

PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL (NORTHEASTERN EDITION)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

บทความวิชาการ บทความวิจัย และนวัตกรรม

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



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

JOURNAL
PRIMARY
HEALTH
CARE



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

รับตีพิมพ์บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index: TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 (Tier 1)

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร
ดร. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการบริหาร

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
นายกฤษณชัย กิมชัย
นายพิพัฒน์พล พินิจดี
นางสาวนิติญา คุ่มไพร
นางพรพนม ปราชัยภูมิ
นายภูวนรินทร์ สีกุล

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
รองผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
หัวหน้ากลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน
หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ
หัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป
ผู้ช่วยบรรณาธิการและเลขานุการ

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. พงษ์เดช สารการ
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรัชย์ พิมพ์หา
รองศาสตราจารย์ ดร. นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์
รองศาสตราจารย์ ดร. จุรีรัตน์ ดาดวง
รองศาสตราจารย์ ดร. พรณี ปัญชรหัตถกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิตา ผาติเสนะ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย เอกสันติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปธานิน แสงอรุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรัชณีย์ พัดงาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ยังเอี่ยม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เชียงของ
ดร. นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล
ดร. ทันตแพทย์หญิงศรีญทิพย์ ชาลีเครือ
ดร. ดุษฎี สุทธิ
ดร. เฉลิมพร นามโยธา
ดร. พรทิพย์ แก้วชิน
ดร. ศิริเนตร สุขดี
ดร. ขวัญชนก เทพปัน
ดร. ชูภาศิริ อภินันท์เดชา
ดร. ชาลินี มานะยิ่ง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
วิทยาลัยนครราชสีมา
วิทยาลัยนครราชสีมา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวณัฐธิดา สุวรรณ
นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา
นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด
นางสาวเมตตา พิมพ์สวัสดิ์
นางสาวดวงใจ ปรีกโธสง
นางสาวนฤมล ธนุสา
นางสาวดอกไม้ สานสมจงเจริญ
นายธนากร พิมพ์พุก
นายวีรยุทธ กิจสกุล
นายณัฐชัย วงศ์ชาเนา
นางสาวจุฬารัตน์ ตุ่นป่า

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักจัดการงานทั่วไป
นักวิชาการเงินและบัญชี
นักวิชาการพัสดุ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ปฏิบัติงานวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน
ปฏิบัติงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
ปฏิบัติงานธุรการ

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)

The journal publishes academic articles in the fields of health sciences, medicine, public health, and related disciplines. It is published three times a year. All articles undergo a rigorous peer-review process by at least two qualified experts. Furthermore, the journal has passed the quality assessment by the Thai-Journal Citation Index (TCI) as a Tier 1.

Advisory Board

Phuwadat Surakhotand, M.D.

Arkorn Praditsuwan, D.D.S Ph.D.

Director General, Department of Health Service Support

Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Editor-in-Chief

Thawin Lerkchaiyaphum

Krissanachai Kimchai

Phipadpole Pinitdee

Nitiya Koomprai

Pornpanom Prachaiyapum

Poonarin Seekud

Director, Health Service Support Center 7

Deputy Director, Regional Health Service Support Center 7

Chief of Health Education and Primary Health Care Subdivision

Chief of Health Consumer Protection Subdivision

Chief of General Administration Subdivision

Assistant Editor and Secretary

Editorial Board Members

Prof. Wongsu Laohasiriwong, Ph.D.

Assoc. Prof. Pongdech Sarakarn, Ph.D.

Assoc. Prof. Surachai Phimha, Ph.D.

Assoc. Prof. Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Ph.D. Khon Kaen University

Assoc. Prof. Jureerut Daduang, Ph.D.

Assoc. Prof. Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.

Khon Kaen University

Khon Kaen University

Khon Kaen University

Khon Kaen University

Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage

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. Prapassara Sirikarn, Ph.D.

Asst. Prof. Pawena Limpiteeprakan, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Maharakham University

Maharakham University

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Khon Kaen University

Ubon Ratchathani University

Editorial Board Members [Continued]

Asst. Prof. Thanakorn Panyasaisophon, Ph.D.
Asst. Prof. Pathanin Sangaroon, Ph.D.
Asst. Prof. Suratchanee Phadngam, Ph.D.
Asst. Prof. Waraporn Youngiam, Ph.D.
Asst. Prof. Araya Chiangkhong, 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.
Sirinate Sukdee, Ph.D.
Kwunchanok Theppan, Ph.D.
Chupasiri Apinundech, Ph.D.
Chaline Manaying, Ph.D.

Phranakorn Rajabhat University
Sukhothai Thammathirat Open University
Chiang Mai University
Naresuan University
Nawamintharachuthit University
Public Health Service Center 6 Nakhon Ratchasima
Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen
Thammasat University
Mahasarakham University
Surindra Rajabhat University
Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi
Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi
Nakhon Ratchasima College
Nakhon Ratchasima College

Journal Management Department

Natthida Suwan
Jutarat Papasa
Siriyaorn Bunlad
Metta Phimsawat
Duangchao Pruethaisong
Narumon Thanusa
Dokmai Sansomjongcharoen
Thanakorn Pimpuk
Weerayut Kitsakul
Nattachai Wongsanao
Jurawadee Thunpa

Public Health Technical Officer, Professional Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Public Health Technical Officer, Practitioner Level
General Administration
Finance and Accounting Officer
Procurement Officer
Policy and Planning Analyst
Plan and Policy Analyst Operation
Information Technology Operation
General Service Operation

Copyright

Health Service Support Center 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

ระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่จุดเปลี่ยนผ่านสำคัญที่เต็มไปด้วยความท้าทายเชิงโครงสร้าง ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ความเสี่ยงจากสารเคมีทางการเกษตรตกค้าง ภาวะวิกฤตสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนภาระทางการคลังด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้ ได้รวบรวมบทความวิชาการ บทความวิจัยและนวัตกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามของนักวิจัยในการแก้ปัญหาเหล่านี้ ตั้งแต่ระดับนโยบายมหภาคไปจนถึงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ฉบับนี้เป็นปีที่ 41 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2569 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 7 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการหรือนำไปประยุกต์วางแผนในการดำเนินงานได้

คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิพิจารณา ถกเถียง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 พ.ศ. 2569-2572 โดยท่านสามารถส่งบทความต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้องสืบไป

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

- รูปแบบและกลไกสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข: บทเรียนต่างประเทศสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายไทย
วีระชัย นวลชัย, อีรพันธ์ โล่ห์ทองคำ e17977

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค
ผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว อำเภอเขาสมบวง จังหวัดขอนแก่น
สุทธิดา ยาตุนเคราะห, กฤติยาณี ธรรมสาร e16760
- ความชุก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุข
โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง
สุทธิดา สีหาเสนา, นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์, ดุชนันท์ คาวังค์ e16797
- ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในตำบลปึงหวาน อำเภอพะโต๊ะ
จังหวัดชุมพร
สรวส เครือคง, กมลวรรณ วณิชชานนท์, ธนกร สิริกุล, เจตน์วิษุทธิ์ บริรักษ์, อรุณทัย เคนรัมย์นั,
อัญชลี พงศ์เกษตร e16950
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ อำเภอควนโดน
จังหวัดสตูล
นุริดา เส้นดิระ, กมลวรรณ วณิชชานนท์, โรสนาณี เหมตระกูลวงศ์, ธนกร สิริกุล e16967
- ผลกระทบทางสุขภาพของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
จุฑาทิพย์ นิคมเพชร, สุทัศน์ เสียมไหม, พยงค์ เทพอักษร, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์ e17029

สารบัญ

บทความวิจัย (ต่อ)

หน้า

- การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอ่างทอง
วุฒิชัย ลิทธิโชค, อารยา เขียวทอง, ศิริเนตร สุขดี e17363
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
อานนท์ ยิ่งยุบล, ฉัตรสุนัน พฤตมิถุนโณ, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ฤชงค์ อินทร์ชัย e17616

Table of contents

	Page
Academic Article	
➤ MODELS AND MECHANISMS OF THE OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: LESSONS FOR THAILAND <i>Weerachai Nolwachai, Teerapun Lotongkum</i>	e17977
Research Article	
➤ EFFECTS OF THE HEALTH BELIEF MODEL APPLICATION PROGRAM TO ENCOURANGE CONSUMPTION BEHAVIOR OF ORGANIC VEGETABLES AND FRUITS AMONG FAMILY HEALTH LEADERS IN KHAO SUAN KWANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE <i>Suttida Yatunukroh, Krittiyanee Thammasarn</i>	e16760
➤ PREVALENCE, MENTAL HEALTH LITERACY AND ASSOCIATED FACTOR MENTAL HEALTH AMONG PUBLIC HEALTH PERSONNEL IN CHUMPHAE HOSPITAL, CHUMPHAE DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE: A CROSS-SECTIONAL ANALYTICAL STUDY <i>Sutthida Seehasana, Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Dutsadee Khaweewong</i>	e16797
➤ PREDICTORS OF MANUFACTURED CIGARETTE SMOKING BEHAVIOR AMONG RESIDENTS IN PANGWAN SUBDISTRICT, PHATO DISTRICT, CHUMPHON PROVINCE <i>Sawarot Khruakhong, Kamonwan Vanichchanon, Thanakorn Sirikul, Jetwichayut Borirak, Arunothai Derramon, Anchalee Pongkaset</i>	e16950
➤ HEALTH LITERACY IN PREVENTING DENGUE FEVER AMONG PEOPLE IN BAN TANG NGO, KHUAN DON DISTRICT, SATUN PROVINCE <i>Nurida Sentirah, Kamonwan Wanitchanon, Rosenanee Hemtrakoonwonh, Thanakorn Sirikul</i>	e16967
➤ HEALTH IMPACT OF PEOPLE FOR CLEAN CITY POLICY MODEL CITY OF SURAT THANI MUNICIPALITY <i>Chuthathip Nikumphet, Suthat Siammai, Phayong Thepaksorn, Patthanasak Khammaneechan</i> ..	e17029

Table of contents

Research Article (Continued)	Page
➤ DEVELOPMENT OF A PARTICIPATORY MODEL FOR TUBERCULOSIS SURVEILLANCE, PREVENTION AND CONTROL IN ANG THONG PROVINCE <i>Wutthichai Sitthichok, Araya Chiangkhong, Sirinate Sukdee</i>	e17363
➤ FACTORS RELATED TO THE JOB PERFORMANCE OF GOVERNMENT PERSONNEL IN THE DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THAILAND <i>Anon yangyubol, Chardsumon Prutipinyo, Utoomporn Wongsin, Puchong Inchai</i>	e17616

Academic Article

MODELS AND MECHANISMS OF THE OFFICE OF HEALTH ECONOMICS: LESSONS FOR THAILAND

Received: July 17, 2026

Revised: August 17, 2026

Accepted: August 18, 2026

Weerachai Nolwachai^{1,*}, Teerapun Lotongkum²

¹ Office of the Inspector General Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand

² Independent Scholar, Lat Phrao, Bangkok 10230, Thailand

Corresponding author; E-mail: weerachai@moph.go.th *

Citation: Nolwachai W. & Lotongkum T. (2026). Models and Mechanisms of The Office of Health Economics: Lessons for Thailand. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e17977.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Health systems worldwide face challenges arising from the rising burden of non-communicable diseases, demographic transition, advances in medical technology, and constraints on public budgets, requiring that policymaking draw upon economic analysis alongside clinical evidence. In Thailand, despite the country's success in achieving universal health coverage, the containment and forecasting of long-term fiscal burdens and the equitable allocation of health resources remain policy gaps for which no single agency holds unified responsibility. The purpose of this academic article was to examine the organizational models and operational mechanisms of health economics agencies in the United Kingdom, Australia, and the Republic of Korea, in order to synthesize lessons for designing an Office of Health Economics in Thailand, using a documentary research approach. The results of this study were as follows: although the three countries differ in their institutional structures, they share several essential features. These lessons led to proposals for four mechanisms: assessing the cost-effectiveness of health technologies, managing national health data, forecasting fiscal burdens, and evaluating policies after implementation. Establishing this agency would help fill policy gaps and support the long-term sustainability of Thailand's health system.

Keywords: Office of Health Economics; Health Economics; Public Health Policy; Health Technology Assessment

บทความวิชาการ

รูปแบบและกลไกสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข: บทเรียนต่างประเทศสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายไทย

วีระชัย นวลชัย^{1,*}, อีรพันธ์ โล่ห์ทองคำ²

รับบทความ: 17 กรกฎาคม 2569

แก้ไขล่าสุด: 17 สิงหาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 18 สิงหาคม 2569

¹ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, ถนนพหลโยธิน 11000, ประเทศไทย

² นักวิชาการอิสระ, ตลาดพริ้ว, กรุงเทพมหานคร 10230, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: weerachai@moph.go.th *

อ้างอิง: วีระชัย นวลชัย และอีรพันธ์ โล่ห์ทองคำ. (2569). รูปแบบและกลไกสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข: บทเรียนต่างประเทศสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายไทย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e17977.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญความท้าทายจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ และข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ ทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ควบคู่กับข้อมูลทางการแพทย์ สำหรับประเทศไทย แม้จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการเงินในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างเป็นธรรม ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข โดยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร ผลการศึกษา พบว่าแม้ทั้งสามประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ บทเรียนดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอกลไก 4 ประการ ได้แก่ การประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ การพยากรณ์ภาระทางการเงิน และการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ การจัดตั้งหน่วยงานนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างเชิงนโยบายและรองรับความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว

คำสำคัญ: สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข; เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข; นโยบายสาธารณสุข; การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

บทนำ

ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญกับความท้าทายทั้งจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ (Freihat et al., 2025) ดังนั้น การกำหนดนโยบายสาธารณสุขจึงไม่อาจอาศัยเพียงข้อมูลทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และผลกระทบทางเศรษฐกิจควบคู่กันไป ส่งผลให้หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) มีบทบาทสำคัญในการนำมาใช้วิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจภาครัฐให้สามารถจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน (Turner et al., 2023) หลายประเทศได้จัดตั้งหน่วยงานเฉพาะด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อศึกษาวิเคราะห์และประเมินนโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีบทบาทครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความคุ้มค่าของยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิเคราะห์ภาระทางการเงินของระบบสุขภาพ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ ตลอดจนการประเมินผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพของประชาชน ตัวอย่างเช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี ต่างได้พัฒนากลไกการดำเนินงานที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ และการกำหนดนโยบายสาธารณะเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ จนสามารถยกระดับประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงินได้อย่างมีนัยสำคัญ (Millar et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย แม้จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ แต่การบริหารจัดการระบบสุขภาพยังคงเผชิญความท้าทายหลายประการ ทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง (Sumriddetchkajorn et al., 2019) รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งยังขาดเอกภาพ (Kaushik et al., 2025) ภายใต้บริบทดังกล่าว การพัฒนากลไกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในระยะยาว (Leelahavarong et al., 2019) ทั้งนี้ ปัจจุบันมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP ที่มีหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้สนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (HITAP, n.d.) แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นเอกภาพ จึงขอเสนอจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์ฐานอำนาจทางกฎหมายและรูปแบบองค์กรที่เป็นไปได้สำหรับการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขไว้แล้วในงานก่อนหน้า ซึ่งพบว่าสามารถดำเนินการได้สามรูปแบบ ได้แก่ หน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการระดับกรม และองค์การมหาชน โดยเสนอแนวทางการพัฒนาแบบเป็นระยะ (Nolwachai, 2026) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมุ่งเน้นมิติเชิงกฎหมายและโครงสร้างองค์กรเป็นหลัก ยังไม่ได้วิเคราะห์รูปแบบและกลไกการดำเนินงานเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานในต่างประเทศ บทความนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบรูปแบบและกลไกการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

การคัดเลือกสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี มาเป็นกรณีศึกษาสำคัญ คือเป็นประเทศที่พัฒนากลไกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจนได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่มีรูปแบบเชิงสถาบันที่แตกต่างกัน จึงสะท้อนทางเลือกที่หลากหลายซึ่งครอบคลุมมิติที่ระบบของไทยยังขาดเอกภาพ กล่าวคือสหราชอาณาจักรเป็นตัวอย่างของหน่วยงานกลางที่มีสถานะเป็นองค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (Non-Departmental Public Body) ซึ่งบูรณาการการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเข้ากับการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบ (Health and Social Care Act 2012; Rawlins, 2013) ออสเตรเลียเป็นตัวอย่างของคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมายที่เน้นการประเมินความคุ้มค่าของยาก่อนการอุดหนุนงบประมาณจากภาครัฐ (National Health Act, 1953; Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) และสาธารณรัฐเกาหลีเป็นตัวอย่างของการใช้ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ระดับชาติควบคู่กับการแบ่งบทบาทเชิงสถาบันระหว่างหน่วยงานประเมินหลักฐานกับหน่วยงานพิจารณาการเบิกจ่ายอย่างชัดเจน (Seong et al., 2017; Oh et al., 2023) ทั้งนี้ การวิเคราะห์เปรียบเทียบในบทความนี้กำหนดมิติการพิจารณาไว้ได้แก่หน่วยงานหลัก สถานะทางกฎหมาย ขอบเขตภารกิจ และเครื่องมือหรือกลไกการดำเนินงานหลัก เพื่อให้สามารถสังเคราะห์บทเรียนที่นำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทยได้อย่างเป็นระบบ

บทความนี้มุ่งเติมเต็มช่องว่างจากงานก่อนหน้า (Nolwachai, 2026) ด้วยการศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และสังเคราะห์บทเรียนมาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และยั่งยืนในอนาคต

สหราชอาณาจักร: กลไกการดำเนินงานของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

สหราชอาณาจักรนำหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยมี National Institute for Health and Care Excellence (NICE) เป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ของยา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และมาตรการด้านสาธารณสุข ก่อนนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) (Rawlins, 2013) ทั้งนี้ พระราชบัญญัติ Health and Social Care Act 2012 ส่วนที่ 8 ได้จัดตั้ง NICE ขึ้นใหม่จากเดิมที่มีสถานะเป็นองค์กรพิเศษด้านสุขภาพ (Special Health Authority) ให้เป็นองค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (Non-Departmental Public Body) ซึ่งมีความเป็นอิสระในเชิงปฏิบัติการ (Health and Social Care Act 2012) NICE จึงมีบทบาทสำคัญในการจัดทำคำแนะนำด้านสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณสาธารณะ (Rawlins, 2013) ซึ่งช่วยให้การตัดสินใจด้านนโยบายมีความโปร่งใสและตั้งอยู่บนข้อมูลทางวิชาการมากกว่าปัจจัยทางการเมือง

กลไกสำคัญของ NICE คือ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) โดยใช้การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) และปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Year: QALY) ในการวัดความคุ้มค่าของยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ โดยพิจารณาความคุ้มค่าจากอัตราส่วนต้นทุนต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ NICE ไม่ได้พิจารณาเพียงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างเดียว แต่ยังคำนึงถึงปัจจัยอื่นประกอบด้วย (Dakin et al., 2015) ดังเช่นการมีเอกสารหลักการเชิงคุณค่าทางสังคม (Social Value Judgements) เป็นกรอบการอ้างอิงในการตัดสินใจ

(Charlton, 2022) นอกจากนี้ NICE ยังจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Guidelines) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาอิสระที่ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้แทนภาคประชาชนและนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Garbi, 2021) ภายใต้แนวคิดที่ว่าทรัพยากรด้านสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด ค่าเกณฑ์ความคุ้มค่าจึงสะท้อนต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ในรูปของสุขภาพที่จะต้องสูญเสียไปจากการจัดสรรทรัพยากรไปยังทางเลือกอื่น (Dakin et al., 2015)

กรณีศึกษาของสหราชอาณาจักรสะท้อนความสำคัญของการมีหน่วยงานกลางที่เชื่อมโยงการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ และการกำหนดนโยบายสาธารณะเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักความคุ้มค่าเป็นพื้นฐานสำคัญ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขของประเทศไทยได้

ออสเตรเลีย: กลไกการประเมินความคุ้มค่าทางยาโดย Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)

ออสเตรเลียนีมีระบบการประเมินความคุ้มค่าทางยาและเทคโนโลยีสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยมี Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) เป็นคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญอิสระที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาล ประกอบด้วย แพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรจุยาและวัคซีนเข้าสู่ระบบ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ซึ่งเป็นโครงการอุดหนุนค่ายาแห่งชาติ ทั้งนี้ ยาใหม่จะไม่สามารถได้รับการบรรจุเข้าสู่ PBS ได้หากยังไม่ได้รับคำแนะนำเชิงบวกจาก PBAC ก่อน (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) โดยฐานอำนาจ

ของ PBAC กำหนดไว้ใน National Health Act 1953 ซึ่งกำหนดให้ PBAC เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมาย ทำหน้าที่แนะนำต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่ายาใดควรได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐ (National Health Act, 1953)

PBAC ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญด้านระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ โดยพิจารณาข้อบ่งชี้ที่ได้รับ การขึ้นทะเบียนในออสเตรเลีย ประสิทธิภาพทางคลินิก ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยา เปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษาที่มีอยู่เดิม จุดเด่นของ PBAC คือ องค์ประกอบจากผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ได้แก่ แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค ทำให้การพิจารณามีความรอบด้าน (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.)

กรณีศึกษาของออสเตรเลียสะท้อนความสำคัญของการมีองค์กรผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความคุ้มค่าของยา ก่อนการใช้งบประมาณสาธารณะ แม้ PBAC จะมีขอบเขตจำกัดเฉพาะยาและวัคซีน แต่กลไกดังกล่าวแสดงให้เห็นรูปแบบการตัดสินใจที่อาศัยข้อมูลทางวิชาการและการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกลไกการประเมินความคุ้มค่าก่อนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ

สาธารณรัฐเกาหลี: การใช้ Big Data และ Health Technology Assessment (HTA)

สาธารณรัฐเกาหลีมีความโดดเด่นในการนำข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) มาใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ โดยอาศัยฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ กลไกสำคัญ คือ National Health Information Database (NHID) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสาธารณะที่รวบรวมข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ การเบิกจ่าย การตรวจ

คัดกรองสุขภาพ ข้อมูลทางสังคมประชากร และการเสียชีวิต ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรค ภาระค่าใช้จ่าย และรูปแบบการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) ส่งผลให้ภาครัฐสามารถวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและประเมินผลกระทบของนโยบายได้บนพื้นฐานของข้อมูลจริง

ในด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ สาธารณรัฐเกาหลีได้แบ่งบทบาทระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 เทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายจะได้รับการทบทวนโดย National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA) ซึ่งประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผล ขณะที่ได้รับการทบทวนโดย Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) ทั้งนี้ เมื่อ NECA ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายแล้ว HIRA จะประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อพิจารณาการบรรจุเข้าสู่บัญชีสิทธิประโยชน์และกำหนดราคาเบิกจ่าย โดยการตัดสินใจขั้นสุดท้ายอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กลไกดังกล่าวช่วยเสริมสร้างการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (Oh et al., 2023)

กรณีศึกษาของสาธารณรัฐเกาหลีสะท้อนสองประเด็นสำคัญ ประการแรก การมีฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศและมีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง ประการที่สอง การแบ่งบทบาทระหว่างหน่วยงานประเมินหลักฐาน (NECA) กับหน่วยงานพิจารณาการเบิกจ่าย (HIRA) แสดงให้เห็นการแยกบทบาทเชิงสถาบันที่ชัดเจน ทั้งสองประเด็นเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยในการพัฒนาสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการบริหารข้อมูลสุขภาพและการกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

บทเรียนร่วมจากต่างประเทศสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

จากการศึกษากรณีของสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี แม้แต่ละประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันและระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 แต่พบองค์ประกอบสำคัญที่สอดคล้องกันหลายประการ

ประการแรก ทุกประเทศให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีกลไกเฉพาะที่รวบรวม วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลทางวิชาการก่อนการตัดสินใจ

ประการที่สอง การมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพส่วนกลางเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญ ดังจะเห็นได้ชัดจากกรณีสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ

ประการที่สาม หน่วยงานเหล่านี้อาศัยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ดังกรณี NICE และ PBAC ที่ไม่จำกัดเพียงบุคลากรทางการแพทย์ แต่รวมถึงนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพและผู้แทนภาคประชาชน

และประการที่สี่ ทุกประเทศมีกลไกระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญ

จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ สรุปได้ว่าหน่วยงานด้านเศรษฐกิจสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อยสี่ประการ ได้แก่ (1) ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพและเชื่อมโยงกันได้ (2) กลไกการวิเคราะห์และประเมินผลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่มีความเป็นอิสระ และ (4) ระบบประเมินเทคโนโลยีสุขภาพและผลกระทบทางการคลัง องค์ประกอบเหล่านี้เป็นแนวทางสำคัญที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขในอนาคต

ตารางที่ 1: การเปรียบเทียบกลไกของสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี

มิติเปรียบเทียบ	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย	สาธารณรัฐเกาหลี
หน่วยงานหลัก	NICE	PBAC	NECA และ HIRA
สถานะทางกฎหมาย	องค์กรสาธารณะที่มีใช้ส่วนราชการ (NDPB) จัดตั้งตาม Health and Social Care Act 2012	คณะกรรมการที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตามกฎหมายฐานอำนาจกำหนดไว้ใน National Health Act 1953	หน่วยงานของรัฐภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
ขอบเขตภารกิจ	ประเมินความคุ้มค่าทางคลินิกและเศรษฐศาสตร์ของยา เทคโนโลยีการแพทย์ และมาตรการสาธารณสุข พร้อมจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ	ให้คำแนะนำการบรรจยยา และวัคซีนเข้าสู่ระบบ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)	NECA ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่มีใช้ยา; HIRA ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และการเบิกจ่าย
เครื่องมือ/กลไกการดำเนินงานหลัก	การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (HTA) ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (CUA) และ QALY	การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษาเดิมที่มีอยู่	ฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ ควบคุมการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

ข้อเสนอกลไกการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ เมื่อนำมาพิจารณาภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย พบว่า มีกลไกสำคัญสี่ประการที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรพัฒนาขึ้นให้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินความคุ้มค่าก่อนการตัดสินใจ การบริหารจัดการข้อมูล การพยากรณ์ภาระทางการคลัง ไปจนถึงการประเมินผลภายหลังการดำเนินนโยบาย

1) กลไกการประเมินความคุ้มค่าของนโยบายและเทคโนโลยีสุขภาพ คือ ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ซึ่งวิเคราะห์ความเหมาะสมของยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ และมาตรการด้านสุขภาพก่อนการสนับสนุนงบประมาณ โดยพิจารณาประสิทธิผลทางคลินิก ความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

เปรียบเทียบกับทางเลือกเดิม ดังกรณี NICE และ PBAC (Rawlins, 2013; Department of Health, Disability and Ageing, n.d.) เครื่องมือสำคัญคือการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (CUA) ซึ่งวัดผลลัพธ์ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพชีวิตรวมเป็นหน่วยเดียวคือปีสุขภาพ (QALY) และนำเสนอผลในรูปของต้นทุนต่อ QALY หรือค่าอัตราส่วนต้นทุนต่อผลลัพธ์ส่วนเพิ่ม (ICER) ทำให้เปรียบเทียบมาตรการที่แตกต่างกันได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน (Office for Health Improvement and Disparities, 2020) สำหรับประเทศไทย ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพถูกบูรณาการเข้าสู่การตัดสินใจเรื่องสิทธิประโยชน์อย่างเป็นทางการแล้ว ทั้งบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงมีความท้าทายเชิงสถาบัน โดยเฉพาะการขาดองค์การกำกับดูแลและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการประเมิน

เทคโนโลยีสุขภาพ (Leelahavarong et al., 2019) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรเป็นหน่วยงานกลางในการสนับสนุนการกำหนดนโยบาย การบรรจุสิทธิประโยชน์ และการจัดสรรทรัพยากรของประเทศ

2) กลไกการจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ คือ ระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ ซึ่งอาศัยแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ (1) การใช้ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) จากฐานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ การเบิกจ่าย และการตรวจคัดกรองสุขภาพ ดังกรณีสาธารณสุขเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้สามารถติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) (2) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Data Sharing) ซึ่งความแตกต่างกระจายของระบบและแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Kaushik et al., 2025) และ (3) ธรรมาภิบาลข้อมูล (Data Governance) เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการใช้ประโยชน์จากข้อมูลกับการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรเป็นศูนย์กลางบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ

3) กลไกการพยากรณ์ภาระทางการคลังด้านสุขภาพ คือ ระบบพยากรณ์ภาระทางการคลังเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ดังการศึกษาของสหรัฐอเมริกาซึ่งคาดการณ์ว่ารายจ่าย Medicare จะเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็นประมาณร้อยละ 8 ของ GDP ภายในปี ค.ศ. 2075 โดยครึ่งหนึ่งของการเพิ่มขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งนี้ แบบจำลองอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์ อัตราตาย และรายจ่ายสุขภาพรายบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนปีก่อนเสียชีวิต (Lee and Miller, 2002) สำหรับประเทศไทยซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วและมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดงบประมาณ

