง การเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัด อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาใน การศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 205,744 คน (Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office, 2023)
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 419 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เพื่อประมาณค่าสัดส่วน โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

- โดยกำหนดให้
- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 - N = จำนวนประชากร (205,744 คน)
 - χ^2 = ค่า Chi-square ที่ $df=1$ (3.841 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)
 - P = สัดส่วนของประชากรที่สนใจ เท่ากับ 0.67 (สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ปี พ.ศ. 2560-2564 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 67.3 (Ubon Ratchathani Cancer Hospital, 2023))
 - d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

ดังนั้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เท่ากับ 339 คน ผู้วิจัยคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างใน การศึกษา เพื่อเป็นการป้องกันกระทบโดยตรงต่อ Statistical precision หรือ Power ในการสรุปผล จึงได้มี การคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10.0 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยไม่ต้องตัดผู้สูญหายจากการติดตามออก (Jiravatnakul, 2015) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 419 คน โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยและเกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่จังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ และกลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแล ตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ตามฐานข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดเตียง ตามฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

จากนั้นใช้การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยเลือกวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อแบ่งโซน โดยการแบ่งโซนจะแบ่งตามฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งแบ่งเป็น 4 โซน

ขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อเลือกตัวแทนอำเภอในแต่ละโซน โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวแทนของแต่ละเขต คือ โซน 1: อำเภอม่วงสามสิบ, โซน 2: อำเภอกุดข้าวปุ้น, โซน 3: อำเภอสว่างวีระวงศ์, และ โซน 4: อำเภอเดชอุดม

ขั้นที่ 3 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อเลือกตัวแทนตำบลในแต่ละอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวแทนของแต่ละอำเภอ คือ อำเภอม่วงสามสิบ: ตำบลม่วงสามสิบ, อำเภอกุดข้าวปุ้น: ตำบลข้าวปุ้น, อำเภอสว่างวีระวงศ์: ตำบลสว่าง, อำเภอเดชอุดม: ตำบลนาสง

ขั้นที่ 4 ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อประชากรผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของแต่ละตำบลให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประวัติการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ลักษณะเป็นแบบปลายปิด (Closed-ended Questions) ให้เลือกตอบแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากเครื่องมือของ Laeboomma (2008) แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน จำนวน 6 ข้อ และตอนที่ 4 ด้านการรับรู้อุปสรรคการรักษาและป้องกันโรคเหงือกช่องปาก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

(Rating Scale) (Srisaad, 2002) จำนวนทั้งสิ้น 33 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ข้อคำถามเป็นเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ การแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับของ Best (1981) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเหงือกในช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก และการสวมใส่ฟันปลอม จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) (Srisaad, 2002) เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน, ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ให้ 4 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 3 คะแนน, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลระดับพฤติกรรมเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับของ Best (1981) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยใช้ดัชนีความตรงของข้อคำถามต่อวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรคำนวณของ Rovinellin and Hambleton (1977) ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67-1.00

4.2 การความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลบ้านวินัยดี อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณลักษณะทางประชากรและบริบทใกล้เคียงกัน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อวัดค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เท่ากับ 0.91 และ 0.71 ตามลำดับ

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

5.2.1 สถิติ Fisher's exact test ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประวัติการเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับระดับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 สถิติ Spearman's rank correlation ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ต่อเดือน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงที่ไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SCPHUB S004/2566 ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง 10 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 419 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.91 และเพศชาย ร้อยละ 19.09 มีอายุเฉลี่ย 66.66 ปี (SD=5.30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.57 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.05 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,404.53 บาท (SD=2,661.76) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.28 สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 93.79 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.00 โดยมีผู้ดูแล ร้อยละ 90.93 และกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 80.19

2. ผลการวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Susceptibility) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.35 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Severity) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.71 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์การรักษาและป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Benefits) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (Perceived Barriers) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.89 (Table 1)

Table 1: Number Mean Standard deviation and Percentage of Health Belief Model Level in the Sample Group (n=419)

Health Belief Model	Low	Moderate	High	Mean	SD
	Number (%)	Number (%)	Number (%)		
Perceived Susceptibility	4 (0.95)	278 (66.35)	137 (32.70)	3.51	0.54
Perceived Severity	15 (3.58)	158 (37.71)	264 (58.71)	3.73	0.54
Perceived Benefits	24 (5.73)	126 (30.07)	269 (64.20)	3.97	0.84
Perceived Barriers	11 (2.63)	385 (91.89)	23 (5.49)	2.97	0.37

3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปาก อยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.14 (Table 2)

Table 2: Number Mean Standard deviation and Percentage of Cancer Risk Behaviors Level in the Sample Group

Cancer Risk Behaviors Level	Score Range	Number (n=419)	Percentage
High	3.68 - 5.00	1	0.24
Moderate	2.34 - 3.67	11	2.63
Low	1.00 - 2.33	407	97.14
Mean = 1.33, SD = 0.37, Min = 1.00, Max = 4.24			

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งช่องปาก และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคเมร่งช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคเมร่งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001 และ 0.001) (Table 3, Table 4)

Table 3: Relationship between Personal Factor and Cancer Risk Behaviors by Fisher's exact test

Factor	Cancer Risk Behaviors Level			Fisher's Exact	P-value
	High N (%)	Moderate N (%)	Low N (%)		
Gender				0.878	0.756
Male	0 (0.00)	1 (1.25)	79 (98.75)		
Female	1 (0.29)	10 (2.95)	328 (96.76)		
Marital status				5.81	0.249
Single	0 (0.00)	3 (6.67)	42 (93.33)		
Married	1 (0.31)	6 (1.85)	318 (97.84)		
Divorce	0 (0.00)	2 (4.08)	47 (95.92)		
Occupation				11.841	0.678
Farmer	1 (0.29)	9 (2.59)	337 (97.12)		
Trade	0 (0.00)	0 (0.00)	23 (100.00)		
General employee	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)		
Government pension	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)		
other	0 (0.00)	2 (5.00)	38 (95.00)		
Education level				1.937	0.487
Below primary school	1 (0.28)	8 (2.27)	344 (97.45)		
From primary school and above	0 (0.00)	3 (4.55)	63 (95.45)		
Medical treatment scheme				17.109	0.240
Civil servant scheme	0 (0.00)	0 (0.00)	14 (100.00)		
Social security scheme	0 (0.00)	3 (25.00)	9 (75.00)		
UHC scheme	1 (0.26)	8 (2.07)	377 (97.67)		
Other rights	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (100)		
History of chronic diseases				2.267	0.327
No	1 (0.37)	5 (1.86)	263 (97.77)		
Yes	0 (0.00)	6 (4.00)	144 (96.00)		
Having an elderly caregiver				4.881	0.153
Yes	1 (0.26)	8 (2.10)	372 (97.64)		
No	0 (0.00)	3 (7.89)	35 (92.11)		
History of dental services				0.947	0.760
never	0 (0.00)	1 (1.20)	82 (98.80)		
ever	1 (0.30)	10 (2.98)	325 (96.72)		

Table 4: Relationship between Personal Factor, Health Belief Model, and Cancer Risk Behaviors by Spearman's rank correlation

Factors	r_s	p-value
Personal Factor		
Age	0.061	0.214
Income (Per Month)	-0.047	0.338
Health Belief Model		
Perceived Susceptibility	-0.198	< 0.001*
Perceived Severity	-0.025	0.603
Perceived Benefits	-0.035	0.478
Perceived Barriers	0.159	0.001*

* Statistical significance at the .05 level

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเพราะในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีมีการใช้นโยบายตามแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข คือ การพัฒนาทันตสุขภาพของทุกช่วงวัยรวมถึงวัยผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นโครงการตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งในช่องปาก รวมถึงวิธีป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยทันตบุคลากรในพื้นที่ โดยจากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม สอดคล้องกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Prevention and Control Plan Committee, 2018) ที่มีการทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยตามยุทธศาสตร์ 7 ด้าน 1 ในนั้น ประกอบด้วย ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งมีการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากสารเคมีและกิจกรรมทางกาย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากอยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนุมานได้ว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนุมานได้ว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากผลของการตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงน้อย สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่าบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อ

การเกิดโรคนั้น เมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึก รุนแรง นอกจากนั้นการปฏิบัติตามตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์และช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ และผลการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับ Laeboonma (2008) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ ด้านการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Punthasee and Srisawad (2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทรกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุม โรคในระดับมากแสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคน้อย การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรคเป็นอุปสรรคน้อยสำหรับตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Janz and Becker (1984)

สรุปผล

พฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับต่ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมเสี่ยงฯ และการรับรู้อุปสรรคการเกิดโรคมะเร็งช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจากข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี ควรมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มีคุณภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 อาจเลือกวิธีการศึกษาแบบย้อนกลับ (Retrospective study) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากเป็นเคสที่หายาก มีอุบัติการณ์น้อย

2.2 ควรเลือกศึกษาเจาะจงในพื้นที่ที่มีสถิติผู้ป่วยหรือในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยของโรคมะเร็งช่องปาก

References

- Alexandra T. et al. (2020). Autophagy-A Hidden but Important Actor on Oral Cancer Scene. *International journal of molecular sciences*, 21(23), 9325. <https://doi.org/10.3390/ijms2123932>
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey. American Journal: Charles B. Slack.
- Best, J.W. (1981). *Research in Education*. Science and Education. <http://www.sciepub.com/reference/242156>
- Crombie A. et al. (2014). Health-related quality of life of patients treated with primary chemoradiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma: a comparison with surgery. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 52(2), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2013.09.014>
- Dental Clinics of North America. (2018). *Impact of Oral Cancer on Quality of Life*. North America: Impact of Oral Cancer on Quality of Life.
- Janz N. K. & Becker M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education and Prevention*, 3(1), 1-47.

- Jiravatnakul, A. (2015). *Statistics for Health Science Research* (4th ed.). Bangkok: Witthipat.
- Krejcic R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and psychological measurement*, 60, 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Laeboonma, P. (2008). *Health belief model and cigarette smoking behavior of people in Mae Pu Health Center, Mae Phrik District, Lampang Province*, [Thesis of Master of Public Health]. Graduate School: Chiang Mai University.
- Li C. C. et al. (2018). Oral Cancer: Genetics and the Role of Precision Medicine. *Dental clinics of North America*, 62(1), 29–46. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.08.002>
- Manosunthon S. et al. (2012). *Risk Factors for Non-Communicable Diseases among Thai Muslims: A Cross-Sectional Study*. Thai Muslim Well-being Foundation. <https://muslim4health.or.th/>
- National Cancer Institute. (2022). *Hospital-Based Cancer Registry 2021*. National Cancer Institute. https://www.nci.go.th/th/New_web/index.html
- National Cancer Prevention and Control Plan Committee. (2018). *National Cancer Control Program (2018-2022)*. National Cancer Institute. <https://www.rama.mahidol.ac.th/policy/en/sdgs17-p005>
- Punthasee P. & Srisawad K. (2020). Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. *Journal of Health and Health Management*, 6(1), 45-57.
- Rovinellin R. J. & Hambleton R. K. (1997). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, 2, 49-60.
- Soynahk, C. (2018). *A Study of Health Belief Model and the Risk of Type 2 Diabetes in Eorking Muslim Populations*, [Thesis of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner]. Huachiew Chalermprakiet University.
- Srisaad, B. (2002). *Preliminary Research* (7th Ed). Bangkok: Suwiryasasarn.
- Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. (2022). *Organizational Structure of Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office*. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. <https://www.phoubon.in.th/data/structure.pdf>.
- Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. (2023). *Elderly Population 60 Years of Age and Over in Ubon Ratchathani Province*. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Ubon Ratchathani Cancer Hospital. (2023). *Cancer data 2017-2022*. Ubon Ratchathani Cancer Hospital. <http://uboncancer.go.th/ubcc2016v2/statcancer.php>
- World Health Organization. (2023, March 14). *Oral health*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health?fbclid=IwAR1I-ciTi9erEag2Z3cN_bSoPPip_rCYbmw4jNiXoGTPpQuOmugkAwmg9YA

Original Article

EFFECTS OF PROGRAM APPLING THAI TRADITIONAL MEDICINE WITH SELF-EFFICACY THEORY ON HEALTH BEHAVIORS OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN PHANTHONG HOSPITAL CHONBURI PROVINCE

Patcharaporn Thawornsin^{1,*}, Wanlop Jaidee²

Received: July 14, 2024

^{1,2} Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi 20130, Thailand

Received: May 16, 2025

Corresponding author; E-mail: thawornsin@gmail.com *

Accepted: August 08, 2025

Citation: Thawornsin P., Jaidee W. (2025). Effects of Program Appling Thai Traditional Medicine with Self-Efficacy Theory on Health Behaviors of Type 2 Diabetic Patients in Phanthong Hospital Chonburi Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e15572.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease and a significant global public health problem. In Thailand, the prevalence among individuals aged 15 years and older has been continuously increasing. Without proper care, diabetes can lead to complications in multiple body systems. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an integrated program combining Thai traditional medicine with the Self-Efficacy Theory on the health behaviors of patients with type 2 diabetes. A purposive sample of 60 uncontrolled type 2 diabetic patients was randomly assigned into an experimental group (n=30) and a comparison group (n=30). The experimental group participated in an 8-week intervention program, while the comparison group received standard health education. Data were collected using questionnaires and analyzed using Independent Samples t-test and Paired Sample t-test. The findings revealed that the experimental group showed statistically significant improvements in diabetes knowledge, self-efficacy, self-care behaviors ($p < 0.001$), and a significant reduction in blood glucose levels compared to both pre-intervention and the comparison group ($p < 0.001$). The study suggests that applying Thai traditional medicine principles integrated with Self-Efficacy Theory effectively enhances health behaviors and glycemic control among type 2 diabetic patients, supporting improved quality of life.

Keywords: Type 2 Diabetes; Thai Traditional Medicine; Self-Efficacy; Health Behavior; Educational Program

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี

พัชรภรณ์ ถาวรสิน^{1,*}, วัลลภ ใจดี²

รับบทความ: 14 กรกฎาคม 2567

^{1,2} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20130, ประเทศไทย

แก้ไขล่าสุด: 16 พฤษภาคม 2568

ติดต่อผู้วิจัย: thawornsin@gmail.com*

ตอบรับตีพิมพ์: 08 สิงหาคม 2568

อ้างอิง: พัชรภรณ์ ถาวรสิน, วัลลภ ใจดี. (2568). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e15572.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก โดยในประเทศไทยพบว่าการชุกของโรคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสุขศึกษาแบบปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent Samples t-test และ Paired Sample t-test ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2; การแพทย์แผนไทย; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; โปรแกรมสุขศึกษา

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 463 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวาน 578 ล้านคนในพ.ศ. 2578 และอย่างน้อย 700 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 (International Diabetes Federation, 2020) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 6.5 ล้านคน พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานคิดเป็น 644.11 ต่อแสนประชากร ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษา ร้อยละ 35.6 หรือ 2.6 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากถึง 200 รายต่อวัน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.5 ความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติของน้ำตาลในเลือดตอนเช้าขณะอดอาหาร (Impaired fasting glucose: IFG) เท่ากับร้อยละ 10.7 โดยผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 30.6 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนและไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน และหากเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ (Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2017)

ปัจจุบันแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2560-2564) เน้นการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

เบาหวานเป็นอย่างไรดี เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานมีทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะคีโตอะซิโดซิส (Ketoacidosis) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) และทำให้เกิดการรับรู้ของระบบประสาทลดลงเกิดแผลที่เท้า (Diabetic foot) เป็นต้น (American Diabetes Association, 2007)

การควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลในเลือดนั้นต้องอาศัยความพยายาม ความตั้งใจของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยจะใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียด ทั้งนี้หากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2017) ซึ่งศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติ และสภาวะที่ผิดปกติ โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่าง ๆ ในร่างกายและกายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) หลักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาอธิบาย ตามหลักวิชาการหลักเวชปฏิบัติ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์อย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของปรัชญาความคิดที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิตตามแบบวิถีชีวิตคนไทย โดยให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ตลอดจนการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงพอในการกระทำสิ่งนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) มาเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี โดยคาดว่าโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ

ที่โรงพยาบาลพานทอง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 458 คน (Health data center, 2565)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน โดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงทดลองที่มุ่งทดสอบสมมติฐานและทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของขนาดผลการทดลอง (Effect size: ES) เท่ากับ 0.80 โดยการแจกแจงปกติมีค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95.0 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน (Cohen, 1977) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 คน จึงมีจำนวนตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)
 - 1.1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่พึงอินซูลิน
 - 1.2) ทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยเพศหญิงไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์
 - 1.3) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ระหว่าง 7-8%
 - 1.4) สามารถพูด/สื่อสาร ภาษาไทยได้
 - 1.5) เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อด้วยความเต็มใจ
- 2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)
 - 2.1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด
 - 2.2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการทำวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีการจัดกิจกรรมทุกวันพุธ 4 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ณ คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลพานทอง

เริ่มกิจกรรมเวลา 08.30-09.30 น. โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ซึ่งมีการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เบาหวานกับแพทย์แผนไทย” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถอธิบายลักษณะของโรค อาการ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน บอกวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน และวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานตามหลักแพทย์แผนไทย โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสื่อ Microsoft office PowerPoint และวิดีโอทัศน์

กิจกรรมที่ 2 “ผักพื้นบ้าน ด้านเบาหวาน” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถที่จะบอกการควบคุมอาหารที่เหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับอาหารตามธาตุเจ้าเรือนและการรับประทานสมุนไพรลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกวิธี โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสื่อ Microsoft office PowerPoint และวิดีโอทัศน์

กิจกรรมที่ 3 “กายจิตดี ชีวิตมีสุข” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถบอกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองได้ สามารถบอกประโยชน์และออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนได้อย่างถูกต้องโดยผู้วิจัยบรรยายความรู้และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสื่อวิดีโอทัศน์ พร้อมสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน

กิจกรรมที่ 4 “การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถบอกวิธีการดูแลเท้าของตนเองได้ และสามารถนัดเท้าและแช่เท้าด้วยสมุนไพรอย่างถูกวิธีได้ โดยผู้วิจัยบรรยายความรู้และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสื่อ Microsoft office PowerPoint และวิดีโอทัศน์ พร้อมสาธิตวิธีการนัดเท้าและแช่เท้าด้วยสมุนไพร

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพปัจจุบัน จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบให้เลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเฉพาะด้านบวก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับความสามารถในการปฏิบัติตัว มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นความถี่การปฏิบัติตนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และไม่เคยให้ 1 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาเนื้อหาเป็นรายข้อ จากนั้นนำมาหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruency: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3.2 การความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นตัวแปรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า (Cronbach,1984) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 และ 0.90 ตามลำดับ

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน

4.2.1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05

4.2.2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 ตามรหัสโครงการวิจัย G-HS093/2564(C1) เอกสารรองรับเลขที่ IRB3-011/2565 ก่อนดำเนินการทำวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะไหนที่คาดว่าจะได้รับสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน นำมาทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ (Sex) อายุ (Age) สถานภาพการสมรส (Marital Status) ระดับการศึกษา (Education Level) และอาชีพ (Occupation) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลทั่วไป ไม่แตกต่างกัน (Table 1)

Table 1: Comparison of General Characteristics Between the Experimental and Control Groups Before the Intervention

General Characteristics	Experimental Group (n = 30)		Control Group (n = 30)		p-value
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage	
Sex					0.080
Male	5	16.7	11	36.7	
Female	25	83.3	19	63.3	
Age					0.795
< 60 years	11	36.7	12	40	
≥ 60 years	19	63.3	18	60	
Marital Status					0.401
Single	4	13.3	7	23.3	
Married	19	63.3	14	46.7	
Widowed	7	23.3	9	30	

Table 1: (Continuous)

General Characteristics	Experimental Group		Control Group		p-value
	(n = 30)		(n = 30)		
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage	
Education Level					0.861
Below Primary/Primary	10	33.3	12	40	
Secondary/Vocational	13	43.3	12	40	
Bachelor’s Degree	7	23.3	6	20	
Occupation					0.774
Unemployed	9	30	8	26.7	
Employed	21	70	22	73.3	
(e.g., daily wage workers, merchants, government officials, farmers, and fishers)					

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้ (Table 2)

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่แตกต่างกัน มีเพียงค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Table 2: Comparison of Mean Scores of Diabetes Knowledge, Self-Efficacy, Self-Care Behaviors, and HbA1c among Type 2 Diabetic Patients between Experimental and Comparison Groups Before and After the Intervention

Variables	Experimental (n=30)	Control (n=30)	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean ± SD	Mean ± SD		95%CI for $\bar{X}_{diff}$	p-value
Diabetes Knowledge					
Before	55.33 ± 13.32	59.00 ± 18.82	3.67	-12.28 to 4.94	0.387
After	94.00 ± 7.24	63.33 ± 13.98	30.67	24.80 to 36.54	< 0.001*
Self-Efficacy					
Before	28.77 ± 6.10	34.83 ± 2.20	6.06	3.65 to 8.47	< 0.001*
After	41.87 ± 2.91	33.50 ± 2.56	8.37	6.92 to 9.82	< 0.001*
Self-Care Behaviors					
Before	39.30 ± 3.46	40.37 ± 3.16	1.07	-2.82 to 0.68	0.217
After	49.30 ± 2.63	39.90 ± 3.02	9.40	7.90 to 10.90	< 0.001*