(Sumriddetchkajorn et al., 2019) สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจึงควรจัดทำแบบจำลองคาดการณ์ภาระทางการคลังด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวางแผนงบประมาณระยะยาวและรักษาเสถียรภาพทางการคลังของระบบสาธารณสุขไทย

4) กลไกการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ คือ ระบบตรวจสอบว่านโยบายบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ และนำผลมาปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ดังที่การทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติชี้ว่าการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการติดตามและประเมินนโยบายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง แต่ข้อมูลการประเมินนโยบายด้านคุณภาพในระดับชาติยังมีอยู่จำกัด (Pellense et al., 2025) กลไกดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลจากหน่วยบริการ กองทุนสุขภาพ และฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ เพื่อติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ทั้งนี้ แนวคิดวงจรการเรียนรู้เชิงนโยบาย (Translation-to-Policy Learning Cycle) เสนอให้เชื่อมโยงนักวิชาการ ผู้ให้บริการ และผู้กำหนดนโยบายเข้าด้วยกันเป็นกระบวนการที่ทำซ้ำได้ เพื่อให้นโยบายตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ และเกิดผลจริงอย่างยั่งยืน (Kilbourne et al., 2024) อันเป็นบทบาทสำคัญที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรรับผิดชอบ

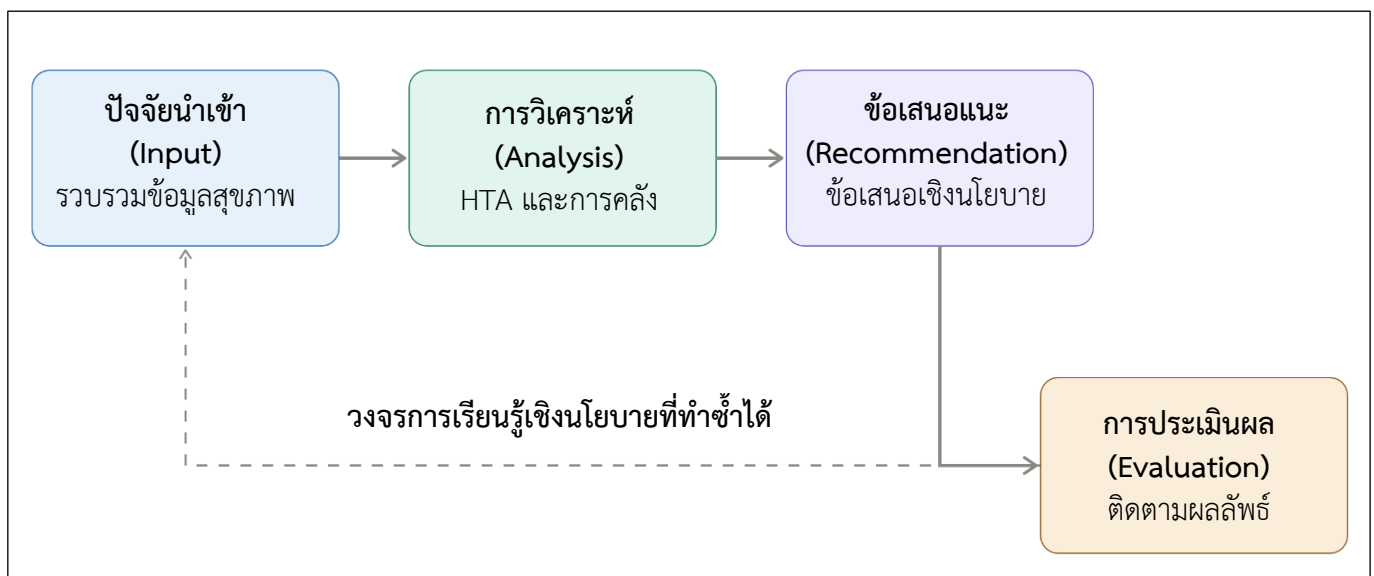
ข้อเสนอรูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

เมื่อนำกลไกทั้งสี่ประการข้างต้นมาแปลงเป็นรูปธรรม สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทั้งกระบวนการทำงาน คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ระบบฐานข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทั้งนี้ ในส่วนของฐานอำนาจทางกฎหมายและรูปแบบองค์กร ผู้เขียนได้วิเคราะห์ไว้แล้วในงานก่อนหน้า (Nolwachai, 2026) หัวข้อนี้จึงมุ่งนำเสนอในมิติของกระบวนการ

ดำเนินงานซึ่งสังเคราะห์จากบทเรียนของต่างประเทศเป็นหลัก ดังนี้

1) กระบวนการทำงาน จากบทเรียนของทั้งสามประเทศ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) การวิเคราะห์ (Analysis) ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการประเมินผล (Evaluation) ดังแสดงในภาพที่ 1 ในส่วนของปัจจัยนำเข้า สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรเป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และหน่วยบริการ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติที่เชื่อมโยงได้อย่างมีมาตรฐานภายใต้หลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและธรรมาภิบาล

ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรวิเคราะห์ในมิติการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และการพยากรณ์ภาระทางการคลังระยะยาว โดยเฉพาะผลกระทบจากสังคมสูงวัยและเทคโนโลยีต้นทุนสูง ในส่วนของข้อเสนอแนะ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบรรจุสิทธิประโยชน์ การจัดลำดับความสำคัญ และการกำหนดงบประมาณบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคุ้มค่า และความเป็นธรรม และสุดท้ายการประเมินผล สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ เพื่อสร้างวงจรการเรียนรู้เชิงนโยบายที่ทำซ้ำได้



ภาพที่ 1: กระบวนการดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข

2) ระบบคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายก่อนเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ประกอบด้วย นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (วิเคราะห์ความคุ้มค่าและความยั่งยืนทางการคลัง) แพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (ประเมินประสิทธิผลและ

ความปลอดภัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์) นักสถิติและนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (วิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่และแบบจำลอง) และนักกฎหมาย (พิจารณาเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและธรรมาภิบาล) องค์กรประกอบเช่นนี้สอดคล้องกับ NICE ซึ่งมีคณะกรรมการที่ปรึกษาอิสระประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้แทนภาคประชาชน

และนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Garbi, 2021) และ PBAC ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผู้แทนผู้บริโภค (Department of Health, Disability and Ageing, n.d.)

3) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรจัดตั้งระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมข้อมูลการใช้บริการ การเบิกจ่ายของกองทุนสุขภาพ ข้อมูลโรคและปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนข้อมูลประชากรและเศรษฐกิจ ดังกรณีสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งมีฐานข้อมูลครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ทำให้ติดตามแนวโน้มของโรคและภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างต่อเนื่อง (Seong et al., 2017) ทั้งนี้ ความแตกกระจายของระบบสุขภาพและแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญในบริบทไทย (Kaushik et al., 2025) จึงต้องกำหนดระบบธรรมาภิบาลข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งสิทธิการเข้าถึงและมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาครัฐ (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2025)

4) การเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น การดำเนินงานของสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่บริหารกองทุนสุขภาพ ได้แก่ สปสช. (ข้อมูลการใช้บริการและงบประมาณ) สำนักงานประกันสังคม (ข้อมูลผู้ประกันตน) กรมบัญชีกลาง (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) และกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลบริการและสถานการณ์โรค) ทั้งนี้ ความแตกกระจายของกองทุนประกันสุขภาพไทยซึ่งแต่ละกองทุนดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเองและยังไม่มีกลไกรวมศูนย์ในการควบคุมรายจ่าย เป็นความท้าทายสำคัญที่การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานจะสามารถช่วยบรรเทาได้ (Sumriddetchkajorn et al., 2019)

บทสรุป

ระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญแรงกดดันจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณภาครัฐ บทความนี้จึงศึกษารูปแบบและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสาธารณรัฐเกาหลี เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับการออกแบบสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขของไทย

จากการศึกษาพบว่า แม้ทั้งสามประเทศจะมีโครงสร้างสถาบันแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญได้แก่ การกำหนดนโยบายบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านกลไกการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ การมีระบบฐานข้อมูลสุขภาพส่วนกลางที่สนับสนุนการวิเคราะห์เชิงนโยบาย การอาศัยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพที่รวมนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพและผู้แทนภาคประชาชน บทเรียนดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอกลไกสี่ประการที่สำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขควรพัฒนาให้ครบวงจรได้แก่ การประเมินความคุ้มค่าของนโยบายและเทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพระดับชาติ การพยากรณ์ภาระทางการคลัง และการประเมินผลนโยบายภายหลังการดำเนินการ โดยดำเนินงานผ่านกระบวนการปัจจัยนำเข้า การวิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ และการประเมินผล ควบคู่กับการมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญระบบฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่บริหารกองทุนสุขภาพ

เพื่อให้ข้อเสนอข้างต้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในบริบทของประเทศไทยใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ กรอบกฎหมายและรูปแบบองค์กร งบประมาณและทรัพยากร และความพร้อมด้านข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2: การวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุขในบริบทไทย

มิติ	ปัจจัยเอื้อ	อุปสรรค/เงื่อนไขที่ต้องจัดการ
กรอบกฎหมายและรูปแบบองค์กร	มีการวิเคราะห์ฐานอำนาจทางกฎหมายไว้แล้วว่าสามารถจัดตั้งได้ 3 รูปแบบ (หน่วยงานภายใน ส่วนราชการระดับกรม และองค์การมหาชน) โดยเริ่มเป็นหน่วยงานภายในในระยะแรกได้ (Nolwachai, 2026)	การยกระดับสู่รูปแบบที่มีความเป็นอิสระมากขึ้นต้องอาศัยการผลักดันเชิงนโยบายและกระบวนการทางกฎหมายเพิ่มเติม
งบประมาณและทรัพยากร	สามารถอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอยู่เดิม เช่น HITAP และ สปสช. เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อนในระยะเริ่มต้น (HITAP, n.d.)	ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของไทยยังขาดองค์การกำกับดูแลและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ชัดเจน (Leelahavarong et al., 2019)
ความพร้อมด้านข้อมูล	มีฐานข้อมูลจากกองทุนสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการบูรณาการ	ความแตกกระจายของระบบสุขภาพและกองทุนที่ต่างดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเอง ประกอบกับแนวทางการแบ่งปันข้อมูลที่ไม่ชัดเจน เป็นอุปสรรคสำคัญ (Kaushik et al., 2025; Sumriddetchkajorn et al., 2019)

ข้อเสนอนี้มีความสำคัญเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมี HITAP ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว แต่การควบคุมและพยากรณ์ภาระทางการคลังในระยะยาว ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ยังคงเป็นช่องว่างเชิงนโยบายที่ไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบอย่างเป็นเอกภาพ การจัดตั้งสำนักงานเศรษฐกิจสาธารณสุข จึงเป็นกลไกเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยในระยะเริ่มต้นสามารถอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอยู่เดิมเพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน

อย่างไรก็ตาม การนำข้อเสนอไปสู่การปฏิบัติยังมีประเด็นที่ต้องศึกษาต่อ ประการแรก ประเทศไทยควรจัดวาง

สำนักงานนี้ไว้ในโครงสร้างการบริหารราชการรูปแบบใด จึงจะรักษาความเป็นอิสระทางวิชาการควบคู่กับการเชื่อมโยงเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ประการที่สอง จะออกแบบกลไกเชิงสถาบันอย่างไรให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกองทุนสุขภาพซึ่งต่างดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายของตนเองเกิดขึ้นได้จริง และประการที่สาม เกณฑ์ความคุ้มค่าที่เหมาะสมกับบริบทและขีดความสามารถทางการคลังของไทยควรกำหนดไว้ที่ระดับใด คำถามเหล่านี้เป็นโจทย์สำคัญที่ต้องการการศึกษาเชิงลึกและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้การพัฒนาภาคด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของไทยเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

References

- Charlton, V. (2022). Justice, transparency and the guiding principles of the UK's National Institute for Health and Care Excellence. *Health Care Analysis*, 30(2), 115–145. <https://doi.org/10.1007/s10728-021-00444-y>
- Dakin et al. (2015). The influence of cost-effectiveness and other factors on NICE decisions. *Health Economics*, 24(10), 1256–1271. <https://doi.org/10.1002/hec.3086>
- Department of Health, Disability and Ageing. (n.d.). *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) membership*. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). <https://www.pbs.gov.au/industry/listing/participants/pbac>
- Freihat O. et al. (2025). Global burden and future projections of non-communicable diseases (2000–2050): Progress toward SDG 3.4 and disparities across regions and risk factors. *PLOS One*, 20(12), e0336036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336036>
- Garbi, M. (2021). National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines development principles and processes. *Heart*, 107(12), 949–953. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318661>
- Health and Social Care Act. (2012 c. 7 (UK). *Health and Social Care Act 2012*. legislation. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>
- HITAP. (n.d.). *About HITAP*. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). <https://www.hitap.net/th/about-us/>
- Kaushik et al. (2025). Challenges and opportunities for data sharing related to artificial intelligence tools in health care in low- and middle-income countries: Systematic review and case study from Thailand. *Journal of Medical Internet Research*, 27(2025), e58338. <https://doi.org/10.2196/58338>
- Kilbourne et al. (2024). The translation-to-policy learning cycle to improve public health. *Learning Health Systems*, 8(4), e10463. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10463>
- Lee R. & Miller T. (2002). An approach to forecasting health expenditures, with application to the U.S. Medicare system. *Health Services Research*, 37(5), 1365–1386. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01112>
- Leelahavarong et al. (2019). Health technology assessment in Thailand: Institutionalization and contribution to healthcare decision making: Review of literature. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 35(6), 467–473. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000321>

- Millar R. et al. (2021). Assessing the performance of health technology assessment (HTA) agencies: Developing a multi-country, multi-stakeholder, and multi-dimensional framework to explore mechanisms of impact. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(2021), 37. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00290-8>
- Latest version. (2026, July 07). *National Health Act 1953*. Australian Government. <https://www.legislation.gov.au/C1953A00095>
- Nolwachai, W. (2026). Legal analysis and organizational structure for the establishment of the Office of Health Economics in Thailand. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 8(2), e283216.
- Office for Health Improvement and Disparities. (2020, October 13). *Cost utility analysis: Health economic studies*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/guidance/cost-utility-analysis-health-economic-studies>
- Oh et al. (2023). Institutionalizing health technology assessment and priority setting in South Korea's universal health coverage journey. *Health Systems & Reform*, 9(3), 233830. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2338308>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025, October 29). *Digital government review of Korea: Harnessing digital and data to transform government*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9defc197-en>
- Pellense et al. (2025). Evaluation of quality policies and strategies in health systems: A scoping review. *BMJ Open*, 15(2025), e092654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092654>
- Rawlins, M. (2013). NICE: An evolving institution. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(2), 148–149. <https://doi.org/10.1308/003588413X13511609957650>
- Seong et al. (2017). Data resource profile: The National Health Information Database of the National Health Insurance Service in South Korea. *International Journal of Epidemiology*, 46(3), 799–800. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw253>
- Sumriddetchkajorn et al. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415–422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>
- Turner H. C. et al. (2023). What are economic costs and when should they be used in health economic studies? *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(2023), 31. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00436-w>

Original Article

EFFECTS OF THE HEALTH BELIEF MODEL APPLICATION PROGRAM TO ENCOURAGE CONSUMPTION BEHAVIOR OF ORGANIC VEGETABLES AND FRUITS AMONG FAMILY HEALTH LEADERS IN KHAO SUAN KWANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Suttida Yatunukroh ^{1,*}, Krittianee Thammasarn ²

Received: July 18, 2025

Revised: April 09, 2026

Accepted: April 20, 2026

^{1,2} Department of Health Behavior and Health Promotion Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, ThailandCorresponding author; E-mail: suttida.y@kkumail.com *

Citation: Yatunukroh S. & Thammasarn K. (2026). Effects of the Health Belief Model Application Program to Encourage Consumption Behavior of Organic Vegetables and Fruits among Family Health Leaders in Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e16760.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Exposure to pesticides from consuming vegetables and fruits with pesticide residues has long-term health impacts. This quasi-experimental research aimed to study the effects of a program applying the Health Belief Model to promote the consumption behavior of pesticide-free vegetables and fruits. The sample consisted of 72 family health leaders, divided into an experimental group of 36 participants who attended a 12-week program, and a Comparison group of 36 participants who continued their normal daily routines. Data were collected using questionnaires and blood cholinesterase enzyme level tests. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the paired t-test, Analysis of Covariance (ANCOVA), and the McNemar's test. The results revealed that after the experiment, the experimental group showed significantly higher mean scores across all HBM perceptions and safe consumption behaviors compared to baseline ($p < 0.05$). Controlling for pre-test scores, the experimental group exhibited significantly higher scores in perceived severity, benefits, and consumption behaviors than the Comparison group ($p < 0.05$). Furthermore, the proportion of experimental participants with safe cholinesterase levels increased from 16.67% to 88.89%. In conclusion, the HBM-based program effectively modifies safe consumption behaviors and reduces pesticide exposure risks. Public health agencies should expand this model to other communities.

Keywords: Family health leaders; Health belief model; Social support; Health behavior; Consumption of pesticide-free vegetables and fruits

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

สุทธิดา ยาตุนเคราะห์^{1,*}, กฤติยาณี ธรรมสาร²

รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 09 เมษายน 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 20 เมษายน 2569

^{1,2} สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: suttida.y@kkumail.com *

อ้างอิง: สุทธิดา ยาตุนเคราะห์, กฤติยาณี ธรรมสาร. (2569). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e16760.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ปลอดสารพิษส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำสุขภาพครอบครัวจำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน เข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 36 คน ดำเนินกึ่งวัตรประจำวันตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และ McNemar's test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยควบคุมอิทธิพลของคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมบริโภคฯ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และพบสัดส่วนของแกนนำสุขภาพครอบครัวในกลุ่มทดลองมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 88.89 สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีตกค้างได้ หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรนำรูปแบบโปรแกรมนี้นไปขยายผลในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: แกนนำสุขภาพครอบครัว; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; แรงสนับสนุนทางสังคม; พฤติกรรมสุขภาพ; การบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ

บทนำ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผักและผลไม้ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มผลผลิตและป้องกันศัตรูพืช ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนในผลผลิตทางการเกษตรและเข้าสู่ร่างกายของผู้บริโภคผ่านการรับประทานอาหาร หรือการสัมผัสสารเคมีอย่างต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความผิดปกติของระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์ โรคมะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ (Bureau of Epidemiology, 2020)

สถานการณ์การแผ่กระจายสารพิษตกค้างในประเทศไทยยังคงน่าเป็นห่วง โดยเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai-PAN) รายงานว่าผักและผลไม้ที่สุ่มตรวจจากแหล่งจำหน่ายหลายแห่งมีสารพิษตกค้างเกินค่ามาตรฐานถึงร้อยละ 58.7 (Thai Pesticide Alert Network, 2020) ขณะเดียวกันประชาชนส่วนใหญ่นิยมเลือกซื้อผักและผลไม้จากตลาดสดมากกว่าการปลูกเพื่อบริโภคเอง และมักพิจารณาจากความสดใหม่หรือรูปลักษณ์ภายนอกมากกว่าความปลอดภัยของแหล่งผลิต (Maejo Poll Center, 2020) ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายโดยไม่รู้ตัว แม้ว่าผักและผลไม้จะเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ แต่หากมีสารเคมีตกค้างเกินมาตรฐานก็อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ โดยมีรายงานว่าประชาชนและเกษตรกรจำนวนหนึ่งมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง (Matthapa et al., 2022)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจภายในบุคคล โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแนวคิด

ที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hoothaisong and Heebkaew Padchasuwan, 2021; Jantakot, 2023)

แกนนำสุขภาพครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพและกำหนดพฤติกรรมบริโภคของสมาชิกในครัวเรือน จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน (Jansrakoo and Nasa-ard, 2016) จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนในพื้นที่จำนวนหนึ่งมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง สะท้อนถึงปัญหาการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยของแกนนำสุขภาพครอบครัว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผัก

และผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว อำเภอลำสนกวาง จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพ ครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพ ครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนของ ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของแกนนำสุขภาพ ครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวัดก่อน-หลัง การทดลอง (Pretest-Posttest Comparison group Design) ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ แกนนำสุขภาพครอบครัว ในพื้นที่ตำบลลำสนกวาง อำเภอลำสนกวาง จังหวัดขอนแก่น ที่มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และมีทะเบียนบ้านอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 768 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำสุขภาพครอบครัว จำนวน 72 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองในพื้นที่ ตำบลลำสนกวาง อำเภอลำสนกวาง จำนวน 36 คน

และกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 36 คน โดยทั้งสองพื้นที่ตั้งอยู่ ห่างกัน 18 กิโลเมตร เพื่อลดโอกาสการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างกลุ่ม มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ทำการประกอบอาหารด้วยตัวเอง
- 2) มีอายุตั้งแต่ 30 - 45 ปี
- 3) ได้รับการตรวจหาระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรส โดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส แสดงผลระดับความเสี่ยงที่มีสีเขียวและสีเหลืองอมเขียว
- 4) สามารถอ่านออกและเขียนได้
- 5) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมเข้าร่วม โปรแกรมได้จนสิ้นสุดการทดลอง
- 6) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งาน แอปพลิเคชัน Line ได้

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์และรับประทานยาหรืออยู่ระหว่างการรักษา อย่างต่อเนื่อง ที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมอย่าง ต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคอัลไซเมอร์ โรคต่อหิน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีการบาดเจ็บในส่วน สมอง

1.2.3 เกณฑ์การถอนจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

- 1) ย้ายที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ทดลองตัวอย่าง
- 2) ประสบอุบัติเหตุหรือได้รับการ วินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวที่ต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือรับการรักษาอย่างต่อเนื่องระหว่างดำเนินการวิจัย

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

1.3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ สูตรสำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Chirawatkul, 2009) จากสูตรกำหนดให้ ดังนี้

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มที่ศึกษา

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติ

มาตรฐาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ เป็นการทดสอบสมมติฐานทางเดียว ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน

กำหนดให้ Power of test = 90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

$\mu_1 - \mu_2$ = ค่าความต่างของผล (Effect size) ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์หลัก คือ การรับรู้ถึงอุปสรรค คือ $\mu_1 = 35.40$ และ $\mu_2 = 28.83$ จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตำบลเสริมชัย อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง (Nusuk, 2018)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน (Pool variance) ของตัวแปรผลลัพธ์ คือ การรับรู้ถึงอุปสรรค จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลเสริมชัย อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง (Nusuk, 2018) พบว่า กลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$, $sd_1 = 2.61$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n_2 = 30$, $sd_2 = 2.42$) จากสูตรคำนวณกำหนดให้ ดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1+n_2)-2}$$

$$\sigma^2 = \frac{(30-1)2.61^2 + (30-1)2.42^2}{(30+30)-2}$$

$$\sigma^2 = 6.33$$

จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{2(1.64+1.28)^2 6.33}{(35.40-28.83)^2}$$

$n = 22.24$ ปัดขึ้นเป็น 23 คน

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ

23 คน เพื่อป้องกันปัญหาผู้สูญหายจากการติดตาม จึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ร้อยละ 20.0 (Chirawatkul, 2009) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยการไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (Principle of intention to treat) สามารถปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มได้ จากสูตรดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n_{adj} = \frac{23}{(1-0.20)^2}$$

$n_{adj} = 35.94$ ปัดขึ้นเป็น 36 คน

1.3.2 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ซึ่งในจังหวัดขอนแก่น มีทั้งหมด 25 อำเภอ (ยกเว้นอำเภอเมืองขอนแก่น มีลักษณะพื้นที่ต่างกับกับกลุ่มทดลอง) จากนั้นทำการจับฉลาก โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มทดลองเป็นอำเภอเขาสนกวาง ซึ่งมีทั้งหมด 4 ตำบล และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นอำเภอน้ำพอง มีทั้งหมด 12 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) อีกครั้ง โดยการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองเป็นตำบลเขาสนกวาง มีทั้งหมด 11 หมู่บ้าน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นตำบลสะอาด 14 หมู่บ้าน หลังจากนั้นติดประกาศรับสมัครคัดเลือกแกนนำสุขภาพครอบครัวทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 36 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เปิดเพื่อเปลี่ยน เพื่อกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพ ผ่านการตรวจคัดกรองระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของแกนนำสุขภาพครอบครัว รายที่มีความเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัยจะเข้าสู่โปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ ผ่านการบรรยายให้ความรู้และการสื่อสารทางแอปพลิเคชัน Line ดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง ณ ศาลาวัดบัวละภา จังหวัดขอนแก่น

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ภัยสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ณ ศาลาวัดบัวละภา จังหวัดขอนแก่น โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ สไลด์นำเสนอ วิดีทัศน์จาก YouTube และแผ่นพับความรู้

กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ของการล้างผัก เพื่อสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษและการเลือกใช้วิธีล้างผักที่ถูกต้อง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง ณ ศาลาวัดบัวละภา จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย การบรรยายความรู้ควบคู่กับการสาธิตเชิงปฏิบัติการ แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติวิธีการล้างผักและผลไม้ 10 วิธี และฝึกการตรวจการปนเปื้อนในตัวอย่างผักและผลไม้จากตลาดในพื้นที่ด้วยชุดตรวจ GT-Test Kit นอกจากนี้ยังมีการใช้กิจกรรม “หลักจำทำดู” ผ่านการใช้สื่อเพลงประกอบเพื่อส่งเสริมการจดจำและการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 4 จัดการอุปสรรค เพื่อสร้างการรับรู้อุปสรรคที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ถูกต้อง ดำเนินการ 1 ชั่วโมง ณ ศาลาวัดบัวละภา จังหวัดขอนแก่น กระบวนการเน้นการระดมสมองผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัด

ที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สื่อกระดาษปฐพีและปากกาเคมีในการสรุปและนำเสนอผลงานกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 แร่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อการสร้างแรงบันดาลใจและสนับสนุนการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นพฤติกรรมผ่านการส่งข้อมูลความรู้ วิธีการล้างผักที่ถูกต้อง และสื่อเพลงผ่านแอปพลิเคชัน Line เป็นประจำทุกวันในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ถึง 11 ควบคู่ไปกับการเยี่ยมบ้านแบบสุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6 และ 9 เพื่อติดตามผลและให้กำลังใจ พร้อมทั้งมอบป้ายประกาศแกนนำสุขภาพครอบครัวตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 6 ตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมและถอดบทเรียน ดำเนินการตรวจวัดระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงรายบุคคลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว แหล่งซื้อผักและผลไม้ วิธีการล้างผัก ประสพการณ์ประกอบอาหาร ความถี่การรับประทานผักและผลไม้ต่อสัปดาห์ และประวัติการเคยรับการตรวจสารเคมีในเลือด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ปลอดสารพิษ 2) การรับรู้ความรุนแรงของและผลไม้ไม่ปลอดสารพิษ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Likert's Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง

น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบ เป็น 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ปลอดภัยอย่างปลอดภัย จำนวน 11 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยมาก และไม่เคยเลย เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบ เป็น 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ซึ่งแปลผลตามระดับความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ไม่ปลอดภัย เสี่ยง ปลอดภัย ปกติ (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2015) แปลผลตามระดับความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 เท่ากับไม่ปลอดภัย ระดับที่ 2 เท่ากับมีความเสี่ยง ระดับที่ 3 เท่ากับปลอดภัย และระดับที่ 4 เท่ากับปกติ และจัดแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ระหว่างระดับไม่ปลอดภัยและเสี่ยง จัดอยู่ใน “กลุ่มเสี่ยง” และระดับปลอดภัยและระดับปกติ จัดอยู่ใน “กลุ่มปลอดภัย”

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – Objectives congruence : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับแกนนำสุขภาพครอบครัวตำบลเมืองแอม อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ดังนี้ 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.85 และ 2) พฤติกรรม

การบริโภค เท่ากับ 0.82 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

4.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การปฐมนิเทศและการประเมินโอกาสเสี่ยงเชิงชีวเคมี ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมที่ 1 เปิดเพื่อเปลี่ยน โดยเริ่มจากการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพผ่านกิจกรรมละลายพฤติกรรม จากนั้นดำเนินการตรวจวัดระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase) ในเลือด

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาความตระหนักทักษะการจัดการและมาตรการลดอุปสรรค ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้ภัยสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ของการล้างผัก และกิจกรรมที่ 4 จัดการอุปสรรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันกำหนดมาตรการเชิงปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3 ถึง 11 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและการติดตามผลในพื้นที่ พร้อมสื่อเพลงรณรงค์ผ่านแอปพลิเคชัน Line ทุกวันในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ถึง 11 นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังดำเนินการสุ่มเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9 เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวจริงในครัวเรือน ให้กำลังใจ และสนับสนุนแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินสัมฤทธิ์ผลหลังการทดลองและการถอดบทเรียน และดำเนินกิจกรรมที่ 6 เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมด้วยการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดซ้ำ

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ 301809334109 ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

5.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent samples t-test ในกรณีตัวแปรต่อเนื่องและข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบด้วย Shapiro - Wilk test และสถิติทดสอบ Chi - Square Test ในกรณีตัวแปรกลุ่ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5.2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5.2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของแกนนำสุขภาพครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่ม

เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672249 การรับรองมีผล ณ วันที่ 9 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 8 ธันวาคม 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลโครงการและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับเป็นอย่างดี จะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพครอบครัว จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ (Sex) อายุ (Age) ระดับการศึกษา (Education Level) สถานภาพสมรส (Marital Status) รายได้ต่อเดือน (Monthly Income) โรคประจำตัว (Underlying Disease) ประสบการณ์ประกอบอาหาร (Cooking Experience) วิธีการล้างผัก (Vegetable Washing Methods) และความถี่ของการรับประทานผักและผลไม้ต่อสัปดาห์ (Frequency of Eating Vegetables and Fruits per Week) ส่วนตัวแปร อาชีพ (Occupation) แหล่งซื้อผักและผลไม้ (Source of Buying Vegetables and Fruits) และประวัติการเคยรับการตรวจสารเคมีในเลือด (History of Blood Chemical Screening) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงนำตัวแปรเหล่านี้ไปเป็นตัวแปรควบคุมอิทธิพลสำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (Table 1)

Table 1: Baseline Characteristics of Experimental and Comparison group (n=72)

Variables	Experimental group (n=36)	Comparison group (n=36)	Statistical test	p-value
	n (%)	n (%)	χ^2 or t	
Sex			$\chi^2=0.00$	1.000
Male	10 (27.78)	10 (27.78)		
Female	26 (72.22)	26 (72.22)		
Age (years)			$t=1.06$	0.293
Mean (standard deviation)	42.03 (3.29)	41.19 (3.40)		
Median (min: max)	42.50 (30:45)	41.00 (33:45)		
Occupation			$\chi^2=8.732$	0.033*
General Laborer	14 (38.89)	5 (13.89)		
Farmer	19 (52.78)	30 (83.33)		
Self-employed / Merchant	2 (5.56)	0 (0.00)		
Other	1 (2.78)	1 (2.78)		
Education Level			$\chi^2=1.90$	0.593
Primary School	3 (8.33)	5 (13.89)		
Secondary School	31 (86.11)	29 (80.56)		
Vocational / Diploma	2 (5.56)	1 (2.78)		
Bachelor's Degree	0 (0.00)	1 (2.78)		
Marital Status			$\chi^2=4.55$	0.103
Single	8 (22.22)	2 (5.56)		
Married / Living together	26 (72.22)	30 (83.33)		
Widowed	2 (5.56)	4 (11.11)		
Monthly Income			$\chi^2=2.20$	0.532
Less than 10,000 Baht	28 (77.78)	34 (94.44)		
10,001 - 20,000 Baht	5 (13.99)	1 (2.78)		
More than 20,000 Baht	3 (8.33)	1 (2.78)		
Underlying Disease			$\chi^2=3.60$	0.058
No underlying disease	27 (75.00)	33 (91.67)		
Has underlying disease	9 (25.00)	3 (8.33)		

Table 1: (Continuous)

Variables	Experimental group (n=36)	Comparison group (n=36)	Statistical test	p-value
	n (%)	n (%)	χ^2 or t	
Source of Buying Vegetables and Fruits			$\chi^2=7.17$	0.007*
Grown myself	8 (22.22)	19 (52.78)		
Market	28 (77.78)	17 (47.22)		
Vegetable Washing Methods			$\chi^2=1.76$	0.414
Rinse with running water	20 (55.56)	15 (41.67)		
Soak in salt water	6 (16.67)	10 (27.78)		
Soak in plain water	10 (27.78)	11 (30.56)		
Cooking Experience			$\chi^2=2.09$	0.555
Less than 1 year	4 (11.11)	3 (8.33)		
1 - 5 years	1 (2.78)	0 (0.00)		
5 - 10 years	4 (11.11)	2 (5.56)		
More than 10 years	27 (75.00)	31 (86.11)		
Frequency of Eating Vegetables and Fruits per Week			$\chi^2=3.46$	0.177
Every day	21 (58.33)	24 (66.67)		
4-6 days per week	10 (27.78)	4 (11.11)		
1-3 days per week	5 (13.89)	8 (22.22)		
History of Blood Chemical Screening			$\chi^2=4.60$	0.032*
Never screened	33 (91.67)	26 (72.22)		
Screened before	3 (8.33)	10 (27.78)		

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (Table 2)

2.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 องค์ประกอบ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value < 0.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p-value < 0.05)

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 องค์ประกอบ ไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง

และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ ไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง

Table 2: Compare the differences in mean scores of the health belief model and the consumption behavior of pesticide-free fruits and vegetables among family health leaders within the experimental and Comparison group before and after the intervention using a paired t-test

Variable	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Difference (Mean ± SD)	95% CI of Mean Difference	p-value	Effect Size (Cohen's d)
Health Belief Model						
1. Perceived risks of consuming vegetables and fruits with pesticide residues						
Experimental (n=36)	30.25 ± 3.55	34.64 ± 4.94	4.39 ± 4.76	2.78 – 6.00	< 0.001	0.92
Comparison (n=36)	31.67 ± 3.70	33.28 ± 6.30	1.39 ± 5.77	-0.35 – 3.57	0.104	0.28
2. Perceived severity of vegetables and fruits with pesticide residues						
Experimental (n=36)	14.83 ± 1.68	17.67 ± 1.39	2.83 ± 1.63	2.28 – 3.38	< 0.001	1.74
Comparison (n=36)	15.67 ± 2.12	16.06 ± 1.91	0.39 ± 1.81	-0.22 – 1.00	0.206	0.21
3. Perceived benefits of consuming pesticide-free vegetables and fruits						
Experimental (n=36)	32.81 ± 4.35	36.64 ± 6.81	3.83 ± 6.10	1.77 – 5.90	<0.001	1.72
Comparison (n=36)	32.38 ± 4.58	32.06 ± 4.30	0.33 ± 3.85	-0.97 – 1.64	0.607	0.22
4. Perceived barriers to consuming vegetables and fruits with pesticide residues						
Experimental (n=36)	23.06 ± 3.16	24.72 ± 4.27	1.67 ± 3.56	0.46 – 2.87	0.008	0.46
Comparison (n=36)	21.89 ± 2.99	22.56 ± 2.73	0.69 ± 2.93	-0.30 – 1.68	0.163	0.24
Behaviors of consuming pesticide-free fruits and vegetables						
Experimental (n=36)	40.11 ± 5.18	45.25 ± 6.70	5.14 ± 6.28	3.02 – 7.26	<0.001	1.74
Comparison (n=36)	40.44 ± 7.65	41.33 ± 6.90	0.89 ± 5.91	-1.11 – 2.89	0.373	0.21

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง (Table 3)

เมื่อทำการควบคุมค่าตัวแปรร่วม (คะแนนก่อนการทดลอง) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ตามแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived severity of vegetables and fruits with pesticide residues) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived benefits of consuming pesticide-free vegetables and fruits) และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ (Behaviors of

consuming pesticide- free fruits and vegetables) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงจากการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived risks of consuming vegetables and fruits with pesticide residues) และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการบริโภคผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived barriers to consuming vegetables and fruits with pesticide residues) มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน

เมื่อนำค่าประมาณของค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทั้ง 4 องค์ประกอบ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ ภายหลังสิ้นสุดการทดลองมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่าประมาณของค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้ถึงความรุนแรงของผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived severity of vegetables and fruits with pesticide residues) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived benefits of consuming pesticide-free vegetables and fruits) และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษ (Behaviors of consuming pesticide-free fruits and vegetables) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงจากการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived risks of consuming vegetables and fruits with pesticide residues) และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการบริโภคผลไม้และผักที่ไม่ปลอดสารพิษ (Perceived barriers to consuming vegetables and fruits with pesticide residues) มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน

Table 3: Comparison of Mean Health Belief Scores, Fruit and Vegetable Consumption Behavior Between the Experimental and Comparison group Before and After the Intervention, Controlling for Pre-Intervention Scores were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA)

Variables	Pre-test	Post-test	ANCOVA		Estimated value after adjusting for covariates				
	Mean ± SD	Mean ± SD	$F_{df(group), df(residual)}$	p-value	Mean _{adj.} ± SE _{adj.}	95% CI of Mean _{adj.}	Mean _{adj.} (diff.)	95% CI of Mean _{adj.} (diff.)	p-value
Health Belief Model									
1. Perceived risks of consuming vegetables and fruits with pesticide residues									
Experimental Group (n=36)	30.25 ± 3.54	34.64 ± 4.94	$F_{(1, 69)} = 3.36$	0.071	35.10 ± 0.87	33.36 – 36.84	2.28	-0.16 – 4.72	0.067
Comparison Group (n=36)	31.67 ± 3.70	33.28 ± 6.30			32.82 ± 0.87	31.08 – 34.56			
					Effect Size: $\eta^2_{partial} = 0.05$, 95% CI = 0.00 to 0.17, $\omega^2_{partial} = 0.03$				
2. Perceived severity of vegetables and fruits with pesticide residues									
Experimental Group (n=36)	14.83 ± 1.68	17.67 ± 1.39	$F_{(1, 69)} = 34.80$	<0.001	17.87 ± 0.24	17.39 – 18.34	2.01	1.34 – 2.68	<0.001
Comparison Group (n=36)	15.67 ± 2.12	16.06 ± 1.91			15.86 ± 0.24	15.38 – 16.33			
					Effect Size: $\eta^2_{partial} = 0.34$, 95% CI = 0.16 to 0.48, $\omega^2_{partial} = 0.33$				

Note: Analysis performed using ANCOVA, adjusted for baseline (pre-test) scores, Occupation, Source of Buying Vegetables and Fruits, and History of Blood Chemical Screening.

Table 3: (Continued)

Variables	Pre-test	Post-test	ANCOVA		Estimated value after adjusting for covariates				
	Mean ± SD	Mean ± SD	$F_{df(group), df(residual)}$	p-value	Mean $\text{adj.} \pm \text{SE adj.}$	95% CI of Mean adj.	Mean adj. (diff.)	95% CI of Mean adj. (diff.)	p-value
3. Perceived benefits of consuming pesticide-free vegetables and fruits									
Experimental Group (n=36)	32.81 ± 4.35	36.64 ± 6.81	$F_{(1, 69)} = 13.84$	<0.001	36.50 ± 0.82	34.87 – 38.13	4.31	2.04 – 6.58	<0.001
Comparison Group (n=36)	32.38 ± 4.58	32.06 ± 4.30			32.19 ± 0.82	30.56 – 33.83			
Effect Size: $\eta^2_{\text{partial}} = 0.07$, 95% CI = 0.01 to 0.25, $\omega^2_{\text{partial}} = 0.06$									
4. Perceived barriers to consuming vegetables and fruits with pesticide residues									
Experimental Group (n=36)	23.06 ± 3.16	24.72 ± 4.27	$F_{(1, 69)} = 3.77$	0.056	24.35 ± 0.52	23.33 – 25.38	1.43	-0.01 – 2.87	0.052
Comparison Group (n=36)	21.89 ± 2.99	22.56 ± 2.73			22.92 ± 0.52	21.90 – 23.95			
Effect Size: $\eta^2_{\text{partial}} = 0.05$, 95% CI = 0.00 to 0.18, $\omega^2_{\text{partial}} = 0.04$									
Behaviors of consuming pesticide-free fruits and vegetables									
Experimental Group (n=36)	40.11 ± 5.18	45.25 ± 6.70	$F_{(1, 69)} = 9.85$	0.003	45.35 ± 0.93	43.50 – 47.20	4.12	1.55 – 6.69	0.002
Comparison Group (n=36)	40.44 ± 7.65	41.33 ± 6.90			41.23 ± 0.93	39.38 – 43.08			
Effect Size: $\eta^2_{\text{partial}} = 0.12$, 95% CI = 0.02 to 0.27, $\omega^2_{\text{partial}} = 0.11$									

Note: Analysis performed using ANCOVA, adjusted for baseline (pre-test) scores, Occupation, Source of Buying Vegetables and Fruits, and History of Blood Chemical Screening.

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของแกนนำสุขภาพครอบครัว ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง แกนนำสุขภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงถึงร้อยละ 83.33 และอยู่ในระดับปลอดภัยเพียงร้อยละ 16.67 แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.89 ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.11 มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีผู้อยู่ในระดับเสี่ยงร้อยละ 66.67 และภายหลังการทดลอง สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในระดับเสี่ยงกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 77.78 และผู้ที่อยู่ในระดับปลอดภัยลดลงจากร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 22.22 พบว่า การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 4)

Table 4: Comparison of cholinesterase enzyme levels before and after the experiment within the experimental and Comparison group

Study sample	Cholinesterase enzyme level (%)		McNemar's	P-value	OR (95% CI)
	Safe level	Risk level	χ^2 (df = 1)		
Experimental Group (n=36)					
Pre - experiment	6 (16.67)	30 (83.33)	24.03	<0.001*	26.00
Post - experiment	32 (88.89)	4 (11.11)			(3.52 to 192.1)
Comparison Group (n=36)					
Pre - experiment	12 (33.33)	24 (66.67)	1.33	0.289	0.50
Post - experiment	8 (22.22)	28 (77.78)			(0.13 to 1.98)

Note: 1. The analysis was conducted using the McNemar Chi-square test. The Odds Ratio (OR) represents the odds of having a safe level of cholinesterase enzyme post-experiment compared to pre-experiment within each specific group.

2. Statistically significant at the 0.05 level.

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของแกนนำสุขภาพครอบครัว พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง (โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของ

กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยมีการให้ความรู้ร่วมกับการรับชมสื่อวีดิทัศน์กรณีตัวอย่างที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของสารเคมีต่อสุขภาพ การให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกปฏิบัติล้างผัก 10 วิธีและการใช้ชุดตรวจสอบเคมีด้วยตนเอง (GT-Test Kit) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นผลลัพธ์และรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารปลอดภัยได้อย่างชัดเจน รวมถึงการใช้กิจกรรม กลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถร่วมกันหาแนวทางจัดการกับอุปสรรคที่มีต่อการบริโภคผักผลไม้ที่ไม่ถูกต้องได้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Nusuk (2018) ที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Singthong and Inthamat (2023) พบว่า การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงการศึกษาของ Hoothaisong and Heebkaew Padchasuwan (2021) ที่ระบุว่า การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากสารเคมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยของแกนนำสุขภาพครอบครัว พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยทั้งทักษะที่ถูกต้องและแรงจูงใจ โปรแกรมนี้ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่ยังเน้นการสาธิตเชิงปฏิบัติการผ่านกิจกรรม “หลักจำทำดู” และการใช้สื่อเพลงประกอบที่ช่วยส่งเสริมการจดจำนำไปสู่การปฏิบัติจริง ยิ่งไปกว่านั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) อย่างต่อเนื่องผ่านการส่งข้อมูลและการแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชัน Line ทุกวันในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 11 ควบคู่ไปกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติช่วยรักษาระดับแรงจูงใจและสนับสนุนให้แกนนำสุขภาพครอบครัวสามารถประยุกต์ใช้ทักษะการทำความสะอาดผักผลไม้ในกิจวัตรประจำวันได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantakot (2023) ที่แสดงให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับชุมชน และการศึกษาของ Wijaksanagul (2024) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าสัดส่วนของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของแกนนำสุขภาพครอบครัว พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดในเกณฑ์ “ปลอดภัย” เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 88.89 ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.11 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากผลลัพธ์เชิงชีวภาพที่ดีขึ้นเป็นเครื่องสะท้อนโดยตรงถึงการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติจริงอย่างได้ผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เช่น การล้างผักและผลไม้อย่างถูกวิธีก่อนการประกอบอาหาร ย่อมส่งผลให้การรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายลดลง นอกจากนี้ การประเมินโอกาสเสี่ยงทางชีวภาพตั้งแต่

เริ่มต้นโครงการ (กิจกรรมเปิดเพื่อเปลี่ยน) ทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงสภาวะทางสุขภาพของตนเอง และเมื่อมีผลการตรวจซ้ำในช่วงท้ายที่แสดงถึงความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ประกอบกับการได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยการมอบป้ายประกาศเกียรติคุณ จึงยิ่งตอกย้ำให้เห็นถึงสัมฤทธิ์ผลของการลดการปนเปื้อนสารเคมีตกค้างได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ [Matthapa et al. \(2022\)](#) ที่รายงานว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์ในเลือดที่ปลอดภัย และการศึกษาของ [Sam et al. \(2008\)](#) ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านความปลอดภัยสามารถลดการสัมผัสสารเคมีได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมไปถึงงานวิจัยของ [Naman et al. \(2022\)](#); [Terfe et al. \(2023\)](#) ที่สนับสนุนผลเชิงประจักษ์ว่า กระบวนการทำความสะอาดและจัดการในครัวเรือน สามารถลดปริมาณสารเคมีตกค้างในผักและผลไม้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดสารพิษของแกนนำสุขภาพครอบครัว โดยภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ภายในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มหลังควบคุมตัวแปร พบความแตกต่างเฉพาะบางด้าน และพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางชีวภาพ ทำให้สัดส่วนผู้ที่มียกระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเกณฑ์ปลอดภัยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.67 เป็นร้อยละ 88.89 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่เน้นการรับรู้ ความเสี่ยง การฝึกปฏิบัติจริง และการกระตุ้นด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับพฤติกรรมและลดการรับสัมผัสสารเคมีตกค้างได้

หน่วยงานสนับสนุน

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงานทุกช่วงวัย ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุน สนับสนุนมูลฐาน (Fundamental Fund: FF) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 การนำรูปแบบกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ควรเน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น การฝึกปฏิบัติการล้างผักและผลไม้ 10 วิธี ร่วมกับการพิสูจน์ผลเชิงประจักษ์ด้วยชุดตรวจสารเคมีตกค้าง (GT-Test Kit) และควรนำเทคโนโลยีที่เข้าถึงง่ายอย่างแอปพลิเคชัน Line มาใช้เป็นช่องทางในการส่งเสริมสนับสนุนทางสังคม ส่งข้อมูลความรู้ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือจังหวัด ควรกำหนดเป็นนโยบายเชิงรุกในการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร โดยบูรณาการการตรวจคัดกรองระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเข้ากับแผนการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว เช่น การติดตามผลที่ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย และการรักษาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต่อเนื่อง

2.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูง เช่น

กลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตพืชผักหรือกลุ่มแม่ครัวในโรงเรียน รวมถึงอาจมีการเพิ่มตัวแปรด้านปัจจัยแวดล้อมหรือ การสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อศึกษา กลไกที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ครอบคลุม มากยิ่งขึ้น

References

- Bureau of Epidemiology. (2020, September 01). *Summary Report of Occupational and Environmental Disease Surveillance and Chronic Non-Communicable Diseases for the Year 2020*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. <https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual.php>
- Bureau of Food Safety Extension and Support. (2023). *Food safety situation report, fiscal year 2022*. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. https://foodsafety.moph.go.th/_WEBADMIN/2/uploads/n_file/52yr82f1gxwkskw404.pdf
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2015). *Knowledge on risk screening for pesticide exposure using cholinesterase reactive paper for public health officers in primary care units*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/b6134dd3acfb435cab3bf0155b97ccc0.pdf>
- Chirawatkul, A. (2009). *Statistics for Health Science Research*. Bangkok: Witthaypat.
- Hoothaisong N. & Heebkaew Padchasuwan N. (2021). The Effectiveness of Health Belief Model and Health Literacy Application Program for Pesticides use Dangerous Preventing Behavior Promotion among Rubber Farmers in Muang Buengkan District, Buengkan Province. *Health Research and Development Journal, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 7(2), 116-131.
- Jantakot, S. (2023). Effects of Participation and Social Support to Change Diabetes Prevention Behaviors of Risk Groups in the Area of Responsibility of Huaydang Tambon Health Promoting Hospital, Donjik Subdistrict, Phiboonmangsan District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(1), 356-365.
- Maejo Poll Center. (2020, December 06). 86.89% of consumers buy vegetables and fruits from fresh markets, but 79.31% are still not confident in consumption safety. <https://maejopoll.mju.ac.th/poll.aspx?id=58>
- Matthapa K. et al. (2022). Pesticide Exposure Preventive Behaviors among Vegetable Farmers in the 10th Health Region in Thailand and its Related Factors. *Journal of Public Health Nursing*, 36(3), 1-15.

- Naman M. et al. (2022). Changes in Concentration of Pesticide Residues in Fruits and Vegetables During Household Processing. *Toxicology Reports*, 9(2020), 1419-1425. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2022.06.013>
- Nusuk, N. (2018). Effect of Pesticide Prevention Program by Applying Health Belief Model among Elder Person in Soem Sai sub-district, Soemngam district, Lampang province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok*, 5(2), 1-14.
- Sam K. et al. (2008). Effectiveness of an Educational Program to Promote Pesticide Safety among Pesticide Handlers of South India. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(6), 787-795.
- Singthong S. & Intamat S. (2023). The Application of Health Belief Model to Improve Preventive Health Behaviors on Pesticide Use among Allium Ascalonicum L Growers. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(2), 677-686.
- Terfe A. et al. (2023). Pesticide Residues and Effect of Household Processing in Commonly Consumed Vegetables in Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *Journal of Environmental and Public Health*, 2023, 7503426. <https://doi.org/10.1155/2023/7503426>
- Thai Pesticide Alert Network. (2020, December 04). *Results of pesticide residue testing in vegetables and fruits for 2020*. Thai-PAN. <https://thaipan.org/highlights/2283>
- Wijaksanakul, K. (2024). Effects of Creating Participation and Social Support on Changing Diabetes Prevention Behaviors Among At-Risk Populations in the Service Area of Phia Phao Tambon Health Promoting Hospital, Kham Nam Saep Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 9(3), 518-527.

Original Article

PREVALENCE, MENTAL HEALTH LITERACY AND ASSOCIATED FACTOR MENTAL HEALTH AMONG PUBLIC HEALTH PERSONNEL IN CHUMPHAE HOSPITAL, CHUMPHAE DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE: A CROSS-SECTIONAL ANALYTICAL STUDY

Sutthida Seehasana¹, Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2,*}, Dutsadee Khaweewong³

Received: August 07, 2025

¹ M.P.H Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

Revised: August 01, 2026

² Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

Accepted: August 07, 2026

³ College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani 34190, Thailand

Corresponding author; E-mail: natnpa@kkumail.com *

Citation Seehasana S., Heebkaew Padchasuwan N., Khaweewong D. (2026). Prevalence, Mental Health Literacy and Associated Factor Mental Health Among Public Health Personnel in Chumphae Hospital, Chumphae District, Khon Kaen Province: A Cross-Sectional Analytical Study. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e16797.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Stress among public health personnel significantly affects quality of life and service efficiency, with mental health literacy serving as a key protective factor. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence of stress, levels of mental health literacy, and associated factors among 310 public health personnel at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province, selected via stratified random sampling. Data were collected using a mental health literacy questionnaire and the Suan Prung Stress Test-20 (SPST-20), then analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Pearson's correlation coefficient, One-Way ANOVA, Independent Samples t-test, and multiple logistic regression. Results showed that 49.4% of personnel experienced high to severe stress levels, and 49.4% had problematic mental health literacy. Personnel with inadequate mental health literacy were significantly more likely to experience stress (AOR = 5.93, 95%CI = 1.93-18.22), as were those with problematic literacy (AOR = 4.10, 95%CI = 2.37-7.10), compared to those with adequate levels (p-value < 0.05). Furthermore, significant differences in stress levels were observed based on age, work experience, income sufficiency, work environment, and organizational benefits/compensation (p-value < 0.05). Conclusion, nearly half of healthcare personnel suffer from high levels of stress, with low mental health literacy significantly increasing stress risks. Organizations should promote mental health literacy alongside improving the work environment and employee benefits.

Keywords: Stress; Mental health literacy; Public health personnel

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุข

โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

สุทธิดา สีหาเสนา ¹, นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์ ^{2,*}, ดุษฎี คาวังค์ ³

รับบทความ: 07 สิงหาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 01 สิงหาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 07 สิงหาคม 2569

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

³ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: natnpa@kku.ac.th *

อ้างอิง: สุทธิดา สีหาเสนา, นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์, ดุษฎี คาวังค์. (2569). ความชุก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e16797.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ภาวะเครียดในบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการบริการ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยป้องกันการศึกษาระบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 310 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิร่วมกับวิธีอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบวัดความเครียด (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square, Pearson's Correlation Coefficient, One-Way ANOVA, Independent Samples t-test, Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีภาวะเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 49.4 และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 49.4 บุคลากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดภาวะเครียด (AOR = 5.93, 95% CI = 1.93 - 18.22) และระดับมีปัญหา มีโอกาสเกิดภาวะเครียด (AOR = 4.10, 95% CI = 2.37 - 7.10) เมื่อเทียบกับบุคลากรที่มีระดับเพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ทำงาน ความเพียงพอของรายได้ สภาพแวดล้อมการทำงาน และสวัสดิการ/ค่าตอบแทน แตกต่างกัน มีภาวะเครียดที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป บุคลากรสาธารณสุขเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะเครียดระดับสูง โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเครียด หน่วยงานควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตควบคู่กับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสวัสดิการในองค์กร

คำสำคัญ: ภาวะเครียด; ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; บุคลากรสาธารณสุข

บทนำ

ภาวะเครียดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วยและสูญเสียสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ภาวะเครียดคือสภาวะของความกังวลหรือความตึงเครียดทางจิตที่เกิดจากสถานการณ์ยากลำบากหรือภัยคุกคามในชีวิต ซึ่งเป็นการตอบสนองตามธรรมชาติของมนุษย์ต่อสิ่งกระตุ้น (World Health Organization, 2023) เมื่อต้องเผชิญกับความกดดันทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือความไม่สมหวัง ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดได้ (Department of Mental Health, 2020) สถานการณ์ปัจจุบันชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มสูงขึ้น โดยรายงานอารมณ์โลกของ Gallup (2023) พบว่า วัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 40 มีภาวะเครียด และร้อยละ 27 มีภาวะเศร้า องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากร 970 ล้านคนที่มีภาวะเครียดนั้น เป็นกลุ่มวัยทำงานถึงร้อยละ 14.6 (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลระบบประเมินสุขภาพจิต (Mental Health Check In) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีภาวะเครียดสูงร้อยละ 7.71 และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.20 (Department of Mental Health, 2023)

บุคลากรสาธารณสุขถือเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเครียด เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระงานที่หนัก ความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรค และความกดดันจากความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งหากไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการให้บริการ (Jintanapramote and Sittisanakul, 2019) ข้อมูลสุขภาพจิตจังหวัดขอนแก่นสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 8.20 และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 6.48 (Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2023) เมื่อพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลประเมินระดับความผูกพัน

ต่อองค์กร (Engagement) และระดับสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ร้อยละ 80 อย่างต่อเนื่อง (Chum Phae Hospital, 2023) ดัชนีความผูกพันและความสุขที่ลดต่ำลงนี้ เป็นสัญญาณเตือนที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาความเครียดสะสมในการทำงาน โดยอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย การขาดการสนับสนุนด้านความก้าวหน้า หรือระบบสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับภาระงาน

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) จึงเป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ที่สำคัญในการรับมือกับความเครียด จากแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในมิติสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง ควบคู่ไปกับทักษะในการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลรอบข้างได้อย่างเหมาะสม (Thangkrathok et al., 2020) การศึกษาที่ผ่านมาในบริบทโรงพยาบาลระดับจังหวัด เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีอาการของภาวะหมดไฟถึงร้อยละ 63.4 และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.9 โดยปัจจัยด้านกลุ่มภารกิจงาน เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ (Yothaburee et al., 2022) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ครอบคลุมถึงอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สวัสดิการ และความก้าวหน้าในสายอาชีพ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนนั้นยังมิได้อยู่อย่างจำกัด