Table 2: (Continuous)

Variables	Experimental (n=30)	Control (n=30)	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean ± SD	Mean ± SD	$\bar{\mathcal{X}}_{\text{diff}}$	95%CI for $\bar{\mathcal{X}}_{\text{diff}}$	p-value
HbA1c					
Before	7.52 ± 0.39	7.46 ± 0.35	0.06	-0.14 to 0.26	0.512
After	7.43 ± 0.36	7.53 ± 0.34	0.10	-0.29 to 0.09	0.287

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (Table 3)

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในแต่ละด้านเพียงเล็กน้อย โดยบางด้านพบว่าการเปลี่ยนแปลงในทางลบ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติตน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

Table 3: Comparison of Mean Scores of Diabetes Knowledge, Self-Efficacy, Self-Care Behaviors, and HbA1c within the Experimental and Comparison Groups Before and After the Intervention

Variables	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean ± SD	Mean ± SD	$\bar{\mathbf{x}}_{\text{diff}} \pm \mathbf{SD}_{\text{diff}}$	95%CI for $\bar{\mathbf{x}}_{\text{diff}}$	p-value
Diabetes Knowledge					
Experimental (n=30)	5.53 ± 1.33	9.40 ± 0.72	3.87 ± 1.50	3.31 to 4.43	< 0.001*
Control (n=30)	5.90 ± 1.88	6.33 ± 1.40	0.43 ± 0.77	0.14 to 0.72	0.005
Self-Efficacy					
Experimental (n=30)	28.77 ± 6.10	41.87 ± 2.91	13.10 ± 4.22	11.52 to 14.68	< 0.001*
Control (n=30)	34.83 ± 2.20	33.50 ± 2.56	1.33 ± 1.73	0.69 to 1.98	< 0.001*
Self-Care Behaviors					
Experimental (n=30)	39.30 ± 3.46	49.30 ± 2.63	10.00 ± 1.82	9.32 to 10.68	< 0.001*
Control (n=30)	40.37 ± 3.16	39.90 ± 3.02	0.47 ± 0.78	0.76 to 0.18	0.003
HbA1c					
Experimental (n=30)	7.52 ± 0.41	7.43 ± 0.35	0.09 ± 0.09	0.05 to 0.12	< 0.001*
Control (n=30)	7.46 ± 0.35	7.53 ± 0.34	0.73 ± 0.13	0.12 to 0.24	0.005

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ครอบคลุมเนื้อหาตามสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการภาวะแทรกซ้อน พร้อมเพิ่มความรู้ในเรื่องศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับโรคเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตนโดยผ่านการบรรยายจากสไลด์ การชมวิดีโอทัศน์ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อหาแนวทางร่วมกัน และมีโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย เมื่อบุคคลมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตน และกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น การให้ความรู้ด้านโรคเบาหวานร่วมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วย โดยเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ใกล้ตัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจดจำเนื้อหาได้ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Rujikanjanarat et al. \(2018\)](#) พบว่า การนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่งผลให้มีความรู้เรื่องอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลของผู้ป่วย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกายและการดูแลตนเองได้ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่เมื่อผ่านช่วงเวลาการทดลองพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรม ได้เกิดความรับรู้และเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้และสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในการรับรู้ความสามารถตนเองทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีของ [Bandura \(1977\)](#) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง (Self-Efficacy) ได้แก่ การใช้ตัวแบบ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การชักจูงโดยใช้คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ วิธีการเสริมสร้างเหล่านี้ ส่งผลให้มีการปรับตัวและเกิดการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานยังสามารถนำประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาต่าง ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อเกิดการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ [Kowtrakul & Danpreeda \(2020\)](#) พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนมาใช้ในโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติดีขึ้นได้

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จหลาย ๆ ครั้ง จากการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง เสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ความสามารถของตนในการทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เพราะการใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่นเป็นสิ่งช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ และมีความเชื่อมั่นในการพฤติกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น โดยเริ่มจากผู้วิจัยให้ผู้ป่วย

ตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักถึงความสามารถของตนเองและต้องการที่จะทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ Bandura (1997) อธิบายว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นลงมือทำ และรักษาพฤติกรรมสุขภาพไว้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อบุคคลได้รับ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ซ้ำหลายครั้ง จะส่งผลให้เกิด แรงจูงใจและความเชื่อมั่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตรงกับวิธีการของผู้วิจัยที่ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองจริงหลายครั้ง ดังโปรแกรมนี้ที่ผสมทั้งศาสตร์การแพทย์แผนไทยและหลักการทางจิตวิทยาพฤติกรรม เช่น ทฤษฎีความสามารถแห่งตนเองของ Bandura และแนวคิดการตั้งเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผ่านกระบวนการฝึกฝน การให้แรงเสริมทางบวก และการเรียนรู้จากความสำเร็จที่จับต้องได้ในชีวิตจริงสอดคล้องกับ Petchthongkhao et al. (2023) พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้

4. ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยการบูรณาการ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ซึ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ การตั้งเป้าหมาย การฝึกปฏิบัติจริง และการใช้คำพูดชักจูงเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (self-efficacy) และสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1997) ในส่วนของศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่นำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สมุนไพร และสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ตามธาตุเจ้าเรือน และใช้สมุนไพรที่มีงานวิจัยรองรับว่าช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มะระขี้นกและฟ้าทะลายโจร (Supcharoen & Tangsukritai, 2010) การออกแบบโปรแกรมโดยอิงจากแนวคิดของ Bandura ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Mastery experiences) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social persuasion) มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว (Bandura, 1997) ซึ่งเมื่อพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตถูกปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม ก็ย่อมส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับงานวิจัย (Phanomsungwong et al., 2023) พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้

สรุปผล

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมไปปรับใช้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1. ควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพพระตำบลดงภูมิจึง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน นำโปรแกรมที่บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ใช้กิจกรรมแพทย์แผนไทย เช่น การนวด การใช้สมุนไพร ร่วมกับการให้ความรู้และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.2. พัฒนาและอบรมบุคลากรสาธารณสุข สนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งในสายแพทย์แผนไทย

และสายการแพทย์อื่น ได้รับการอบรมเพื่อเข้าใจการใช้แนวคิดทางจิตวิทยา เช่น ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลของโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระยะเวลาที่ต่างกัน เช่น 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น

2.2. จากโปรแกรมควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมด้วย ซึ่งเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย รวมทั้งให้ความร่วมมือในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย

References

- Achanupap, S. (2010). *General disease diagnosis and treatment manual 2: Disease, treatment, and prevention*. Bangkok: Holistic Publishing.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bangkok Hospital. (2020, June 30). *Diabetes and foot care*. <https://www.bangkokpattaya-hospital.com/th>
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychology and education*. New York: McGraw-Hill.
- Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2017). *Clinical practice guidelines for diabetes 2017*. Pathum Thani: Romyen Media Co., Ltd.
- Guideline Development Committee for Thai Traditional Medicine, Folk Medicine, and Alternative Medicine in Health Region 3. (2018, May 28). *Clinical practice guideline for Thai traditional medicine, folk medicine, and alternative medicine in Health Region 3*. http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf
- Kowtrakul N. and Danpreeda P. (2020). Effects of a self-efficacy promotion program on knowledge and prevention behavior of coronary artery disease in patients with type 2 diabetes. *Nursing Division Journal*, 47(2), 119–134.
- Petchthongkhao S. et al. (2023). Effect of a self-care promotion program on knowledge, perception, and self-care behavior among patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Lanna Public Health Journal*, 19(2), 88–101.
- Phanomsungwong P. et al. (2023). Effect of applying the 3E2S behavioral modification program integrated with Thai traditional medicine on blood sugar control in type 2 diabetes patients: A case study at Khlong Luang Hospital. *Journal of Health Research for Hospital and Community*, 1(2), 83–94.
- Rujikanjanarat K. et al. (2018). Application of a program integrating Thai traditional medicine in promoting health behavior among elderly patients with diabetes in Phetchaburi Province. *Royal Thai Army Medical Journal*, 71(3), 183–191.

- Sirithes P. and Thamseeha N. (2019). Self-efficacy theory and health care behavior among the elderly. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 20(2), 58–65.
- Strategy and Planning Division, Bureau of Non-Communicable Diseases. (2014). *Annual report 2014*. Bangkok: Printing Office of the War Veterans Organization of Thailand under the Royal Patronage.
- Supcharoen P. and Tangsukritai P. (2010 , September 25). *Thai wisdom: Thai traditional medicine and the care of diabetes patients*. www.moph.go.th/ops/doctor/drAugust43/tradition101.html

Original Article

FACTORS INFLUENCING SATISFACTION OF OUTPATIENT HEALTH SERVICES OF PRIVATE HOSPITALS IN CHONBURI PROVINCE

Lalita Lordkaew¹, Patchana Hengboriboonpong Jaidee^{2,*}

Received: July 15, 2024

Received: May 15, 2025

Accepted: May 30, 2025

^{1,2} Department of Fundamentals of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi 20131, Thailand

Corresponding author; E-mail: patchana@buu.ac.th *

Citation: Lordkaew L., Hengboriboonpong Jaidee P. (2025). Factors Influencing Satisfaction of Outpatient Health Services of Private Hospitals in Chonburi Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e15574.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Following the COVID-19 pandemic, private healthcare providers have increasingly played a prominent role within Thailand's healthcare system, highlighting the need for competitive awareness to improve service quality and timeliness. The cross-sectional descriptive study aimed to investigate the factors influencing patient satisfaction in the outpatient department of a private hospital in Chonburi province. The study sample comprised 419 patients who utilized outpatient services between October–December B.E. 2564, selected through quota random sampling. Data were collected using a validated questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. Results showed that the average satisfaction score was 58.68 ± 2.41 , with most participants reporting high satisfaction (86.9%) and moderate level (12.6%). Both marketing mix factors (7Ps) and service quality dimensions were positively correlated with outpatient satisfaction at a statistically significant level ($r = 0.121, 0.087, p < 0.001$, respectively). Key predictors of satisfaction included the marketing mix components of physical evidence ($\beta = 0.170$) product ($\beta = 0.148$) as well as the reliability of the service quality ($\beta = 0.138$) and tangibles ($\beta = 0.121$). These variables collectively predicted 12.2% of the patient satisfaction at the statistically significant level of 0.01. It is recommended that healthcare facilities enhance both tangible and intangible value within their service offerings to further improve patient satisfaction.

Keywords: Satisfaction; Marketing mix; Service quality; Private hospitals

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2567

แก้ไขล่าสุด: 15 พฤษภาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 30 พฤษภาคม 2568

อ้างอิง: ลลิตา หลอดแก้ว¹, พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี^{2,*} (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e15574.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ลลิตา หลอดแก้ว¹, พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี^{2,*}

^{1,2} สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20131, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: patchana@buu.ac.th

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้สถานบริการสุขภาพเอกชนมีบทบาทในระบบบริการสุขภาพไทยเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจบริการที่จำเป็นในเรื่องคุณภาพและระยะเวลาในการเข้ารับรักษา ดังนั้นความเข้าใจในการแข่งขันของตลาดบริการสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการได้ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า จำนวน 419 คน จากแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเฉลี่ย 58.68 ± 2.41 คะแนน โดยพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.6) ปัจจัยด้านส่วนผสมทางการตลาด (7Ps) และปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ สัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในของผู้รับบริการสุขภาพของแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.121, 0.087, p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยปัจจัยด้านส่วนผสมทางการตลาด ได้แก่ ด้านหลักฐานทางกายภาพ ($\beta = 0.170$) ด้านผลิตภัณฑ์ ($\beta = 0.148$) และปัจจัยด้านคุณภาพการบริการด้านความน่าเชื่อถือ ($\beta = 0.138$) ด้านรูปแบบของการบริการ ($\beta = 0.121$) ร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 12.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะต่อสถานบริการสุขภาพ คือ การยกระดับความพึงพอใจโดยเพิ่มคุณค่าของผลิตภัณฑ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ; ปัจจัยส่วนประกอบทางการตลาด; คุณภาพการบริการ; โรงพยาบาลเอกชน

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉมภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพที่ต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีการดำเนินการตามเงื่อนไขความเหมาะสมของสถานการณ์และขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน ไม่รวมถึงการเปิดกิจการที่พักรั่วคราวที่มีการดำเนินการแบบอิสระ (Sriratanaban et al., 2021)

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน เป็นธุรกิจที่มีการเติบโตแบบก้าวกระโดดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จากโครงสร้างประชากรและอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงข้อบังคับทางกฎหมายที่กำหนดให้ผู้ประกอบการต้องขึ้นทะเบียนลูกจ้างเป็นผู้ประกันตน ส่งผลให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มจากระบบประกันสังคม โดยมีผู้ประกันตนที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลสูงถึง 13.7 ล้านคน นอกจากนั้นธุรกิจโรงพยาบาลเป็นกลุ่มธุรกิจบริการที่ไม่อ่อนไหวต่อราคาและรายได้ จากการเป็นธุรกิจบริการที่จำเป็นและทดแทนไม่ได้ในเรื่องของคุณภาพและระยะเวลาการเข้ารับรักษา ส่งผลให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีอำนาจในการส่งผ่านราคาบริการได้ง่าย เป็นผลให้ค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชนมีทิศทางปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ผ่านมา (Songsraboon, 2022) และในปี พ.ศ. 2567 จากการสำรวจของศูนย์วิเคราะห์เศรษฐกิจที่เอ็มบีประเมินว่าธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้สูง 3.2 แสนล้านบาท ขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 จากปี พ.ศ. 2566 ทำให้มีรายได้รวม 3.1 แสนล้านบาท (Economic Analysis Center TTB., 2024)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า จำนวนผู้ใช้บริการสุขภาพที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเอกชนมีแนวโน้มลดลง (Academic Promotion and Government Standards Group, Department of Hospitals and Medical Practice, Ministry of Public Health, 2022) แต่ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2564 มีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 54.6 (National Statistical office, 2022) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ประชาชนต้องการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ สะดวก และรวดเร็ว

รวมถึงความไม่เข้าใจและความไม่พอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการ สะท้อนให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล (Pakdeevong, 2018) โดยเฉพาะธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาเรื่องคุณภาพและระยะเวลาในการเข้ารับรักษา ดังนั้นความเข้าใจในการแข่งขันของตลาดบริการสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการได้

ผู้วิจัยจึงสนใจจะทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์แนวคิดเรื่องส่วนประสมการตลาด (Marketing Mix) ซึ่งมีส่วนสำคัญในการวางกลยุทธ์ทางการตลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจที่มีการต้อนรับรับสัมผัส (Hospitality) เป็นหัวใจหลักในการทำธุรกิจ ซึ่งส่วนประสมการตลาด 7 อย่าง หรือ Marketing Mix 7P's (Kotler & Keller, 2016) ร่วมกับแนวคิดเรื่องคุณภาพของการบริการ (Service quality) ซึ่งคุณภาพการบริการ 5 ด้าน ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) ความเชื่อถือได้ (Assurance) ความมีตัวตน (Tangibles) ความเอาใจใส่ (Empathy) และการตอบสนองทันที (Responsiveness) ต่อความต้องการของผู้รับบริการ (Parasuraman et al., 1985) ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการวางแผนการพัฒนา และปรับปรุงระบบการบริการของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ บรรยากาศ สิ่งอำนวยความสะดวก บุคลากร และเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดและปัจจัยด้านการให้บริการกับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อประเมินอิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดและปัจจัยด้านการให้บริการมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) ระยะเวลาเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ที่มาใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ในโรงพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 44,211 คน (Chularat Cholvaej Hospital, 2020)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มาใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ใช้วิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรจากสูตร Yamane (1973) โดยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าจำนวน 396 คน แต่ผู้วิจัยได้ขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมอีก ร้อยละ 10.0 เพื่อให้มั่นใจว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้ จึงขอเก็บข้อมูลเป็น 448 คน และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota random sampling) เพื่อกระจายกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลา ได้แก่ ช่วงเช้า และช่วงบ่าย ตลอดสัปดาห์ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 448 คน เมื่อพิจารณาความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม พบว่ามีแบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนทั้งสิ้น 419 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.53 และมีจำนวนมากกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้มาใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ชลเวช อำเภอมะเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย Cronbach's alpha coefficient ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ด้านคุณภาพการบริการ จำนวน 13 ข้อ ประยุกต์มาจาก Nilaput (2018) โดยสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านรูปธรรมของการบริการ ด้านการตอบสนองความต้องการ ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และด้านการให้ความเชื่อมั่น ข้อคำถามเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นกำหนด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุดให้ 1 คะแนน โดยแบ่งตาม Best (1977) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) จำนวน 28 ข้อ ที่ประยุกต์มาจาก Rinkaewkan (2018) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ (Product) ด้านราคา (Price) ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) ด้านส่งเสริมการตลาด (Promotions) ด้านบุคลากร (People) ด้านหลักฐานทางกายภาพ (Physical Evidence) และด้านกระบวนการ (Process) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุดให้ 1 คะแนน โดยแบ่งตาม Best (1977) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านความ สะดวก ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านอรรถาธิบายของ ผู้ให้บริการ และด้านความสามารถของผู้ให้บริการ ประยุกต์มาจาก Rinkaewkan (2018) ข้อคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน จนถึงไม่พึงพอใจมากที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยแบ่งตาม Best (1977) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33) ผ่าน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ประสานงานขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

3.2 กำหนดระยะเวลาและจำนวนในการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง 448 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูล วันจันทร์-วันอาทิตย์ (7 วัน) แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือในช่วงเช้า 07.00 ถึง 12.00 น. และช่วง บ่ายเวลา 12.00 ถึง 17.00 น. (เฉลี่ยเก็บวันละ 64 คน/วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เข้ารับบริการ ณ เวลานั้น)

3.3 ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินกิจกรรมและจัดเก็บข้อมูล หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามมาประมวลผลและ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความพึงพอใจของ รายได้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนประสม ทางการตลาด ปัจจัยคุณภาพบริการ และความพึงพอใจ ในการใช้บริการ ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนประสมทางการตลาด ปัจจัยคุณภาพบริการ และ ความพึงพอใจในการใช้บริการ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้

สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-moment Correlation) และการพัฒนาสมการ ทำนายโดยใช้การหาค่าถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อพยากรณ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริการ กับปัจจัยส่วนผสมทางการตลาด (7Ps) ที่มีอิทธิพลต่อความ พึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยวิธีลงชื่อในเอกสารยินยอม ในการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ภายหลังจากได้รับ ข้อมูลจากเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และการได้รับ ข้อมูลวิจัยจากคณะผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว และข้อมูลที่ได้จาก การกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไป วิเคราะห์ในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2564 ตามรหัส โครงการวิจัย G-HS 030/2564 เอกสารรองรับเลขที่ IRB3-070/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่มาใช้บริการสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 419 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.1) อายุเฉลี่ย 33.33 (± 10.25) มีระดับการศึกษา ปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 63.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด (ร้อยละ 72.6) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน มากที่สุด (ร้อยละ 30.3) มีรายได้ต่อเดือน 15,000-25,000 มากที่สุด (ร้อยละ 51.1) และส่วนใหญ่มีรายได้ที่ได้รับ เพียงพอต่อการดำรงชีพแต่ไม่พอเหลือสำหรับเก็บออม (ร้อยละ 54.4)

2. ข้อมูลด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ใช้บริการ สุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ในจังหวัดชลบุรี มีระดับความพึงพอใจภาพรวมในระดับสูง (ร้อยละ 86.9) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.6) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.5) โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 58.68 ± 2.41 คะแนนความพึงพอใจสูงสุด 65.0 คะแนนและต่ำที่สุด คือ 39.0 คะแนน

3. ข้อมูลปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ (Service quality factors) พบว่า ผู้ใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก

มีความพึงพอใจด้านการให้ความเชื่อมั่นระดับสูง (ร้อยละ 73.7) ด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจระดับสูง (ร้อยละ 42.0) ด้านความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.5) ด้านรูปธรรมของการบริการระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.0) และด้านการตอบสนองความต้องการระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.5) ตามลำดับ (Table 1)

Table 1: Results of data analysis on satisfaction levels with service quality factors of health service recipients in the outpatient department of a private hospital in Chonburi Province

Service quality factors	$\bar{X}$	SD	Min-Max	Satisfaction level regarding service quality factors		
				High	Medium	Low
Tangibility	18.35	1.04	12-20	43 (10.3)	373 (89.0)	3 (0.7)
Reliability	13.43	0.87	9-15	40 (9.5)	375 (89.5)	4 (1.0)
Responsiveness	13.51	0.96	9-15	66 (15.8)	350 (83.5)	3 (0.7)
Assurance	8.98	0.73	6-10	309 (73.7)	108 (25.8)	2 (0.5)
Empathy	4.41	0.50	3-5	176 (42.0)	240 (57.3)	3 (0.7)