จากสถานการณ์และปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาความชุก ระดับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภูมอ จังหวัดขอนแก่น เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการในบริบทพื้นที่และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญ สำหรับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผน กำหนดนโยบาย บริหารทรัพยากรบุคคล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภูมอ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภูมอ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภูมอ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภูมอ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 944 คน (ข้อมูลในปีงบประมาณ 2567)
 - 1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่าง สำหรับกรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงนามบัญญัติ (Categorical outcome) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ครวละหลายตัวแปร โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple Logistic regression) ตามสูตรคำนวณของ Hsieh et al. (1998) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง (Pitspingkum et al., 2025) แทนค่าและคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่าง 155 คน จากสูตรกำหนดให้ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\frac{p_0(1-p_0) + \frac{p_1(1-p_1)(1-B)}{B}}}{(p_0 - p_1)^2(1-B)} \right\}^2}{}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

P = ค่าสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะความเครียด ($P = 85/384 = 0.27$)

P_0 = ค่าสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะความเครียดในกลุ่มภารกิจที่ไม่ต้องลงพื้นที่ ($P_0 = 50/147 = 0.34$)

P_1 = ค่าสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะความเครียด ในกลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่ ($P_1 = 35/237 = 0.15$)

B = สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มภารกิจที่ต้องลงพื้นที่ ($B = 147/384 = 0.62$)

$Z_{1-\alpha}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ($\beta = 0.2$) มีค่าเท่ากับ 0.84

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 156 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัวแปรใน Model ของการวิเคราะห์ Multiple Logistic regression ผู้วิจัยปรับแก้

อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) จากสูตรกำหนดให้

$$n_p = \frac{n}{1 - \rho_{1.2.3...p}^2}$$

n_p = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด (n-Multi)

n = ขนาดตัวอย่างทั้งหมดในตอนต้นที่ได้

จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จิสติก (Multiple logistic regression) (n-Uni)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่

$\rho^2 = 0.5$ แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่สามารถยอมรับได้ (Variance Inflation Factor: VIF) = 2.00 ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 310 คน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

2) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) ต้องมีคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ smart phone ที่สามารถตอบแบบสอบถาม google form

1.2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) บุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

1.3 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโดยตรง และ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสนับสนุน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตามสัดส่วน (Proportional Allocation)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประเภท ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว เป็นคำถามทั้งแบบปิด (Close End) และแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงาน (ภาระงาน) ปัจจัยด้านบทบาทและหน้าที่ในหน่วยงาน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในการทำงาน และปัจจัยด้านสิทธิสวัสดิการและค่าตอบแทน เป็นคำถามแบบปิด (Close End) ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 16 ข้อ ประยุกต์ข้อคำถามจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al. (2013) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำไปใช้ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เพียงพอ 0-16 คะแนน ระดับมีปัญหา 17 - 32 คะแนน และระดับเพียงพอ 33-48 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด (SPST - 20) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด ให้คะแนน 1 รู้สึกเครียดเล็กน้อย ให้คะแนน 2 รู้สึกเครียดปานกลาง ให้คะแนน 3 รู้สึกเครียดมาก ให้คะแนน 4 และรู้สึกเครียดมากที่สุด ให้คะแนน 5 การแปลผลระดับความเครียดแบ่งเป็น 2 ระดับ อ้างอิงจากเกณฑ์ของ Department of Mental Health (2024) ได้แก่ ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มี ความเครียด ช่วงคะแนน 0 - 41 และมีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ช่วงคะแนน 42 - 100

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยผลการวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ข้อคำถามทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

3.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัย

ได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficients) พบว่า ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เท่ากับ 0.82 และตัวแปรวัดระดับความเครียด เท่ากับ 0.87

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

ได้แก่ Chi-Square, Pearson's Correlation Coefficient (r), One-Way ANOVA (Tukey HSD), Independent Samples t-test, Multiple logistic regression

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การศึกษาครั้งนี้

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยื่นขอรับเข้าทำการพิจารณาแบบยกเว้น หมายเลยสำคัญโครงการ

HE672086 มติที่ประชุม 17/2567 รับรอง ณ วันที่ 27 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จากการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 310 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 มีอายุเฉลี่ย 41.70 ปี อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 32.3 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 65.5 การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่ให้บริการกับคนไข้โดยตรง ร้อยละ 54.5 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 57.42 ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 55.2

2. ผลการศึกษาความทุกข์ของภาวะเครียดและผลการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า บุคลากรมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 49.4 และไม่มีความเครียดหรืออยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.6 และปัจจัยด้านอายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน และความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน จะมีภาวะเครียดที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรที่อายุต่ำกว่า 30 ปี ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี และมีรายได้ที่ไม่เพียงพอหรือเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จะมีความเครียดที่สูงแตกต่างจากผู้ที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาการทำงาน 20 ปี ขึ้นไป และผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอและเหลือเก็บ (Table 1)

Table 1: Prevalence of stress and comparison of personal factors with stress among public health personnel at Chum Phae Hospital, Chum Phae District, Khon Kaen Province (n = 310)

Variable		No stress/ normal level (n = 157) (50.6 %)	Stress levels are high to severe (n = 153) (49.4 %)	Total	Statistic	p-value
Mean ± SD		30.45 ± 0.55	54.82 ± 0.82	42.48 ± 0.85		
Min. ± Max.		20.0 ± 41.0	43.00 ± 87.0	20.0 ± 87.0		
95% CI		30.36, 30.54	54.69, 54.59	42.38, 42.58		
Gender					0.407	0.524 ^a
Male		30 (9.7)	25 (8.1)	55 (17.7)		
Female		127 (41.0)	128 (41.3)	255 (82.3)		
Age	Mean ± SD	42.63 ± 1.22	40.80 ± 0.97	41.70 ± 0.78	-0.168	0.003 ^b
	Max. ± Min.	29 ± 60	25 ± 53	25 ± 60	2.171	0.007 ^d
⁽¹⁾ Under 30 years old		Mean = 45.84, 95% CI = 42.42, 49.25			(1)+(2)	0.345 ^c
⁽²⁾ 30 – 39 years old		Mean = 42.27, 95% CI = 39.84, 44.70			(1)+(3)	0.080 ^c
⁽³⁾ 40 – 49 years old		Mean = 37.49, 95% CI = 37.49, 43.82			(1)+(4)	0.045 ^c
⁽⁴⁾ 50 years old and above		Mean = 37.73, 95% CI = 32.30, 43.17			(2)+(3)	0.882 ^c
					(2)+(4)	0.462 ^c
					(3)+(4)	0.784 ^c
Marital Status					0.820	0.664 ^a
Single		64 (20.6)	10 (22.6)	134 (43.2)		
Married		88 (28.4)	78 (25.2)	166 (53.5)		
Widowed/Divorced/ Separated		5 (1.6)	5 (1.6)	10 (3.2)		
Levels of Education					3.378	0.337 ^a
Secondary/Vocational Certificate		15 (4.8)	18 (5.8)	33 (10.6)		
Associate Degree/Higher Vocational Certificate		30 (9.7)	25 (8.1)	55 (17.7)		
Bachelor's Degree		99 (31.9)	104 (33.5)	203 (65.5)		
Master's Degree and above		13 (4.2)	6 (1.9)	19 (6.1)		

Table 1: (Continuous)

Variable		No stress/ normal level (n = 157) (50.6 %)	Stress levels are high to severe (n = 153) (49.4 %)	Total	Statistic	p-value
Position in the organization					4.033	0.045 ^a
Government officials/ Permanent employees/ Government employees/ Staff Ministry of Public Health		128 (41.3)	110 (35.5)	238 (76.8)		
Temporary employees (monthly/daily/hourly rate)		29 (9.4)	43 (13.9)	72 (23.2)		
Work experience	Mean ± SD	17.31 ± 1.31	14.57 ± 0.97	15.91 ± 0.82	-0.171	0.003 ^b
	Max. ± Min.	1 ± 34	1 ± 29	1 ± 34	2.833	0.005 ^d
	(1) Less than 10 years old	Mean = 43.54, 95% CI = 41.30, 45.79			(1)+(2)	0.962 ^c
	(2) 10 – 19 years old	Mean = 43.04, 95% CI = 40.05, 46.04			(1)+(3)	0.017 ^c
	(3) 20 years old and above	Mean = 36.42, 95% CI = 32.01, 44.15			(2)+(3)	0.049 ^c
Monthly income	Mean ± SD	25,467.58 ± 1,117.58	23,917.58 ± 1,016.86		-0.062	0.277 ^b
	Min. ± Max.	7,000 ± 69,000	6,000 ± 7,0000		1.024	0.306 ^d
	Income Adequacy				19.805	<0.001 ^a
(1) Insufficient		Mean = 46.42, 95% CI = 44.28, 48.55			(1)+(2)	<0.001 ^c
(2) Sufficient but no savings left over		Mean = 38.68, 95% CI = 36.14, 41.58			(1)+(3)	<0.001 ^c
(3) Sufficient and with savings left over		Mean = 32.04, 95% CI = 26.84, 37.24			(2)+(3)	0.078 ^c
Underlying medical conditions					0.273	0.602 ^a
None		148 (47.7)	142 (45.8)	290 (93.5)		
Yes		9 (2.9)	11 (3.5)	20 (6.5)		

Note: ^a Chi-Square, ^b Pearson's Correlation Coefficient (r), ^c One-Way ANOVA (Tukey HSD), ^d Independent Samples t-test

3. ผลการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ระดับปฏิบัติงาน) ร้อยละ 93.2 และมีลักษณะการปฏิบัติงานโดยตรง (ให้บริการหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง) ร้อยละ 85.2 ส่วนใหญ่มองว่าหน่วยงานตนเองมีสภาพแวดล้อมในการทำงานดี ร้อยละ 66.8 ด้านสังคมและครอบครัวเอื้อต่อการทำงาน ร้อยละ 96.1 มีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ดี ร้อยละ 92.9

ได้รับสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน ร้อยละ 83.2 และมีการสนับสนุนสวัสดิการและค่าตอบแทน ร้อยละ 74.5 และพบว่า ปัจจัยด้านปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และปัจจัยด้านสิทธิสวัสดิการและค่าตอบแทน แตกต่างกัน มีภาวะเครียดที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

Table 2: Comparison of work-related factors and stress levels among public health personnel at Chum Phae Hospital, Chum Phae District, Khon Kaen Province (n = 310)

Factors related to work performance	No stress/ normal level (n = 157) (50.6 %)	Stress levels are high to severe (n = 153) (49.4 %)	Total	Statistic	p-value
Job-related factors (workload)				0.270	0.869 ^a
Managers/Group Leaders/ Supervisors	11 (3.5)	10 (3.2)	21 (6.8)		
Employees	146 (47.1)	143 (46.1)	289 (93.2)		
Roles and responsibilities				3.322	0.068 ^a
Direct performance	128 (41.3)	136 (43.9)	264 (85.2)		
Provide support	29 (9.4)	17 (5.5)	46 (14.8)		
Environmental factors				7.250	0.007 ^a
Good environment	116 (37.4)	91 (29.4)	207 (66.8)		
Poor environment	41 (13.2)	62 (20.0)	103 (33.2)		
Social and family factors				0.403	0.526 ^a
Favorable for work	152 (49.0)	146 (47.1)	298 (96.1)		
Not conducive to work	5 (1.6)	7 (2.3)	12 (3.9)		
Relationships with colleagues				9.206	0.002 ^a
Good relationships	139 (44.8)	149 (48.1)	288 (92.9)		
Poor relationships	18 (5.8)	4 (1.3)	22 (7.1)		

Table 2: (Continuous)

Factors related to work performance	No stress/ normal level (n = 157) (50.6 %)	Stress levels are high to severe (n = 153) (49.4 %)	Total	Statistic	p-value
Contributing to progress				1.738	0.187 ^a
Supported	135 (43.5)	123 (39.7)	258 (83.2)		
Not supported	22 (7.1)	30 (9.7)	52 (16.8)		
Rights/benefits/compensation				4.306	0.037 ^a
Supported	125 (40.3)	106 (34.2)	231 (74.5)		
Not supported	32 (10.3)	47 (15.2)	79 (25.5)		

Note: ^a Chi-Square; Statistical significance at the 0.05 level

4. ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภู จันทองขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยรวม อยู่ในระดับมีปัญหาร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ระดับเพียงพอ ร้อยละ 43.2 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.4 (Table 3)

Table 3: Levels of mental health literacy among public health personnel at Chum Phae Hospital, Chum Phae District, Khon Kaen Province (n = 310)

Mental Health Literacy	Mean	SD	95% CI	Inadequate	Problematic	Sufficient
				n (%)	n (%)	n (%)
Overall	32.81	9.50	31.81 – 33.79	23 (7.4)	153 (49.4)	134 (43.2)
Accessing Information	8.13	2.66	7.78 – 8.40	44 (14.2)	150 (48.4)	116 (37.4)
Understanding Information	8.19	2.65	7.95 – 8.55	54 (17.4)	150 (48.4)	106 (34.2)
Appraising Information	8.09	2.52	7.81 – 8.39	34 (11.0)	178 (57.4)	98 (31.6)
Applying Information	8.41	2.34	8.11 – 8.72	31 (10.0)	175 (56.5)	104 (33.5)

5. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำภู จันทองขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระดับไม่เพียงพอ (Inadequate) มีโอกาสเกิดภาวะความเครียดเป็น 5.93 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับเพียงพอ (AOR = 5.93, 95% CI = 1.93 to 18.22, p-value = 0.002) ขณะที่กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระดับมีปัญหาร้อยละ (Problematic) มีโอกาส

เกิดภาวะความเครียดเป็น 4.10 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับเพียงพออย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (AOR = 4.10, 95% CI = 2.37 - 7.10, p-value <0.001) (Table 4)

Table 4: Multiple Logistic Regression Analysis of Mental Health Literacy Associated with Stress (n = 310)

Factors	No stress	Stress	Total	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)			
Overall	157 (50.6)	153 (49.4)	310 (100.0)	-	-	-
Mental Health Literacy						
Sufficient	94 (30.3)	40 (12.9)	134 (43.2)	1.00 (Ref.)	1.00 (Ref.)	-
Inadequate	5 (1.6)	18 (5.8)	23 (7.3)	8.46 (2.94, 24.36)	5.93 (1.93, 18.22)	0.002
Problematic	58 (18.7)	95 (30.6)	153 (49.4)	3.85 (2.35, 6.31)	4.10 (2.37, 7.10)	<0.001

Note: Statistical significance at the 0.05 level; Adjusted by Age, Position in the organization, Work experience, Income Adequacy, Environmental factors, Relationships with colleagues, Rights/benefits and compensation.

อภิปรายผล

1. ความสุขของภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมแพ พบว่า บุคลากรมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มีความเครียด ร้อยละ 50.6 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 49.4 เกือบครึ่งหนึ่งของบุคลากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มอาชีพที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนัก (Workload) ความกดดันจากความคาดหวังของผู้รับบริการ การทำงานเข้าเวร/กะกลางคืน ความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรในสถานพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตึงเครียดอย่างต่อเนื่องและสะสมเป็นระยะเวลานาน

นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ และการสะสมของภาวะหมดไฟในการทำงาน ยังเป็นปัจจัยร่วมที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดในระดับสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ [Wichitrapan \(2016\)](#) พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเครียดสูง ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 39.7 และการศึกษาของ [Rueangsaeng \(2023\)](#) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมแพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมีปัญหา (Problematic) ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ

ระดับเพียงพอ (Sufficient) ร้อยละ 43.2 และระดับไม่เพียงพอ (Inadequate) ร้อยละ 7.4 โดยเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านการประเมินข้อมูล (Appraising Information) และด้านการนำข้อมูลไปใช้ (Applying Information) เป็นมิติที่มีสัดส่วนกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น (Sørensen et al., 2012) การที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา นั้น เกิดจากการที่หลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรมทางการแพทย์มักเน้นหนักไปที่การดูแลรักษาและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการ แต่ขาดการเน้นย้ำทักษะการประเมินสภาวะอารมณ์และการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (Self-mental health management) ประกอบกับการะงานประจำที่ล้นมือ ทำให้บุคลากรขาดเวลาในการเข้าถึงและนำเทคนิคการจัดการความเครียดไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Noywong and Singkiboot (2026) และรายงานของ Department of Mental Health (2020) ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานและบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางถึงมีปัญหา โดยเฉพาะในมิติการประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจิตเพื่อลดความตึงเครียดในการทำงาน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของบุคลากร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับไม่เพียงพอ (Inadequate) มีโอกาสเกิดภาวะเครียดระดับสูงถึงรุนแรงเป็น 5.93 เท่า และกลุ่มระดับมีปัญหา (Problematic) มีโอกาสเกิดภาวะเครียดเป็น 4.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเพียงพอ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล

(อายุต่ำกว่า 30 ปี, ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี, รายได้ไม่เพียงพอ) และปัจจัยด้านการทำงาน (สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย, ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อนร่วมงาน, ขาดการสนับสนุนด้านสวัสดิการ/ค่าตอบแทน) มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพียงพอจะสามารถตระหนักรู้อารมณ์ เฝ้าระวังปัญหาอย่างมีสติ และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ในทางกลับกัน ผู้ที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอจะขาดทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและการจัดการอารมณ์ตนเอง ส่งผลให้ความเครียดสะสมรุนแรงยิ่งขึ้น (Sørensen et al., 2012) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisiri (2025) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสวัสดิการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อระดับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yothaburee et al. (2022) ที่พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงาน รายได้ และกลุ่มภารกิจงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดการศึกษา การศึกษานี้สามารถอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานกับภาวะเครียดเท่านั้น ผลการศึกษายังจำกัดเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การนำผลวิจัยไปอ้างอิงบริบทของสถานพยาบาลระดับอื่นหรือพื้นที่ที่มีลักษณะภาระงานแตกต่างกันอาจมีข้อจำกัด

สรุปผล

การศึกษานี้พบความชุกภาวะเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 49.4 และมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับมีปัญหา

ร้อยละ 49.4 และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทำหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะเครียด โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับไม่เพียงพอและระดับมีปัญหา มีโอกาสเกิดภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มระดับเพียงพอถึง 5.93 เท่า และ 4.10 เท่า ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นฝึกทักษะการประเมินสภาวะอารมณ์และการประยุกต์ใช้เทคนิคจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ บุคลากรอายุน้อยและผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย

1.2 หน่วยงานควรกำหนดนโยบายองค์กรสร้างสุขที่บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้ากับระบบพัฒนาทรัพยากรบุคคล พร้อมทบทวนโครงสร้างสวัสดิการค่าตอบแทน และการจัดการแรงงานให้สอดคล้องกับความเป็นจริงเพื่อลดความเครียดสะสมของบุคลากร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเชิงกึ่งทดลอง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อภาวะเครียดและการจัดการตนเองของบุคลากรสาธารณสุข

2.2 ควรศึกษาแบบผสมผสาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะเครียด และปัจจัยเชิงบริบทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

References

Chum Phae Hospital. (2023). *Organizational engagement and organizational wellness report* [Supporting document]. Khon Kaen: Human Resources Department, Chum Phae Hospital.

Department of Mental Health. (2020). *Guidelines for enhancing public mental health knowledge*. Nonthaburi: Beyond Publishing Company Limited.

Department of Mental Health. (2020). *Screening assessment manual for psychiatric and mental health problems*. N.p.: Nursing Mission Group, Suansaranrom Hospital.

Department of Mental Health. (2023, October 14). *Stress test (ST-5)*. <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>

Department of Mental Health. (2024, October 21). *Division of Mental Health Promotion and Development*. <https://share.google/Z0BwT203aXX3lihtm>

Hsieh F. Y. et al. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in medicine*, 17(14), 1623–1634.

Jintanapramote K. & Sittisanakul P. (2019). Physiology of work-related stress and coping strategies among physicians. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(2), 112–123.

Khon Kaen Provincial Public Health Office. (2023). *Mental health data of Khon Kaen Province* [Report document]. Khon Kaen: Human Resources Unit, Provincial Public Health Office.

Noywong P. & Singkiboot S. (2026). Mental Health Literacy, Knowledge, and Management of Mental Health Problems among Older Adults in Dong Hong Hae Sub-district

- Health Promoting Hospital, Ubon Ratchthani Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 41(3), e264500.
- Pitspingkum W. et al. (2025). Factors Associated with Mental Health and Stress among Healthcare Personnel Responsible for COVID-19 in Lampang Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 36(1), 281–298.
- Rueangsaeng, S. (2023). *Stress among Health Personnel at Sub-district Health Promoting Hospital Pathum Thani Province during COVID-19 Outbreak*, [Thesis of Master of Public Health School of Health Science]. Graduate School: Sukhothai Thammathirat Open University.
- Sørensen K. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Sørensen K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948.
- Srisiri, N. (2025). *Mental health literacy, perceived stress and psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after COVID-19 pandemic*, [Thesis of Master of Master of Nursing Science of Psychiatric Nursing and Mental Health]. Graduate School: Chiang Mai University.
- Thangkratok P. et al. (2020). Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Biomedical Sciences and Clinical Medicine*, 59(3), 163-172.
- Wichitrapan, T. (2016). Prevalence and Risk Factors of Occupational Stress in Health Care Providers. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, 32(3), 55–69.
- World Health Organization. (2023, October 15). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Yothaburee S. et al. (2022). Prevalence and factors associated of mental health among personnel in Mahasarakham hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 19(3), 149–164.

Original Article

PREDICTORS OF MANUFACTURED CIGARETTE SMOKING BEHAVIOR AMONG RESIDENTS IN PANGWAN SUBDISTRICT, PHATO DISTRICT, CHUMPHON PROVINCE

Sawarot Khruakhong ¹, Kamonwan Vanichchanon ^{2,*}, Thanakorn Sirikul ³,
Jetwichayut Borirak ⁴, Arunothai Derramon ⁵, Anchalee Pongkaset ⁶

Received: September 21, 2025

Revised: July 20, 2026

Accepted: July 27, 2026

¹⁻⁶ Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, Praboromarajchanok Institute, Yala 95000, Thailand

Corresponding author; E-mail: kamonwan4368@hotmail.com *

Citation: Khruakhong S., Vanichchanon K., Sirikul T., Borirak J., Derramon A., Pongkaset A. (2026). Predictors of Manufactured Cigarette Smoking Behavior among Residents in Pangwan Subdistrict, Phato District, Chumphon Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2) , e16950.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

Keywords:

Smoking behavior;
Manufactured cigarettes;
Social influence;
Community health

ABSTRACT

Although overall smoking rates in Thailand have declined, Southern Thailand particularly Chumphon Province maintains high smoking rates, with a lack of studies on predictive factors within rural community contexts. This predictive cross-sectional survey aimed to evaluate levels of knowledge, attitudes, social influence, and manufactured cigarette smoking behavior, and to analyze predictor variables among residents in Pangwan Subdistrict, Phato District, Chumphon Province. The sample comprised 357 residents aged 15 and above, selected through stratified and simple random sampling. Data were collected between September 2024 and March 2025 using questionnaires with reliabilities ranging from 0.636 to 0.809. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. Most participants were male (91.60%), aged 31–45 years (42.60%), and agricultural workers (29.10%). Participants demonstrated good knowledge of smoking harms (Mean = 9.15, SD = 2.83), good attitudes (Mean = 2.46, SD = 0.73), high social influence (Mean = 2.18, SD = 0.38), and high smoking behavior (Mean = 2.20, SD = 0.33). Multiple regression analysis revealed that social influence (beta = 0.172, p = 0.002) and knowledge of smoking harms (beta = 0.129, p = 0.022) significantly predicted manufactured cigarette smoking behavior (p < 0.05), accounting for 4.3% of the variance ($R^2 = 0.043$, Adjusted $R^2 = 0.038$). In conclusion, social influence and knowledge significantly predict manufactured cigarette smoking behavior in rural communities, suggesting that public health interventions should modify social environments alongside promoting health knowledge for sustainable behavior change.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

สวรส เครือคง¹, กมลวรรณ วนิชานนท์^{2*}, ธนกร สิริกุล³, เจตน์วิชัย ภูมิรักษ์⁴,
อรุณทัย เคนรัมย์⁵, อัญชลี พงศ์เกษตร⁶

รับบทความ: 21 กันยายน 2568

¹⁻⁶ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สถาบันพระบรมราชชนก, ยะลา 95000, ประเทศไทย

แก้ไขล่าสุด: 20 กรกฎาคม 2569

Corresponding author; E-mail: kamonwan4368@hotmail.com *

ตอบรับตีพิมพ์: 27 กรกฎาคม 2569

อ้างอิง: สวรส เครือคง, กมลวรรณ วนิชานนท์, ธนกร สิริกุล, เจตน์วิชัย ภูมิรักษ์, อรุณทัย เคนรัมย์, อัญชลี พงศ์เกษตร. (2569). ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนของประชาชน ในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e16950.



ลิขสิทธิ์ (C) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

คำสำคัญ:

พฤติกรรมการสูบบุหรี่;
บุหรี่ยาสูบ; อิทธิพลของสังคม;
สุขภาพชุมชน

บทคัดย่อ

แม้อัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมของประเทศไทยจะลดลง แต่ภาคใต้โดยเฉพาะจังหวัดชุมพรยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่สูง และยังขาดการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในบริบทชุมชนชนบท การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางเชิงทำนายนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด อิทธิพลทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวน รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 357 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568 ด้วยแบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่น 0.64-0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 91.60) อายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 42.60 และส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 29.10) พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (Mean = 9.15, SD = 2.83) ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (Mean = 2.46, SD = 0.73) ได้รับอิทธิพลทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.18, SD = 0.38) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.20, SD = 0.33) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า อิทธิพลทางสังคม (beta = 0.172, p = 0.002) และความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ (beta = 0.129, p = 0.022) ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.3 (R² = 0.043, Adjusted R² = 0.038) สรุปผล อิทธิพลทางสังคมและความรู้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่หมวนในชุมชนชนบท มาตรการทางสาธารณสุขจึงควรปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคมและลดอิทธิพลการรวมกลุ่มสูบบุหรี่ ควบคู่กับส่งเสริมความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บทนำ

บุหรี่ปรมวน (Cigarette) เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทหนึ่ง โดยหลักการคือ การนำใบยาสูบที่ผ่านกระบวนการมาวนด้วยกระดาษเพื่อวัตถุประสงค์ในการสูบ แม้ในบริบททางกฎหมายของประเทศไทย บุหรี่จะไม่ได้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษ (Illicit drugs) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แต่ถือเป็นสินค้าที่ขบด้วยกฎหมาย ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดของรัฐตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เพื่อจำกัดการเข้าถึงและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ในมิติทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บุหรี่ถูกจัดเป็นสิ่งเสพติด (Addictive Substance) ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เนื่องจากในบุหรี่ปรมวนมีสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้ผู้สูบเกิดภาวะพึ่งพิงและการเสพติดอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากกลไกการเสพติดแล้ว กระบวนการเผาไหม้ของบุหรี่ปรมวนยังนำไปสู่การปลดปล่อยสารเคมีอันตรายมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งรวมถึงสารก่อมะเร็งคาร์บอนมอนอกไซด์ และทาร์ (น้ำมันดิน) อันเป็นสาเหตุหลักของโรคเรื้อรังที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Sukwanichsilp, 2021)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย ในภาพรวมทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2564 พบว่าประชาชนทั่วไป มีแนวโน้มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 21.40 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 17.40 ในปี พ.ศ. 2564 และเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2554-2564 พบว่าประชากรที่สูบบุหรี่มีอัตราที่ลดลงค่อนข้างต่อเนื่อง ยกเว้นปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 จากร้อยละ 19.97 เป็นร้อยละ 20.70 ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจทั้งหมด 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ถึง 9.93 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.40 ของประชากร เป็นผู้ชาย ร้อยละ 66.00 และผู้หญิง

ร้อยละ 34.00 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ. 2554 ซึ่งสูงถึงร้อยละ 21.40 (Srijak, 2023) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 22.40 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 18.00 ภาคกลาง ร้อยละ 16.40 และภาคเหนือ ร้อยละ 15.60 โดยพบว่า 10 จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ 8 ใน 10 ซึ่งไปในทิศทางเดียวกัน คือ จังหวัดจากภาคใต้ โดยจังหวัดชุมพรอยู่ในลำดับที่ 9 คิดเป็นร้อยละ 22.90 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด (Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control, 2026)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยพหุมิติ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล อิทธิพลทางสังคมและสื่อโฆษณา ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเริ่มต้นและคงพฤติกรรมแม้จะตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ (Waiwong, 2024; Lhekkhan, 2022; Vutiso et al., 2022) ทั้งนี้ แม้ภาพรวมการสูบบุหรี่ของประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง แต่พื้นที่ภาคใต้โดยเฉพาะจังหวัดชุมพร กลับมีอัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับ 9 ของประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบทเชิงพื้นที่ที่แตกต่างออกไป อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการศึกษาเชิงพรรณนาหรือประเมินปัจจัยแบบแยกส่วนในบริบทสังคมเมืองเป็นหลัก ทำให้เกิดช่องว่างขององค์ความรู้ด้านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive analysis) ที่บูรณาการปัจจัยหลายมิติเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของชุมชนชนบท (Rural community context) เช่น ตำบลปังหวาน อำเภอยะบะซึ่งมีวิถีชีวิต ค่านิยม และสภาพแวดล้อมทางสังคมเฉพาะเจาะจงที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่น

ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนมาตรการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มวน ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่มวน อิทธิพลทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณรูปแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนกลุ่มตัวอย่างในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) ช่วงระยะเวลาเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร จำนวนประชากรทั้งสิ้น 5,016 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร จำนวน 357 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) กรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนี้

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

กำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร (5,016)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับ

ความเชื่อมั่น 95% (df = 1) มีค่าเท่ากับ 3.841

P = สัดส่วนลักษณะที่สนใจในประชากร (0.5)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

1.2.1 เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.2.1.1 มีอายุตั้งแต่ 15 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

1.2.1.2 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ติดต่อกันเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

1.2.1.3 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ฟังและตอบคำถามได้

1.2.1.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

1.2.2 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1.2.2.1 เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความผิดปกติทางสมอง หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ การทำความเข้าใจ และการตัดสินใจตอบแบบสอบถาม

1.2.2.2 เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งไม่สะดวกหรือไม่สามารถให้ข้อมูลในวันที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลได้

1.2.2.3 ไม่สะดวกตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน หรือขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยในระหว่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล

2. วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดให้หมู่บ้านในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ทั้ง 9 หมู่บ้าน เป็นชั้นภูมิ (Stratum) และใช้วิธีการจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional allocation) เทียบกับจำนวนประชากร เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 357 คน โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ผู้วิจัยทำการคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมและเป็นสัดส่วนที่แท้จริงของพื้นที่ศึกษา โดยหมู่ที่ 1 จาก 279 คน เหลือ 21 คน หมู่ที่ 2 จาก 789 คน เหลือ 56 คน หมู่ที่ 3 จาก 576 คน เหลือ 41 คน หมู่ที่ 4 จาก 965 เหลือ 69 คน หมู่ที่ 5 จาก 316 คน เหลือ 22 คน หมู่ที่ 7 จาก 653 คน เหลือ 46 คน หมู่ที่ 8 จาก 556 คน เหลือ 40 คน หมู่ที่ 9 จาก 229 คน เหลือ 16 คน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละหมู่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจะนำบัญชีรายชื่อประชากรของแต่ละหมู่บ้านมาเป็นกรอบในการสุ่ม (Sampling Frame) จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สร้างชุดตัวเลขสุ่ม (Random Number Generator) อ้างอิงตามลำดับที่ในบัญชีรายชื่อของแต่ละหมู่บ้าน โดยตั้งค่าการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Without Replacement) จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ทุกหน่วยประชากรในแต่ละหมู่บ้านมีโอกาสถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและนำมาประยุกต์ปรับปรุงให้เหมาะสม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ [Waiwong \(2024\)](#) จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช่ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0 และตอบใช่ ให้คะแนน 1 เกณฑ์การแปลผลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.68–13.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.34–8.67 และระดับไม่ดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00–4.33

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ [Waiwong \(2024\)](#) จำนวน 15 ข้อ โดยข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 13 เป็นคำถามเชิงลบ ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 และ 15 เป็นคำถามเชิงบวก เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ เห็นด้วย ให้คะแนน 3 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ เห็นด้วย ให้คะแนน 1 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 3 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.64 การแปลผลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย [Waiwong \(2024\)](#) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 และระดับไม่ดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

ส่วนที่ 4 อิทธิพลทางสังคม โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ [Winaitham et al. \(2017\)](#) จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วย ให้คะแนน 3 ไม่แน่ใจ

ให้คะแนน 2 และไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 การแปลผลด้วยเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน ประยุกต์จากแบบสอบถามของ [Vutiso et al. \(2022\)](#) จำนวน 20 ข้อ คำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15 และ 20 คำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 12, 15, 16, 17, 18 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.66 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ตอบใช่ ให้คะแนน 3 ตอบไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 และตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 1 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ตอบใช่ ให้คะแนน 1 ตอบไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2 และตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 3 การแปลผลด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปังหวาน เพื่อสร้างความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างผ่าน อสม. เพื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

4.3 เก็บแบบสอบถามคืน

4.4 นำข้อมูลที่รวบรวมมาทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยการคำนวณทางสถิติ จากนั้นจึงสรุปผลการศึกษาและอภิปรายผลในขั้นตอนต่อไป

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มวน ระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มวน ระดับอิทธิพลทางสังคม และระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

5.2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มวน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มวน และอิทธิพลทางสังคม กับตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน ด้วยสถิติการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์ความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) และทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปร X และ Y ต้องเป็นเส้นตรง ตรวจสอบจากการสร้างแผนภาพกระจาย (Scatterplot)

5.3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไป โดยใช้วิธีแบบปกติ โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ ด้วย Multicollinearity โดยค่า Tolerance ไม่ใกล้ 0 และ ค่า VIF ไม่เกิน 10

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของอาสาสมัครที่ทำแบบสอบถาม เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลกระทบด้านลบต่ออาสาสมัคร โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/129 รับรองวันที่ 21 มีนาคม 2568 และในขั้นตอนกระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีการระบุชื่อและรายงานการวิจัยจะเสนอผลโดยรวมและอาสามัครมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชาชนในตำบลปึงหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร จำนวน 357 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.60 มีอายุระหว่าง 31–45 ปี ร้อยละ 42.60 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 15–30 ปี ร้อยละ 29.60 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.90 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.30 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.10 (Table 1)

Table 1: Shows the number and percentage of general information of the sample group (n = 357)

General information	Number (n)	Percentage
Gender		
Male	327	91.6
Female	30	8.4
Age (years)		
15-30 years	106	29.6
31-45 years	152	42.6
46-60 years	67	18.8
60 years and older	32	9.0
Occupation		
Students	58	16.2
Government officials/State enterprise employees	48	13.4
Business owners	57	16.0
Private sector employees	25	7.1
Farmers	104	29.1
General laborers/Self-employed individuals	45	12.6
Housewives/Househusbands	20	5.6
Religion		
Buddhism	328	91.9
Islam	11	3.1
Christianity	18	5.0

Table 1: (Continuous)

General information	Number (n)	Percentage
Educational Level		
Not in the formal education system	2	0.6
Primary education	36	10.1
Lower secondary education	60	16.8
Upper secondary/Vocational certificate	119	33.3
Associate degree/Vocational diploma	58	16.2
Bachelor's degree	76	21.3
Postgraduate degree	6	1.7

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มวน ทศนคติต่อการสูบบุหรี่มวน อิทธิพลทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนของประชาชนในตำบล ปังหวาน อำเภอฟะโต๊ะ จังหวัดชุมพร	2.2 ระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มวน พบว่า มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มวนอยู่ในระดับดี (Mean = 2.46, SD = 0.73)
2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ มวน พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มวนอยู่ ในระดับดี (Mean = 9.15, SD = 2.83)	2.3 ระดับอิทธิพลทางสังคม พบว่า ได้รับ อิทธิพลจากสังคมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.18, SD = 0.38)
	2.4 ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน พบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวนอยู่ในระดับดี (Mean = 2.20, SD = 0.33)

Table 2: Levels of knowledge, attitudes, social influence, and cigarette smoking behavior (n = 357)

Variable	Mean	S.D.	95% CI	Results
Knowledge about the dangers of smoking cigarettes	9.15	2.83	8.86 to 9.44	Good
Attitudes towards smoking cigarettes	2.46	0.73	2.38 to 2.54	Good
Social influences	2.18	0.38	2.14 to 2.22	High
Smoking behavior	2.20	0.33	2.17 to 2.23	High

3. ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
 มวนของประชาชนในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัด
 ชุมพร

3.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
 กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษ
 ที่เกิดจากการสูบบุหรี่มวน (Knowledge) ทศนคติต่อการ
 สูบบุหรี่มวน (Attitude) และอิทธิพลทางสังคม (Social

influence) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน
 (Behavior) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)
 ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงและมีค่า
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.80 ถือว่าไม่เกิดปัญหา
 Multicollinearity ดังนั้นจึงสามารถนำไปวิเคราะห์การ
 ถดถอยพหุต่อไป (Table 3)

Table 3: Results of the analysis of factors related to cigarette smoking behavior ($n = 357$)

Variable	Behavior	Knowledge	Attitude	Social influence
Behavior	1.000			
Knowledge	$r = 0.141^*$ 95% CI = 0.038, 0.241 $p\text{-value} = 0.008$	1.000		
Attitude	$r = 0.443^*$ 95% CI = 0.356, 0.523 $p\text{-value} = < 0.001$	$r = 0.232^*$ 95% CI = 0.131, 0.328 $p\text{-value} = < 0.001$	1.000	
Social influence	$r = 0.423^*$ 95% CI = 0.334, 0.505 $p\text{-value} = < 0.001$	$r = 0.251^*$ 95% CI = 0.151, 0.346 $p\text{-value} = < 0.001$	$r = 0.164^*$ 95% CI = 0.061, 0.263 $p\text{-value} = 0.002$	1.000

3.2 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของ
 พฤติกรรมการสูบบุหรี่มวน พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถ
 ร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของประชาชนในตำบลปังหวาน
 อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ($p\text{-value} < 0.05$) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านอิทธิพล
 ของสังคม และความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่มวน
 และสามารถอธิบายการทำนายกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
 มวน ได้ร้อยละ 4.3 ($R^2 = 0.043$, Adjusted $R^2 = 0.038$,

$p\text{-value} < .05$) โดยความแปรปรวนของพฤติกรรมอีก
 ร้อยละ 95.7 อธิบายได้ด้วยปัจจัยอื่นที่ไม่ได้รวมอยู่ใน
 แบบจำลอง และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบ
 คะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{y} = 1.738 + 0.015 (\text{Knowledge}) + 0.149 (\text{Social influence})$$

Table 3: Results of Multiple Regression Analysis Predicting the Manufactured Cigarette Smoking (n = 357)

Predictor variables	Unstandardized		β	t	p-value	Collinearity Tolerance	VIF
	B	SE					
Constant	1.738	0.021	-	2.711	< .001	-	-
Knowledge	0.015	0.007	.129	2.297	.022	.869	1.150
Social influence	0.149	0.047	.172	3.174	.002	.927	1.079

R = 0.207, R² = 0.043, Adjusted R² = 0.038, F (2,354) = 7.95, p-value < 0.001

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี เนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรณรงค์และให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Waiwong \(2024\)](#) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดีและเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยสร้างความเข้าใจและยกระดับความตระหนักรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทักษะการต่อต้านการสูบบุหรี่ พบว่า ประชาชนมีทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่อยู่ในระดับดี เนื่องจากประชาชนรับรู้ถึงผลกระทบเชิงลบของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพตนเองรวมถึงอันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Lhekkhan \(2022\)](#) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา

ตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ทักษะการเป็นพลพลจากกระบวนการเรียนรู้ เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี จึงเกิดแนวคิดที่ต่อต้านการบริโภค

3. อิทธิพลของสังคม พบว่า ประชาชนได้รับอิทธิพลของสังคม อยู่ในระดับดี เนื่องจากบริบทของชุมชนชนบทยังคงมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกันอย่างใกล้ชิด การเข้าสังคมหรือการทำงานร่วมกันมักมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ด้วย ทำให้หลีกเลี่ยงอิทธิพลจากเพื่อนและคนรอบข้างได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Lhekkhan \(2022\)](#) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาส พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลจากสื่ออยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า บรรทัดฐานทางสังคมและการเลียนแบบพฤติกรรมของบุคคลใกล้ชิดมีผลต่อความรู้สึกอยากเป็นที่ยอมรับ หรือความเกรงใจในการปฏิเสธ

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความตระหนักด้านสุขภาพและ

พยายามควบคุมหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ แต่ยังไม่สามารถเลิกได้อย่างเด็ดขาด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Vutiso et al. \(2022\)](#) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า วัยรุ่นเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 27.5 เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 31.1 ทดลองสูบ ร้อยละ 27.2 สูบเป็นบางครั้งตามโอกาส ร้อยละ 21.4 สูบเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 13.6 ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะการเสพติดสารนิโคตินทางสรีรวิทยา รวมถึงความเคยชินทางจิตใจ ที่ต้องอาศัยระยะเวลาและการบำบัดจึงจะเลิกได้สำเร็จ

5. ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

5.1 ความรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์บุหรี่ของประชาชน ในตำบล ปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Leethongdissakul and Chada \(2022\)](#) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาและนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวและหันมาใส่ใจพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

5.2 อิทธิพลของสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน ในตำบลปังหวาน อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างยิ่งต่อการกระตุ้นให้เกิด

พฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ [Sawakan et al. \(2025\)](#) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติวิทยาเขตกรุงเทพ พบว่า ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่จากสื่อต่าง ๆ และการพบเห็นโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาและเป็นผู้แปรทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ หรือบรรทัดฐานในกลุ่มที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ ล้วนเป็นปัจจัยเสริมแรง (Reinforcement) ที่ยากต่อการต่อต้าน

ข้อจำกัดของงานวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal relationship) ในระยะยาวได้อย่างแน่ชัด นอกจากนี้ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว ได้แก่ ความรู้และอิทธิพลทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้เพียงร้อยละ 3.8 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ในบริบทสังคมชนบทอย่างตำบลปังหวาน อิทธิพลของสังคม เป็นปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากกรอบแนวคิดเดิมที่มักเน้นย้ำแต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การค้นพบนี้เน้นย้ำว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้ที่ดีต่อต้านบุหรี่เพียงใด แต่หากสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวยังเต็มไปด้วยอิทธิพลจากผู้สูบบุหรี่ โอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมนี้ย่อมเป็นไปได้ยาก จึงควรมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชน

นโยบายสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การจัดสภาพแวดล้อม และมาตรการทางสังคมเพื่อลดอิทธิพลของการรวมกลุ่ม สูบบุหรี่ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานศึกษา ควรนำ ผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยไม่มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ควร เสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการลดและเลิก บุหรี่ เช่น การลดอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การสร้างค่านิยม ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ผู้นำชุมชนในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามหรือเชิงทดลอง เพื่อให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ อย่าง ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ควรขยายขอบเขตของการศึกษา ไปยังพื้นที่อื่น หรือเพิ่มตัวแปรด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- Krejcie R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Activities and Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Leethongdissakul S. & Chada W. (2022). Factors Predicting Smoking Behavior of Vocational Students and Undergraduate Students: A Study from Mahasarakham Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 136-148.
- Lhekkhan, S. (2022). Predictive Factors of Smoking Avoidance Behaviors Among Male Students of Extended Educational Opportunity Schools, [Thesis of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing]. Faculty of Nursing: Burapha University.
- Research and Knowledge Management Center for Tobacco Control. (2026, May 17). The Tobacco Consumption Situation in Thailand 2024 - 2025. <https://share.google/cTlvcr8uedJVVtfaZ>
- Sawakan Y. et al. (2025). Predictive Factors of Smoking Behavior Among Undergraduate Students at Thailand National Sports University, Bangkok Campus. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 5(1), 93-104.
- Srijak, K. (2023). *Factors Related to Tobacco Products Consumption Behavior of Diseases Control Department Staffs, Ministry of Public Health*. Department of Disease Control. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1460020230823032058.pdf>

- Sukwanichsilp, N. (2021). Smoking and its effects on medication use. Faculty of Pharmacy, Mahidol University. <https://share.google/tAH91Zf4tgdL949bZ>
- Vutiso P. et al. (2022). Factors predicting smoking behavior among adolescents at Mueang District in Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Nursing*, 71(1), 1-9.
- Waiwong, P. (2024). *Predictive factors of smoking prevention behavior among secondary school students in Kamphaeng Phet Province*. Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office. <https://mis.kpo.go.th/tobekpp/download/202406101332861140.pdf>
- Winaitham S. et al. (2017). Influence of Social Determinate on Smoking Behavior among Military Conscripts in the Northern Thailand. *Journal of Health Education*, 40(2), 75-87.

Original Article

HEALTH LITERACY IN PREVENTING DENGUE FEVER AMONG PEOPLE IN BAN TANG NGO, KHUAN DON DISTRICT, SATUN PROVINCE

Nurida Sentirah¹, Kamonwan Wanitchanon^{2,*}, Rosenanee Hemtrakoonwonh³,
Thanakorn Sirikul⁴

Received: September 25, 2025

Revised: May 12, 2026

Accepted: May 26, 2026

¹⁻⁴ Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, Praboromarajchanok Institute, Yala 95000, Thailand

Corresponding author; E-mail: kamonwan4368@hotmail.com *

Citation: Sentirah N., Wanitchanon K., Hemtrakoonwonh R., Sirikul T. (2026). Health Literacy in Preventing Dengue Fever Among People in Ban Tang Ngo, Khuan Sato Subdistrict, Khuan Don District, Satun Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e16967.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

Abstract

Dengue fever remains a major public health concern in communities where environmental conditions facilitate *Aedes* mosquito breeding. This cross-sectional descriptive study aimed to determine attitudes, health literacy levels, and factors associated with health literacy regarding dengue fever prevention among residents of Ban Tang Ngo, Khuan Sato Subdistrict, Khuan Don District, Satun Province. A total of 200 residents aged 18–60 years were selected by simple random sampling. Data were collected using structured questionnaires validated by three experts, with item-objective congruence values of 0.75–1.00 and reliability coefficients of 0.702 and 0.767. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Pearson's product-moment correlation coefficient. Most participants were female (64.0%), with a mean age of 39.10 years. Most had a good attitude toward dengue fever prevention (87.0%) and a high overall level of health literacy (73.5%; Mean = 85.19, SD = 8.46). Occupation, age, and attitude toward dengue fever prevention were significantly associated with health literacy at the .05 level. The findings indicate that residents had favorable attitudes and high health literacy regarding dengue fever prevention. Public health agencies should implement age- and occupation-appropriate health literacy promotion activities while strengthening positive attitudes toward dengue fever prevention.

Keywords: Health literacy; Attitude; Dengue fever prevention; Associated factors

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล

นุริดา เส้นติระ¹, กมลวรรณ วณิชชานนท์^{2,*}, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์³, ธนกร สิริกุล⁴

¹⁻⁴ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา สถาบันพระบรมราชชนก, ยะลา 95000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: kamonwan4368@hotmail.com *

รับบทความ: 25 กันยายน 2568

แก้ไขล่าสุด: 12 พฤษภาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 26 พฤษภาคม 2569

อ้างอิง: นุริดา เส้นติระ, กมลวรรณ วณิชชานนท์, โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, ธนกร สิริกุล. (2569). ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ ตำบลควนสตอ อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 41(2), e16967.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบการระบาดต่อเนื่อง โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงที่มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับเจตคติ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ ตำบลควนสตอ อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 18–60 ปี จำนวน 200 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.75–1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.702 และ 0.767 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test และ Pearson's product-moment correlation coefficient ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อายุเฉลี่ย 39.10 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 99.0 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 59.5 อาชีพรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 86.0 และได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ร้อยละ 57.0 มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับดี ร้อยละ 87.0 และมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับมาก ร้อยละ 73.5 (Mean = 85.19, SD = 8.46) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีพ อายุ และเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า ประชาชนมีเจตคติและความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีถึงมาก โดยอายุ อาชีพ และเจตคติเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับช่วงอายุและอาชีพ พร้อมเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; เจตคติ; การป้องกันโรคไข้เลือดออก; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะสำคัญและนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีประชากรกว่า 2,500 ล้านคนในกว่า 100 ประเทศ หรือร้อยละ 40.0 ของประชากรโลก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศในเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในภูมิภาคเอเชีย (Department of Disease Control, 2022) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคไข้เลือดออกยังคงมีความผันผวนและต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบรายงาน 506 (Digital 506) ในช่วง 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2563–2567 พบอัตราป่วย 107.52, 14.28, 68.22, 239.80 และ 167.31 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2566 เป็นปีที่มีอัตราป่วยสูงมากเมื่อเทียบกับหลายปีก่อนหน้า ส่วนปี พ.ศ. 2567 แม้จำนวนผู้ป่วยลดลงจากปี พ.ศ. 2566 แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง และในปี พ.ศ. 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2568 พบอัตราป่วยสะสม 31.29 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 22 ราย ขณะที่ข้อมูล ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568 รายงานอัตราป่วยสะสมเพิ่มเป็น 59.60 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 37 ราย ซึ่งแม้ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2563–2567 และต่ำกว่าปีที่ผ่านมา แต่ยังคงอยู่ในช่วงฤดูกาลระบาดและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในพื้นที่ที่มีฝนตกต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย และจำเป็นต้องดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และสื่อสารความเสี่ยงอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง (Division of Epidemiology, 2025; Jujan and Mahasing, 2025)

สถานการณ์ในพื้นที่ จังหวัดสตูลสอดคล้องกับแนวโน้มการระบาดระดับประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2566

พบอัตราป่วยสูงถึง 228.04 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังเช่นกัน จังหวัดสตูลพบอัตราป่วยสะสม 198.89 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 3 ราย (อัตราราย 0.92 ต่อแสนคน) พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเด็กนักเรียนอายุ 10–14 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5–9 ปี และ 15–24 ปี ตามลำดับ (Satun Provincial Public Health Office, 2024) เมื่อพิจารณาบริบทระดับพื้นที่ พบว่า บ้านทางง ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีสภาพแวดล้อมเป็นป่าไม้ชุกชุม ซึ่งเอื้อต่อการเกิดภาชนะน้ำขังและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงไม่สามารถพึ่งพาระบบบริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียวแต่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและเจตคติที่ถูกต้องของชุมชน เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้และร่วมกันจัดการปัญหาในพื้นที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กุญแจสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้อย่างยั่งยืนคือ ประชาชนต้องมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Matsee and Waratwichit, 2018) รวมถึงครอบคลุมถึงทักษะในการตัดสินใจ การสื่อสาร และการจัดการตนเอง แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการดำเนินมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่มุ่งเน้นด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีบริบททางนิเวศวิทยาและอาชีพเฉพาะตัว ยังคงมีข้อจำกัด

จากเหตุผลและความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ในการนำไปใช้กำหนดนโยบาย วางแผนยุทธศาสตร์ และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านทางอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านทางอ หมู่ที่ 5 ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

จำนวนทั้งสิ้น 806 คน (ฐานข้อมูลระบบ 3 หมอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2568)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในพื้นที่บ้านทางอ หมู่ที่ 5 ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้สำรองและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 3 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 200 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 2) สามารถสื่อสารภาษาไทย
- 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและสติปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ การสื่อสาร หรือไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้
- 2) ขอดอนตัวการเข้าร่วมการวิจัย

1.2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่ม

อย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก (Lottery Method) จากบัญชีรายชื่อของประชากรในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า เพื่อให้ประชากรทุกรายมีโอกาสได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ระดับการศึกษา และแหล่งข้อมูลด้านความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ท่านได้รับ

ส่วนที่ 2 เจตคติในป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของ Best (1977) ได้แก่ ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 และระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และ ไม่ใช่ มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน 2) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ องค์ประกอบข้อละ 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก มากกว่าร้อยละ 80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 80 และระดับน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน

3 ท่าน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมิน พบว่าแบบสอบถามรายข้อมีค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.75 – 1.00

3.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีบริบทและลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสอดคล้องภายในด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีการทดสอบดังนี้ 1) เจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.702 และ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.767

4. เก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยประสานองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลวิจัย การใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

4.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ บอกถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ในการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ รวมถึงสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

4.4 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ในแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อไม่ให้

เกิดข้อผิดพลาด หลังจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าว มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สำหรับการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยสถิติ Chi-Square, Fisher’s Exact, Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยเรื่องนี้ ผ่านการขอรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เลขที่ SCPHYLIRB-2568/038 ในขั้นตอนกระบวนการของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งถึงวัตถุประสงค์

ของการทำวิจัย พร้อมทำหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะให้รายละเอียดต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบแบบสอบถามหรือไม่ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งผู้ศึกษาจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 เพศชาย 36.0 อายุเฉลี่ย 39.10 ปี ส่วนใหญ่ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 99.0 ระดับการศึกษาสูงสุดคือน้อยกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 59.5 ประกอบอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 86.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 62.5 และแหล่งข้อมูลทางด้านความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ร้อยละ 57.0 (Table 1)

Table 1: Number and percentage distribution of the sample’s general information (n=200)

General Information	Number (n)	Percentage (%)
Sex		
Male	72	36.0
Female	128	64.0
Age		
Mean = 39.10, SD = 12.41, Maximum = 60, Minimum = 18		
Religion		
Buddhism	2	1.0
Islam/Christianity/Others	198	99.0
Education Level		
Below bachelor’s degree	119	59.5
Bachelor’s degree or higher	81	40.5

Table 1: (Continued)

General Information	Number (n)	Percentage (%)
Occupation		
Occupation with stable income	28	14.0
Occupation with unstable income	172	86.0
Average Monthly Income		
Less than 10,001 baht	125	62.5
10,001 baht or more	75	37.5
Sources of Information Received on Dengue Fever		
Prevention		
Internet media/public relations signs/books/journals	86	43.0
Public health officers/Village Health Volunteers	114	57.0

2. ระดับเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Attitude Level) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 (Mean = 2.58, SD = 0.27) ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 2.54 ถึง 2.62) (Table 2)

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Health Literacy Level) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.19 (Mean = 85.19, SD = 8.46) ช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง 84.00 ถึง 86.55 (Table 3)

Table 2: Shows the number and percentage of attitudes towards dengue fever prevention (n=200)

Attitude Level	Frequency (n)	Percentage (%)
Poor (Score 1.00–1.66)	0	00.0
Moderate (Score 1.67–2.33)	26	13.0
Good (Score 2.34–3.00)	174	87.0
Total	200	100.0
<i>Mean = 2.58, SD = 0.27, Maximum = 3.00, Minimum = 1.93, 95% CI = 2.55 to 2.62</i>		

Table 3: Distribution of Participants by Health Literacy Level Regarding Dengue Prevention (n = 200)

Health Literacy Level	High	Moderate	Low
	(Score > 80.0%)	(Score 60.0–80.0%)	(Score < 60.0%)
	n (%)	n (%)	n (%)
1. Access skill	105 (52.5)	76 (38.0)	19 (9.5)
<i>Mean = 81.30, SD = 14.53, Maximum = 100, Minimum = 33.33, 95% CI = 79.30 to 83.32</i>			
2. Cognitive skill	49 (24.5)	108 (54.0)	43 (21.5)
<i>Mean = 75.85, SD = 13.00, Maximum = 100, Minimum = 40.0, 95% CI = 74.00 to 77.75</i>			
3. Communication skill	125 (62.5)	62 (31.0)	13 (6.5)
<i>Mean = 84.17, SD = 13.26, Maximum = 100, Minimum = 50.00, 95% CI = 82.47 to 86.16</i>			
4. Decision skill	157 (78.5)	39 (19.5)	4 (2.0)
<i>Mean = 88.95, SD = 10.82, Maximum = 100, Minimum = 50.00, 95% CI = 87.39 to 90.50</i>			
5. Self-management skill	142 (71.0)	48 (24.0)	10 (5.0)
<i>Mean = 87.25, SD = 11.25, Maximum = 100, Minimum = 50.00, 95% CI = 85.50 to 88.70</i>			
6. Media literacy skill	173 (86.5)	26 (13.0)	1 (0.5)
<i>Mean = 93.65, SD = 8.88, Maximum = 100, Minimum = 59.00, 95% CI = 92.27 to 94.83</i>			
Overall Health Literacy	147 (73.5)	53 (26.5)	0 (0.0)
<i>Mean = 85.19, SD = 8.46, Maximum = 98.33, Minimum = 65.00, 95% CI = 84.00 to 86.55</i>			

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อาชีพ (Occupation) อายุ (Age) และ เจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Attitude toward

dengue fever prevention) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Health literacy regarding dengue fever prevention) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) (Table 4, Table 5)

Table 4: Analysis of the relationship between personal factors and health literacy levels in dengue fever prevention (n=200)

Variable	Health Literacy Level		Statistics	df	p-value
	High	Moderate			
Sex			2.697 ^a	1	.101
Male	48 (24.0)	24 (12.0)			
Female	99 (49.5)	29 (14.5)			
Religion			N/A ^b	N/A	.069
Buddhism	0 (0.0)	2 (1.0)			
Islam/Christianity/Others	147 (73.5)	51 (25.5)			
Education Level			2.124 ^a	1	.145
Below bachelor's degree	83 (41.5)	36 (18.0)			
Bachelor's degree or higher	64 (32.0)	17 (8.5)			
Occupation			4.472 ^a	1	.034 *
Occupation with stable income	16 (8.0)	12 (6.0)			
Occupation with unstable income	131 (65.5)	41 (20.5)			
Average Monthly Income			0.084 ^a	1	.772
Less than 10,001 baht	91 (45.5)	34 (17.0)			
10,001 baht or more	56 (28.0)	19 (9.5)			
Information Source			0.153 ^a	1	.695
Internet media/public relations signs/ books/journals	62 (31.0)	24 (12.0)			
Public health officers/Village Health Volunteers	85 (42.5)	29 (14.5)			