4. ข้อมูลปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) พบว่า ผู้ใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี มีระดับความพึงพอใจต่อปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7Ps) ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.7) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจด้านบุคลากร (ร้อยละ 94.0) ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย (ร้อยละ 84.7) ด้านกระบวนการ (ร้อยละ 75.4) ด้านการส่งเสริมการตลาด (ร้อยละ 57.5) ด้านผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 56.3) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และด้านหลักฐานทางกายภาพ (ร้อยละ 62.8) ด้านราคา (ร้อยละ 57.3) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ (Table 2)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการบริการและปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (7P) กับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ พบว่าปัจจัยด้านคุณภาพการบริการในภาพรวม ($r = 0.287$, $p < 0.001$) และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดในภาพรวม ($r = 0.311$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ ด้านรูปธรรมของการบริการ มีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r = 0.231$, $p < 0.001$) และปัจจัยด้านด้านหลักฐานทางกายภาพ ค่าความสัมพันธ์มากที่สุด ($r = 0.234$, $p < 0.001$) (Table 3)

Table 2: Results of data analysis on satisfaction level with marketing mix factors (7Ps) of outpatient health service recipients. of a private hospital in Chonburi Province

Marketing mix factors (7Ps)	$\bar{x}$	SD	Min-Max	Satisfaction level regarding marketing mix factors (7Ps)		
				High	Medium	Low
Product	17.69	1.09	12-20	236 (56.3)	182 (43.4)	1 (0.2)
Price	13.28	1.03	6-15	175 (41.8)	240 (57.3)	4 (1.0)
Place	13.37	0.93	8-15	355 (84.7)	61 (14.6)	3 (0.7)
Promotions	13.63	1.01	9-15	241 (57.7)	173 (41.3)	5 (1.2)
People	23.12	1.17	15-25	394 (94.0)	24 (5.7)	1 (0.2)
Physical Evidence	27.01	1.37	18-30	154 (36.8)	263 (62.8)	2 (0.5)
Process	22.32	1.33	15-25	316 (75.4)	99 (23.6)	2 (0.5)

Table 3: The relationship between service quality factors and marketing mix factors (7P) that influence the satisfaction of outpatient health service recipients. of a private hospital in Chonburi Province

Satisfaction	Pearson's correlation	
	r	p-value
Service quality factors	0.287**	<0.001
Tangibility	0.231**	<0.001
Reliability	0.197**	<0.001
Responsiveness	0.132**	0.003
Assurance	0.123**	0.006
Empathy	0.121**	0.006
Marketing mix factors (7Ps)	0.311**	<0.001
Product	0.225**	<0.001
Price	0.138**	0.002
Place	0.087*	0.038
Promotions	0.113*	0.010
People	0.195**	<0.001
Physical Evidence	0.234**	<0.001
Process	0.182**	<0.001

** Statistical significance at the .01 level

6. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด: ด้านหลักฐาน

ทางกายภาพ ($\beta = 0.170$) ด้านผลิตภัณฑ์ ($\beta = 0.148$) ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ: ด้านความน่าเชื่อถือ ($\beta = 0.138$) และด้านรูปธรรมของการบริการ ($\beta = 0.121$) ร่วมกันทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 12.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Table 4)

Table 4: Analysis of service quality factors and marketing mix factors (7P) that influence satisfaction in using outpatient health services in a private hospital. of Chonburi Province

Factors predicting satisfaction	B	SE	Beta (β)	t	p-value	VIF
Marketing mix factors (7Ps): Physical Evidence	0.145	0.041	0.170	3.543	<0.001	1.092
Marketing mix factors (7Ps): Product	0.158	0.051	0.148	3.102	0.002	1.089
Service quality factors: Reliability	0.185	0.063	0.138	2.940	0.003	1.053
Service quality factors: Tangibility	0.136	0.056	0.121	2.452	0.015	1.159

$R = 0.360$; $R^2 = 0.130$; $R^2 \text{ adj} = 0.122$; $F = 15.458$; $p\text{-value} < 0.001$

อภิปรายผล

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.9 ($\bar{X}=58.68$, $SD=2.41$) โดยผู้รับบริการมีความมั่นใจในบริการ (Assurance) อาจเนื่องมาจากบุคลากรสุขภาพที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถให้บริการด้วยความสุภาพ มีกิริยามารยาทที่ดี แสดงออกถึงความเข้าใจและการเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Empathy) ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) อีกทั้งสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ มีความพร้อม ครบถ้วนและสะดวกต่อการใช้งาน แสดงถึงรูปธรรมของบริการที่ผู้รับบริการสามารถสัมผัสได้ (Tangible) นำไปสู่บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยทั้งในประเทศไทย (Dawangpa & Phaktoop, 2017) และในต่างประเทศ (Alibrandi et al., 2023) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นเข้าถึงบริการสุขภาพ ขณะรับบริการผ่านบุคลากรสภาพแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ด้านสุขภาพ และบริการหลังการขาย โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพบริการให้เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการในภาพรวม ($r=0.287$, $p < 0.001$) และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดในภาพรวม ($r=0.311$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ ด้านรูปธรรมของการบริการ มีค่าความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.231$, $p < 0.001$) และปัจจัยด้านด้านหลักฐานทางกายภาพ ค่าความสัมพันธ์มากที่สุด ($r=0.234$, $p < 0.001$) เนื่องจากการที่โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา มีการบริการที่เป็นมาตรฐาน สะอาด ปลอดภัย มีความน่าเชื่อถือก็จะส่งผลให้ผู้มาใช้บริการเกิดความพึงพอใจและเลือกมาใช้บริการ เพราะเชื่อถือ เชื่อมั่นในแบรนด์ รองลงมาเป็นปัจจัยด้านหลักฐานทางกายภาพ ($r=0.145$, $p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ การที่โรงพยาบาลมี สิ่งอำนวยความสะดวก ป้ายบอกจุดบริการ ป้ายประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เพราะเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยผู้รับบริการต้องการเข้าถึงแหล่งบริการโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะช่วยลดความตึงเครียดลงได้ สอดคล้องกับ Savakeviharee (2017)

ซึ่งกล่าวว่า ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และความชำนาญของบุคลากร มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดีมากที่สุด ประกอบด้วย การให้บริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน การให้บริการมีคุณภาพ มีเทคโนโลยีรองรับการให้บริการในหน่วยต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ โรงพยาบาลมีชื่อเสียง มีบริการที่หลากหลาย มีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ความสามารถ ให้บริการอย่างมืออาชีพ แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดมีความชำนาญในการให้บริการ เนื่องจากผู้รับบริการในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยและญาติซึ่งมีความกังวลใจต่อการเข้ามารับบริการจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผู้รับบริการจึงมีความคาดหวังสูงกับการบริการในโรงพยาบาล จึงต้องการความเอาใจใส่รับฟังปัญหา และตอบข้อสงสัยต่าง ๆ จากบุคลากรทั้งแพทย์ และเจ้าหน้าที่ และปัจจัยด้านหลักฐานทางกายภาพ มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจากการมีเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการมีความสะอาด โรงพยาบาลมีความสะอาด มีป้ายบอกทางที่ชัดเจน ภายในโรงพยาบาลมีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย (ห้องน้ำสำหรับผู้ใช้รถเข็น หรือลิฟต์โดยสาร) อย่างเพียงพอ และมีห้องตรวจ รวมถึงสถานที่พักคอยที่เพียงพอ เนื่องจากผู้รับบริการมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วย การมีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครันช่วยให้ผู้ใช้บริการลดความตึงเครียดจากอาการเจ็บป่วย และเป็นการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้รถเข็นในการเคลื่อนย้ายอีกด้วย

ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด: ด้านหลักฐานทางกายภาพ ($\beta = 0.170$) ด้านผลิตภัณฑ์ ($\beta = 0.148$) ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ: ด้านความน่าเชื่อถือ ($\beta = 0.138$) และด้านรูปธรรมของการบริการ ($\beta = 0.121$) โดยร่วมกันทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 12.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ Nilaput (2018) ซึ่งกล่าวว่า คุณภาพการให้บริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์เท่ากับ 0.685 กล่าวคือ เมื่อผู้รับบริการเกิดความเจ็บป่วยและได้เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล สิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังคือการหายจากการเจ็บป่วยและทราบ

สาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น เมื่อโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางอย่างครบถ้วน แพทย์มีความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษาและสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ ทำให้ผู้รับบริการทราบถึงภาวะการเจ็บป่วยรวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวในการเจ็บป่วยนั้น ๆ อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้รับบริการหายจากการเจ็บป่วย เกิดความน่าเชื่อถือในการรักษา ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจใจการที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำอีกครั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในอนาคต และคุณภาพการให้บริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการรองลงมา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สรุปผล

ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ และด้านรูปธรรมของการบริการ ร่วมกับปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ และด้านหลักฐานทางกายภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพของแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ปัจจัยส่วนประสมการตลาด ด้านการส่งเสริมการตลาดมีระดับที่น้อยที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มกิจกรรมทางการตลาดที่นอกเหนือจากการประชาสัมพันธ์การโฆษณา เพื่อให้ผู้มาใช้บริการสุขภาพเกิดการอยากซื้อหรือเพื่อเพิ่มยอดขายได้ของโรงพยาบาลควรมีการประชาสัมพันธ์และจัดทำสื่อโฆษณามากขึ้น (Digital Marketing) เพิ่มช่องทางการติดต่อและช่องทางการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น (Social online) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น

1.2 ปัจจัยด้านคุณภาพบริการในด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจมีระดับที่น้อยที่สุด ดังนั้นควรมีการฝึกอบรม การศึกษาต่อยอดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะทางวิชาการในสาขาวิชาชีพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและการทำงาน แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ และปลูกฝังแนวคิด Service

mind ของการเป็นผู้ให้บริการ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ การพัฒนาบุคลากรถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคลากร มีความพร้อมและความสามารถในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้รวดเร็วยิ่งขึ้น

1.3 ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดและปัจจัยด้านคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในด้านผลิตภัณฑ์ ด้านหลักฐานทางกายภาพ ด้านรูปธรรมของการบริการ และด้านความน่าเชื่อถือ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ดังนั้นสถานพยาบาลควรมุ่งเน้นเพิ่มคุณค่าที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ในตัวผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาคุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกครั้งต่อไป อาจพิจารณาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในแผนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเพาะเจาะจงกับงานบริการของแผนกนั้น ๆ และแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

2.2 ควรมีการศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการ และเกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนา

2.3 ควรทำการศึกษากลยุทธ์การตลาดที่เน้นการใช้เครื่องมือเพื่อสื่อสารกับผู้บริโภคสมัยใหม่ ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างกำไรแบบสูงสุดบนความพึงพอใจของผู้บริโภค อีกทั้งยังเป็นแผนการตลาดที่พร้อมต่อการรับมือของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้บริโภค ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการวางแผนพัฒนาธุรกิจโรงพยาบาลได้

References

- Academic Promotion and Government Standards Group, Department of Hospitals and Medical Practice, Ministry of Public Health. (2022). *Information, knowledge, analysis about the medical industry in Thailand. Overview of the medical service business in Thailand.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Alibrandi A. et al. (2023). Patient satisfaction and quality of hospital care. *Evaluation and Program Planning*, 97(2023), e102251.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. 3rd edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Chularat Cholvaej Hospital. (2020). *Performance of the medical records department [Presentation]*. Head quality control meeting, Chonburi: Chularat Cholvaej Hospital.
- Dawangpa J. and Phaktoop M. (2017). Quality of nursing care as expected and perceived by social security patients in one private hospital in Bangkok. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(2), 215-266.
- Economic Analysis Center TTB. (2024, July 27). *Evaluating private hospital business in 2024, generating income of 3 2 2 billion baht.* <https://www.ttbbank.com/th/newsroom/detail/tba-private-hospital-business-2024>
- Kotler P. and Keller K.L. (2016). *Marketing Management*. Global edition: Pearson: Prentice-Hall, Inc.
- National Statistical office. (2022). *The 2022 Private Hospital Survey. Summary of important information about hospitals and private hospitals*, Bangkok: Ministry of digital economy and society.
- Nilaput, R. (2018). *Service Quality and Satisfaction Related to Customer's Repurchase at Paolo Rangsit Hospital Service*. [Master of Business Administration Thesis, Major in General Management]. Bangkok. Rajamangala University of Technology Thanyaburi.
- Pakdeevong, A. (2018). *Survey of service recipients' satisfaction with the services of Banphaeo Hospital (Public Organization), outpatient services, inpatient services and community services, fiscal year 2018*. [Thesis of Bachelor of Science Statistics]. Silpakorn University

- Parasuraman A., Zeithaml V.A. and Berry L.L. (1985).
A conceptual model of service quality and
it's implication. *Journal of Marketing*,
49(Fall), 41-50.
- Rinkaewkan, R. (2018). Marketing Mix (7Ps) and
Service Factors Affecting to the Satisfaction
of Patients of Huachiew Traditional Chinese
Medicine Clinic in Bangkok. *Journal of
Business Administration and Social Sciences
Ramkhamhaeng University*, 2(1), 92-108.
- Savakeviharee, N. (2017). *Factors affecting
Ramathibodi hospital consumer satisfaction*.
[The Thesis of Master of Business administration
faculty of Commerce and accountancy].
Bangkok: Thammasat University.
- Songsraboon, R. (2022). Indicators of total service
quality of private hospitals in Thailand.
Journal of Arts Management, 6(1), 471-481.
- Sriratanaban J. et al. (2021). *The preparedness and
responses of the health services system to
the COVID-19 crisis in Thailand: Hospital
operation and economic and social impacts
within the boundary of the health services
system*. Nonthaburi: Health systems
research institute.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory
analysis*. London: John weather Hill, Inc.

Original Article

EFFECTS OF CONTROLLING HYPERTENSION PROGRAMS ACCORDING TO HEALTH BELIEFS
CONCEPT AFFECTING CONTROLLING HYPERTENSION BEHAVIORS OF THE PATIENTS AT
HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN PLUAKDAENG DISTRICT RAYONG PROVINCEPhantida Phongphithak ^{1,*}, Aimutcha Wattanaburanon ²

Received: February 02, 2025

^{1,2} Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi 20130, Thailand

Received: July 25, 2025

Corresponding author; E-mail: 62920266@go.buu.ac.th*

Accepted: August 13, 2025

Citation: Phongphithak P., Wattanaburanon A. (2025). Effects of Controlling Hypertension Programs According to Health Beliefs Concept Affecting Controlling Hypertension Behaviors of the Patients at Health Promoting Hospital in Pluakdaeng District Rayong Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e16270.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Hypertension is a major public health concern worldwide, including in Thailand. Without proper treatment and lifestyle modification, individuals with hypertension face a twofold increased risk of myocardial infarction and a fourfold increased risk of stroke. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a hypertension control program, based on the Health Belief Model, on self-care behaviors among hypertensive patients in a sub-district health-promoting hospital in Pluak Daeng District, Rayong Province. The sample consisted of 64 hypertensive patients, divided into an experimental group ($n = 32$) and a control group ($n = 32$). The experimental group received the hypertension control program over a six-week period. Data were collected using questionnaires and analyzed with descriptive statistics and inferential statistics, including paired samples t-test, independent samples t-test, and repeated measures ANOVA. The results revealed that, after the intervention, the experimental group showed a statistically significant improvement in overall self-care behavior scores compared to both baseline and the control group ($p < 0.001$). Regarding blood pressure control, the experimental group demonstrated a significant reduction in mean blood pressure from 146.19/93.56 mmHg before the intervention to 130.22/79.53 mmHg after the intervention, and further to 129.53/77.94 mmHg during follow-up ($p < 0.001$). The findings indicate that the behavioral modification program was effective in promoting appropriate health behaviors and in reducing blood pressure among hypertensive patients.

Keywords: Self-care behaviors; Behavioral modification program;
Blood pressure control; Health promotion

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง

รับบทความ: 02 กุมภาพันธ์ 2568

แก้ไขล่าสุด: 25 กรกฎาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 13 สิงหาคม 2568

พรรณธิดา พงษ์พิทักษ์^{1,*}, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์²

^{1,2} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20130, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: 62920266@go.buu.ac.th *

อ้างอิง: พรรณธิดา พงษ์พิทักษ์, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์. (2568). ผลของการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e16270.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกและรวมถึงประเทศไทย หากไม่ได้รับการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Simple t-test, Independent Simple t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated Measure ANOVA ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) การควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 146.19/93.56 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 130.22/79.53 มิลลิเมตรปรอท และระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ย 129.53/77.94 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง; โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม;
การควบคุมระดับความดันโลหิต; การส่งเสริมสุขภาพ

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคน มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เกือบ 1,000 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีสัญญาณเตือน ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษา จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า (Department of Disease Control, Non-Communicable Diseases Division, 2019)

สำหรับสถานการณ์อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในประเทศไทย พบว่า ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 766,097 ราย ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 690,783 ราย ปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 682,104 ราย ปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 736,742 ราย และ ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 703,210 ราย มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 685,250 ราย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ซึ่งไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health (2022) ซึ่งสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในจังหวัดระยอง ย้อนหลัง 5 ปี พบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 8,113 ราย ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 7,289 ราย ปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 8,422 ราย ปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 8,727 ราย และปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 8,179 ราย มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 40,730 ราย (Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health (2022) ซึ่งในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง มีทั้งหมด 10 ตำบล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 3 ตำบล ดังนี้ อันดับ 1 ตำบลมายางพร มีจำนวนมากที่สุด 892 ราย ตำบลแม่ น้ำคู้ 680 ราย และตำบลหนองบอน 527 ราย ตามลำดับ (Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health. (2020, May 10) เขตอำเภอปลวกแดง

จังหวัดระยอง เป็นพื้นที่เขตอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ประชาชนส่วนมากทำงานในอุตสาหกรรม จะมาพบแพทย์เมื่อตอนมีอาการผิดปกติเท่านั้น อีกทั้งยังขาดความรู้ในดูแลสุขภาพของตนเองและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยพัฒนามาจาก Rosenstock (1988) มาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคในการลดอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวทางการในการปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ตลอดจนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะนำไปสู่การชักนำไปสู่การปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดโปรแกรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในอำเภอปลวกแดง รวมถึงประชากรแฝงที่ย้ายมาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบเข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคความดันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำค่า ความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) มีการประเมินผล ก่อนและหลังจัดกิจกรรมโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของทั้ง 2 กลุ่ม โดยในกลุ่มทดลองมีการจัด กิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 และติดตามผลในกลุ่มทดลองภายหลังการจัดกิจกรรม (Follow-up) 1 เดือน

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่จัด อยู่ในกลุ่มป้องกันจราจรชีวิตสี่เหลี่ยมที่มีค่าระดับความดันโลหิตคือ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 64 คน โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมคือผู้ป่วย ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง ในช่วงเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565

1.2 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี เปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.08 จากนั้น เปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย

ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 เพื่อป้องกันการ สูญหายของข้อมูล ทั้งหมด 64 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 32 ราย

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง มีประวัติการเข้ารับการรักษาระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่มีอายุ 40-50 ปี
- 2) ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่จัดอยู่ในกลุ่มป้องกันจราจรชีวิตสี่เหลี่ยมที่มีค่าระดับความดันโลหิต คือ 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท
- 3) สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และมีเวลาในการร่วมทำกิจกรรมกับทางผู้ทำวิจัย มีการสื่อสารภาษาไทยได้ดี สมควรใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายและผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ได้มีการสร้างกลุ่มไลน์ชื่อ “งานวิจัย รพ.สต.บ้านมายางพร” มีการจัดกิจกรรมในรูปแบบ Online จำนวน 3 ครั้ง และ Onsite จำนวน 3 ครั้ง ผู้วิจัยได้มีการวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่ม และแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมให้นำไปบันทึกที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกัน มารู้จักโรคความดันโลหิตสูงกันเถอะ (รูปแบบ Online) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการ สาเหตุการเกิดโรค วิธีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นคลิปวิดีโอความดันโลหิตสูง

ประตูละคร (Mahidol University Channel, 2019) โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง บอกวิธีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) วิเคราะห์สาเหตุของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (Perceived severity) และให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายวิธีการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

กิจกรรมที่ 2 กินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค (รูปแบบ Onsite) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสมุนไพรที่ช่วยลดความดันโลหิต โดยแพทย์แผนไทย รพ.สต.บ้านมาบยางพร และโดยผู้วิจัยได้เสนอเมนูที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบวิเคราะห์เมนูอาหารที่มีประโยชน์และไม่มีประโยชน์ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