Note: ^a Chi-Square; ^b Fisher's Exact; * statistically significant at the .05 level

Table 5: Results of the analysis of factors related to health literacy in dengue fever prevention (n=200)

Variable	Health literacy in dengue fever prevention		
	Correlation Coefficient (r)	95% CI for r	p-value
Age	-0.228	-0.335 to -0.091	.001
Attitudes toward dengue fever prevention	0.512	0.401 to 0.607	< .001

อภิปรายผล

1. ระดับเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มในการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในทางบวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ศึกษามีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยประชาชนได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. เป็นหลัก ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Lennon, 2005) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangkhoklang (2021) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสะท้อนให้เห็นว่าเจตคติที่ดีเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักและมีแนวโน้มปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเหมาะสม

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ตัดสินใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ศึกษามี

การสื่อสารข้อมูลโรคไข้เลือดออกผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ใกล้ชิด เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้จำกัดเพียงการมีความรู้เท่านั้น แต่ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khruekham and Nguanjairak (2023) พบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกภาพรวมในระดับมากและความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเลือกรับข้อมูล ตัดสินใจ และจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุ อาชีพ และเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพอาจลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการรับข้อมูลผ่านสื่อสมัยใหม่ ความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีและความสามารถในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากลักษณะการทำงาน เวลาว่าง รายได้ และโอกาสในการเข้าถึงข่าวสารสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพแตกต่างกัน สำหรับเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคย่อมมีแนวโน้มสนใจ แสวงหาทำความเข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตนได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่าปัจจัยส่วนบุคคล บริบททางสังคม และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม (Nutbeam, 2000) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanpen et al. (2022) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอธิบายได้ว่า อายุ อาชีพ และเจตคติเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนแต่ละกลุ่ม

ข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง จึงสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ นอกจากนี้ ข้อมูลได้จากแบบสอบถามที่ผู้ตอบรายงานด้วยตนเอง อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเข้าใจของผู้ตอบหรือความต้องการตอบให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม ผลการวิจัยจึงควรนำไปใช้โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ศึกษา

สรุปผล

องค์ความรู้จากการวิจัยนี้ พบว่า ประชาชนในพื้นที่บ้านทางงอ ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ขณะเดียวกันอายุ อาชีพ และเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มักเน้นเพียงความรู้หรือพฤติกรรมทั่วไป โดยชี้ให้เห็นว่าเจตคติและบริบทอาชีพของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับช่วงอายุและลักษณะอาชีพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาชีพรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาและโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขควรเน้นการสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ควบคู่กับการให้ความรู้ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงเห็นความสำคัญของการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยเชิงผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างลึกซึ้งและรอบด้านมากขึ้น

2.2 ควรวิจัยเชิงวิเคราะห์หรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery*. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1.
- 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), 78–84.
- Department of Disease Control. (2022, August 10). *Dengue*. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- Division of Epidemiology. (2025, February 20). *Dengue fever situation in Thailand, 2025*. Department of Disease Control. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50325&deptcode=brc&news_views=2025
- Juan S. & Mahasing C. (2025). Situation and Trends of Dengue in Thailand, 2025 – Data as of August 19, 2025. *Weekly Epidemiological Surveillance Report*, 56(8), e6538. <https://doi.org/10.59096/wesr.v56i8.6538>
- Khruakham P. & Nguanjairak R. (2023). Association between Health Literacy and Dengue Prevention and Control Behavior among Household Residents in Lam Plai Mat District, Buriram Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 16(1), 39-51.
- Krejcie R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lennon, J. L. (2005). The use of the health belief model in dengue health education. *Dengue Bulletin*, 29, 217–219.
- Matsee C. & Waratwichit C. (2018). Promotion of Health Literacy: From Concept to Practice. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 96–111.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Satun Provincial Public Health Office. (2024). *Dengue fever situation report: Number of cases and deaths from dengue fever: Health Region 12 inspection document, round 1*. Strategy Development Group, Satun Provincial Public Health Office. <https://inspection.moph.go.th>

Wangkhoklang, S. (2021). Knowledge Attitude and Preventive Behaviors of Dengue Fever of people Ban Thepthaksin, Nong Waeng Sub-district, Thepharak District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 36(2), 91–99.

Original Article

HEALTH IMPACT OF PEOPLE FOR CLEAN CITY POLICY MODEL CITY OF SURAT THANI MUNICIPALITY

Chuthathip Nikumphet ¹, Suthat Siammai ^{2,*}, Phayong Thepaksorn ³,
Patthanasak Khammaneechan ⁴

Received: October 09, 2025

Revised: July 26, 2026

Accepted: July 27, 2026

¹⁻³ Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, Praboromarajchanok Institute, Trang 92110, Thailand

⁴ Department of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat 80160, Thailand

Corresponding author; E-mail: suthat@scphtrang.ac.th *

Citation: Nikumphet C., Siammai S., Thepaksorn P., Khammaneechan P. (2026). Health Impact of People for Clean City Policy Model City of Surat Thani Municipality. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2) , e17029.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Increasing municipal solid waste has adversely affected environmental quality and the physical, mental, and social health of communities. Although Surat Thani Municipality has implemented the Clean City Policy to improve environmental quality and residents' well-being, evidence on its health impacts remains limited. This cross-sectional survey aimed to: 1) assess the physical, mental, and social health impacts of the Clean City Policy and 2) identify recommendations for promoting health and mitigating its potential impacts. A total of 398 residents, representing one individual from each household, were selected using multistage random sampling. Data were collected using a researcher-developed questionnaire with satisfactory content validity (IOC = 0.67–1.00) and excellent reliability (Cronbach's alpha = 0.95). Descriptive statistics and content analysis were employed. The findings indicated that most participants perceived positive health impacts at a high level in the physical (73.62%), mental (78.89%), and social (81.41%) dimensions, with an overall positive health impact of 80.65%. Key recommendations include strengthening sustainable waste and environmental management, promoting community participation, expanding health-promoting public spaces, and implementing appropriate environmental regulations to sustain positive health outcomes and support the development of a sustainable healthy city.

Keywords: Rapid Health Impact Assessment; Clean City Policy; Health Impacts; Healthy City; Surat Thani Municipality

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลกระทบทางสุขภาพของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

รับบทความ: 09 ตุลาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 26 กรกฎาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 27 กรกฎาคม 2569

จุฑาทิพย์ นิคมเพชร¹, สุทัศน์ เสียมไหม^{2,*}, พยงค์ เทพอักษร³, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์⁴

¹⁻³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก, ตรัง 92110, ประเทศไทย

⁴ สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช 80160, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: suthat@scphtrng.ac.th *

อ้างอิง: จุฑาทิพย์ นิคมเพชร, สุทัศน์ เสียมไหม, พยงค์ เทพอักษร, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์. (2569). ผลกระทบทางสุขภาพของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e17029.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ปัญหาขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้เทศบาลนครสุราษฎร์ธานีได้ดำเนินนโยบายนครสะอาดเพื่อยกระดับคุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังคงขาดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างเป็นระบบเพื่อใช้สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลกระทบทางสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด และ 2) ศึกษาข้อเสนอแนะและแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน และลดผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายนครสะอาด กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี (ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) จำนวน 398 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพเชิงบวกในระดับสูง ทั้งด้านร่างกาย (ร้อยละ 73.62) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 78.89) และด้านสังคม (ร้อยละ 81.41) ส่งผลให้ผลกระทบทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.65) ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างพื้นที่สุขภาวะ และการบังคับใช้มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เพื่อธำรงรักษาผลกระทบเชิงบวกและสนับสนุนการพัฒนาเมืองสุขภาวะอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบเร่งด่วน; นโยบายนครสะอาด;

ผลกระทบทางสุขภาพ; เมืองสุขภาพดี; เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยนับเป็นความท้าทายสำคัญระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีปริมาณขยะชุมชนสูงถึง 26.95 ล้านตัน หรือเฉลี่ย 73,840 ตันต่อวัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 5.0 และในพื้นที่ภาคใต้มีขยะเกิดขึ้นถึง 9,705 ตันต่อวัน (Pollution Control Department, 2023) ภาระที่เพิ่มขึ้นของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีในฐานะหน่วยงานหลักด้านสาธารณสุขต้องรับผิดชอบจัดการขยะไม่ต่ำกว่า 140 ตันต่อวัน เนื่องจากการขยายตัวของประชากรและเศรษฐกิจ ทำให้ขยะมูลฝอยในจังหวัดสุราษฎร์ธานีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2567 พบว่าเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีเผชิญกับแนวโน้มปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และส่งผลให้ภาระงบประมาณสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีค่าใช้จ่ายรวมสูงถึง 35.58 ล้านบาท ส่วนหนึ่งเกิดจากค่ากำจัดขยะต่อตันที่เพิ่มขึ้นจาก 568 บาท เป็น 614 บาท (Expenditure Budget Ordinance 2025, 2025)

เทศบาลนครสุราษฎร์ธานีเป็นหนึ่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญกับประชาชน ในการเป็นองค์กรหลักที่มีภารกิจในการจัดบริการสาธารณะ พัฒนาคุณภาพชีวิต และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมในท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีความเป็นอยู่และสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (Public Health Act, B.E. 2535, 1992) ที่มีเจตนารมณ์เพื่อปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากสิ่งคุกคามสุขภาพที่อาจมีสาเหตุจากการจัดระบบบริการสาธารณะและการดำเนินโครงการใด ๆ ในชุมชน ทั้งนี้ ปัญหาขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นและการจัดการที่อาจยังไม่ครอบคลุม ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายจากการเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่อผู้อยู่อาศัย (มิติทางจิตใจ) รวมถึงอาจสร้างความ

ขัดแย้งเกี่ยวกับความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยในชุมชน (มิติทางสังคม) อีกด้วย

เพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว เทศบาลนครสุราษฎร์ธานีได้กำหนดนโยบายนครสะอาด โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม ลดมลพิษ ผ่านมาตรการจัดการขยะที่ครอบคลุมตั้งแต่ต้นทางไปจนถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของเมือง และได้ดำเนินโครงการเชิงรุก เช่น โครงการลดขยะต้นทางที่ประสบความสำเร็จจนได้รับรางวัลด้านสิ่งแวดล้อมประจำปี พ.ศ. 2566 (Expenditure Budget Ordinance 2025, 2025) อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่พบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับนโยบายของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ทำให้การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการเตรียมพร้อมรองรับที่ครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อมได้

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของนโยบายนครสะอาดที่เริ่มดำเนินการไปแล้ว ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของสภาพปัญหา จึงได้ศึกษาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบเร่งด่วน (Rapid Health Impact Assessment: Rapid HIA) ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถตอบสนองการตัดสินใจที่เร่งด่วนต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถคาดการณ์ผลกระทบภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระยะเวลาได้ การศึกษานี้มีประโยชน์ในการกำหนดแนวทางเพื่อส่งเสริม ฝักระวังป้องกัน และลดผลกระทบทางสุขภาพด้านลบที่เกิดขึ้นในขณะเดียวกัน สำหรับผลกระทบด้านบวกจะถูกนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ การพัฒนาระบบและอุปกรณ์จัดการขยะที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชน อันจะส่งผลให้เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาเมืองสุขภาวะที่ยั่งยืน
ด้วยนโยบายนครสะอาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด
2. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะและแนวทางการส่งเสริม ป้องกันผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 ชุมชน และจำนวน 79,160 ครั้วเรือน (Local Registration Office, Surat Thani Municipality, data as of September 2024)

1.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 ครั้วเรือน (ตัวแทนครั้วเรือนละ 1 คน) คำนวณตามสูตรของ [Taro Yamane \(1973\)](#) กรณีทราบขนาดประชากร ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ($e = 0.05$) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

กำหนดให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรเป้าหมาย

(79,160 ครั้วเรือน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่าในสูตร:

$$n = \frac{79,160}{1 + 79,160(0.05)^2}$$

$$n = 397.98$$

สรุปขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 398 ครั้วเรือน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

(Inclusion Criteria) ได้แก่ ประชาชนในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ที่ตั้งถิ่นฐานอยู่อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

1.2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกรับออก

(Exclusion Criteria) ได้แก่ ประชาชนหรือตัวแทนครั้วเรือนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) กับการทำงานและการจัดบริการสาธารณะของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี เช่น ผู้บริหาร สมาชิกสภาเทศบาล พนักงานเทศบาล หรือผู้รับเหมาโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ เป็นต้น

1.2.1.3 เกณฑ์การยุติการเข้าร่วม

วิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ ตัวแทนครั้วเรือนที่ขอถอนตัว ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือไม่สามารถให้ข้อมูลจนครบถ้วนระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล

1.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Method)

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ

(Stratified Random Sampling) โดยใช้พื้นที่การปกครองเป็นชั้นภูมิ (Stratum) ซึ่งแบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 โซน ตามเขตพัฒนาชุมชนของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

ขั้นที่ 2 การกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (Proportional Allocation) ทำการคำนวณเพื่อจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (398 ครั้วเรือน) ให้กระจายไปตามสัดส่วนของจำนวนประชากรครั้วเรือนที่แท้จริงในแต่ละโซน (4 โซน) เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างย่อยที่เหมาะสม

ขั้นที่ 3 การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ทำการสุ่มเลือกชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยสุ่มย่อยในแต่ละโซน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากรายชื่อชุมชน

ขั้นที่ 4 การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ทำการสุ่มเลือกครั้วเรือนเป้าหมายภายในชุมชนที่สุ่มได้จากขั้นที่ 3 โดยใช้บัญชีรายชื่อครั้วเรือนของชุมชนนั้น ๆ เป็นกรอบในการสุ่ม (Sampling Frame) และทำการสุ่มเลือกตามช่วงรอยต่อ (Sampling Interval) เพื่อให้ได้ครั้วเรือนสุดท้ายที่เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นที่ 5 การเตรียมครั้วเรือนสำรวจ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มครั้วเรือนสำรวจเตรียมไว้เพิ่มเติมร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน เพื่อใช้ทดแทนในกรณีที่ครั้วเรือนเป้าหมายหลักไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือเข้าข่ายเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเขตพื้นที่ (ตำบล) เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 2 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ใช้ประเมินและวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ต่อสุขภาพของประชาชน ลักษณะเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ สำหรับข้อคำถามเชิงบวก กำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามระดับความคิดเห็น คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนในลำดับกลับกัน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จำนวน 7 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.00 – 16.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 16.01 – 25.00) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 25.01 – 35.00)

ตอนที่ 2 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 6.00 – 14.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 14.01 – 22.00) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 22.01 – 30.00)

ตอนที่ 3 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 6.00 – 14.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 14.01 – 22.00) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 22.01 – 30.00)

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางการส่งเสริมและป้องกันผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจและสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือ

แนวทางในการส่งเสริมและป้องกันผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการกำหนดตัวเลือกคำตอบไว้ล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้รับจะนำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและสรุปประเด็นสาระสำคัญเพื่อประกอบการตีความเชิงคุณภาพร่วมกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้ค่า IOC แต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00

3.2 ผ่านการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

4.2 วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจับประเด็นสาระที่สำคัญและนำเสนอโดยการพรรณนาข้อมูลในภาพรวมแยกตามประเด็น

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่รับรอง P026/2568 ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2568 ถึง 31 มีนาคม 2569 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.20 มีอายุเฉลี่ย 43.02 ปี การศึกษาดำรงปริญญาตรี ร้อยละ 50.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 22.61 รายได้เฉลี่ย 17,990.68 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.53

2. ผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด ดังนี้

2.1 ผลกระทบทางสุขภาพทางกาย พบว่าส่วนใหญ่มีผลกระทบทางสุขภาพทางกายด้านบวกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.62 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.38 และไม่พบผู้ที่มีระดับต่ำ (Table 1)

Table 1: Number and Percentage of Physical Health Impact Levels (n=398)

Physical Health Impact Level	Frequency	Percentage
High level (25.01 – 35.00 points)	293	73.62
Moderate level (16.01 – 25.00 points)	105	26.38
Low level (7.00 – 16.00 points)	0	0.00
Total	398	100.00

Mean = 28.19, SD = 4.13, Min = 19.00, Max = 35.00, 95% CI = 27.78 to 28.60

2.2 ผลกระทบทางสุขภาพทางจิตใจ พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.89 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลกระทบทางสุขภาพทางจิตใจด้านบวก ร้อยละ 21.11 และไม่พบผู้ที่มีระดับต่ำ (Table 2)

Table 2: Number and Percentage of Mental Health Impact Levels (n=398)

Mental Health Impact Level	Frequency	Percentage
High level (22.01 – 30.00 points)	314	78.89
Moderate level (14.01 – 22.00 points)	84	21.11
Low level (6.00 – 14.00 points)	0	0.00
Total	398	100.00
Mean = 24.85, SD = 2.88, Min = 18.00, Max = 30.00, 95% CI = 24.57 to 25.13		

2.3 ผลกระทบทางสุขภาพทางสังคม พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.41 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีผลกระทบทางสุขภาพทางสังคมด้านบวก ร้อยละ 18.59 และไม่พบผู้ที่มีระดับต่ำ (Table 3)

Table 3: Number and Percentage of Social Health Impact Levels (n=398)

Social Health Impact Level	Frequency	Percentage
High level (22.01 – 30.00 points)	324	81.41
Moderate level (14.01 – 22.00 points)	74	18.59
Low level (6.00 – 14.00 points)	0	0.00
Total	398	100.00
Mean = 25.23, SD = 3.01, Min = 18.00, Max = 30.00, 95% CI = 24.93 to 25.53		

2.4 ผลกระทบทางสุขภาพโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่มีผลกระทบทางสุขภาพด้านบวกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.65 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 19.35 และไม่พบผู้ที่มีระดับต่ำ (Table 4)

Table 4 Number and Percentage of Overall Health Impact Levels (n = 398)

Overall Health Impact Level	Number	Percentage
High (69.68 – 95.00 points)	321	80.65
Moderate (44.34 – 69.67 points)	77	19.35
Low (19.00 – 44.33 points)	0	0.00
Mean = 78.27, SD = 8.73, Min = 62.00, Max = 95.00, 95% CI = 77.41 to 79.13		

3. ข้อเสนอแนะและแนวทางการส่งเสริมป้องกันผลกระทบทางสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนจากนโยบายนครสะอาด ดังนี้

3.1 สุขภาพทางกาย เน้นการบริหารจัดการขยะและมลพิษอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

3.1.1 การรักษาความสะอาดและประสิทธิภาพในการจัดเก็บขยะอย่างต่อเนื่อง

3.1.2 การจัดการมลพิษและสิ่งแวดล้อม ดูแลความสะอาดของถนน ระบบระบายน้ำ และพื้นที่สาธารณะอย่างสม่ำเสมอ

3.1.3 การมีส่วนร่วมและความปลอดภัย การส่งเสริมการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง จัดหาอุปกรณ์ป้องกันแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในการกำจัดขยะ

3.2 สุขภาพทางจิตใจ เน้นการลดความกังวลและความเครียดจากการจัดการขยะ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจิตใจ ได้แก่

3.2.1 ลดความเครียดจากการจัดการขยะ การจัดเก็บขยะให้รวดเร็วและสม่ำเสมอ (โดยเฉพาะขยะเปียกภายใน 1 วัน) เพื่อลดกลิ่นเหม็น

3.2.2 สร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก สร้างเมืองที่สะอาดน่าอยู่ และเพิ่มพื้นที่ผ่อนคลาย เช่น สวนสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนได้พักผ่อน รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมเชิงบวก

3.2.3 สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ การสื่อสารอย่างเปิดเผยและให้ความรู้ เพื่อสร้างความร่วมมือและความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายในหมู่ประชาชน

3.3 สุขภาพทางสังคม เน้นการสร้างความเป็นธรรมและความร่วมมือ เพื่อยกระดับความสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตในชุมชน ได้แก่

3.3.1 ความเป็นธรรมและบริการที่ทั่วถึง การสร้างความเท่าเทียมในการบริการ โดยตรวจสอบการ

จัดเก็บขยะให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และชอยย่อย พร้อมกำหนดเวลาการจัดเก็บที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

3.3.2 สร้างความร่วมมือและความไว้วางใจ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและวินัยในการแยกขยะ ใช้ประชาคมชุมชนในการกำหนดจุดวางถังขยะเพื่อลดความขัดแย้ง และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างประชาชนกับหน่วยงานรัฐ

3.3.3 ยกระดับสังคมและเศรษฐกิจ ใช้ความสะอาดเป็นฐานในการเสริมสร้างความสามัคคีและกิจกรรมร่วมกัน

3.4 แนวทางการธำรงรักษาและเพิ่มผลกระทบด้านบวก

3.4.1 การดำเนินการและบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง ธำรงรักษาความต่อเนื่องของนโยบายและกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จทุกปี เพื่อสร้างมาตรฐานและความเชื่อมั่นอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งบูรณาการและติดตามผลโครงการต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และจัดทำสถิติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรเน้นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุด้วยการส่งเสริมการลดขยะตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งเป็นแนวทางเชิงโครงสร้างที่จะสร้างเสริมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่ดีในระยะยาว

3.4.2 การสร้างการมีส่วนร่วมและการบังคับใช้กฎหมาย การส่งเสริมกิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อกระตุ้นความตระหนักและความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและการรับรู้ผ่านการจัดกิจกรรมมอบรางวัล และประชาสัมพันธ์เชิงบวกเพื่อดึงดูดการเข้าร่วม และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว จำเป็นต้องมีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการทิ้งขยะอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมวินัยและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของชุมชน

3.4.3 การขยายผลเชิงพื้นที่และสุขภาวะ โดยการขยายสวนสาธารณะและพื้นที่พักผ่อนเพื่อลดมลพิษและส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจ

และขยายผลความสำเร็จไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ผลลัพธ์เชิงบวกของนโยบายบรรลุความครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

อภิปรายผล

ผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายนครสะอาด เทศบาลนครสุราษฎร์ธานี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีผลกระทบทางสุขภาพทางบวกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งในมิติของสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการดำเนินนโยบายนครสะอาดที่มุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเมืองอย่างเป็นระบบ โดยมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างชัดเจน

1. ด้านสุขภาพทางกาย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับผลกระทบทางสุขภาพทางกายอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่านโยบายนครสะอาดสามารถยกระดับสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพได้จริง โดยเฉพาะในด้านความสะอาดของพื้นที่สาธารณะ การจัดเก็บขยะที่มีประสิทธิภาพ และการลดปัญหามลพิษจากกลิ่นและของเสีย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง และโรคจากพาหะนำโรค การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2015) ที่ระบุว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ น้ำเสีย หรือขยะที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ แนวทางที่ประชาชนเสนอแนะ เช่น การจัดการขยะให้มีความสม่ำเสมอ การล้างถนนและท่อระบายน้ำอย่างต่อเนื่อง และการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ชี้ให้เห็นว่าการมีระบบจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจรช่วยสร้าง “เมืองสุขภาพดี” ได้อย่างยั่งยืน

2. ด้านสุขภาพทางจิตใจ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับผลกระทบทางบวกสูง ซึ่งสะท้อนว่านโยบายนครสะอาดส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตใจ โดยช่วยลดความกังวล ความรำคาญใจ และความเครียดจากปัญหาขยะและกลิ่นเหม็น การดำเนินกิจกรรมเชิงสิ่งแวดล้อม เช่น โครงการลดขยะต้นทางและชุมชนสะอาดน่าอยู่ ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเมืองและส่งเสริมความภาคภูมิใจของคนในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิด Green Space and Mental Well-being Framework (WHO, 2021) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า ประชาชนบางกลุ่มมีระดับความกังวลในระดับต่ำ ซึ่งแม้จะถือเป็นผลกระทบด้านลบ ในเชิงการประเมิน คือมีคะแนนผลกระทบต่ำ แต่เมื่อนำมาตีความร่วมกับบริบทของนโยบายนครสะอาด พบว่า ความกังวลที่ลดลง เป็นผลดีต่อสุขภาพจิตโดยรวม เพราะสะท้อนถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการดำเนินงานของเทศบาล และแสดงถึงความรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเป็นระเบียบมากขึ้น ผลดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่านโยบายสามารถลดแรงกดดันทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความสกปรก ความไม่เป็นระเบียบ หรือความไม่แน่นอนในการจัดการขยะในอดีตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ แม้ผลลัพธ์โดยรวมจะดี แต่การศึกษาได้ระบุถึงคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดในข้อ ความกังวลเมื่อต้องอยู่อาศัยใกล้ถังขยะขนาดใหญ่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว คะแนนที่ต่ำนี้มีความหมายในเชิงบวก กล่าวคือ ประชาชนมีความกังวลในเรื่องนี้น้อยมาก สะท้อนถึงประสิทธิภาพของเทศบาลในการแก้ไขปัญหาเฉพาะจุด เช่น การจัดเก็บที่สม่ำเสมอ การควบคุมกลิ่น หรือการป้องกันแมลงและสัตว์พาหะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและความกังวลในชีวิตประจำวันของประชาชนได้โดยตรง นอกจากนี้ การที่ประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกปลอดภัยและไม่กังวลเมื่ออยู่อาศัยในพื้นที่ใกล้จุดทิ้งขยะ ยังเป็นดัชนีสะท้อนความเชื่อมั่นในระบบบริการของเทศบาล ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงจิตใจที่เกิดจากการสื่อสารที่โปร่งใสและการมี

ส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสิ่งแวดล้อมร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิด Environmental Confidence and Well-being (UN-Habitat, 2020) ที่ระบุว่าความรู้สึกมั่นใจในระบบจัดการสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นจะช่วยสร้างความสงบทางใจ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน กล่าวโดยสรุป มิติสุขภาพทางจิตใจแม้จะมีค่าคะแนนบางข้อที่ต่ำ แต่กลับสะท้อนผลลัพธ์เชิงบวกที่ซ่อนอยู่ (Positive Hidden Indicator) ซึ่งเกิดจากความสามารถของเทศบาลในการสร้างความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อมและจิตใจให้แก่ประชาชนได้อย่างแท้จริง

3. ด้านสุขภาพทางสังคม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับผลกระทบเชิงบวกสูง ซึ่งสะท้อนว่านโยบายนครสะอาดสามารถสร้างความสัมพันธ์ ความร่วมมือ และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันในชุมชน โดยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การคัดแยกขยะ การกำหนดเวลาทิ้งขยะ และการใช้ประชาคมชุมชนในการกำหนดจุดตั้งถังขยะ ช่วยลดความขัดแย้งและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของเทศบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Cohesion and Environmental Governance (OECD, 2019) การมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายอาสาสมัครยังสอดคล้องกับ Health Promotion Model ของ Pender (2015) ที่ชี้ว่าสุขภาพทางสังคมเกิดจากการมีส่วนร่วม การสื่อสารอย่างเปิดกว้าง และการส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการตัดสินใจทางนโยบาย

ผลการประเมินทั้งสามมิติแสดงให้เห็นว่านโยบายนครสะอาดเป็นนโยบายที่มีผลเชิงบวกต่อสุขภาพของ

ประชาชนในทุกด้าน การบูรณาการระหว่างนโยบายสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพชุมชน การดำเนินงานที่มีลักษณะ “ร่วมสร้าง” (Co-creation) ระหว่างภาครัฐและประชาชนทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การใช้กระบวนการ Rapid Health Impact Assessment (Rapid HIA) ยังช่วยให้เทศบาลสามารถคาดการณ์ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบได้อย่างรวดเร็ว ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการเชิงนโยบายในระดับท้องถิ่น และช่วยให้เกิดมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งข้อเสนอแนะของประชาชนยังชี้ให้เห็นถึงความต้องการให้เทศบาลส่งเสริมมาตรการ “อํารงผลบวกและป้องกันผลลบ” เช่น การจัดเก็บขยะอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการบังคับใช้กฎหมายทิ้งขยะอย่างจริงจัง เพื่อให้ผลลัพธ์ของนโยบายสามารถดำรงอยู่ได้ในระยะยาว

สรุปผล

นโยบายนครสะอาดของเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมมาผสมผสานกับมิติสุขภาพแบบองค์รวม โดยอาศัยพลังความร่วมมือของชุมชน การบริหารจัดการที่โปร่งใส และการติดตามผลด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาเมืองสุขภาวะที่ยั่งยืน (Sustainable Healthy City) ตามแผนภาพที่สรุปไว้ (Figure 1)

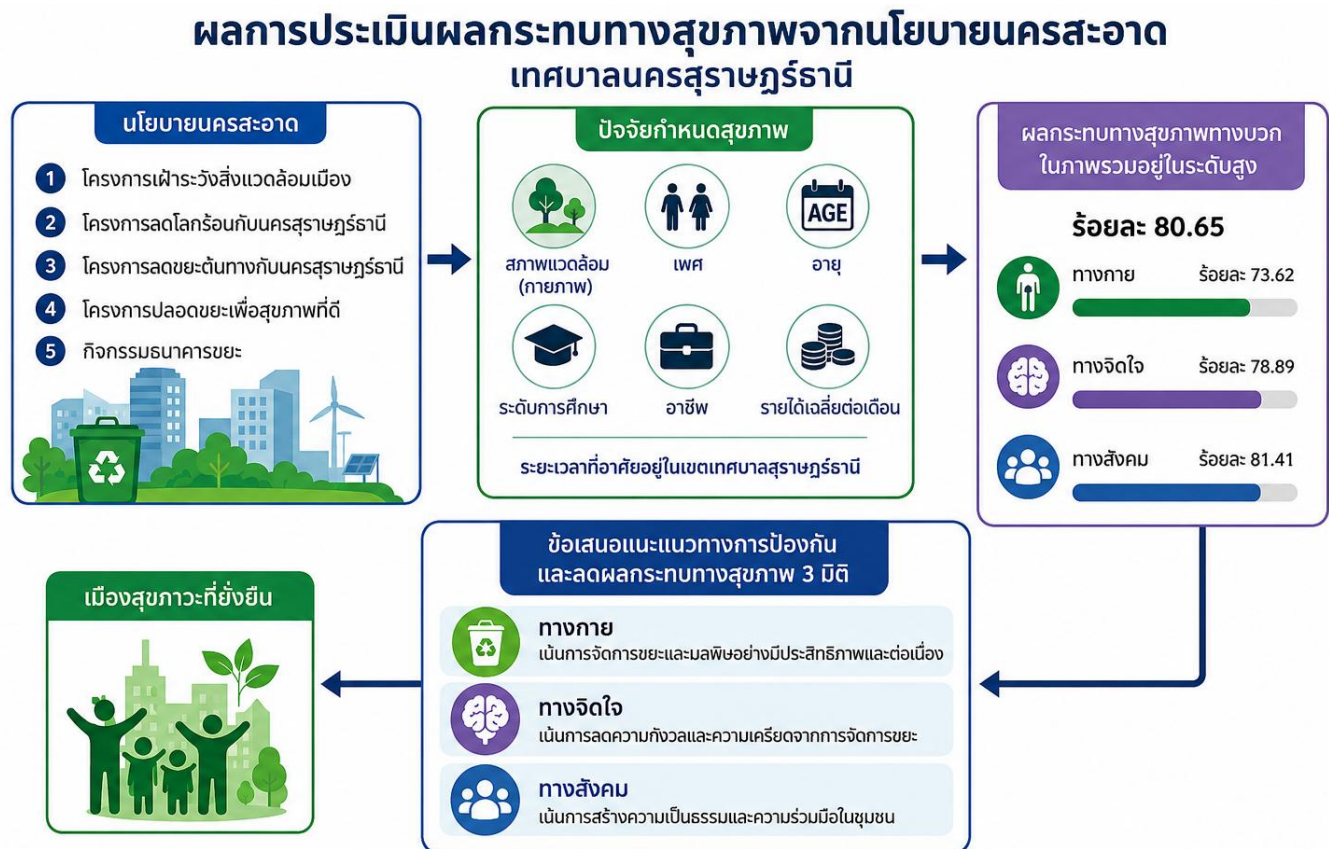


Figure 1: Shows the 3D positive impact and recommendations

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 เทศบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปใช้ปรับปรุงนโยบายนครสะอาดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 นักวางแผนและผู้วิจัยสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นฐานสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและประยุกต์ใช้ Rapid HIA ในการประเมินผลกระทบนโยบายในอนาคตอย่างเหมาะสมทั้งระดับเทศบาลและจังหวัด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจิตใจและสังคมในระยะยาว เพื่อติดตามความต่อเนื่องของผลกระทบเชิงบวก

2.2 ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่อาจทำให้ผลกระทบเชิงบวกไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นไม่เต็มที่เพื่อนำไปปรับปรุงมาตรการและนโยบายในอนาคต

References

- Best J. W. & Kahn J. V. (1977). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2013, September 10). *Guidelines for applying health impact assessment at the local level*. https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload.../file_download/7df7a3597934e67f70d1d87dd82fbae2.pdf

- Expenditure Budget Ordinance. (2025). *Expenditure budget ordinance 2025*. Surat Thani Municipality.
- 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.
- Local Government Organization of Surat Thani City. (2021, August 10). *Policy statement to the Surat Thani City Council: Sustainable development with nine model cities*. https://www.suratcity.go.th/web/index.php/th/content_page/item/8240-art-policy-of-mayor-64-th
- Local Registration Office, Surat Thani Municipality. (2024). *Household registration data as of September 2024*. Surat Thani, Thailand.
- National Health Commission Office of Thailand. (2021, August 10). *Announcement on criteria and methods for assessing health impacts arising from public policy*, B.E. 2564 (2021). <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3581>
- OECD. (2019). *Social cohesion and environmental governance*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pender, N. J. (2015). *Health promotion model*. New York, NY: Springer Publishing.
- Pollution Control Department. (2023). *Environmental statistics: Municipal solid waste report*. Bangkok, Thailand: Ministry of Natural Resources and Environment.
- Public Health Act B.E. 2535 (1992, March 29). *Royal Gazette*, 109(38), 1–62.
- Supapak B. & Prawit K. (2024). Rapid health impact assessment: A tool for the development of public health–concerned policies. *Journal of Health Science of Thailand*, 6(3), 28.
- UN-Habitat. (2020). *Environmental confidence and well-being in urban settings*. Nairobi, Kenya: United Nations Human Settlements Programmer.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Healthy environments for healthier populations*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Green space and mental well-being: Evidence and policy guidance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York, NY: Harper & Row.

Original Article

DEVELOPMENT OF A PARTICIPATORY MODEL FOR TUBERCULOSIS SURVEILLANCE, PREVENTION AND CONTROL IN ANG THONG PROVINCE

Wutthichai Sitthichok¹, Araya Chiangkhong², Sirinate Sukdee^{3,*}

Received: January 19, 2026

¹ Ang Thong Provincial Public Health Office, Ang Thong 14000, Thailand

Revised: April 17, 2026

² Faculty of Nursing, Nawamintrachiraj University, Bangkok 10300, Thailand

Accepted: May 26, 2026

³ Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Nonthaburi 11000, Thailand

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

Citation: Sitthichok W., Chiangkhong A., Sukdee S. (2026). Development of a Participatory Model for Tuberculosis Surveillance, Prevention and Control in Ang Thong Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2), e17363.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

Keywords: Tuberculosis; Community-based Surveillance and Control; Participatory Action Research; Directly Observed Treatment (DOT); Stigma

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop and evaluate a community-based tuberculosis (TB) surveillance, prevention, and control model in Ang Thong province. Guided by the PRECEDE-PROCEED framework (April-November 2025), the study involved five phases: assessment, strategy development, implementation, evaluation, and reflection. Participants across phases included 37 informants and 436 residents (assessment); 40 stakeholders (development); 55 patients, 55 family members, and 32 volunteers (implementation/evaluation); and 53 stakeholders (reflection). Data collected via secondary records, questionnaires, interviews, and logs were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis. Assessment revealed incomplete screening, overreliance on personnel, discontinuous data linkage, and stigma hindering access. This led to three strategies: risk-stratified active case finding, community-based Directly Observed Treatment (DOT), and stigma reduction via positive communication. Short-term outcomes showed 85.00% of personnel and volunteers trained, 95.00% of at-risk groups screened, 88.60% of patients having DOT observers, and 91.20% medication adherence. Risk perception and treatment access scores increased significantly, while stigma scores decreased significantly. The model effectively integrated health services with community mechanisms. Long-term post-treatment monitoring is recommended to assess sustainability and success rates.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอ่างทอง

วุฒิชัย สิทธิโชค¹, อารยา เชียงของ², ศิริเนตร สุขดี^{3,*}

รับบทความ: 19 มกราคม 2569

แก้ไขล่าสุด: 17 เมษายน 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 26 พฤษภาคม 2569

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, อ่างทอง 14000, ประเทศไทย

² คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช, กรุงเทพมหานคร 10300, ประเทศไทย

³ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, นนทบุรี 11000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: sukdee.nate@gmail.com *

อ้างอิง: วุฒิชัย สิทธิโชค, อารยา เชียงของ, ศิริเนตร สุขดี. (2569). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอ่างทอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 41(2), e17363.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

คำสำคัญ: โรค; การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค; ชุมชนเป็นฐาน; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; การติดตาม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในจังหวัดอ่างทอง ใช้กรอบ PRECEDE-PROCEED ดำเนินการเดือนเมษายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ประเมินสถานการณ์ พัฒนากลยุทธ์ ทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น และสะท้อนบทเรียน ผู้เข้าร่วมแตกต่างกันตามระยะ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 37 คน และประชาชน 436 คน (ประเมินสถานการณ์) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 40 คน (พัฒนารูปแบบ) ผู้ป่วยโรค 55 คน สมาชิกครอบครัว 55 คน และ อสม. 32 คน (ทดลองใช้และประเมินผล) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 53 คน (สะท้อนผล) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิ แบบสอบถาม แนวคำถามสัมภาษณ์ และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผลประเมินสถานการณ์พบปัญหาการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม ระบบติดตามพึ่งพาบุคลากรเป็นหลัก ข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการกับชุมชนไม่ต่อเนื่อง และการติดตามยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าสู่ระบบบริการ จึงนำไปสู่รูปแบบ 3 กลยุทธ์หลัก คือ ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยจัดลำดับความเสี่ยง พัฒนาระบบ DOT ระดับชุมชน และลดการติดตามผ่านการสื่อสารสุขภาพเชิงบวก ผลระยะสั้นพบว่า บุคลากร และ อสม. ผ่านการอบรม ร้อยละ 85.00 กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 95.00 ผู้ป่วยมีผู้สังเกตการรับประทานยา ร้อยละ 88.60 และรับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 91.20 คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าสู่ระบบรักษาเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนการรับรู้การติดตามลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบนี้สะท้อนความเป็นไปได้ในการบูรณาการบริการสุขภาพกับกลไกชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาวหลังสิ้นสุดรอบการรักษาเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลต่ออัตราการสำเร็จการรักษา

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปี ค.ศ. 2023 มีผู้ป่วยประมาณ 10.6 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 1.3 ล้านราย แม้ประเทศไทยดำเนินมาตรการควบคุมผ่านโครงการวัณโรคแห่งชาติ คลินิกวัณโรค ระบบการรักษาแบบสังเกตการรับประทานยาโดยตรงระยะสั้น (Directly Observed Treatment, Short-course: DOTs) ฐานข้อมูล National Tuberculosis Information Program (NTIP) และยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2569 อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบข้อจำกัดด้านการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ความต่อเนื่องของการรักษา การเชื่อมโยงข้อมูล ทรัพยากรของหน่วยบริการ และการติดตามทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการยึดมั่นต่อการรักษา (World Health Organization, 2024a; Department of Disease Control, 2023) การติดตามยังเป็นตัวกำหนดทางสังคมที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย การเข้าสู่ระบบรักษา และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหลายบริบท โดยเฉพาะประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (Craig et al., 2017; Sulistyorini et al., 2023)

จังหวัดอ่างทองสะท้อนความท้าทายของการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ โดยปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 256 ราย อัตราการรักษาหาย ร้อยละ 72.46 ต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศไม่น้อยกว่า ร้อยละ 88.00 มีผู้ป่วยขาดยา การรักษาล้มเหลว และเสียชีวิตรวมจำนวน 39 ราย ขณะที่อัตราการคัดกรองผู้สัมผัสอยู่ที่ร้อยละ 52.94 แสดงถึงความจำเป็นในการเพิ่มมาตรการค้นหาและคัดกรองเชิงรุก (Ang Thong Provincial Public Health Office, 2024) นอกจากนี้ พื้นที่ยังมีกลุ่มเสี่ยงหลากหลาย เช่น ผู้สัมผัสโรค ผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานเคลื่อนย้าย ผู้มีภาวะ

ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน (MacNeil et al., 2020) ทั้งนี้ ความเชื่อ ทัศนคติ และการติดตามทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อการเข้าสู่ระบบบริการและความสำเร็จของการรักษา (Craig et al., 2017)

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค จึงควรอาศัยกรอบแนวคิดที่วิเคราะห์ปัจจัยอย่างเป็นระบบ โดย PRECEDE–PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ช่วยวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมแรง รวมถึงปัจจัยระดับนโยบายและระบบบริการ เพื่อออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ ผนวกกัน แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เน้นให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรม ดำเนินงาน และสะท้อนผลร่วมกัน เพื่อเสริมความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของชุมชน (Wallerstein and Duran, 2010)

สำหรับจังหวัดอ่างทอง ภาควิชาสำคัญ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน มีบทบาทในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ติดตามการรักษา และสื่อสารสุขภาพ หลักฐานระบุว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยเพิ่มการค้นหาผู้ป่วย เสริมความต่อเนื่องของการติดตาม และลดการขาดยา ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาในระดับชุมชน (Kranzer et al., 2013; Sommerland et al., 2017; Khan et al., 2022)

ดังนั้น การศึกษานี้จึงประยุกต์ PRECEDE–PROCEED Model ร่วมกับ PAR เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคแบบมีส่วนร่วม

ที่สอดคล้องกับบริบทจังหวัดอ่างทอง โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ ทดลองใช้ และสะท้อนผลของรูปแบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวัณโรคในชุมชนจังหวัดอ่างทอง ทั้งในด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจังหวัดอ่างทอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นด้านการติดตามการรักษาของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่จริง
4. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนและแนวทางการขยายผลรูปแบบการควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนและประเมินผล PRECEDE-PROCEED Model ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์และปัจจัยกำหนดพฤติกรรม (PRECEDE ขั้นที่ 1-3)

1.1 ระยะนี้เป็นการประเมินสถานการณ์วัณโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคในพื้นที่ศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) และรายงานสถานการณ์วัณโรคระดับจังหวัด 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 37 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 15 คน และผู้นำชุมชน ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล 12 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ควบคู่กับการบันทึกเสียงภายใต้ความยินยอมและการจดบันทึกภาคสนาม และ 3) ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของประชาชนจำนวน 436 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับงานวัณโรคหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคในชุมชนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 436 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบกลุ่มจากหมู่บ้านในอำเภอเมืองอ่างทอง โพธิ์ทอง และวิเศษชัยชาญ เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามทัศนคติมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถาม พฤติกรรมมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 แบบประเมิน ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนนสูงสะท้อน ระดับของคุณลักษณะที่วัดมากขึ้น

1.4 ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ NTIP และรายงาน สถานการณ์ระดับจังหวัดวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์แนวโน้มย้อนหลัง เพื่อ อธิบายภาระโรค ความครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผลการรักษา การขาดยา และการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณ โรคในพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์และออกแบบ กิจกรรม (PRECEDE ขั้นที่ 4)

2.1 ระยะนี้เป็นการพัฒนากลยุทธ์และออกแบบ รูปแบบการควบคุมวัณโรคในชุมชน โดยนำผลการศึกษา จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกันด้วย SWOT และ TOWS Matrix ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย จำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัด 2 คน บุคลากรโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 คน อสม.แกนนำ 15 คน ผู้นำชุมชน 5 คน และผู้แทน ผู้ป่วยหรือครอบครัว 6 คน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดกลยุทธ์และออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่

2.2 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยคู่มือการประชุม เชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการวิเคราะห์ SWOT/TOWS แบบบันทึกการพัฒนา รูปแบบและแบบประเมินความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบ คุณภาพก่อนนำไปใช้ ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ เนื้อหาและการสังเคราะห์เชิงฉันทามติ เพื่อนำไปสู่รูปแบบ

การควบคุมวัณโรคในชุมชนจังหวัดอ่างทองก่อนนำไป ทดลองใช้

ระยะที่ 3 การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ (PROCEED ขั้นที่ 5: Implementation)

3.1 ระยะนี้เป็นการนำรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในพื้นที่จริงเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยดำเนิน กิจกรรมตามกลยุทธ์หลักผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข และภาคีในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและปรับ กระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ผู้เข้าร่วม ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ระหว่างการรักษา จำนวน 55 คน สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 55 คน และ อสม.ที่ทำหน้าที่ติดตามการรักษา จำนวน 32 คน คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจงจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของหน่วย บริการในพื้นที่ศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบบริการสุขภาพ เป็นสมาชิก ครอบครัวหรือ อสม.ที่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ การรับประทายา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เครื่องมือดำเนินงาน ประกอบด้วย คู่มือรูปแบบ ทะเบียนผู้ป่วยและผู้สังเกตการณ์รับประทายา แบบบันทึก DOT การเยี่ยมบ้าน การสื่อสารสุขภาพ และการสะท้อนผล ข้อมูลจากเครื่องมือดังกล่าวใช้ประกอบการประเมิน กระบวนการและผลลัพธ์ระยะสั้นในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ระยะสั้น (PROCEED ขั้นที่ 6–7: Process and Impact Evaluation)

4.1 ระยะนี้เป็นการประเมินภายหลังการทดลอง ใช้รูปแบบ โดยประเมินคุณภาพของการดำเนินกิจกรรม ควบคู่กับผลลัพธ์ระยะสั้นตามกลยุทธ์ ได้แก่ ร้อยละของ บุคลากรและอสม.ที่ผ่านการอบรมด้านการประเมินและ จัดลำดับความเสี่ยงวัณโรค ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ที่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผู้สังเกตการณ์การ

รับประทานยาโดยตรง ร้อยละของผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90.0 ของระยะเวลาที่ติดตาม คณะกรรมการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าสู่ระบบรักษาและคณะกรรมการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค นอกจากนี้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย ครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่ออธิบายประสบการณ์การติดตามความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะการป่วย ปัจจัยที่เอื้อต่อการกินยาต่อเนื่องและอุปสรรคของระบบติดตามการรักษาในชุมชน

4.2 กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค สมาชิกครอบครัว และ อสม. ที่มีบทบาทในการติดตามการรักษา เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึก DOT แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าสู่ระบบรักษา แบบประเมินการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับวัณโรค และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง

4.3 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมด้วยสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test) และใช้สถิติพรรณนาเพื่อประกอบการตีความผลลัพธ์ระยะสั้น ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 5 การสะท้อนผลและสังเคราะห์บทเรียนเชิงระบบ (PROCEED ขั้นที่ 8: Outcome Evaluation)

ระยะนี้เป็นการสะท้อนผลและสังเคราะห์บทเรียนเชิงระบบภายหลังการดำเนินรูปแบบ โดยคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 53 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคและสมาชิกครอบครัว 20 คน อสม. 15 คน บุคลากรสาธารณสุข 10 คน และผู้นำชุมชนหรือผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามและแบบบันทึกเวทีสะท้อนผล เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ข้อจำกัด ผลกระทบของรูปแบบ และข้อเสนอเชิงนโยบาย รวมทั้งใช้ข้อมูลจาก

ระบบ NTIP และทะเบียนคลินิกวัณโรคเพื่อติดตามแนวโน้มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยเปรียบเทียบแนวโน้มอัตราความสำเร็จการรักษาก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง หมายเลขโครงการ ATGEC 54/2568 โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินสถานการณ์และปัจจัยกำหนดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

1.1 สถานการณ์วัณโรคและระบบบริการพบว่า จังหวัดอ่างทองพบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 เพิ่มขึ้นจาก 227 ราย เป็น 239 ราย และ 256 ราย ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ 2568 พบผู้ป่วย 256 ราย เท่ากับปีงบประมาณ 2567 เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่า อำเภอเมืองอ่างทองมีผู้ป่วยสูงสุด 99 ราย รองลงมาคือ อำเภวิเศษชัยชาญ 39 ราย และอำเภวิโพธิ์ทอง 36 ราย โดยข้อมูลอำเภอเมืองอ่างทองรวมผู้ป่วยจากเรือนจำ ด้านการค้นหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ พบว่า ปีงบประมาณ 2568 จังหวัดอ่างทองมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่คาดประมาณ 428 ราย เป้าหมายขึ้นทะเบียน 364 ราย แต่ขึ้นทะเบียนได้จริง 256 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.81 ของจำนวนคาดประมาณ ยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายการค้นหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มมีความครอบคลุม ร้อยละ 76.33 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ที่ร้อยละ 52.94 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสที่เพิ่มจากร้อยละ 17.27 เป็นร้อยละ 92.22 อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วย

โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงยังได้รับการคัดกรองต่ำที่สุด ร้อยละ 60.90 ด้านผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่า รักษาสำเร็จ ร้อยละ 55.56 และยังอยู่ระหว่างกำลังรักษา ร้อยละ 25.00 ขณะเดียวกันยังพบผู้ป่วยขาดยา เสียชีวิต โอนออก และล้มเหลว บ่งชี้ความจำเป็นในการพัฒนาระบบค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและการติดตามการรักษาต่อเนื่อง

1.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ผลการวิเคราะห์ตามกรอบ PRECEDE พบว่า ปัจจัยนำ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.83 แต่ยังพบความเข้าใจคลาดเคลื่อนในประเด็นการแยกภาชนะใช้ตลอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค การขาดยาวัณโรคและความเสี่ยงของผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงต่อการติดเชื้อวัณโรค ด้านทัศนคติต่อวัณโรค พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.93$, $SD = 0.54$) โดยยังพบความกลัวหากคนในบ้านติดวัณโรค ($M = 3.25$, $SD = 1.36$) และความคิดว่าผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรอยู่ร่วมกับครอบครัว ($M = 2.43$, $SD = 1.38$) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.14$, $SD = 0.72$) แต่การแนะนำให้คนรู้จักไปตรวจเมื่อมีอาการนำสงสัย ($M = 3.79$, $SD = 1.19$) และการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์วัณโรคของชุมชน ($M = 3.47$, $SD = 1.42$) ยังอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ พบว่า หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่มีศักยภาพด้านการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัส ข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา และระบบติดตามการกินยาที่ยังไม่ต่อเนื่องในทุกพื้นที่ รวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม. ยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร และปัจจัยเสริมแรง พบว่า

ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การเตือนกินยา การเยี่ยมบ้าน และการประสานส่งต่อเมื่อพบปัญหา แต่ยังพบปัจจัยเสริมแรงเชิงลบ ได้แก่ การตีตราทางสังคม ความกลัววัณโรค ความกังวลของผู้ป่วยต่อการเปิดเผยสถานะ และภาระงานของ อสม. ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย

1.3 ประเด็นปัญหาสำคัญที่ใช้เป็นฐานในการออกแบบกลยุทธ์ จากผลการประเมินสถานการณ์และปัจจัยกำหนดพฤติกรรม พบประเด็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย 2) การติดตามการรักษา ยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ยังพบผู้ป่วยขาดยา โอนออก เสียชีวิต และรักษาล้มเหลว 3) ประชาชนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความกลัว และการตีตราผู้ป่วยวัณโรค และ 4) ระบบข้อมูล การประสานงาน และการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ครอบครัว และชุมชนยังไม่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ

2. รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ SWOT/TOWS ชี้ให้เห็นจุดแข็งด้านเครือข่ายบริการสุขภาพ ระบบข้อมูล และบทบาทของ อสม. ขณะที่จุดอ่อนสำคัญคือการคัดกรองและติดตามการรักษาที่ยังไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับอุปสรรคด้านการตีตราและข้อจำกัดของผู้ป่วยบางกลุ่ม ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การค้นหาเชิงรุก การติดตามการรักษาในระดับชุมชน การลดการตีตรา และการติดตามผู้ป่วยรายกรณี ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวถูกนำไปจัดทำ TOWS Matrix ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ผลการกำหนดกลยุทธ์จาก TOWS Matrix

TOWS Matrix	ผลการวิเคราะห์	กลยุทธ์ที่ได้
SO Strategy ใช้จุดแข็งร่วมกับโอกาส	พื้นที่มีหน่วยบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลวินโรค อสม. และผู้นำชุมชน ร่วมกันนโยบายสนับสนุน การค้นหาเชิงรุก	เสริมระบบค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ข้อมูลระบาดวิทยาและเครือข่ายชุมชน
WO Strategy ใช้โอกาสเพื่อลดจุดอ่อน	การคัดกรองและติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง แต่มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อสม. และช่องทางสื่อสารในชุมชน	พัฒนาระบบ DOT ระดับชุมชน โดยให้ครอบครัว อสม. และหน่วยบริการร่วมติดตามการกินยา
ST Strategy ใช้จุดแข็งเพื่อลดอุปสรรค	อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สามารถช่วยลดความกลัวและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวินโรค	พัฒนาการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกและลดการตีตราในชุมชน
WT Strategy ลดจุดอ่อนและหลีกเลี่ยงอุปสรรค	ผู้ป่วยบางกลุ่มมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง โรคร่วม เสี่ยงขาดยา และกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ	จัดระบบติดตามผู้ป่วยรายกรณี โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดนัด ขาดยา หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง

2.2 รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวินโรคแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบข้อมูลและการจัดลำดับกลุ่มเสี่ยง 2) การค้นหาเชิงรุกและการส่งต่อผู้มีอาการสงสัย 3) การติดตามการรักษาในชุมชนโดยครอบครัว อสม. และหน่วยบริการ และ 4) การสื่อสารสุขภาพเชิงบวกเพื่อลดความกลัวและการตีตรา

ผู้ป่วยวินโรค องค์ประกอบดังกล่าวถูกแปลงเป็นกลยุทธ์และกิจกรรมสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง การพัฒนาระบบ DOT ระดับชุมชน และการลดการตีตราพร้อมเสริมพลังชุมชน โดยกำหนดผู้เกี่ยวข้องหลักและตัวชี้วัดเบื้องต้นของแต่ละกลยุทธ์ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: กลยุทธ์ กิจกรรมสำคัญ ผู้เกี่ยวข้อง และตัวชี้วัดเบื้องต้นของรูปแบบ

กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	ผู้เกี่ยวข้องหลัก	ตัวชี้วัดเบื้องต้น
การเสริมระบบค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ	- จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม - จัดลำดับกลุ่มเป้าหมายตามข้อมูลระบาดวิทยา - อบรมบุคลากรและ อสม. ด้านการประเมินความเสี่ยง คัดกรองเชิงรุก ส่งต่อผู้มีอาการสงสัย	สสจ. รพ. รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน	-ร้อยละของบุคลากรและ อสม. ที่ผ่านการอบรม -ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง

ตารางที่ 2: (ต่อ)

กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	ผู้เกี่ยวข้องหลัก	ตัวชี้วัดเบื้องต้น
การพัฒนา DOT ระดับชุมชน	- ชี้แนะเขียนผู้ป่วยและผู้สังเกตการณ์		- ร้อยละของผู้ป่วยที่มี
	- จับคู่ผู้ป่วยกับครอบครัวหรือ อสม. บันทึก	รพ. รพ.สต.	ผู้สังเกตการณ์
	DOT	อสม. ครอบครัว	- ร้อยละของผู้ป่วยที่
	- เยี่ยมบ้าน ติดตามผ่านโทรศัพท์หรือ LINE	ผู้ป่วย	รับประทานยาอย่าง
	- ประชุมทบทวนรายกรณี		สม่ำเสมอ
การลดการตีตรา และเสริมพลัง ชุมชน	- พัฒนาสื่อสุขภาพ	รพ.สต. อสม.	- คะแนนการรับรู้
	- จัดกิจกรรมสื่อสารสุขภาพเชิงบวก	ผู้นำชุมชน	ความเสี่ยงและการ
	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	อปท.	เข้าสู่ระบบรักษา
	- สร้างเครือข่ายชุมชนสนับสนุนผู้ป่วย	ผู้ป่วยและครอบครัว	- คะแนนการรับรู้การ ตีตราเกี่ยวกับวัณโรค

หมายเหตุ: สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; รพ. = โรงพยาบาล; รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; อสม. = อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; อปท. = องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น; DOT = การรักษาแบบสังเกตการรับประทานยาโดยตรง;
LINE = แอปพลิเคชันสื่อสารออนไลน์ที่ใช้ในการติดตามและประสานงาน

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบและการประเมิน กระบวนการและผลลัพธ์ระยะสั้น ดังนี้