กิจกรรมที่ 3 ลดเครียด ลดโรค (รูปแบบ Online) ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความสุขและความกังวลใจของตนเองในไลน์กลุ่มโดยเขียนในใบงานที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอคลิปวิดีโอ นานั่งสมาธิ 10 นาที (ช่วยให้จิตใจสงบง่ายขึ้น) ทำทุกวันชีวิตดีขึ้น พลิกชีวิตจากร้ายกลายเป็นดี (100% Organic Sound Channel, 2020) เกี่ยวกับการจัดการความเครียดและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ โดยมีกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความสุขและความกังวลใจที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเขียนในใบงานที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นและได้นำเสนอคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบและได้ร่วมกันอภิปรายถึงประโยชน์ของการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

กิจกรรมที่ 4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (รูปแบบ Onsite) ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์อุปสรรคการออกกำลังกาย จากนั้นมีการสาธิตการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยผู้วิจัยและอภิปรายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีการจัดกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยสาธิตวิธีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

กิจกรรมที่ 5 กินยาถูกวิธี ชีวีมีสุข (รูปแบบ Onsite) ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหาของการรับประทานยา และร่วมกันทำปฏิทินการรับประทานยาของตนเอง

กิจกรรมที่ 6 เรามาพบแพทย์กันเถอะ (รูปแบบ Online) ผู้วิจัยได้เชิญแพทย์เข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทดลองพูดคุยกันเพื่อซักถามและหาแนวทางในการรักษาต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และให้กลุ่มตัวอย่างบอกข้อดีและข้อเสียของการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย การได้รับข้อความข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การไปพบแพทย์ตามนัด หากท่านลืมทานยามีวิธีการอย่างไร ระดับความดันโลหิต และโรคประจำตัวอื่น ๆ ลักษณะของข้อความคำถามเป็นการเลือกคำตอบและเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร

จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ คะแนนรวม 24-38 คะแนน ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ คะแนนรวม 17-27 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ คำถามเชิงบวก 8 ข้อ คะแนนรวม 15-24 คะแนน ด้านการรับประทานยา จำนวน 7 ข้อ คำถามเชิงบวก 2 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ คะแนนรวม 14-21 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ (7 ครั้ง/สัปดาห์)	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	3	2
ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์)	2	3
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จากงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2562 โดยผู้ให้คำนิยามองค์ประกอบของพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ท่าน และได้สรุปองค์ประกอบจากงานวิจัยด้านพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด นำมารวบรวมเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ ด้านการรับประทาน อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่เหมาะสมและการพบแพทย์

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ท่าน ผ่านการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยคำถามแต่ละข้อ ต้องมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในอำเภอปลวกแดง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ≥ 0.70 ขึ้นไป แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่ม

ทดลอง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 32 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีการเก็บข้อมูลและเปรียบเทียบคะแนน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) และติดตามผลภายหลังการจัดกิจกรรม (Follow-up) 1 เดือน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 1 มีการวัดระดับความดันโลหิตโดยผู้วิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 15 นาที และบันทึกความดันโลหิตลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

4.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมชี้แจงการดำเนินการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกัน มารู้จักโรคความดันโลหิตสูงกันเถอะ (รูปแบบ Online) ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 กินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค (รูปแบบ Onsite) ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ลดเค็มน้อย ลดโรค (รูปแบบ Online) ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ออกกำลังกายบ้าง เพื่อสุขภาพ ไล่ความดันโลหิตสูง (รูปแบบ Onsite) ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 กินยาถูกวิธี ชีวิตมีสุข (รูปแบบ Onsite) ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 เรามาพบแพทย์กันเถอะ (รูปแบบ Online) ใช้เวลา 60 นาที และวัดระยะติดตามผล 1 เดือน โดยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้วัดความดันโลหิตให้ โดยจะมีการวัด 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 15 นาที

4.2 หลังได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย หลังจากทำกิจกรรม 6 สัปดาห์ ติดตามผลในกลุ่มทดลองภายหลังการจัดกิจกรรม (Follow-up) 1 เดือน

4.3 การดำเนินการในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จากนั้นทำแบบสอบถามพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ในกรณีตัวแปรต่อเนื่องโดยใช้สถิติ Independent samples t-test และกรณีตัวแปรกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square Test กำหนดนัยสำคัญ $\alpha=0.05$

5.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดนัยสำคัญ $\alpha=0.05$

5.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired-Samples t-test กำหนดนัยสำคัญ $\alpha=0.05$

5.5 วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA กำหนดนัยสำคัญ $\alpha=0.05$

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ใบรับรอง G-HS 117/2563 วันที่รับรอง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยถามความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หลังได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย (Pre-test) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Characteristics) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง จากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงใน Table 1

Table 1: Baseline Characteristics of Hypertensive Patients in the Experimental and Control Groups

Personal Characteristics	Experimental Group (n=32) n (%)	Control Group (n=32) n (%)	P-value
Sex			0.059*
Female	5 (15.6)	12 (37.5)	
Male	27 (84.4)	20 (62.5)	
Age (years)	Mean = 52.63, SD = 7.930 Max = 66, Min = 35	Mean = 47.06, SD = 4.543 Max = 56, Min = 41	0.104**
Marital Status			0.290*
Married	25 (78.1)	20 (62.5)	
Widowed	4 (12.5)	9 (28.1)	
Divorced/Separated	3 (9.4)	3 (9.4)	
Educational Level			0.102*
Primary School	0 (0)	9 (28.1)	
Secondary School	17 (53.1)	18 (56.3)	
Diploma	11 (34.4)	5 (15.6)	
Bachelor's Degree	4 (12.5)	0 (0)	
Average Monthly Income (THB)	Mean =12109.38, SD=3301.35 Max = 18000, Min = 8000	Mean =12234.38, SD=3971.64 Max = 21000, Min = 4500	0.485**
Occupation			0.154*
Unemployed	0 (0)	4 (12.5)	
Farmer	6 (18.8)	3 (9.4)	
Daily Wage Worker	16 (50)	17 (53.1)	
Vendor	10 (31.3)	8 (25)	
Duration of Illness (years)			0.376**
1–3 years	18 (56.3)	12 (37.5)	
4–6 years	12 (37.5)	20 (62.5)	
7–9 years	2 (6.2)	0 (0)	
Sources of Health Information Received			0.086*
Mobile phone	27 (84.4)	31 (96.9)	
Television	5 (15.6)	1 (3.1)	
Attending Scheduled Doctor Appointments			0.100*
Always attend appointments	32 (100)	32 (100)	

Table 1: (Continuous)

Personal Characteristics	Experimental Group (n=32) n (%)	Control Group (n=32) n (%)	P-value
Actions Taken When Forgetting to Take Medication			0.792*
Use mobile phone alarm reminders	20 (62.5)	22 (68.8)	
Family member or others provide reminders	12 (37.5)	10 (31.2)	
Comorbidities			0.195*
Diabetes mellitus	13 (40.6)	15 (46.9)	
Hyperlipidemia	16 (50)	16 (50)	
Gout	3 (9.4)	1 (3.1)	

* Chi-Square Test, ** Independent simples t-test

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

ก่อนการทดลอง (Before) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม (Overall Hypertension Control Behaviors) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านการออกกำลังกาย (Exercise Behaviors) และด้านการรับประทานยา (Medication-taking Behaviors) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังแสดงใน (Table 2)

หลังการทดลอง (After) พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม (Overall Hypertension Control Behaviors) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงพฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional Management) ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงใน (Table 2)

Table 2: Comparison of Mean Scores for Hypertension Control Behaviors Between the Experimental and Control Groups Before and After the Intervention (Independent Samples t-test)

Variables	Experimental(n=32)	Control(n=32)	Mean ($\bar{x}$)	Numerical criteria = 0	
	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Difference	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	P-value
Overall Hypertension Control Behaviors					
Before	79.47 $\pm$ 3.07	78.97 $\pm$ 3.60	0.50	-1.17 to 2.17	0.552
After	93.06 $\pm$ 2.79	80.16 $\pm$ 3.59	12.90	11.29 to 14.51	< 0.001
Dietary Behaviors					
Before	33.00 $\pm$ 2.03	34.03 $\pm$ 2.18	1.03	0.21 to 2.08	0.055
After	34.34 $\pm$ 1.81	34.22 $\pm$ 2.52	0.13	-0.98 to 1.22	0.827

Table 2: (Continuous)

Variables	Experimental(n=32)	Control(n=32)	Mean ($\bar{x}$)	Numerical criteria = 0	
	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Difference	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	P-value
Emotional Management					
Before	18.34 $\pm$ 2.18	18.72 $\pm$ 2.13	0.38	0.70 to 1.45	0.489
After	19.59 $\pm$ 1.83	18.69 $\pm$ 1.82	0.91	-0.01 to 1.82	0.051
Exercise Behaviors					
Before	16.75 $\pm$ 2.13	14.50 $\pm$ 2.03	2.25	1.21 to 3.29	< 0.001
After	28.72 $\pm$ 1.53	15.03 $\pm$ 2.09	13.69	12.77 to 14.60	< 0.001
Medication-taking Behaviors					
Before	11.38 $\pm$ 1.07	12.22 $\pm$ 1.41	0.84	0.22 to 1.47	0.009
After	10.41 $\pm$ 0.50	11.72 $\pm$ 1.53	1.31	0.74 to 1.89	< 0.001

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง (Experimental) พบว่า ภายหลัง การทดลอง (After) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม (Overall Hypertension Control Behaviors) สูงกว่าก่อนทดลอง (Before) มีค่าเฉลี่ย คะแนนแตกต่างกัน ($\bar{x}_{diff}$) เท่ากับ 13.59 ค่าความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 12.56 to 14.63, P-value < 0.001 เมื่อ พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคความ ดันโลหิตสูงทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียดดัง แสดงใน (Table 3)

กลุ่มควบคุม (Control) พบว่า ภายหลังการ ทดลอง (After) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการ ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม (Overall Hypertension Control Behaviors) สูงกว่าก่อนทดลอง (Before) มีค่าเฉลี่ย คะแนนแตกต่างกัน ($\bar{x}_{diff}$) เท่ากับ 1.19 ค่าความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 0.31 to 2.07, P-value < 0.05 เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า มีเพียงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (Exercise Behaviors) และด้านการรับประทานยา (Medication-taking Behaviors) มีค่าเฉลี่ยคะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) รายละเอียดดังแสดงใน (Table 3)

Table 3: Comparison of Mean Scores for Hypertension Control Behaviors Within the Experimental and Control Groups Before and After the Intervention (Paired Samples t-test)

Variables	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	$\bar{x}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	P-value
Overall Hypertension Control Behaviors					
Experimental(n=32)	79.47 $\pm$ 3.07	93.06 $\pm$ 2.79	13.59 $\pm$ 2.87	12.56 to 14.63	< 0.001
Control(n=32)	78.97 $\pm$ 3.60	80.16 $\pm$ 3.59	1.19 $\pm$ 2.43	0.31 to 2.07	0.009

Table 3: (Continuous)

Variables	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	Mean ($\bar{x}$) $\pm$ SD	$\bar{x}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	P-value
Dietary Behaviors					
Experimental(n=32)	33.00 $\pm$ 2.03	34.34 $\pm$ 1.18	1.34 $\pm$ 1.60	0.77 to 1.92	< 0.001
Control(n=32)	34.03 $\pm$ 2.18	34.22 $\pm$ 2.52	0.19 $\pm$ 1.28	0.65 to 0.83	0.414
Emotional Management					
Experimental(n=32)	18.34 $\pm$ 2.18	19.59 $\pm$ 1.83	1.25 $\pm$ 1.78	0.61 to 1.89	< 0.001
Control(n=32)	18.72 $\pm$ 2.13	18.69 $\pm$ 1.82	0.03 $\pm$ 1.20	-0.40 to 0.47	0.884
Exercise Behaviors					
Experimental(n=32)	16.75 $\pm$ 2.13	28.72 $\pm$ 1.53	11.97 $\pm$ 2.36	11.12 to 12.82	< 0.001
Control(n=32)	14.50 $\pm$ 2.03	15.03 $\pm$ 2.09	0.53 $\pm$ 0.95	0.19 to 0.87	0.003
Medication-taking Behaviors					
Experimental(n=32)	10.14 $\pm$ 0.50	11.38 $\pm$ 1.07	0.97 $\pm$ 0.18	0.61 to 1.33	< 0.001
Control(n=32)	11.72 $\pm$ 1.53	12.22 $\pm$ 1.41	0.50 $\pm$ 0.95	0.16 $\pm$ 0.84	0.006

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม (1 เดือน) พบว่า ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนการทดลอง (Pre-test) เท่ากับ 146.19/93.56 mmHg

หลังการทดลอง (Post-test) เท่ากับ 130.22/79.53 mmHg และระยะติดตาม (1 เดือน) (Follow-up) เท่ากับ 129.53/77.94 mmHg ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) มีเพียง 1 คู่ที่ไม่แตกต่างกันคือ ระหว่างหลังการทดลอง (Post-test) กับระยะติดตาม (1 เดือน) รายละเอียดดังแสดงใน (Table 4)

Table 4: Analysis of Variance of Blood Pressure Values in the Experimental Group Before the Intervention, After the Intervention, and Follow-up Using Repeated Measures ANOVA

Source	SS	df	MS	F	P-value (Prob>F)	P-value (Prob>chi2)
Systolic Blood Pressure						
Between groups	5684.31	2	2842.16	98.62	< 0.001	0.053
Within groups	2680.31	93	28.82			
Total	8364.63	95	88.05			
Diastolic Blood Pressure						
Between groups	4731.27	2	2365.64	50.28	< 0.001	0.793
Within groups	4375.72	93	47.05			
Total	91006.99	95	95.86			

Table 5: Comparison of Mean Blood Pressure Values in the Experimental Group Before the Intervention, After the Intervention, and Follow-up Using Repeated Measures ANOVA

Time	n	Mean	SD	p-value (F-test)	p-value (Bonferroni)
Systolic Blood Pressure					
Pre-test	32	146.19	7.06	< 0.001	< 0.001 ⁽¹⁾
Post-test	32	130.22	4.57		< 0.001 ⁽²⁾
Follow-up	32	129.53	3.96		1.000 ⁽³⁾
Total	96	135.31	9.38		
⁽¹⁾ Pre-test+ Post-test, ⁽²⁾ Pre-test + Follow-up, ⁽³⁾ Post-test+ Follow-up					
Diastolic Blood Pressure					
Pre-test	32	93.56	7.30	< 0.001	< 0.001 ⁽¹⁾
Post-test	32	79.53	6.46		< 0.001 ⁽²⁾
Follow-up	32	77.94	6.79		1.000 ⁽³⁾
Total	96	93.68	9.79		
⁽¹⁾ Pre-test+ Post-test, ⁽²⁾ Pre-test + Follow-up, ⁽³⁾ Post-test+ Follow-up					

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันในด้านพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณา แยกเป็นรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีคะแนนแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่าง ในวิถีชีวิตหรือความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่มีอยู่ และ ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงทั้ง 6 กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการนำ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และสิ่งชักนำ ให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่ใช้ในกลุ่มทดลองสามารถ ส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้นเมื่อเทียบกับ ก่อน การทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับ ทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่าการส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีขึ้นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Phusritet (2021); Boonkam (2022) ได้ศึกษาผล ของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการ ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านของ พฤติกรรม พบว่ามีพฤติกรรมด้านอารมณ์เพียงด้านเดียว ที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเป็นไปได้ว่า การจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่ใช้ยังไม่ครอบคลุมหรือไม่สามารถส่งผลโดยตรงต่อการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยบางชิ้นที่ระบุว่าความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ซึ่งผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์นั้นเป็นผู้ที่มีทักษะทางอารมณ์ที่ได้รับการพัฒนาเป็นบุคคลที่รับรู้ เข้าใจ และจัดการกับความรู้สึกของตนเองได้ดี รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้บุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมตลอดช่วงชีวิต (Sriratana et al., 2021)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ($\bar{X}_{diff} = 13.59$, 95% CI = 12.56 ถึง 14.63, $P < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์แยกตามด้าน พบว่า พฤติกรรมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถพัฒนาองค์รวมของพฤติกรรมได้ครบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หรือการปฏิบัติตนด้านอื่น ๆ ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการจัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบเดียวกันก็ยังมีเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบางด้านอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน แต่ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมาก โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ($\bar{X}_{diff} = 1.19$, 95% CI = 0.31 ถึง 2.07, $P < 0.05$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีเพียงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการรับประทานยาเท่านั้นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก เช่น

ความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือการได้รับข้อมูลบางส่วนจากแหล่งอื่นที่ไม่ได้ควบคุมในการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonkam (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Thepsuriyanon (2017) ได้ศึกษาพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตทั้งขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง จนถึงระยะติดตาม (1 เดือน) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างแต่ละช่วงเวลา ยกเว้นเพียงช่วงระหว่าง "หลังการทดลอง" กับ "ระยะติดตาม" ที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมหรือกิจกรรมที่นำมาใช้ในการ จัดโปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมอย่างชัดเจน และยังสามารถคงผลลัพธ์ไว้ได้ต่อเนื่องในระยะสั้น โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่ลดลงจาก 146.19/93.56 mmHg (ก่อนทดลอง) เหลือเพียง 130.22/79.53 mmHg (หลังทดลอง) และคงอยู่ที่ 129.53/77.94 mmHg ในระยะติดตาม แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ "สูงระดับที่ 1" (Stage 1 Hypertension) กลับเข้าสู่เกณฑ์ "ปกติสูง" หรือ "ค่าปกติ" ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phusritet (2021); Boonkam (2022) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมองค์ประกอบด้านความรู้ พฤติกรรม และแรงจูงใจ

เชิงบวก สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถคงผลลัพธ์ไว้ได้เมื่อมีการติดตามต่อเนื่องในระยะเวลาอันสั้น และการศึกษาของ Anchalee (2017) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายแบบบาสโลบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง "หลังการทดลอง" และ "ระยะติดตาม" อาจแสดงถึงความสามารถของกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในช่วงเวลา 1 เดือนภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้มีภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของการลดระดับความดันโลหิตลงอย่างมีนัยสำคัญ และการรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยในช่วงติดตามต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มผู้ป่วยเพียง 64 คน และเก็บข้อมูลจากพื้นที่เดียว (รพ.สต. ในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง) ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถอธิบายหรือทั่วไปได้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมืองใหญ่ หรือพื้นที่ชนบทที่มีวิถีชีวิตต่างออกไป

2) ระยะเวลาในการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพียง 1 เดือน อาจยังไม่สะท้อนถึงความยั่งยืนของพฤติกรรม การควบคุมโรคและระดับความดันโลหิตในระยะยาว หากมีการติดตามผลต่อเนื่องเป็น 6 เดือนหรือ 1 ปี อาจได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

สรุปผล

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองได้

อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลยังคงอยู่ในช่วงติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดการสุขภาพตนเองด้านพฤติกรรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสม และชี้ให้เห็นว่าแนวทางการส่งเสริมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางเดิมที่เน้นการรักษาเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 โปรแกรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผลการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิก (Systolic Pressure) และไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังเข้าร่วมโปรแกรมและคงอยู่ในช่วงติดตาม ดังนั้น ควรใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการจัดการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลให้นานขึ้นอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านความดันโลหิตในระยะยาว

2.2 ควรเพิ่มตัวแปรในการศึกษา เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมโรคมากยิ่งขึ้น

2.3 การวิจัยครั้งต่อไปอาจพิจารณาการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน (Cost-effectiveness analysis) ของการนำโปรแกรมไปใช้จริง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารด้านสุขภาพ

References

- Anchalee, K. A. (2017). *The Effect of a Motivational Program Combined with Exercise on Blood Pressure Among Individuals at Risk of Hypertension*, [Thesis of Master of Nursing Science]. Graduate School: Chulalongkorn University.
- Boonkam, A. (2022). *Effectiveness of a Behavior Modification Program on Dietary Behavior Among High-Risk Group for Hypertension in Fak Tha Subdistrict, Fak Tha District, Uttaradit Province*, [Thesis of Master of Public Health]. Graduate School: Uttaradit Rajabhat University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Disease Control, Non-Communicable Diseases Division. (2019, February 1). *Health risk communication and health behavior development bureau: Hypertension situation report*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Health Data Center (HDC). (2020, May 10). *Rayong Provincial Public Health Office, Health Region 6*. Ministry of Public Health <https://hdc.moph.go.th/ryg/public/standarddetail/28ee19915688d2b19f474506c7c31d67>
- Health Data Center (HDC). (2022, April 5). *Rayong Provincial Public Health Office, Health Region 6*. Ministry of Public Health. <https://hdc.moph.go.th/ryg/public/standard-report-detail/b57439ff27302ade8c38d1dd189644a4>
- Mahidol University Channel. (2019, November 14). *Hypertension: The gateway to serious diseases*. Mahidol University. <https://www.youtube.com/watch?v=rMG7OM7ZcJY>
- Phusritet, W. (2021). *The effect of a health behavior modification program on hypertension control among patients in Nain Subdistrict, Phichai District, Uttaradit Province*, [Thesis of Master of Public Health]. Graduate School: Uttaradit Rajabhat University.
- Rosenstock I. M. et al. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Sriratana V. et al. (2021). Factors Affecting Emotional Intelligence. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(10), 408-422.
- Tepsuriyanont, S. (2017). Medication Adherence Behavior Among Adult Patients with Hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(3), 115-122.
- 100% Organic Sound Channel. (2020, October 30). 10-minute meditation guide (helps calm the mind more easily). Practice daily for a better life-turn negativity into positivity. https://www.youtube.com/watch?v=up_8l2bmEjs

Original Article

HEALTH LITERACY AND FACTORS RELATED TO DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION AND CONTROL BEHAVIOR IN VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN MUEANG KHON KAEN DISTRICT KHON KAEN PROVINCE

Received: April 04, 2025

Received: July 27, 2025

Accepted: August 01, 2025

Jintapa Benchamas¹, Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2,*}, Phuangphaka Authapo³

¹ Department of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok 65000, Thailand

² Health Education and Health Promotion Division Department of Public Health Administration, Health Promotion and Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

³ Khao Suan Kwang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Suan Kwang district, Khon Kaen 40280, Thailand

Corresponding author; E-mail: natnpa@kku.ac.th*

Citation: Benchamas J., Heebkaew Padchasuwan N., Authapo P. (2025). Health Literacy and Factors Related to Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behavior in Village Health Volunteers in Mueang Khon Kaen District Khon Kaen Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e16446.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Dengue fever is a mosquito-borne viral disease, particularly prevalent during the rainy season, which promotes mosquito breeding. Strengthening the health literacy of village health volunteers (VHVs) is crucial for sustainable community-based prevention and control. This cross-sectional analytical study aimed to assess the level of health literacy and its associated factors related to dengue prevention and control behaviors among VHVs. A total of 108 VHVs from Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province participated. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using simple logistic regression. Results were reported as crude odds ratios (COR), 95% confidence intervals (CI), and p-values at a significance level of 0.05. The findings revealed that 81.48% of participants had low to moderate levels of health literacy, while 82.41% demonstrated good prevention and control behaviors. Significant factors associated with these behaviors included access to information (COR = 4.32; 95% CI: 1.42–13.05; p = 0.010), self-management skills (COR = 3.67; 95% CI: 1.27–10.59; p = 0.016), media literacy (COR = 4.19; 95% CI: 1.29–13.64; p = 0.017), and decision-making skills (AOR = 10.14; 95% CI: 2.26–47.77; p = 0.003). In conclusion, improving health literacy, particularly in accessing information, self-management, media literacy, and decision-making can enhance VHVs' ability to engage in effective dengue prevention and control. Targeted training and communication strategies are recommended to promote sustainable behavior change.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever; Health literacy; Behaviors for prevention and control disease; Village health volunteers

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

รับบทความ: 04 เมษายน 2568

แก้ไขล่าสุด: 27 กรกฎาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 01 สิงหาคม 2568

จินตภา เบญจมาศ¹, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{2,*}, พวงผกา อุทธาโพธิ์³

¹ สาขานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, พิษณุโลก 65000, ประเทศไทย

² สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง, ขอนแก่น 40280, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: natnpa@kku.ac.th*

อ้างอิง: จินตภา เบญจมาศ, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, พวงผกา อุทธาโพธิ์. (2568). ความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(2), e16446.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่แพร่ระบาดจากยุงสู่คน โดยเฉพาะในฤดูฝนที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นเพื่อเสริมสร้างการป้องกันและควบคุมโรคอย่างยั่งยืนในชุมชน การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Simple logistic regression นำเสนอด้วย crude odd ratio (COR), 95% confidence intervals (95%CI) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 81.48 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีร้อยละ 82.41 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (COR=4.32; 95%CI: 1.42 ถึง 13.05; p-value=0.010) ทักษะการจัดการตนเอง (COR=3.67; 95%CI: 1.27 ถึง 10.59; p-value=0.016) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (COR=4.19; 95%CI: 1.29 ถึง 13.64; p-value=0.017) และทักษะการตัดสินใจ (AOR=10.14; 95%CI: 2.26 ถึง 47.77; p-value=0.003) สรุป การที่จะมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้เหมาะสมนั้น ควรเน้นการส่งเสริมโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ โดยการปรับความคิดและการตั้งเป้าหมายที่สำคัญ ผ่านกิจกรรม สื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความตระหนักถึงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก; ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งติดต่อจากคนสู่คนโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค มักพบในประเทศเขตร้อนและระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี โรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนยิ่งไปกว่านั้นยังส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อสังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ (WHO, 2023) โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาน่ากังวลในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และกลายเป็นโรคที่แพร่หลายในประเทศอาเซียน เนื่องจากตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้นที่เอื้อต่อการแพร่เชื้อตลอดทั้งปี ประเทศไทยเป็นประเทศที่ตั้งอยู่ในเขตร้อน มีสัตว์พาหื้อชุกชุมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นพาหะหรือตัวนำเชื้อโรคมาสู่คน ซึ่งโรคไข้เลือดออกสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี แต่โดยทั่วไปมักระบาดในช่วงฤดูฝนเนื่องจากอุณหภูมิและความชื้นในฤดูฝนเอื้อต่อการทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Junwin et al., 2021; Thumnamueang, 2023) รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเจ็บป่วยอยู่ที่ 159.09 ต่อแสนประชากร สถานการณ์โรคไข้เลือดออก 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2566-2564) พบมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง พบอัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 238.15, 68.23, 15.03 ตามลำดับ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสม 1,393 ราย อัตราป่วยตายสะสมร้อยละ 0.08 ซึ่งจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่ติดอันดับ 1 ใน 5 ที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 17 มิถุนายน พ.ศ.2566 โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 26 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.34 ต่อแสนประชากร (Khonkaen hospital, 2023) จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่า โรคไข้เลือดออกมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี (Ministry of Public Health, Bureau of Epidemiology, 2025)

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแพร่กระจายของโรคมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ภูมิคุ้มกัน

ของแต่ละบุคคล ความหลากหลายของชนิดไวรัสไข้เลือดออก ความหนาแน่นของประชากร สภาพภูมิอากาศ การขาดความรู้ความเข้าใจ และการเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอในหมู่บ้าน ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพจนทำให้การแพร่กระจายของเชื้อรุนแรงยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายของโรคเลือดออกและส่งผลต่อความผืนผวนของรูปแบบโรคในแต่ละปี (Vector Borne Diseases Division, 2019) นอกจากนี้ ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกมักเกิดจากการขาดความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขาดความรู้ด้านสุขภาพ และระบาดวิทยาหรือนิเวศวิทยาของการเกิดโรค รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การทิ้งขยะที่ไม่เหมาะสม การไม่ปิดฝาถังเก็บน้ำ การทิ้งกะลามะพร้าว แจกันที่แตก และล้อรถยนต์เก่า สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้น้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย และทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการแพร่กระจายของยุงลาย (Jongsupangkul & Konthong, 2024) แม้จะมีการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการที่หลากหลาย แต่การดำเนินการยังไม่เป็นผลให้ชุมชนมีความปลอดภัยจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกซึ่งมียุงลายเป็นพาหะ (Ministry of Public Health, Department of Disease Control, 2025)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในระดับชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเป็นการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยภาคประชาชนตั้งแต่ระดับครัวเรือน ซึ่งเป็นแกนนำสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีเพื่อเป็นแบบอย่างให้แก่คนในชุมชน (Nontapet et al., 2022) ซึ่งการจะเป็นแบบอย่างที่ดีนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดีเสียก่อน ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่เหมาะสม มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2009) ซึ่งการมีทักษะดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดี และสามารถถ่ายทอดไปสู่ชุมชนได้อย่างถูกต้อง (Rattanapunya, 2022) การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ก็ยังมีบางพื้นที่ ซึ่งบริบท ความเชื่อ การอยู่อาศัย วัฒนธรรม ค่านิยม และสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในกลุ่มประชาชนในชุมชน และลดผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมาจากปัญหาของโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเภทบัญชี 1 อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 6,217 คน (Ministry of Public Health, Primary Health Care Division, 2025)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยทั้งชายและหญิง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยทำสลากกรายชื่อตำบล ทั้งหมดในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 18 ตำบล จากนั้นสุ่มหยิบ 1 ตำบล เพื่อเป็นตัวแทนพื้นที่การศึกษา ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งหมด 158 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1999) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน จากนั้นคัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งมี 5 คนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ดังนั้น จึงได้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 108 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี
- 2) มีทักษะในการอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) บุคคลที่เจ็บป่วยและไม่สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการศึกษาวิจัยได้
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอยู่ในกลุ่มเปราะบางและอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และการศึกษาฐานงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 42 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2009) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ มีลักษณะเป็นแบบทดสอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนคือ เมื่อตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว เป็นคำถามเชิงบวก ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 3 คะแนน ไม่ค่อยได้ปฏิบัติให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน การแปลผลโดยค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) ได้แก่ ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 และระดับสูง ร้อยละ 80-100 แต่ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะแบ่งผลลัพธ์ให้เป็นตัวแปรประเภทเจนนับ (Categorical data) โดยให้เหลือเพียง 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับต่ำและปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 80 และระดับสูง ร้อยละ 80-100

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวกประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 3 คะแนน ไม่ค่อยได้ปฏิบัติให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน การแปลผล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของค่าเฉลี่ยตามแบบของ Best and Kahn (2006) ได้แก่ ระดับไม่ดี 1.00-17.33 คะแนน ระดับปานกลาง 17.34-33.67 คะแนน และระดับดี 33.68-50.00 คะแนน แต่ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะแบ่งผลลัพธ์ให้เป็นตัวแปรประเภทเจนนับ (Categorical data) โดยให้เหลือ

เพียง 2 กลุ่ม ได้แก่ การปฏิบัติไม่ดี/ปานกลางดี 1.00-33.67 คะแนน และการปฏิบัติดี 33.68-50.00 คะแนน

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.2.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมและความชัดเจนของเนื้อหา ได้ค่าไม่ต่ำกว่า 0.50 จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

2.2.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าไม่ต่ำกว่า 0.70 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.80 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเท่ากับ 0.70 ทักษะการสื่อสารเท่ากับ 0.74 ทักษะการจัดการตนเองเท่ากับ 0.74 ทักษะการตัดสินใจเท่ากับ 0.70 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ 0.71 และตัวแปรความรู้ความเข้าใจด้วยวิธีของ Kuder-Richardson KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.84

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยติดต่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการศึกษา จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อจริยธรรมผ่านผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขออนุมัติดำเนินการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นที่เป็นพื้นที่การศึกษา

3.2 ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอใช้พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการทำกิจกรรม และเพื่อบันทึกหมายวันเวลาและสถานที่กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล ขั้นตอน และวิธีการได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

3.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง

3.5 รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความ ครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถาม เมื่อครบถ้วน สมบูรณ์แล้วจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และระดับพฤติกรรม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ด้วยสถิติ Simple logistic regression ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระระหว่าง 2 ตัวแปร นำเสนอ ค่า Crude Odds Ratio (COR), 95% confidence intervals (95%CI) และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 เลขที่ โครงการ HE652167

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.93 อายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 86.11 (Mean=56.12, SD=5.52) ส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.70 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 66.67 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 74.07 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.70 ใน 3 ปีที่ผ่านมาเคย อบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.82 ไม่เคยไปศึกษาดูงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.10 และระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ 3-5 ปี ร้อยละ 27.78 (Mean=9.62, SD=7.23)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 81.48 แยกเป็นองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความ เข้าใจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 91.67 ทักษะการ เข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.63 ทักษะการ สื่อสารอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 84.26 ทักษะ การตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 52.78 ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.41 และ ทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 52.78 (Table 1)

Table 1: Level of Health literacy of prevention and control of dengue fever (n=108)

Health Literacy	Number	%
Overall Health literacy (Mean±SD)	(93.42±10.03)	
Low/ Moderate	88	81.48
Hight	20	18.52
Cognitive skills (Mean±SD)	(11.71±2.80)	
Low/ Moderate	99	91.67
Hight	9	8.33

Table 1: (Continuous)

Health Literacy	Number	%
Information access skills (Mean±SD)	(15.25±3.14)	
Low/ Moderate	49	45.37
Hight	59	54.63
Communication skills (Mean±SD)	(16.65±2.48)	
Low/ Moderate	91	84.26
Hight	17	15.74
Self-management skills (Mean±SD)	(15.67±3.11)	
Low/ Moderate	46	42.59
Hight	62	57.41
Media literacy skills (Mean±SD)	(15.12±2.67)	
Low/ Moderate	57	52.78
Hight	51	47.22
Decision-making skills (Mean±SD)	(19±3.14)	
Low/ Moderate	57	52.78
Hight	51	47.22

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.41

และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 17.59 (Table 2)

Table 2: Level of Behaviors for prevention and control of dengue fever (n=108)

Behaviors for prevention and control disease	Number	%
Overall (Mean±SD)	(39.40±5.87)	
No-good	19	17.59
Good	89	82.41

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Good practice) จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) โดยใช้สถิติ Simple logistic regression ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Information access skills) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skills) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skills) และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับ

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Decision-making skills of prevention and control of dengue fever) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะการสื่อสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Table 3)

Table 3: Crude odds ratios of prevention and control of dengue fever (Good practice) to associated health literacy using simple logistic regression (n=108)

Factors	Number	%Good practice	Crude Odds Ratio (COR)	95%CI	p-value
Overall	108	82.41	N/A	N/A	N/A
Information access skills of prevention and control of dengue fever					
Low/Moderate	49	71.43	Ref.	Ref.	
Hight	59	91.93	4.32	1.42 to 13.05	0.010**
Self-management skills of prevention and control of dengue fever					
Low/Moderate	46	71.74	Ref.	Ref.	
Hight	62	90.32	3.67	1.27 to 10.59	0.016**
Media literacy skills of prevention and control of dengue fever					
Low/Moderate	57	73.68	Ref.	Ref.	
Hight	51	92.16	4.19	1.29 to 13.64	0.017**
Decision-making skills of prevention and control of dengue fever					
Low/Moderate	40	60.00	Ref.	Ref.	
Hight	68	95.59	10.41	2.26 to 47.77	0.003***

Note. %Good practice = prevention and control of dengue fever in good practice; 95%CI = 95% confidence intervals; * = 0.05; ** = <0.01; *** = <0.001

อภิปรายผล

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 81.48 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นกลไกสำคัญของชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค แต่ยังคงขาดความสามารถในการเข้าถึง ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในระดับที่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Rattanapunya \(2022\)](#) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่สูงนัก และมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังโรคในชุมชนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ [Nutbeam \(2009\)](#) ที่เสนอว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงเพียงการมีข้อมูลเท่านั้น แต่รวมถึงทักษะในการแปลความ เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปปรับใช้

เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม หากบุคคลไม่มีทักษะก็จะประสบปัญหาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.41 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี รวมถึงได้รับการอบรมและส่งเสริมทักษะในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ([Nontapet et al., 2022](#)) นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสร้างจิตสำนึกแก่ประชาชนในชุมชน ส่งเสริมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อดำเนินมาตรการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ [Kongsanan and Poum \(2020\)](#) ซึ่งศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาพรวมมีคะแนนการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.53

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (การปฏิบัติระดับดี) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (การปฏิบัติระดับดี) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำและปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2009) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jongsupangkul and Konthong (2024) ซึ่งศึกษาการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชากร ตำบลบ้านเลือก อำเภोधุมพราหมณ์ จังหวัดราชบุรี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับสูงขึ้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและป้องกันโรคใช้เลือดออก (Chanpen et al., 2022) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล ได้รับข้อมูลข่าวสารและทราบถึงความรุนแรงของโรค และสาเหตุของการเกิดโรค ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก (Kongsanan and Poom, 2020) จากเหตุผลดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งความรอบรู้

ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยนำทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ใช้กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Nutbeam, 2009)

สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ในบริบทของการป้องกันโรคใช้เลือดออกในชุมชน ทักษะด้านการวิเคราะห์ ตัดสินใจ เข้าถึงข้อมูล และรู้เท่าทันสื่อมีความสำคัญเป็นพิเศษต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าทักษะความรู้ทั่วไปหรือการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ควรมีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยผ่านกิจกรรม สื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยด้านการส่งเสริมสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อมาพัฒนาพฤติกรรมให้ถูกต้อง

2.2 ควรพัฒนาและทดลองการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน และติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

References

- Best J.W. & Kahn J.V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education Inc.
- Bloom B.S. et al. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chanpen P. et al. (2022). Health Literacy and Dengue Control and Prevention Behaviors of People in Min Buri District Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 78-87.
- Daniel, W.W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in health sciences* (7th Edition). John Wiley & Sons. Inc.: Hoboken.
- Jongsupangkul P. & Konthong T. (2024). Health literacy towards dengue fever prevention behavior among the population of Ban Lueak Subdistrict Photharam District. *Journal of Rajanagarindra*, 21(2), 114-129.
- Junwin B. et al. (2021). Factors related to dengue hemorrhagic fever protective and control behavior to dengue hemorrhagic fever of working-age in Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 72-86.
- Khonkaen hospital. (2023, June 21). *Dengue fever situation*. https://www.kkh.go.th/family_medicine/%e0%b8%aa%e0%b8%96%e0%b8%b2%e0%b8%99%e0
- Konsnan W. & Poum A. (2020). Health Literacy Associated with preventing and controlling behavior of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Nong Yai Sub-district, Prasat District, Surin Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 3(1), 35-44.
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. (2025, June 20). *Annual Epidemiology Surveillance Report (2010 to 2021): Report 506*. https://lookerstudio.google.com/.../c88.../page/p_dy2gvynod
- Ministry of Public Health, Department of Disease Control. (2025, June 21). *Guidelines for dengue fever monitoring 2025*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Documents/Dangue/100.pdf>
- Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Primary Health Care Division. (2025, June 20). *Report on the number of village health volunteers classified by sub-district*. <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php>
- Nontapet O. et al. (2022). Understanding dengue solution and larval indices surveillance system among village health volunteers in high- and low-risk dengue villages in southern Thailand. *One Health*, 15(2022), 100440. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100440>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- Rattanapunya, S. (2022). Predictive factors and supported activity with regard to dengue hemorrhagic fever prevention behaviors in for the population in Mae Rim District, Chiang Mai Province. *Thai Science and Technology Journal*, 27(1), 135-148.

Thumnamueang, T. (2023). Factors related to people's participation in the prevention and control of dengue hemorrhagic fever in the area of Non-Thong in Sub-district, Kook Kaeo District, Udon Thani Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(1), 459-67.

Vector Borne Diseases Division, Dengue Situation. (2019, June 17). *Vector Borne Diseases Division, Diseases Control Department: Thai Ministry of Public Health*. <https://ddc.moph.go.th/en/details.php?topic=high>

World Health Organization. (2023, June 17). *Dengue and severe dengue*. <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Original Article

COMPETENCY IN STRATEGIC PLANNING OF POLICY AND PLANNING ANALYSTS UNDER THE DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

Varisthar Subthoranee^{1, *}

Received: April 04, 2024
Received: August 24, 2025
Accepted: August 26, 2025

¹ Health Service Support Center 10, Department of Health Service Support, Ubon Ratchathani
34000, Thailand
Corresponding author; E-mail: Varisthar@gmail.com *

Citation: Subthoranee, V. (2025). Competency in Strategic Planning of Policy and Planning Analysts Under the Department of Health Service Support. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(2), e16449.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Public sector organizations are increasingly expected to possess strong adaptive capacity to drive national development in alignment with the 20-Year National Strategic Plan of Thailand (2018–2037). Strategic planning in governmental agencies is directly linked to human capital, particularly the competencies of policy and planning analysts who play a key role in translating organizational visions into actionable strategies. This study aimed to examine the competency in strategic planning and its influencing factors among policy and planning analysts under the Department of Health Service Support (DHSS). The sample comprised 282 personnel, divided into three groups: 66 policy and planning analysts, 129 colleagues, and 87 supervisors. Data were collected using a competency assessment instrument specifically developed for policy and planning analysts. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics including one-sample t-test, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were employed, with statistical significance set at 0.05. Results revealed that the overall competency in strategic planning was at a good level (78.7%, Mean = 4.18, SD = 0.81, 95% CI = 4.01–4.28). The key predictors of competency included supportive and motivational factors, attitudes toward organizational values, and organizational knowledge, which collectively explained 71.3% of the variance in strategic planning competency ($R^2 = 0.713$). These findings suggest that capacity development for policy and planning analysts should focus on enhancing motivation, strengthening organizational values, and enriching organizational knowledge simultaneously, thereby improving the overall effectiveness of strategic planning within the DHSS.

Keywords: Competency; strategic planning; Policy and planning analysts; Human resource development

นิพนธ์ต้นฉบับ

สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วริษฐา ทรัพย์ธรณี^{1,*}

รับบทความ: 04 เมษายน 2568

¹ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, อุบลราชธานี 34000, ประเทศไทย

แก้ไขล่าสุด: 24 สิงหาคม 2568 2568

ติดต่อผู้วิจัย: Varisthar@gmail.com *

ตอบรับตีพิมพ์: 26 สิงหาคม 2568

อ้างอิง: วริษฐา ทรัพย์ธรณี. (2568). สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 40(2), e16449.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

องค์การภาครัฐถูกคาดหวังให้มีศักยภาพสูงในการปรับตัวและขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้บรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ซึ่งเป็นกรอบทิศทางหลักในการพัฒนาประเทศ การวางแผนกลยุทธ์ในหน่วยงานรัฐมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับทุนมนุษย์ โดยเฉพาะ สมรรถนะของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ซึ่งผู้รับผิดชอบหลักในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ขององค์กร การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะในการจัดทำแผนกลยุทธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 282 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักวิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 66 คน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน จำนวน 129 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชา จำนวน 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ด้วยสถิติ t-test (One sample t-test) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.7 (Mean = 4.18, SD = 0.81, 95% CI = 4.01 to 4.28) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร สามารถอธิบายการทำนายกับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ ได้ร้อยละ 71.3 ($R^2 = 0.713$) ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ควรเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปลูกฝังค่านิยมขององค์กร และการเพิ่มพูนความรู้ด้านองค์กรควบคู่กัน เพื่อผลักดันให้การวางแผนกลยุทธ์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ; การวางแผนกลยุทธ์; นักวิเคราะห์นโยบายและแผน; การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

บทนำ

ภายใต้บริบทโลกที่เต็มไปด้วยความผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อน และคลุมเครือ (VUCA World) องค์การภาครัฐถูกคาดหวังให้มีศักยภาพสูงในการปรับตัวและขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้บรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ซึ่งเป็นกรอบทิศทางหลักในการพัฒนาประเทศ (Office of the National Economic and Social Development Council, 2018) ภายใต้บริบทดังกล่าว “การวางแผนกลยุทธ์” จึงนับเป็นเครื่องมือการบริหารจัดการที่สำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางอนาคต การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการสร้างหลักประกันว่าการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐจะสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและสร้างคุณค่าสาธารณะอย่างแท้จริง (Bryson, 2018)

ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการวางแผนกลยุทธ์ในหน่วยงานรัฐมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับทุนมนุษย์ (Human Capital) โดยเฉพาะ “สมรรถนะ” ของบุคลากรผู้รับผิดชอบกระบวนการวางแผน เนื่องจากสมรรถนะถือเป็นตัวแปรชี้วัดความสำเร็จของแผน (Walker & Johnson, 2022) สำหรับบริบทระบบสุขภาพของไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) มีบทบาทเชิงยุทธศาสตร์สำคัญ โดยมีวิสัยทัศน์ชัดเจนว่า “เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม” การบรรลุวิสัยทัศน์นี้จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานตามพันธกิจที่หลากหลายและซับซ้อน เช่น การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและเอกชน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตลอดจนการศึกษาวิจัยและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัย

การขับเคลื่อนพันธกิจที่กว้างขวางและท้าทายเหล่านี้ให้สำเร็จ จำเป็นต้องมีแผนกลยุทธ์ที่มีความรอบด้าน ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ภารกิจดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของ “นักวิเคราะห์นโยบายและแผน”

ซึ่งเป็นกลไกหลักในการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และออกแบบอนาคตขององค์กร คุณภาพของแผนจึงสะท้อนโดยตรงถึงระดับสมรรถนะของบุคลากรกลุ่มนี้ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร โดยเฉพาะความรู้ ความสามารถ และความพร้อมของผู้จัดทำแผน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญของการนำนโยบายและแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ (Rattanasuwan, 2022) ขณะที่แนวคิดสมรรถนะยังชี้ว่า ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศไม่เพียงเกิดจากความรู้และทักษะ แต่รวมถึงคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นตัวขับเคลื่อน (Spencer & Spencer, 1993) จากการศึกษาที่ผ่านมาในภาคสุขภาพยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินสมรรถนะของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนในบริบทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยตรง ทำให้องค์กรยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินระดับสมรรถนะจริง ปัจจัยที่มีอิทธิพล และแนวทางพัฒนาที่ชัดเจน นับเป็นช่องว่างทางองค์ความรู้ (Gap of knowledge) ที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการจัดทำแผนกลยุทธ์และเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวิสัยทัศน์ของกรม สบส. ในระยะยาว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและมุ่งดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง “สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” เพื่อประเมินสมรรถนะในปัจจุบัน วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเสนอแนวทางพัฒนาที่เป็นระบบ โดยผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเชิงนโยบายที่สำคัญสำหรับผู้บริหารในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และใช้เป็นแผนที่นำทาง (Development roadmap) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ให้สามารถพัฒนาและขับเคลื่อนกลยุทธ์ด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. เพื่อวิเคราะห์อำนาจในทำนายของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) ประยุกต์ใช้โมเดลสมรรถนะ (Competency Model) เป็นฐานในการออกแบบกรอบแนวคิดและแผนการศึกษา โดยศึกษาระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านนักวิเคราะห์นโยบายและแผนทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย ข้าราชการทุกระดับ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และจ้างเหมาบริการ จำนวนทั้งสิ้น 1,053 คน ([Human Resource Management Division, Department of Health Service Support, 2025](#))

1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านนักวิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 282 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร ([Daniel and Cross, 2013](#)) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักวิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 66 คน กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน จำนวน 129 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชา จำนวน 87 คน จัดสรรสัดส่วน (Proportional Allocation) ตามแนวปฏิบัติของ [Bracken et al. \(1997\)](#) เพื่อให้คงความเป็นกลางและลดอคติด้านปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มหมายเลข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 แบบประเมินสมรรถนะนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำหรับประเมินตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร ประกอบด้วย นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) เป้าประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” โดยการตัดสินใจเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร ประกอบด้วย ส.สมรรถนะเป็นฐาน บ.บริการด้วยใจ และ ส.ใฝ่สามัคคี โดยแต่ละด้านจะประเมินด้วยความเชื่อมั่นต่อค่านิยม การรับรู้การปฏิบัติในองค์กร และการนำไปปฏิบัติส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ/เป็นกลางให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ประกอบด้วย ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน และด้านความมั่นคงก้าวหน้าในงาน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ/เป็นกลางให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 ประเมินสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับความรับผิดชอบหลัก โดยประยุกต์จาก

มาตรฐานกำหนดตำแหน่ง สายงานประเภทวิชาการ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 5.1 ด้านความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ จำนวน 10 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม 7 ประเด็น ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ และโครงการริเริ่ม การนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ การติดตามประเมินผลและปรับปรุง ข้อคำถามใช้แนวคิดการบูรณาการเนื้อหา วิเคราะห์ และเชื่อมโยงเชิงนามธรรม ตามลำดับขั้นการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy (Anderson and Krathwohl, 2001) ได้แก่ ระดับ 1 จำ (Remember) ข้อ 2 ระดับ 2 เข้าใจ (Understand) ข้อ 4, 5, 8 ระดับ 3 ประยุกต์ (Apply) ข้อ 1, 3, 7, 9 และระดับ 4 วิเคราะห์ (Analyze) ข้อ 6, 10 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกตอบด้วยการตัดสินใจตอบเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 5.2 ด้านทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ทักษะการฟังและจับใจความสำคัญ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ทักษะรู้เท่าทันดิจิทัลหรือเทคโนโลยีสารสนเทศ ทักษะการคาดการณ์และการแก้ปัญหา ทักษะการคิดและวิเคราะห์ข้อมูล ทักษะการเจรจาและการสื่อสาร ทักษะการถ่ายทอดความรู้และการนำเสนอ ทักษะการประสานงาน และด้านความเป็นผู้นำและการทำงานเป็นทีม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (สามารถทำได้อย่างเชี่ยวชาญและสม่ำเสมอ) ให้ 5 คะแนน ดี (สามารถทำได้ดีในสถานการณ์ส่วนใหญ่) ให้ 4 คะแนน ปานกลาง (ทำได้ในระดับทั่วไป) ให้ 3 คะแนน พอใช้ (ทำได้บางครั้ง ยังต้องการการพัฒนา) ให้ 2 คะแนน และต่ำ (ยังไม่สามารถทำได้ ต้องการพัฒนาเร่งด่วน) ให้ 1 คะแนน

ตอนที่ 5.3 ประเมินสมรรถนะด้านสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับความรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน

และด้านการบริการ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (ทำได้อย่างโดดเด่น สม่าเสมอ) ให้ 5 คะแนน ดี (ทำได้ดีเป็นส่วนใหญ่) ให้ 4 คะแนน ปานกลาง (ทำได้ในระดับทั่วไป) ให้ 3 คะแนน พอใช้ (ยังมีข้อจำกัดบางประการ) ให้ 2 คะแนน และต้องปรับปรุง (ควรได้รับการพัฒนา) ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 และระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

2.2 ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำหรับสำหรับผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน ประเมินเชิงพฤติกรรมที่แสดงออกจากการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทตำแหน่ง และประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมค่าลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กรเชิงพฤติกรรม ประกอบด้วย นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) เป้าประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ มีความรู้ความเข้าใจในองค์กรในระดับดีมากให้ 5 คะแนน มีความรู้ความเข้าใจในองค์กรในระดับดีให้ 4 คะแนน มีความรู้ความเข้าใจในองค์กรในระดับปานกลางให้ 3 คะแนน มีความรู้ความเข้าใจในองค์กรในระดับน้อยให้ 2 คะแนน และมีความรู้ความเข้าใจในองค์กรในระดับน้อยมากให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร ประกอบด้วย ส.สมรรถนะเป็นฐาน บ.บริการด้วยใจ

และ ส.ไฟสามัคคี โดยแต่ละด้านจะประเมินด้วยความเชื่อมั่นต่อค่านิยม การรับรู้การปฏิบัติในองค์กร และการนำไปปฏิบัติส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ/เป็นกลางให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ประกอบด้วย ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน และด้านความมั่นคงก้าวหน้าในงาน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ/เป็นกลางให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 ประเมินสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับความรับผิดชอบหลัก โดยประยุกต์จากมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง สายงานประเภทวิชาการ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 5.1 ประเมินสมรรถนะด้านความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทภายใน-ภายนอก (ข้อ 1) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม (ข้อ 2-3) การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ (ข้อ 4-5) การแปลงกลยุทธ์สู่โครงการ แผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด (ข้อ 6-8) การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงแผน (ข้อ 9-10) ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (สามารถทำได้ อย่างเชี่ยวชาญและสม่ำเสมอ) ให้ 5 คะแนน ดี (สามารถทำได้ดีในสถานการณ์ส่วนใหญ่) ให้ 4 คะแนน ปานกลาง (ทำได้ในระดับทั่วไป) ให้ 3 คะแนน พอใช้ (ทำได้บางครั้ง

ยังต้องการการพัฒนา) ให้ 2 คะแนน และต่ำ (ยังไม่สามารถทำได้ ต้องการพัฒนาเร่งด่วน) ให้ 1 คะแนน

ตอนที่ 5.2 ประเมินสมรรถนะด้านความรู้ความสามารถที่จำเป็น สำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทภายใน-ภายนอก (ข้อ 1) การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม (ข้อ 2-3) การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ (ข้อ 4-5) การแปลงกลยุทธ์สู่โครงการ แผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด (ข้อ 6-8) การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงแผน (ข้อ 9-10) ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (สามารถทำได้ อย่างเชี่ยวชาญและสม่ำเสมอ) ให้ 5 คะแนน ดี (สามารถทำได้ดีในสถานการณ์ส่วนใหญ่) ให้ 4 คะแนน ปานกลาง (ทำได้ในระดับทั่วไป) ให้ 3 คะแนน พอใช้ (ทำได้บางครั้ง ยังต้องการการพัฒนา) ให้ 2 คะแนน และต่ำ (ยังไม่สามารถทำได้ ต้องการพัฒนาเร่งด่วน) ให้ 1 คะแนน

ตอนที่ 5.3 ประเมินสมรรถนะด้านสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับความรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (ทำได้ยอดเยี่ยม สม่ำเสมอ) ให้ 5 คะแนน ดี (ทำได้ดี เป็นส่วนใหญ่) ให้ 4 คะแนน ปานกลาง (ทำได้ในระดับทั่วไป) ให้ 3 คะแนน พอใช้ (ยังมีข้อจำกัดบางประการ) ให้ 2 คะแนน และต้องปรับปรุง (ควรได้รับการพัฒนา) ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของตัวแปรสมรรถนะ โดยประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 และระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 ศึกษาเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดและทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน

และปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลในการกำหนดขอบเขตหรือกรอบในการสร้างเครื่องมือให้เหมาะสมกับเนื้อหา

3.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และเที่ยงตรงของเนื้อหาของแต่ละข้อคำถาม ให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับนิยามตัวแปร จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าถามแต่ละข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป

3.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบสำรวจไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักวิเคราะห์นโยบายและแผนที่มีคุณสมบัติและบริบทคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.75 ขึ้นไป จึงจะนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์และอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ความเข้าใจในองค์กร ระดับทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร ระดับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ และระดับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย ดังนี้

4.2.1 การทดสอบสมมติฐานของตัวแปรความรู้ความเข้าใจในองค์กร ทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร สิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ และสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ด้วยสถิติ t-test (One sample t-test) ในกรณีประชากร 1 กลุ่ม ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) โดยการทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของการแปรผัน (Coefficient

of Variation: CV) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 50.0 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือความคลาดเคลื่อนที่ได้ไม่เกิน 5% ($\alpha = 0.05$)

4.2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจในองค์กร ทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร สิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ กับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ในกรณีตัวแปรต่อเนื่อง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือความคลาดเคลื่อนที่ได้ไม่เกิน 5% ($\alpha = 0.05$)

4.2.3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือความคลาดเคลื่อนที่ได้ไม่เกิน 5% ($\alpha = .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า จากการกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.5 และเพศหญิง ร้อยละ 24.5 มีอายุเฉลี่ย 42.97 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.7 บทบาท/ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ร้อยละ 23.4 ผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน ร้อยละ 45.7 และผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 30.9

2. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร พบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มีระดับความรู้ความเข้าใจในองค์กรโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.2 (Mean = 4.01, SD = 0.90, 95% CI = 3.91 to 4.12) รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดง (Table 1)

3. ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร พบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ระดับทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กรโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.5 (Mean = 4.52, SD = 0.61, 95% CI = 4.45 to 4.59) รองลงมาคือ

ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดง (Table 1)

4. ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ พบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มีระดับการได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.5 (Mean = 4.22, SD = 0.79, 95% CI = 4.13 to 4.31) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดง (Table 1)

5. ระดับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน พบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มีระดับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.7 (Mean = 4.18, SD = 0.81, 95% CI = 4.01 to 4.28) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดง (Table 1)

Table 1: Results of the study on organizational knowledge, attitudes toward organizational values, supportive factors and motivation, and strategic planning competency of policy and planning analysts (n = 282)

Variable	Frequency (n)	Percentage (%)
Organizational knowledge		
High level (Mean score 3.67–5.00)	198	70.2
Moderate level (Mean score 2.34–3.66)	68	24.1
Low level (Mean score 1.00–2.33)	16	5.7
Mean = 4.01, SD = 0.90, Max/Min = 5.00/1.80, 95% CI = 3.91 to 4.12		
Attitudes toward organizational values		
High level (Mean score 3.67–5.00)	258	91.5
Moderate level (Mean score 2.34–3.66)	22	7.8
Low level (Mean score 1.00–2.33)	2	0.7
Mean = 4.52, SD = 0.61, Max/Min = 5.00/1.50, 95% CI = 4.45 to 4.59		
Supportive factors and motivation		
High level (Mean score 3.67–5.00)	210	74.5
Moderate level (Mean score 2.34–3.66)	63	22.3
Low level (Mean score 1.00–2.33)	9	3.2
Mean = 4.22, SD = 0.79, Max/Min = 5.00/2.25, 95% CI = 4.13 to 4.31		
Strategic planning competency		
High level (Mean score 3.67–5.00)	222	78.7
Moderate level (Mean score 2.34–3.66)	57	20.2
Low level (Mean score 1.00–2.33)	3	1.1
Mean = 4.18, SD = 0.81, Max/Min = 5.00/4.18, 95% CI = 4.01 to 4.28		

6. ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร (FKO) ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร

(FAO) และปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ (FSM) มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.80 ถือว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังนั้นจึงสามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุต่อไป รายละเอียดดังแสดง (Table 2)

Table 2: Analysis of factors associated with the strategic planning competency of policy and planning analysts (n = 282)

Variable	SPC	FKO	FAO	FSM
SPC	1.000			
FKO	Correlation (r) = 0.442* 95% CI = [0.336, 0.252] p-value < 0.001	1.000		
FAO	Correlation (r) = 0.748* 95% CI = [0.693, 0.792] p-value < 0.001	Correlation (r) = 0.341* 95% CI = [0.210, 0.460] p-value < 0.001	1.000	
FSM	Correlation (r) = 0.765* 95% CI = [0.692, 0.824] p-value < 0.001	Correlation (r) = 0.323* 95% CI [0.226, 0.430] p-value < 0.001	Correlation (r) = 0.658* 95% CI = [0.6.02, 0.7.10] p-value < 0.001	1.000

7. ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถอธิบายการทำนายกับสมรรถนะ

การจัดทำแผนกลยุทธ์ ได้ร้อยละ 71.3 ($R^2 = 0.713$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้
สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ = $-0.716 + 0.464$ (ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ) + 0.523 (ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร) + 0.145 (ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{y} = -0.716 + 0.464 (FSM) + 0.523 (FAO) + 0.145 (FKO)$$

Table 3: Results of multiple regression analysis predicting the strategic planning competency of policy and planning analysts under the Department of Health Service Support (n = 282)

Variable	B	Std. E	Beta	t	p-value
Constant	-0.716	0.202	-	-3.548	< 0.001
(FSM) Supportive factors and motivation	0.464	0.044	0.161	10.528	< 0.001
(FAO) Attitudes toward organizational values	0.523	0.058	0.394	9.086	< 0.001
(FKO) Organizational knowledge	0.145	0.031	0.454	4.662	< 0.001
R = 0.845, R ² = 0.713, R ² adj = 0.710, F (3,278) = 229.89, p-value < 0.001					

อภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร ผลการวิจัยพบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจในองค์กร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.2 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรกลุ่มนี้สามารถเข้าใจบทบาทภารกิจ และทิศทางการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bryson (2018) ที่ชี้ว่า การเข้าใจบริบทขององค์กรอย่างลึกซึ้งเป็นรากฐานสำคัญของการกำหนดกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังสนับสนุนงานวิจัยของ ทศพร ใจพินิจ และคณะ (2561) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจในนโยบายและแผนงานของหน่วยงาน มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน

2. ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร ผลการวิจัยพบว่า ระดับทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร โดยรวมอยู่ในระดับดีมากถึง ร้อยละ 91.5 ซึ่งสะท้อนว่าบุคลากรมีความเชื่อมั่นและเห็นความสำคัญของค่านิยมองค์กรในการกำกับพฤติกรรมการทำงาน ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sreeputtiban et al. (2024) ที่ชี้ว่า ทัศนคติต่อค่านิยมองค์กรเป็นตัวแปรเชิงจิตวิทยาที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน และมีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนอย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจในระดับดี ร้อยละ 74.5 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมการทำงาน การยอมรับนับถือ และโอกาสความก้าวหน้าในงาน มีส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ

บุคลากร สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (1996) ที่กล่าวว่าปัจจัยสนับสนุนด้านการทำงานและแรงจูงใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้ยังตรงกับผลการวิจัยของ Phativikaraiwong et al. (2018) ที่พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจมีผลต่อความสำเร็จของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในองค์กรสาธารณสุข

4. สมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ ผลการวิจัยพบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผน มีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.7 โดยสะท้อนถึงความสามารถด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ การวางแผน และการประสานงาน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของบทบาทหน้าที่ ตรงกับแนวคิด Competency Model ของ Spencer & Spencer (1993) ที่มองว่าสมรรถนะไม่ได้จำกัดเพียงความรู้และทักษะ แต่รวมถึงคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่สะท้อนออกมาในการปฏิบัติงานจริง

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในองค์กร ปัจจัยด้านทัศนคติต่อค่านิยมขององค์กร และปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าทุกตัวแปรต่างส่งผลเกื้อหนุนกันและกันในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากร 1) ความรู้ความเข้าใจในองค์กรที่ดีช่วยให้นักวิเคราะห์สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎีการวางแผนเชิงกลยุทธ์ของ

Bryson (2018) ที่เน้นว่าความเข้าใจบริบทองค์กรและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหลักในการสร้างแผนที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังสนับสนุนผลการศึกษาของ Jaipinit et al. (2018) ที่ยืนยันว่าความรู้และการรับรู้เชิงนโยบายเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของงานวางแผนภาครัฐ 2) ทักษะคิดต่อค่านิยมองค์กร พบว่า มีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับสมรรถนะ สะท้อนว่าการยึดมั่นและปฏิบัติตามค่านิยมองค์กร เช่น สมรรถนะเป็นฐาน บริการด้วยใจ และใฝ่สามัคคี มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการทำงานที่มีคุณภาพ งานวิจัยของ Sreeputtiban et al. (2024) ก็ชี้ว่าทักษะเชิงบวกต่อค่านิยมองค์กรช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน และเป็นตัวขับเคลื่อนประสิทธิภาพการทำงานเชิงกลยุทธ์ 3) สิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (1996) ที่อธิบายว่า ทั้งปัจจัยด้านสุขอนามัย (Hygiene factors) และปัจจัยจูงใจ (Motivators) มีบทบาทต่อความพึงพอใจและคุณภาพของผลการปฏิบัติงาน ในบริบทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แรงจูงใจที่มาจากการได้รับการยอมรับ โอกาสก้าวหน้า และสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม เป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนให้นักวิเคราะห์พัฒนาสมรรถนะของตนอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของทั้ง 3 ปัจจัย ยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ กล่าวคือ ไม่เพียงเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในองค์กร แต่ต้องปลูกฝังค่านิยมและจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนแรงจูงใจควบคู่กัน ซึ่งจะทำให้นักวิเคราะห์นโยบายและแผนสามารถปฏิบัติภารกิจเชิงกลยุทธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

6. การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ทักษะคิดต่อค่านิยมองค์กร และความรู้ความเข้าใจในองค์กร สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการจัดทำแผนกลยุทธ์ได้ถึง ร้อยละ 71.3 ($R^2 = 0.713$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโมเดลการพัฒนาสมรรถนะควรมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจ การปลูกฝังค่านิยม และการเพิ่มพูนความรู้ด้านองค์กรอย่างผสมผสาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanasuwan (2022)

ที่ชี้ว่าความสำเร็จของการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานรัฐขึ้นอยู่กับทั้งแรงสนับสนุนจากองค์กรและคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของบุคลากร

ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1) การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ทำให้ไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะในระยะยาว หรือผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นตามช่วงเวลาได้
- 2) การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นหลัก อาจมีข้อจำกัดด้านความลำเอียงของผู้ตอบ (Response bias) เช่น การตอบตามความเหมาะสมทางสังคมหรือความคาดหวังของผู้บังคับบัญชา
- 3) ตัวแปรที่ใช้ศึกษาเน้นด้านความรู้ ทักษะคิด และแรงจูงใจ ซึ่งแม้จะครอบคลุม แต่ยังไม่รวมปัจจัยด้านบริบทเชิงนโยบาย การเมือง หรือปัจจัยทางวัฒนธรรมองค์กร ที่อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะเช่นกัน

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านทักษะคิดต่อค่านิยมองค์กร การได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ ปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะได้ดีที่สุดคือ การได้รับสิ่งสนับสนุนและแรงจูงใจ รองลงมาคือ ทักษะคิดต่อค่านิยมองค์กร และความรู้ความเข้าใจในองค์กร ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ควรเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปลูกฝังค่านิยม และการเพิ่มพูนความรู้ด้านองค์กรควบคู่กัน เพื่อผลักดันให้การวางแผนกลยุทธ์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 ผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะ (Competency development roadmap) โดยเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในงาน การปลูกฝังค่านิยมองค์กร และการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านนโยบายและแผนอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ (Training program) ที่บูรณาการทั้งความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการทำงาน เพื่อยกระดับสมรรถนะนักวิเคราะห์ นโยบายและแผน โดยเฉพาะทักษะเชิงวิเคราะห์ การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล และการคิดเชิงกลยุทธ์

1.3 ควรส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เอื้อ ต่อแรงจูงใจ เช่น การยอมรับในผลงาน การสร้างขวัญ กำลังใจ และโอกาสความก้าวหน้าในสายงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพ และประสิทธิภาพของนักวิเคราะห์นโยบายและแผน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยในลักษณะการศึกษา ตามยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง ของสมรรถนะในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ และเพื่อดูผลกระทบ ของมาตรการพัฒนาที่นำไปใช้จริง

2.2 ควรศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงปัจจัยเชิงพฤติกรรม วัฒนธรรมองค์กร และ แรงจูงใจที่ไม่สามารถวัดได้จากแบบสอบถาม

2.3 ควรเพิ่มตัวแปรด้านการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล และการบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นทักษะ สำคัญของนักวิเคราะห์นโยบายและแผนในยุคดิจิทัล เพื่อทำให้ผลการวิจัยมีความทันสมัยและตอบสนองต่อ พลวัตของสังคม

References

- Anderson L. W. & Krathwohl, D. R. (Eds.). (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. Longman.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bracken D. W. et al. (1997). *The handbook of multi source feedback: The comprehensive resource for designing and implementing MSF processes*. Jossey-Bass.
- Bryson, J. M. (2018). *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Daniel W. W. & Cross C. L. (2013). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). Hoboken. NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Herzberg, F. (1996). *Work and the nature of man*. World Publishing Company.
- Jaipinit T. et al. (2018). Understanding of policies and work performance in government agencies. *Journal of Public Administration*, 16(2), 45–62.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2018). *The National Strategy 2018–2037*. Office of the Prime Minister.
- Phativikaraiwong P. et al. (2018). Work motivation and the effectiveness of strategic plan implementation in public health organizations. *Journal of Public Health*, 48(3), 215–228.
- Rattanasuwan, P. (2022). Success factors in implementing policies and strategic plans in Thai government agencies. *Journal of Political Science and Public Administration*, 13(1), 1–20.
- Spencer L. M. & Spencer S. M. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. John Wiley & Sons.
- Sreeputtiban W. et al. (2024). Attitudes toward organizational values and work competency of government personnel. *Journal of Research and Development in Education*, 17(1), 89–105.

Walker R. M. & Johnson K. (2022). Human capital and strategic planning in public organizations: The role of workforce competencies in organizational performance. *Public Management Review*, 24(7), 1023–1042. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1899274>

คำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) การแพทย์และสาธารณสุข (Medicine and Public Health) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) และฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารฯ ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjine> ISSN (Online) : 2774-017X และรูปแบบรูปเล่ม ISSN (Print) : 2774-0250 มีคำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ ดังนี้

1. ประเภทบทความในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนทางวิชาการที่ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาสาระใดสาระหนึ่งเพียงหนึ่งเรื่องเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้ ข้อเท็จจริง มุมมองใหม่ ๆ หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวงการวิชาการ และได้มีการเรียบเรียงผลงานวิชาการของตนเองหรือของผู้อื่นที่มีลักษณะเป็นการอธิบาย การวิเคราะห์การวิจารณ์หรือการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ตามหลักการทางวิชาการที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือ พร้อมทั้งแสดงทัศนะทางวิชาการของผู้เขียนไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งนำเสนอเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในสาขาวิชาการ/วิชาชีพหนึ่ง ๆ ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ/วิชาชีพสาขานั้น ๆ

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความ

สะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์ การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและผลการวิจัย ข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยอันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ และมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความรู้ ทักษะประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาขึ้น มีการจำแนกประเภทของนวัตกรรมโดยเกิดจากกระบวนการที่สำคัญ คือ การค้นหา (Searching) การเลือกสรร (Selecting) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) และการเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิธีหรือแนวทางปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนการพัฒนา ผลการดำเนินการบทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และร่องรอยหลักฐาน ภาพถ่าย ชี้นงาน หรือมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. การเตรียมบทความต้นฉบับแต่ละประเภท ตาราง ภาพ และแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตารางหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน มีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์ต่างหากไปด้วย องค์ประกอบหัวข้อในแต่ละบทความมีดังนี้

2.1 บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง (Title) ใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชัดเจนตรงไปตรงมา ควรสั้นกะทัดรัด ครอบคลุมประเด็นของเรื่อง ควรมีลักษณะทั้งแบบมองเห็นความสำคัญของแนวคิดหลักและประโยชน์ที่ได้รับ (Didactic) และเห็นแก่นขององค์ความรู้ (Lapidaric) ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ/Abstract เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงสร้างประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำสำคัญ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้นใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปรายตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน

เนื้อหาสาระ (Contents) ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้อง

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ควรตรวจทานงานไม่ให้ผิดพลาด เพราะจะเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนจะต้องเขียนอธิบายให้ผู้อ่านเกิดความกระจ่างใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การจัดลำดับหัวข้อการนำเสนอ การยกตัวอย่างที่เหมาะสม การนำเสนออาจประกอบด้วย การใช้ภาพวาด ภาพถ่าย แผนภูมิ ตาราง และแผนสถิติ เป็นต้น ควรนำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ

บทสรุป (Conclusion) ต้องมีการสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้น ๆ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร บอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทิ้งท้ายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ ไม่ควรใช้อ้างอิงจากบทความที่ถูกถอดถอนออกไปแล้วมาเป็นเอกสารอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](https://www.apa.org/pubs/authors/apa7.pdf)

2.2 บทความวิจัย (Research Article)

ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อเรื่องควรมีตัวแปรต้นและตัวแปรตาม หรือประเด็นหลักในการวิจัย ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ/Abstract เป็นเนื้อหาที่มีสาระเข้มข้น สั้น กระชับ ถูกต้อง และสมบูรณ์ในตัวเอง นำเสนอข้อมูลตามโครงสร้างของบทความ ได้แก่ การเกริ่นนำความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ใช้คำประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำค้นหาคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสารและดัชนีประเภทต่าง ๆ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา ลักษณะ และขนาด ความรุนแรง แสดงให้เห็นถึงภูมิหลังของปัญหาหรือ ช่องว่างของงานวิจัย (Gap of Knowledge) ควรอ้างอิง จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบ เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นปัญหาที่ต้องการจะแก้ปัญหาหรือ ตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการ ศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้อง ทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของ บทนำ และชี้ให้เห็นว่าประเด็นที่ต้องการจะค้นคว้าหา คำตอบนั้นมีความสำคัญอย่างไร ทำไมจึงต้องทำวิจัย ถ้าไม่ทำจะเกิดผลเสียอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective) เป็นการบอกจุดมุ่งหมายที่นักวิจัยต้องการค้นคว้าหา คำตอบตามปัญหาวิจัย เขียนอยู่ในรูปแบบของประโยค บอกเล่า ใช้ภาษาสื่อสารที่ชัดเจนตรงประเด็นถึงสิ่งที่ นักวิจัยต้องการจะทำ อาจเขียนแยกเป็นข้อ ๆ ตามลำดับ ความสำคัญ เช่น วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods หรือ Material and Methods) อธิบายขั้นตอนการวิจัยด้วย ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study

design, Protocol) เช่น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัย เชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action research) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ให้ระบุช่วงระยะเวลา ที่ทำการศึกษาวิจัย การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบ หลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยา ที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ใน การศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจนและ กระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการ วิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย (Results) อธิบายถึงสิ่งที่ ได้จากการศึกษาหรือวิจัย ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการแสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐาน ควรยึด วัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยเป็นหลัก ชี้ให้เห็นว่าผลการวิจัยได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างไรบ้าง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างไร นำเสนอ หลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ แสดงผลที่พบตามลำดับ หัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผล ไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นพรรณนา แต่ถ้า ตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้อง อธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูล สำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) อธิบาย ขยายความผลการวิจัย แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่า ตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือ แตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ควรมีข้อค้นพบ

สนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น วิจัยผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง และเป็นกลาง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่าผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

สรุปผล (Knowledge) เป็นการสรุปเนื้อหาในงานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาว่าองค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ดีกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร

ข้อเสนอแนะ (Suggestions) เป็นการเขียนข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งการเขียนข้อเสนอแนะดังกล่าวต้องเขียนภายใต้ข้อค้นพบจากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

2.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article)

ชื่อนวัตกรรม (Title) ควรมีความหมายในตัวเอง สั้น กระชับรัดกุมและชัดเจน เพื่อระบุถึงนวัตกรรมที่จะทำการศึกษา ควรคำนึงถึงเนื้อหาของเรื่องที่ต้องการศึกษา ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับนวัตกรรมที่ทำมาแล้ว ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนในประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ใช้คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้รับผิดชอบผลงาน (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุนายงานสังกัดหรือสถานที่ผู้รับผิดชอบทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้รับผิดชอบที่ติดต่อ

ประเภทนวัตกรรม

1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้มีความสมบูรณ์ รูปลักษณ์ หรือการใช้งานที่ดียิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า เพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ และสร้างรายได้เปรียบในตลาด

2) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) หมายถึง การปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการทำงาน การผลิต การให้บริการ หรือการดำเนินงานในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน ปรับปรุงคุณภาพ หรือสร้างความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ แนวคิดใหม่ หรือวิธีการทำงานใหม่

3) นวัตกรรมระบบบริการ (Service Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มคุณค่า สร้างประสบการณ์ที่ดี และช่วยให้องค์กรสามารถสร้างความแตกต่างจากคู่แข่ง โดยอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยี แนวคิด หรือกระบวนการใหม่ในการให้บริการ

4) นวัตกรรมทางการบริหาร (Administrative Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงระบบ วิธีการ หรือกระบวนการบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความซับซ้อน ปรับปรุงการตัดสินใจ และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความร่วมมือในองค์กร โดยนวัตกรรมนี้มุ่งเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการทางการบริหารมากกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการ

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความสำคัญและที่มาของปัญหามาซึ่งนวัตกรรม ระบุถึงปัญหาหรือความท้าทายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักวิชาการ งานวิจัย ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มาสนับสนุนเหตุผล อธิบายเหตุผลที่เลือกทำการพัฒนานวัตกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากนวัตกรรมนี้ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้จริง ในด้านวิชาการ และประโยชน์ในเชิงประยุกต์

วัตถุประสงค์ (Objectives) อธิบายถึงการค้นหาคำตอบของประเด็นปัญหา เป็นการกำหนดประเด็นการศึกษา ต้องชัดเจน และเฉพาะเจาะจง ไม่คลุมเครือ โดยบ่งชี้ถึงสิ่งที่จะทำ ทั้งขอบเขต และคำตอบที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว การตั้งวัตถุประสงค์ต้องให้สมเหตุสมผลกับทรัพยากรที่เสนอขอ และเวลาที่จะใช้ อาจจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ (1) วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective) กล่าวถึงสิ่งที่คาดหวังหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในระดับกว้าง และ (2) วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective) จะพรรณนาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยอธิบายรายละเอียดว่าจะทำอะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร และเพื่ออะไร โดยการเรียงหัวข้อควรเรียงตามลำดับความสำคัญ ก่อน-หลัง

เป้าหมาย (Target) เป็นการกำหนดและวัดผลความสำเร็จของนวัตกรรม โดยต้องมีความชัดเจน ครอบคลุม สิ่งที่ต้องการบรรลุในอนาคต ซึ่งควรมีเฉพาะเจาะจง (Specific) วัดผลได้ (Measurable) ทำได้จริง (Achievable) เกี่ยวข้อง (Relevant) มีกรอบเวลา (Time-bound) ควรมีอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators) และตัวชี้วัดเชิงผลกระทบ (Impact Indicators)

วิธีดำเนินการ (Methodology) เป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการแต่ละขั้นตอนจะอย่างไร ต้องระบุถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการดำเนินงาน ควรให้รายละเอียดในเรื่องวิธีการศึกษาใช้วิธีแบบใด เช่น จะใช้แบบทดลอง เชิงคุณภาพ หรือจะใช้แบบผสมผสานหลาย ๆ วิธีรวมกัน แหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูล ประชากรที่จะศึกษา การกำหนดคุณลักษณะของประชากร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะใช้ในการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และการประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติอะไรบ้างในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินการ (Results) กล่าวถึงผลงานหลัก การเลือกวิธีและการเลือกสถานที่ทดลองหรือศึกษา เพื่อให้ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เทคนิคที่ใช้ ผู้เขียนแสดงให้เห็นว่าดำเนินการทดลองอย่างไร และรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีใด วิธีจัดทำกับข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลองและเทคนิคต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้เขียนจัดกระทำกับข้อมูลอย่างไร อาจจะเป็นวิธีคำนวณตามแนววิชาสถิติ หรืออาจเป็นวิธีสันนิษฐานตามหลักตรรกศาสตร์มาตีความหมายในด้านวิชาการที่ผู้เขียนศึกษาอยู่ โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์โดยทั่วไป และการอ่านเอกสารอื่น ๆ ที่ได้กล่าวอ้างมาแล้วในบทต้น ๆ ผู้เขียนเสนอผลงาน รวมทั้งสรุปผลงานตั้งแต่ต้นจนถึงผลที่ได้ นอกจากนี้จากกล่าวถึงผลที่ได้ครั้งนี้มีความสำคัญอย่างไร ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการอภิปราย อาจกล่าวถึงการนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ บางกรณีอาจมีเพียงข้อเสนอแนะหรือการอภิปรายเกี่ยวกับผลอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้นก็ได้

บทเรียนที่ได้รับ (Lessons Learned) เป็นการสรุปผลและประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนวัตกรรม โดยเน้นถึงสิ่งที่ได้เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงในอนาคต หรือเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่น อาจเขียนตามลำดับ เช่น ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Factors of success) เป็นการอธิบายปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนให้นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหาควรครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและควรนำเสนอในลักษณะที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทอื่น

ภาคผนวก (Appendix) (ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน เอกสารอ้างอิง ฯลฯ) ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ประมาณ 4-6 ภาพ เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร

อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 ตามแบบฟอร์มที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [R-00 \(From-2667\).docx - Google เอกสาร](#)

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ได้ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne/index> ขั้นตอนการส่งบทความออนไลน์ (Submission Online) ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ [คู่มือการส่งบทความวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่.pdf - Google ไดรฟ์](#)

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้พิมพ์ให้ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

*กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาบทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบหลังจากได้รับบทความแล้ว

5. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

5.1 ผู้พิมพ์ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้พิมพ์ ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลงานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัย

5.8 ผู้พิมพ์ ต้องการยกเลิกหรือถอนบทความหลังจากที่ผู้ประเมินบทความ (Peer Reviewers) พิจารณาแล้ว ผู้พิมพ์จะต้องชำระค่าประเมินบทความจำนวน 3,000 บาท

5.9 ในกรณีที่ผู้พิมพ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5 วารสารฯ จะตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารฯ จะแจ้งหน่วยงานที่ผู้พิมพ์สังกัดหรือผู้พิมพ์แล้วแต่กรณี

6. จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

6.1 เคารพในการขอความยินยอม โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (Respect for free and informed consent และ Respect to autonomy of decision making)

6.2 เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for privacy) ความหมายของ Privacy คือ ตัวบุคคล (Person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรม ส่วนตัวพฤติกรรมปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอมและการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น “คลินิกโรคเอดส์” “คลินิกยาเสพติด”

6.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for confidentiality) ความหมายของ Confidentiality คือข้อมูล (Data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูล ส่วนตัวของอาสาสมัครโดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) ใบยินยอม (Consent form) การบันทึกเสียงหรือภาพ (Tape, Video and photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ไข้วรหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (Locked cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน (Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

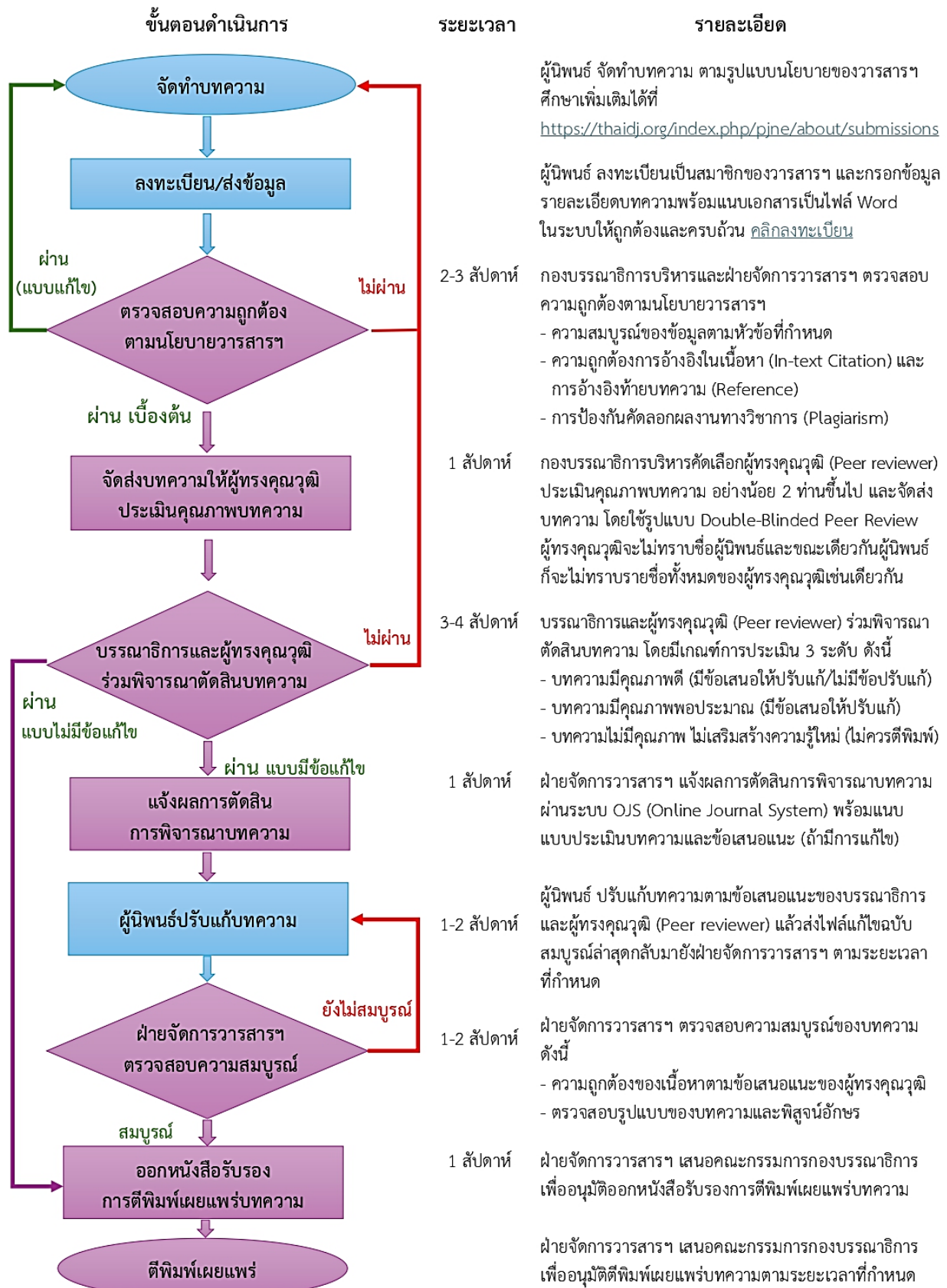
6.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for vulnerable persons) ความหมายของผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือ บุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic minority) กลุ่มเปราะบางทางเพศ หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexuality) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (Socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ (Sex workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug addicts)

6.5 CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่า การทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ขอบด้วยกฎหมาย และมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วย การทำวิจัยในเด็ก ไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าอาจจะได้รับประโยชน์โดยตรง หรือผลการวิจัยอาจจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กกำพร้าคนอื่น ๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ความยินยอม ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอ Assent ตามข้อกำหนดเช่นกัน

7. สิทธิส่วนบุคคล

ชื่อและที่อยู่อีเมล หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่กรอกในเว็บไซต์วารสารนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในงานวารสารฯ เท่านั้นและจะไม่เปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในกิจกรรมอื่น ๆ หรือให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่นใดทราบ

ขั้นตอนการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)



*หมายเหตุ: ระยะเวลาการดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมจากคณะกรรมการกองบรรณาธิการวารสารฯ

Academic Article

TITLE.....(TH SARABUNPSK, BOLD, 18)

First name//Last name^{1,*},//.....² (TH sarabunPSK, 14)

¹ Affiliation....., Province..... zip code....., Thailand (TH sarabunPSK, 12)

² Public Health Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health,
Nonthaburi 11000, Thailand (TH sarabunPSK, 12)

Corresponding author; E-mail:com* (TH sarabunPSK, 12)

ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the

.....

.....

.....

.....

..... The results of this study were as follows:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....(TH sarabunPSK, 16)

Keywords:;/.....; Behaviors prevention

บทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง..... (TH sarabunPSK, ตัวหนา, 18)

(ใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชัดเจนตรงไปตรงมา ควรสั้นกะทัดรัด ครอบคลุมประเด็นของเรื่อง ควรมีลักษณะทั้งแบบมองเห็นความสำคัญของแนวคิดหลักและประโยชน์ที่ได้รับ (Didactic) และเห็นแก่นขององค์ความรู้ (Lapidaric) ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ชื่อ//นามสกุล^{1,*},//.....²

¹ สังกัด....., จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์....., ประเทศไทย

² กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 11000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย:com*

บทคัดย่อ

เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงสร้าง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ.....

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญ:; พฤติกรรมการป้องกันโรค; (TH sarabunPSK, 16)

(คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก สมบูรณ์ครบถ้วน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

บทนำ (TH sarabunPSK, 16)

เป็นส่วนที่ผู้เขียนตั้งใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้น จูงใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปราย ตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือ ให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่าน ไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน.....

เนื้อหาสาระ

ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศ ไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้อง ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ควรตรวจทานงานไม่ให้ผิดพลาด เพราะจะเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนจะต้องเขียนอธิบายให้ผู้อ่านเกิดความกระจ่าง ใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การจัดลำดับหัวข้อการนำเสนอ การยกตัวอย่างที่เหมาะสม การนำเสนออาจประกอบด้วย การใช้ภาพวาด ภาพถ่าย แผนภูมิ ตาราง และแผนสถิติ เป็นต้น นำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ.....

บทสรุป

มีการสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้น ๆ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไรบอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทั้งท้ายกระตุ้นให้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป.....

References

Khumthong C, Juntu W. (2021). Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(1), 39-48.

เอกสารอ้างอิง (References) เขียนเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้รูปแบบ American Psychological Association 7th edition ตามที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ประกาศหน้าเว็บไซต์วารสาร หรือได้ที่ https://drive.google.com/file/d/1-Kvb_EsrhG-oEyGeryn2xphZDhnHScRC/view?usp=drive_link

Original Article

TITLE.....(TH SARABUNPSK, BOLD, 18)

First name//Last name^{1,*},//.....² (TH sarabunPSK, 14)

¹ Affiliation....., Province..... zip code....., Thailand (TH sarabunPSK, 12)

² Public Health Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health,
Nonthaburi 11000, Thailand (TH sarabunPSK, 12)

Corresponding author; E-mail:com* (TH sarabunPSK, 12)

ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the

.....

.....

.....

.....

..... The results of this study were as follows:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....(TH sarabunPSK, 16)

Keywords:;/.....; Behaviors prevention

บทนำ (TH sarabunPSK, 16)

ส่วนแรกของบทนำ จะเป็นการกล่าวถึงที่มาและความสำคัญของปัญหา คือ การกล่าวถึงสภาพปัจจุบัน เป็นสภาพทั่วไปในสิ่งที่สนใจการศึกษาโดยรวมเป็นอย่างไรก่อนที่จะกล่าวถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น จะเป็นการระบุถึงแนวทางแก้ไขปัญหา และทำการสรุปที่มาและความสำคัญของปัญหา รวมถึงการกล่าวสรุปถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย.....

(อธิบายความสำคัญโดยอ้างอิงทฤษฎี ที่มาและความสำคัญของปัญหาชัดเจน และให้เหตุผลเชิงวิชาการนำไปสู่การวิจัย)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเขียนวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการกล่าวถึงคำถามที่นำไปสู่คำตอบของปัญหาการวิจัยในหัวข้อเรื่องนั้น ๆ ระบุหรือกำหนดประเด็นในการทำวิจัย

1.
2.
3.

(แสดงตัวแปรที่ศึกษาเจาะจงชัดเจน มองเห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามวิจัยกับวัตถุประสงค์)

วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนด วิธีการ กิจกรรมต่าง ๆ พื้นที่ที่ใช้การวิจัย ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และรายละเอียดการวิจัยที่ผู้วิจัยจะต้องทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล เช่น

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

.....

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

.....

(มีแบบแผนการวิจัยและแสดงขั้นตอนชัดเจน มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีการแสดงรายละเอียดเครื่องมือ วิธีการเก็บข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ)

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลเป็นการรวบรวมนำผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แปลความหมายไว้แล้วมาเขียนสรุปเป็นข้อ ๆ เพื่อตอบคำถามต่อปัญหาวิจัย การเขียนสรุปผลนี้ ควรเขียนให้มีลำดับสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือสมมติฐานการวิจัย

.....

.....

(ตัวอย่างตาราง/ข้อมูลในตารางเป็นภาษาอังกฤษ)

Table 1 Compare average knowledge scores perception of violence perception of opportunities, risks, expectations self-efficacy and preventive behavior for coronavirus disease 2019 within the experimental and control groups after the experiment

Variable	Sample size (n)	Mean $\pm$ SD	Average of the difference ($\bar{x}_{diff}$)	Standard deviation of the difference (SD_{diff})	Numerical criteria = 0 95% confidence interval of the mean difference (95%CI for $\bar{x}_{diff}$)	p-value
Knowledge about disease prevention						
Experimental group	33	11.91 $\pm$ 0.91	1.30	0.25	0.79 - 1.81	< .001*
Control group	33	10.61 $\pm$ 1.14				
Perception of the severity of the disease						
Experimental group	33	11.42 $\pm$ 1.27	0.75	0.27	0.20 - 1.30	< .001*
Control group	33	10.67 $\pm$ 0.92				
Recognition of risk opportunities for disease prevention						
Experimental group	33	23.88 $\pm$ 2.05	4.43	0.47	3.50 - 5.37	< .001*
Control group	33	19.45 $\pm$ 1.75				
Expectations for disease prevention						
Experimental group	33	34.09 $\pm$ 0.88	7.36	0.51	6.35 - 8.37	< .001*
Control group	33	26.73 $\pm$ 2.78				
Perception of one's own abilities						
Experimental group	33	25.15 $\pm$ 0.97	5.39	0.28	4.84 - 5.94	< .001*
Control group	33	19.76 $\pm$ 1.25				
Disease prevention behavior						
Experimental group	33	27.58 $\pm$ 1.93	2.97	0.42	2.13 - 3.81	< .001*
Control group	33	24.61 $\pm$ 1.43				

* Statistical significance at the .05 level

อภิปรายผล

อภิปรายผลประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงสนับสนุนผลการวิจัย

(มีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบว่าสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยที่มีอยู่ก่อนตามหลักวิชาการ)

สรุปผล

องค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ดีกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

.....

.....

.....

References

Khumthong C, Juntu W. (2021). Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(1), 39-48.

เอกสารอ้างอิง (References) เขียนเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้รูปแบบ American Psychological Association 7th edition ตามที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ประกาศหน้าเว็บไซต์วารสาร หรือได้ที่ https://drive.google.com/file/d/1-Kyb_EsrhG-oEyGeryn2xphZDhnHScRC/view?usp=drive_link

คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition
อ้างอิงมาจาก Publication Manual of the American Psychological Association
(American Psychological Association, 2020)

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Vol.39(1) เป็นต้นไป

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation)

1.1 การอ้างอิงแบบนาม-ปี (Author-date Citation System)

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	Last Name/(Year) or (Last Name,Year)	ชื่อ/นามสกุล/(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล,ปีที่พิมพ์)
	Phutthasombat (2023) or (Phutthasombat, 2023)	ภูธรินทร์ พุทธสมบัติ (2566) หรือ (ภูธรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name ¹ /and/Last Name ² /(Year) or (Last Name ¹ /and/Last Name ² ,Year)	ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² /(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² ,ปีที่พิมพ์)
	Bunlad and Papasa (2023) or (Bunlad and Papasa, 2023)	สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา (2566) หรือ (สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา, 2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Last Name/et al./ (Year) or (Last Name/et al.,Year)	ชื่อ/นามสกุล/และคณะ/(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล/และคณะ,ปีที่พิมพ์)
	Subtoranee et al. (2024) or (Subtoranee et al., 2024)	วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ (2567) หรือ (วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ, 2567)
กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่	(n.d.)	(ม.ป.ป.)
กรณีไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์	(n.p.)	(ม.ป.ท.)

1.2 เอกสารที่นำมาอ้างอิงมากกว่า 2 แหล่งข้อมูล ให้เขียนเรียงตามลำดับตัวอักษร

1.2.1 งานวิจัยของยุทธนา พงษ์พิริยะเดชะ (2561) และสุวัจน์ ธีรสร (2563)

1.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักศึกษา (ยุทธนา พงษ์พิริยะเดชะ, 2561; สุวัจน์ ธีรสร, 2563)

1.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ (Pongpiriyadacha, 2017; Tanyaros et al., 2019)

1.3 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

1.3.1 การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	Last Name/(Year) or Organization/(Year)	ชื่อ/นามสกุล (ปีที่พิมพ์) หรือองค์กร/(ปีที่พิมพ์)
	Phutthasombat (2023)	ภูธรินทร์ พุทธสมบัติ (2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name ¹ /and/Last Name ² /(Year)	ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² /(ปีที่พิมพ์)
	Bunlad and Papasa (2023)	สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา (2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Last Name/et al./ (Year)	ชื่อ/นามสกุล/และคณะ/(ปีที่พิมพ์)
	Subtoranee et al. (2024)	วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ (2567)
กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่	(n.d.)	(ม.ป.ป.)
กรณีไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์	(n.p.)	(ม.ป.ท.)

1.3.2 การอ้างอิงชื่อผู้เขียนหลังข้อความ

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	(Last Name,/Year) or (Organization,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล,/ปีพิมพ์) หรือ (องค์กร,/ปีที่พิมพ์)
	(Phutthasombat, 2023)	(ภูธรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	(Last Name ¹ /and/Last Name ² ,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² ,/ปีพิมพ์)
	(Bunlad and Papasa, 2023)	(สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา, 2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	(Last Name/et al.,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล/และคณะ,/ปีที่พิมพ์)
	(Subtoranee et al., 2024)	(วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ, 2567)

1.4 การอ้างอิงจากบทสัมภาษณ์

ภาษาอังกฤษ
Last Name ^{Interviewee} /A./A./ (Title, October 1, 2019) or (Last Name ^{Interviewee} /A./A., /Title, October 1, 2019)
Tanyaros S. (Personal communication, October 1, 2019) or (Tanyaros S., Personal communication, October 1, 2019)
ภาษาไทย
ชื่อ/สกุล ^{ผู้ถูกสัมภาษณ์} / (ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล ^{ผู้ถูกสัมภาษณ์} /ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี)
สุวัจน์ ธีรุต (การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2562) หรือ (สุวัจน์ ธีรุต, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2562)
หมายเหตุ การเขียนอ้างอิงจากบทสัมภาษณ์ กรณีไม่มีการเผยแพร่เป็นสาธารณะ ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น โดยไม่ต้องใส่เป็นอ้างอิงท้ายเล่ม

1.5 การอ้างอิงที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

ภาษาอังกฤษ
("Title",/ Year)
("Primary Health Care", 2023)
ภาษาไทย
("ชื่อเรื่อง",/ปีที่เผยแพร่)
("การสาธารณสุขมูลฐาน", 2565)
หมายเหตุ กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ ม.ป.ป. หรือ n.d. กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ ปี เท่านั้น ถ้าชื่อเรื่องมียาวเกินไป ให้ใส่เฉพาะ คำแรก ๆ ของชื่อเรื่องเท่านั้น

1.6 การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษา

การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษาท้ายข้อความในเนื้อหา ให้ใช้ชื่อกฎหมายและตามด้วยปี (ชื่อกฎหมาย,/พ.ศ.)
(พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8), 2553)

2. การเขียนอ้างอิงท้ายบทความ (Reference)

1. หนังสือ	Last Name./A./A./ (Year) ./Title of the book/ (Edition ed.) ./Publisher. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์) ./ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่) ./สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	Jirawatkul, A. (2010). <i>Statistics in health sciences for research</i> (2 th ed.). Bangkok: Witthayapat. อรุณ จิรวัดกุล. (2553). สถิติทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
ผู้แต่ง 2 คน	Waiwanichkul N. & Udomsri C. (1992). <i>Business research methods</i> (4 th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. นราศรี ไววนิชกุล และชูศักดิ์ อุดมศรี. (2535). <i>ระเบียบวิธีวิจัยธุรกิจ</i> (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Bunmongkol P. et al. (1998). <i>State of Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS</i> . Bangkok: Rung Saeng Printing. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ. (2541). <i>องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์</i> . กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์
กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1	ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์
กรณีที่ผู้แต่งเป็นนิติบุคคล	เช่น หน่วยงาน องค์กร บริษัท หรือเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ ใส่ชื่อย่อ ในส่วนของสำนักพิมพ์ หรือผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ เช่น WHO, มหาวิทยาลัย, สถาบัน, กรม, โรงพยาบาล
	Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development, Department of Health Service Support. (2023). <i>Public Health Knowledge Management</i> . Khon Kaen: Anna Offset Printing House. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). <i>การจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน</i> . ขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต.
2. วิทยานิพนธ์/ วิทยานิพนธ์	Last Name./A./A./ (Year) ./Title./ [Dissertation] ./Publisher: /Name of university. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์) ./ชื่อเรื่อง./ [วิทยานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา] ./ /////////สถานที่พิมพ์: /ชื่อมหาวิทยาลัย.
	Prasertsuk, S. (2018). Factor Analysis of Pharmacist’s Role in Patient Care of Primary Care System : Case Study in Northeastern Region Consciousness, [Thesis of Master of Pharmacy Program]. Graduate School: Khon Kaen University. ศิวพร ประเสริฐสุข. (2561). <i>การวิเคราะห์องค์ประกอบบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</i> , [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

3. วารสารแบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์	Last Name./A./A./Year./Title./Name of journal./ Volume(Issue)/Page. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ปีพิมพ์./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/เลขของฉบับที่./ เลขหน้า.
กรณีไม่มีเลข DOI	Seekud, P. (2022). Long Covid and Post-Covid Syndrome Health Complications. <i>Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)</i> , 37(1), 19-27. ภูรินทร์ สีกุด. (2565). ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด. <i>วารสารสาธารณสุขมูลฐาน</i> (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 37(1), 19-27.
กรณีมีเลข DOI	Chantana, C. (2019). A Cooling System for A Mushroom House for Use in the Upper Central Region Climate of Thailand. <i>Naresuan University Journal: Science and Technology</i> , 27(3), 10-19. https://doi:10.14456/nujst.2019.22
4. รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceedings)	
4.1 แบบรูปเล่มหนังสือ	Last Name./A./A./Year./Title./In/Editor's name/Ed. or Eds.), //////// Conference topic/(pp.).URL ชื่อ/นามสกุล./ปีพิมพ์./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม. ////////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
	Katz I., Gabayan K., & Aghajan H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems</i> (pp. 97-108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9 พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนาวาสี (บ.ก.), การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. <i>การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4.2 ในรูปแบบวารสาร	Last Name./A./A./Year./Title:/Sub-title./Name of journal./Volume(Issue), ////////Page./URL ชื่อ/นามสกุล./ปีพิมพ์./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(ฉบับที่), ////////เลขหน้า./URL
	Chaudhuri S., & Biswas A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. <i>Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education</i> , 20(1), 11-16. https://search-proquest-com. elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285

5. การนำเสนองานวิจัย/ การนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)	Last Name./A./A./ (Year./Month/Date)./Title/[Paper or Poster presentation]. ////////Conference Name, Location. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (วัน./เดือน/ปี)./ชื่อเรื่อง/[Paper หรือ Presentation]. ////////ชื่อการประชุม./สถานที่.
	Haldrup S., Lapolla A., & Gundgaard J. (2017, November 4-8). <i>Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy</i> [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20 th Annual European Congress, Glasgow, Scotland. อนุชา แก้วพลสุข. (30-31, มีนาคม 2558). <i>การพัฒนาออกแบบแหล่งจ่ายกระแสคงที่: เปรียบเทียบระหว่างวงจรสะท้อนกระแสและไอซี LM317</i> [Paper presentation]. การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์วิจัย ครั้งที่ 7 มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, ประเทศไทย.
6. เว็บไซต์	Last Name./A./A./ (Year./Month/Date)./Title./ชื่อเว็บไซต์./URL ชื่อ/สกุลผู้เขียน./ (ปี/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
	Sanmaae W. (2020, September 1). <i>Tomato seed production technology</i> . Horticultural Research Institute. http://www.doa.go.th/hort/?p=18779 วิศรุต สันมาแอ. (2563, 1 กันยายน). <i>เทคโนโลยีการผลิตเมล็ดพันธุ์มะเขือเทศ</i> . สถาบันวิจัยพืชสวน. http://www.doa.go.th/hort/?p=18779
หมายเหตุ	กรณีที่ไม่มีการเผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก
7. ราชกิจจานุเบกษา	ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน)./ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/ตอนที่./หน้า/เลขหน้า.
	พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 10 พฤษภาคม). <i>ราชกิจจานุเบกษา</i> . เล่ม 135 ตอนที่ 33. หน้า 1-18.

เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย. (2563). *คู่มือการเขียนเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม APA 7th edition* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย [เอกสารประกอบการประชุม]. <http://eng.rmuts.ac.th/engineeri/sites/default/files/u761/5.3%20คู่มือเขียนเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม-APA.pdf>
- มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2565, 22 กุมภาพันธ์). *การเขียนบรรณานุกรม รูปแบบ APA 7th*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th>
- วรวิทย์ จันท์สุวรรณ. (2565, 1 พฤษภาคม). *การเขียนอ้างอิงแบบ APA 7th*. Active Learning: Learning for All. https://web.rmuth.ac.th/woravith/?page_id=1840
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