3.1 ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ภาควิชา
เครือข่ายสามารถดำเนินกิจกรรมตามกลยุทธ์ที่กำหนดและ
ปรับให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้ โดย อสม. และ
ครอบครัวมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการติดตามผู้ป่วย เติมนการ
รับประทานยา ให้กำลังใจ และประสานข้อมูลกับหน่วย
บริการ ส่งผลให้หน่วยบริการสามารถใช้ข้อมูลจากชุมชนใน
การติดตามและจัดการปัญหาผู้ป่วยรายกรณีได้รวดเร็วขึ้น

3.2 ผลการประเมินกระบวนการ พบว่า
กิจกรรมหลักดำเนินการได้ตามแผนและบรรลุตัวชี้วัด
ที่กำหนด โดยบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ที่ผ่านการ
อบรมมีร้อยละ 85.00 สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 80.00 และ

กลุ่มเสี่ยงสำคัญได้รับการคัดกรองร้อยละ 95.00 สูงกว่า
เป้าหมายร้อยละ 85.00 (กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง
คำนวณจากจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองหารด้วย
จำนวนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทั้งหมดในพื้นที่) บรรลุเป้าหมาย
ที่กำหนด

3.3 ผลลัพธ์ระยะสั้นตามกลยุทธ์ พบว่า
ภายหลังดำเนินงาน ตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ระยะสั้น
ของทั้ง 3 กลยุทธ์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยคะแนนการรับรู้
ความเสี่ยงและการเข้าสู่ระบบรักษาเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนน
การรับรู้การตีตราเกี่ยวกับวัณโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3: ผลการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ระยะสั้นตามกลยุทธ์การควบคุมวัณโรค

กลยุทธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย/ ก่อนดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน/ หลังดำเนินงาน	สถิติทดสอบ	การตีความ
การค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก	บุคลากร และ อสม. ที่ผ่านการอบรมด้าน การประเมินและ จัดลำดับความเสี่ยง วัณโรค	≥80.00%	85.00%	N/A	ผู้ปฏิบัติงาน มีความพร้อม ในการคัดกรอง และจัดลำดับ กลุ่มเสี่ยง
การค้นหาผู้ป่วย เชิงรุก	กลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ได้รับ การคัดกรอง	≥85.00%	95.00%	N/A	การค้นหาเชิง รุกครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย สำคัญ
การรักษา แบบสังเกตการณ์ การรับประทานยา โดยตรงในระดับ ชุมชน	ผู้ป่วยที่มีผู้สังเกตการณ์ การรับประทานยา	≥85.00%	88.60%	N/A	ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีผู้สนับสนุน การรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่อง
การรักษา แบบสังเกตการณ์ การรับประทานยา โดยตรงในระดับ ชุมชน	ผู้ป่วยที่รับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ	≥90.00%	91.20%	N/A	ระบบติดตาม ในชุมชนช่วย สนับสนุนความ ต่อเนื่องของ การรักษา
การลดการตีตรา และเสริมพลัง ชุมชน	การรับรู้ความเสี่ยง และการเข้าสู่ระบบ รักษา (n=55)	3.04 ± 0.50	3.61 ± 0.60	MD = 0.56, t = 10.509 p < .001	เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ
การลดการตีตรา และเสริมพลัง ชุมชน	การรับรู้การตีตรา เกี่ยวกับวัณโรค (n=55)	3.84 ± 0.44	2.91 ± 0.29	MD = 0.93, t = 20.152, p < .001	ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ

หมายเหตุ: N/A หมายถึง ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่ไม่ได้เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินงาน; MD หมายถึง Mean difference

3.4 ผลสะท้อนเชิงคุณภาพจากผู้เกี่ยวข้อง พบว่า กิจกรรมสื่อสารสุขภาพเชิงบวกช่วยลดความกลัวและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวัณโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกล้าในการเปิดเผยอาการและเข้าสู่ระบบบริการมากขึ้น ขณะเดียวกัน ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจต่อโรคและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการรักษาต่อเนื่องมากขึ้น

“เมื่อก่อนคนในชุมชนกลัววัณโรคมาก ถ้าใครเป็นก็ไม่อยากให้คนอื่นรู้ แต่หลังจากมีการให้ความรู้และ อสม. มาคุยกับครอบครัว คนในหมู่บ้านเริ่มเข้าใจมากขึ้น ไม่ได้มองว่าเป็นโรคร้ายแรงที่ต้องปิดบังเหมือนเมื่อก่อน” (ผู้ป่วย)

“หลังจากมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน คนเริ่มเข้าใจว่าวัณโรครักษาหายได้ ผู้ป่วยก็กล้ามาตรวจมากขึ้น และครอบครัวก็ช่วยเหลือเรื่องการเงินได้ดีขึ้น” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนผลเชิงปริมาณของ กลยุทธ์การลดการตีตราและเสริมพลังชุมชน โดยสะท้อนว่าการลดการตีตราไม่ได้เป็นเพียงการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างบรรยากาศทางสังคมที่เอื้อต่อการเปิดเผยอาการ การเข้าสู่บริการและการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

4. บทเรียนจากการดำเนินกลยุทธ์และแนวโน้ม ผลลัพธ์ของการควบคุมวัณโรคในพื้นที่

4.1 กลยุทธ์การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกจะดำเนินได้ครอบคลุมเมื่อมีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน มีการจัดลำดับกลุ่มเป้าหมายตามข้อมูลระบาดวิทยา และมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลยุทธ์ DOT ระดับชุมชนช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการรักษา เมื่อกำหนดผู้สังเกตการรับประทานยาและบทบาทของครอบครัว อสม. และหน่วยบริการอย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีช่องทางติดตาม เช่น การเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือ LINE

4.2 สำหรับกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงบวก และการลดการตีตรา พบว่า การสื่อสารร่วมกับชุมชนช่วยให้ประชาชนเข้าใจวัณโรคถูกต้องขึ้น ลดความกลัวต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และเอื้อต่อการเปิดเผยอาการ การเข้ารับบริการ และการสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน

4.3 ปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินกลยุทธ์ ได้แก่ การใช้ข้อมูลสถานการณ์จริงในการวางแผน การมีส่วนร่วมของภาคีตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และทดลองใช้รูปแบบ การกำหนดบทบาทของครอบครัว อสม. และหน่วยบริการอย่างชัดเจน การปรับกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทของแต่ละชุมชน และการใช้การสื่อสารเชิงบวกเพื่อลดความกลัวและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม

4.4 ประเด็นที่ควรปรับจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้เป็นปัจจุบันและใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน เพื่อสนับสนุนการค้นหาเชิงรุก การกำหนดแนวทางติดตามผู้ป่วยรายกรณีให้ชัดเจน ทั้งผู้รับผิดชอบ วิธีติดตาม และการส่งต่อเมื่อพบปัญหา การแบ่งบทบาทระหว่างครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการ เพื่อลดภาระของ อสม. และการพัฒนาสื่อสุขภาพให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคร่วม ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และแรงงานเคลื่อนย้าย

4.5 แนวโน้มผลลัพธ์ของการควบคุมวัณโรคในพื้นที่ ข้อมูลจากระบบรายงานวัณโรค พบว่า อัตราความสำเร็จการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังควรติดตามต่อเนื่องจนสิ้นสุดรอบการรักษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการรักษาสำเร็จอย่างสมบูรณ์ แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับการดำเนินกลยุทธ์หลัก ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การติดตามการรับประทานยาในชุมชน และการลดการตีตรา รวมถึงควรเฝ้าระวังการขาดยาและการขาดนัดควบคุมกันไป

4.6 ข้อเสนอสำหรับการขยายผล ได้แก่

- 1) พัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น
- 2) กำหนด DOT ระดับชุมชนให้เป็นกลไกประจำในการติดตามผู้ป่วยวัณโรค
- 3) สนับสนุนงบประมาณจาก อปท. หรือกองทุนสุขภาพตำบลสำหรับการค้นหาเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารสุขภาพ
- 4) พัฒนาสื่อสุขภาพเชิงบวกและกิจกรรมลดการตีตราให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ และ
- 5) ติดตามตัวชี้วัดสำคัญอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อัตราความสำเร็จการรักษา การขาดยา การขาดนัด และการคัดกรองผู้สัมผัส

อภิปรายผล

1. การประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวัณโรคในชุมชนจังหวัดอ่างทอง พบว่าสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดอ่างทองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง แม้จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปีงบประมาณ 2568 จะเท่ากับปีงบประมาณ 2567 คือ 256 ราย แต่ยังคงเป็นภาระโรคที่กระจุกตัวในบางพื้นที่ โดยเฉพาะอำเภอเมืองอ่างทอง อำเภอวิเศษชัยชาญ และอำเภอโพธิ์ทอง ขณะเดียวกันการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทำได้เพียงร้อยละ 59.81 ของจำนวนคาดประมาณ สะท้อนว่าการค้นหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับรายงานวัณโรคระดับโลกขององค์การอนามัยโลกที่ชี้ว่า การควบคุมวัณโรคจำเป็นต้องอาศัยระบบค้นหา วินิจฉัย รักษา ป้องกัน และติดตามที่ครอบคลุมทุกระดับบริการ (World Health Organization, 2024a) ทั้งยังสอดคล้องกับกรอบ PRECEDE–PROCEED Model ที่เน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทางระบาดวิทยา พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการก่อนกำหนดมาตรการแก้ปัญหา (Green and Kreuter, 2005) ผลการศึกษานี้จึงชี้ว่า ปัญหาวัณโรคในพื้นที่ไม่ได้

จำกัดอยู่ที่จำนวนผู้ป่วยเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการค้นหา การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเชื่อมโยงข้อมูล และปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ

2. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจังหวัดอ่างทอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เนื่องจากใช้ข้อมูลสถานการณ์จริงร่วมกับการวิเคราะห์ SWOT/TOWS Matrix และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว รูปแบบที่ได้ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยจัดลำดับความเสี่ยง การติดตามการรักษาแบบ Community-based DOT และการลดการตีตราผ่านการสื่อสารสุขภาพเชิงบวก กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ความสำคัญกับการร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผล เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและเพิ่มความเหมาะสมของมาตรการกับบริบทจริง (Wallerstein and Duran, 2010) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลวัณโรคที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเน้นการบูรณาการบทบาทของครอบครัว อสม. ชุมชน และระบบบริการปฐมภูมิในการสนับสนุนการรักษาและลดภาระของผู้ป่วย (World Health Organization, 2024b)

3. การทดลองใช้รูปแบบสะท้อนความเป็นไปได้ของการบูรณาการการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การติดตามแบบ Community-based DOT และการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในพื้นที่จริง โดยตัวชี้วัดกระบวนการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและการเข้าถึงการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการกำหนดบทบาทของครอบครัว อสม. และหน่วยบริการอย่างชัดเจน ทำให้สามารถเตือน รับฟังให้กำลังใจ เฝ้าระวังปัญหา และประสานการดูแลรายกรณี

ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพบว่ามาตรการส่งเสริมการยึดมั่นต่อการรักษาวัณโรคมียาวโน้มเพิ่มความครบถ้วนของการรักษาเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Davis et al., 2024) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Alinaitwe et al., 2025)

นอกจากนี้ การสื่อสารสุขภาพเชิงบวกช่วยลดการตีตราและส่งเสริมการเข้าสู่บริการ โดยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าสู่ระบบรักษาเพิ่มขึ้น ขณะที่คะแนนการรับรู้การตีตราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังสะท้อนว่าผู้ป่วยกล้าเปิดเผยอาการ ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และชุมชนสนับสนุนการรักษาต่อเนื่องมากขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Aitambayeva et al. (2025) ซึ่งระบุว่า การตีตราส่งผลต่อการแสวงหาบริการ การเปิดเผยสถานะ การยึดมั่นต่อการรักษา และสุขภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วย และควรลดการตีตราด้วยมาตรการหลายองค์ประกอบที่สอดคล้องกับบริบท มากกว่าการให้ความรู้ทั่วไปเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การเชื่อมโยงระบบบริการกับกลไกครอบครัวและชุมชนจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เอื้อต่อการค้นหา การเข้าสู่บริการ และการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลด้านความสำเร็จของการรักษาควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังอยู่ระหว่างการรักษาและจำเป็นต้องติดตามผลจนครบรอบการรักษา

4. บทเรียนและแนวทางการขยายผลรูปแบบการควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่และระดับนโยบายชี้ให้เห็นว่า การขยายผลรูปแบบควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนควรตั้งอยู่บนฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน การจัดลำดับความเสี่ยงรายพื้นที่ ระบบส่งต่อที่ชัดเจน ระบบติดตามผู้ป่วยรายกรณี และกลไกสื่อสารสุขภาพเพื่อลดการ

ตีตราอย่างต่อเนื่อง บทเรียนสำคัญคือ การควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ต้องเชื่อมโยงงานค้นหาผู้ป่วย งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง งานติดตามการรักษา และงานลดการตีตราเข้าด้วยกันผ่านกลไกชุมชนและบริการปฐมภูมิ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีแนวโน้มสนับสนุนการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ แต่เนื่องจากผลลัพธ์ที่รายงานเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น จึงควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาวต่อไป โดยเฉพาะอัตราความสำเร็จการรักษาหลังสิ้นสุดการรักษา อัตราการขาดยา การกลับเป็นซ้ำ และความยั่งยืนของบทบาทครอบครัว อสม. และชุมชน

ผลลัพธ์ระยะสั้นอาจอธิบายได้จากการที่รูปแบบดังกล่าวเชื่อมโยงระบบบริการกับกลไกชุมชน ทำให้ครอบครัวและ อสม. มีบทบาทในการเตือน ให้กำลังใจ เฝ้าระวังปัญหา และประสานหน่วยบริการได้รวดเร็วขึ้น ขณะเดียวกันการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกช่วยลดความกลัวและการตีตรา ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเปิดเผยอาการ การเข้าสู่บริการ และการรักษาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวควรตีความในฐานะผลลัพธ์ระยะสั้นของการดำเนินงานในบริบทจริง มิใช่หลักฐานเชิงสาเหตุของประสิทธิผลของรูปแบบ เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและระยะเวลาติดตามยังไม่ครอบคลุมรอบการรักษาวัณโรคทั้งหมด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบระยะเวลาติดตามยังไม่ครบรอบการรักษาวัณโรค และผลลัพธ์บางส่วนอาศัยแบบบันทึกหรือการรายงานของผู้เกี่ยวข้อง จึงควรระมัดระวังในการสรุปเชิงสาเหตุและการนำผลไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

สรุปผล

การศึกษานี้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคที่บูรณาการการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกตามระดับความเสี่ยง การติดตามการรักษาแบบ Community-based DOT และการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกเพื่อลดการตีตรา

ไว้ในระบบเดียว องค์ความรู้ใหม่ คือ การใช้ข้อมูลพื้นที่และการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ครอบครัว อสม. และชุมชนเพื่อกำหนดบทบาทและติดตามผู้ป่วยรายกรณี อย่างเป็นระบบ ซึ่งแตกต่างจากแนวทางเดิมที่พึ่งพาหน่วยบริการเป็นหลัก และช่วยส่งเสริมการคัดกรอง การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องในการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรบูรณาการฐานข้อมูลสถานการณ์โรคและกลุ่มเสี่ยง การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและระบบส่งต่อระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ครอบครัว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและสอดคล้องกับความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่

1.2 ควรกำหนดระบบติดตามการรักษาแบบ Community-based DOT เป็นกลไกประจำ โดยระบบบทบาทของครอบครัว อสม. รพ.สต. และโรงพยาบาลวิธีติดตาม แบบบันทึก และช่องทางส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายกรณีให้ชัดเจนและไม่เพิ่มภาระงานเกินความจำเป็น

1.3 ควรบูรณาการการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกและกิจกรรมลดการตีตราเข้ากับงานสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการเปิดเผยอาการ การเข้ารับบริการ และการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาด้วยแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และติดตามผลจนครบรอบการรักษา เพื่อประเมินอัตราความสำเร็จของการรักษา การขาดยา การกลับเป็นซ้ำ คุณภาพชีวิต และความยั่งยืนของรูปแบบ รวมทั้งอาจศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี

References

- Aitambayeva N. et al. (2025). A systematic review of tuberculosis stigma reduction interventions. *Healthcare*, 13(15), 1846. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151846>
- Alinaitwe B. et al. (2025). Treatment adherence and its association with family support among pulmonary tuberculosis patients in Jinja, Eastern Uganda. *Scientific Reports*, 15(2025), 11150. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-96260-8>
- Ang Thong Provincial Public Health Office. (2024). *Ang Thong Province Tuberculosis Situation Report, Fiscal Year 2023*. Ang Thong: Ang Thong Provincial Public Health Office.
- Craig G. M. et al. (2017). Tuberculosis stigma as a social determinant of health. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011>
- Davis R. A. et al. (2024). Examining interventions that aim to enhance TB treatment adherence in Southeast Asia: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Tuberculosis*, 71(1), 48–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2023.03.001>

- Department of Disease Control. (2023). *National Tuberculosis Strategic Plan B.E. 2564–2569 (2021–2026)*. Ministry of Public Health.
- Green L. W. & Kreuter M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Khan M. S. et al. (2022). Community-based interventions for tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 26(5), 420–429.
- Kranzer K. et al. (2013). The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: A systematic review. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 17(4), 432–446.
- MacNeil A. et al. (2020). Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet Infectious Diseases*, 20(11), e325–e336.
- Sommerland N. et al. (2017). Evidence-based interventions to reduce tuberculosis stigma: A systematic review. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(11), 81–86. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0788>
- Sulistyorini D. et al. (2023). Tuberculosis stigma: Mapping research themes and future directions. *Social Science & Medicine*, 322, 115758.
- Wallerstein N. & Duran B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*, 1(1), S40-46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>.
- World Health Organization. (2024a). *Global tuberculosis report 2024*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
- World Health Organization. (2024b). *WHO operational handbook on tuberculosis: Module 4: Treatment: Tuberculosis care and support*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376743>

Original Article

FACTORS RELATED TO THE JOB PERFORMANCE OF GOVERNMENT PERSONNEL IN THE DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THAILAND

Anon Yangyubol ¹, Chardsumon Prutipinyo ^{2,*}, Utoomporn Wongsin ³, Puchong Inchai ⁴

Received: April 20, 2026

Revised: July 20, 2026

Accepted: July 27, 2026

¹ M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

^{2,3} Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

⁴ Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

Corresponding author; E-mail: chardsumon.pru@mahidol.ac.th *

Citation: Yangyubol A., Prutipinyo C., Wongsin U., Inchai P. (2026). Factors Related to the Job Performance of Government Personnel in the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, Thailand. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 41(2) , e17616.



Copyright (c) 2026 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

The Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, faces challenges arising from increased workloads and manpower constraints, which directly affect the quality and promptness of its core missions. This descriptive cross-sectional research aimed to: 1) examine the levels of leadership, organizational climate, individual goal setting, and job performance among personnel in the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; and 2) predict factors affecting their job performance. The sample consisted of 319 personnel from the Department of Health Service Support. Data were collected using an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression (Enter method). The results revealed that overall leadership, organizational climate, and individual goal setting were at high levels, whereas job performance was at a moderate level. Leadership, organizational climate, and individual goal setting were significantly associated with job performance ($p < 0.001$). Furthermore, multiple linear regression analysis indicated that individual goal setting was the sole significant predictor of job performance ($B = 0.519$, $\beta = 0.369$, $p < 0.001$). In conclusion, enhancing job performance within the public health bureaucracy should emphasize translating organizational strategies into clear, challenging, and measurable individual goals, alongside regular performance tracking and feedback mechanisms.

Keywords: Leadership; Organizational Climate; Individual Goal Setting; Job Performance

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

อานนท์ ยิ่งยบล ¹, ฉัตรสมุน พฤตนิญโญ ^{2,*}, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ ³, ฤชงค์ อินทร์ชัย ⁴

รับบทความ: 11 เมษายน 2569

แก้ไขล่าสุด: 20 กรกฎาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์: 27 กรกฎาคม 2569

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10400, ประเทศไทย

^{2,3} ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10400, ประเทศไทย

⁴ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10400, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: chardsumon.pru@mahidol.ac.th *

อ้างอิง: อานนท์ ยิ่งยบล, ฉัตรสมุน พฤตนิญโญ, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ฤชงค์ อินทร์ชัย. (2569). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 41(2), e17616.



ลิขสิทธิ์ (c) 2569 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เผชิญความท้าทายจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นและข้อจำกัดด้านกำลังคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความรวดเร็วในการดำเนินงานตามภารกิจหลัก การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับภาวะผู้นำ บรรยาการองค์กร การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ 2) ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 319 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบ Enter Method ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีระดับภาวะผู้นำ บรรยาการองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคล อยู่ในระดับสูง ขณะที่ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้แก่ ภาวะผู้นำ บรรยาการองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคล ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล ($B = 0.519$, $\beta = 0.369$, $p\text{-value} < 0.001$) สรุป การยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระบบราชการสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการแปลงยุทธศาสตร์องค์กรไปสู่การกำหนดเป้าหมายระดับบุคคลที่มีความชัดเจน ทำทนาย ประเมินผลได้จริง ควบคู่กับการติดตามและให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ; บรรยาการองค์กร; การตั้งเป้าหมายรายบุคคล; ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

บทนำ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานสำคัญภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการส่งเสริมระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายด้านสุขภาพและการพัฒนาสถาบันที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2568 ที่มุ่งพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงและยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (Department of Health Service Support, 2024; Ministry of Public Health, 2023; National Strategy, 2018; United Nations, 2015)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง (MoPH-4T) ได้แก่ Trust, Teamwork and Talent, Technology and Targets เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดมีทิศทางการพัฒนาไปในแนวเดียวกัน ขณะที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำแผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน การคุ้มครองผู้บริโภค และการยกระดับศักยภาพบุคลากร เทคโนโลยี นวัตกรรม และองค์ความรู้ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2024; Ministry of Public Health, 2023)

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในช่วงปีงบประมาณที่ผ่านมา ยังสะท้อนความท้าทายหลายประการ ทั้งภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากนโยบายเร่งด่วน ความล่าช้าในการดำเนินงานบางภารกิจ และข้อจำกัดด้านกำลังคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ความรวดเร็วในการให้บริการ และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

ตัวอย่าง เช่น ผลการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 และตัวชี้วัดร้อยละแกนนำสุขภาพที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ก็ไม่บรรลุตามเป้าหมายเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างเป็นระบบ (Department of Health Service Support, n.d.)

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรไม่ได้หมายถึงเพียงผลลัพธ์ของงานเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงกระบวนการทำงานและพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าว โดยสามารถพิจารณาได้จากหลายมิติ ได้แก่ ปริมาณงาน คุณภาพงาน ความตรงต่อเวลา ความคุ้มค่าเชิงต้นทุน การทำงานเชิงนวัตกรรมและการปรับตัว การทำงานร่วมกับผู้อื่นและการมีส่วนร่วม ตลอดจนความพึงพอใจและคุณค่าทางสังคมของผลงาน (Borman and Motowidlo, 1997; Campbell and Wiernik, 2015; Koopmans et al., 2011) ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ได้แก่ ภาวะผู้นำ ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดทิศทาง สร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนการทำงานของบุคลากร บรรยาการองค์กร ซึ่งสะท้อนการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานและส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจ ความร่วมมือ และความผูกพันในองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคล ซึ่งช่วยให้บุคลากรมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนและสามารถเชื่อมโยงเป้าหมายส่วนบุคคลกับเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรม (Bass and Avolio, 1994; House, 1971; Litwin and Stringer, 1968; Locke and Latham, 1990; Yukl, 2013)

แม้ว่ากรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะมีการกิจสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนและการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ แต่ยังไม่ปรากฏการศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำบรรยากาศองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในบริบทของหน่วยงานนี้โดยตรง ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญต่อการอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างเป็นระบบ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและแนวทางบริหารทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ และการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขในอนาคต (Department of Health Service Support, 2024; Locke and Latham, 1990; Litwin and Stringer, 1968; Restivo et al., 2022)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์กร การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Research) มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,179 คน (รายงานสรุป

จำนวนบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568 ณ วันที่ 8 เมษายน 2568)

1.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 289.89 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามและความผิดพลาดของข้อมูล จึงได้เผื่อการเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 319 คน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) ตำแหน่งข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานจ้างเหมาบริการ
- 2) ปฏิบัติงานในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1 ปีขึ้นไป
- 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยระยะยาว
- 2) ผู้ที่ดำรงตำแหน่งวิชาการระดับเชี่ยวชาญ อำนวยการ ระดับต้น/สูง และบริหารต้น/สูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยการเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะผู้นำ ประยุกต์จากแนวคิดของ Bass and Avolio (1994); House (1971); Yukl (2013) ซึ่งครอบคลุม 3 มิติหลัก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) 2) ภาวะผู้นำเชิงสนับสนุน (Supportive Leadership) และ 3) ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participative Leadership) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

5 ระดับ แปลผลอ้างอิงตามแนวทางของเบสส์ (Best, 1977) มีเกณฑ์ คะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.67 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 บรรยายการองค์การ พัฒนามาตามแนวคิดของ Litwin and Stringer (1968) ประกอบด้วย 9 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ โครงสร้างองค์การ (Structure) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความอบอุ่น (Warmth) การสนับสนุน (Support) การให้รางวัลและการลงโทษ (Reward and Punishment) ความขัดแย้ง (Conflict) มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standards) การเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร (Identity) และความเสี่ยง (Risk) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลตามแนวทางของเบสส์ (Best, 1977) มีเกณฑ์ คะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.67 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การตั้งเป้าหมายรายบุคคล พัฒนามาตามแนวคิดของ Locke and Latham (1990) จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 มิติ ประกอบด้วย 1) ความชัดเจนของเป้าหมาย 2) ความท้าทายของเป้าหมาย 3) ความมุ่งมั่นต่อเป้าหมาย 4) การสะท้อนผล/ป้อนกลับ และ 5) ความซับซ้อนของงาน ลักษณะคำถาม เป็นแบบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลตามแนวทางของเบสส์ (Best, 1977) มีเกณฑ์ คะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.67 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน พัฒนาการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยอ้างอิงจากการสังเคราะห์วรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับเกณฑ์ การประเมินของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) พ.ศ. 2565 เพื่อให้เกิดมิติการวัดที่ครอบคลุมมากขึ้น ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 21

ข้อ ได้แก่ 1) ปริมาณงาน (Quantity) 2) คุณภาพงาน (Quality) 3) ความตรงต่อเวลา (Timeliness) 4) ความคุ้มค่าเชิงต้นทุน (Cost-effectiveness) 5) การทำงานเชิงนวัตกรรมและการปรับตัว (Innovation & Adaptability) 6) การทำงานร่วมกับผู้อื่นและการมีส่วนร่วม (Collaboration & Participation) และ 7) ความพึงพอใจและคุณค่าทางสังคมของผลงาน (Stakeholder & Social Value) แปลผลใช้ค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มอ้างอิงตามแนวคิดของ Jacob and Cohen (1983) แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำกว่ามาตรฐานมากถึงตามมาตรฐาน (ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 73 คะแนน) และระดับสูงกว่ามาตรฐานเล็กน้อยถึงสูงกว่ามาตรฐานมาก (มากกว่า 73 คะแนน)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารสาธารณสุข และด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของถ้อยคำ โดยใช้วิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ซึ่งมีค่าดัชนีที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.50 ขึ้นไป (Rovinelli and Hambleton, 1977)

3.2 นำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) รวมทั้งหมดได้เท่ากับ 0.963

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ (Google Forms) โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ 4 วัน (ระหว่างวันที่ 5 มกราคม – 27 กุมภาพันธ์ 2569) ทั้งนี้ พบการตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 100

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป

5.2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)

5.2.1 สถิติไคสแควร์ Chi-Square Test (χ^2) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในกรณีตัวแปรกลุ่ม

5.2.2 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในกรณีตัวแปรต่อเนื่อง

5.2.3 สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Enter Method เพื่อทดสอบอำนาจในการทำนาย

5.3 การทดสอบความเป็นปกติของข้อมูล (Normality Test) ได้แก่ ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Shapiro–Wilk Test และพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis)

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรอง

เลขที่ COA. NO. MUPH 2025-176 รหัสโครงการ 184/2025 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 319 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีอายุอยู่ในช่วง 30–45 years ร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 79.0 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 79.9 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 55.5

2. ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์การ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ดังนี้

2.1 บุคลากรมีระดับภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.89, SD = 0.26)

2.2 บุคลากรมีระดับบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.02, SD = 0.44)

2.3 บุคลากรมีระดับการตั้งเป้าหมายรายบุคคลอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.06, SD = 0.37)

2.4 บุคลากรมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.52, SD = 0.37)

Table 1: Results of the analysis of leadership levels, organizational climate, individual goal setting, and employee performance (n = 319)

Variable	Mean	Standard Deviation (SD)	95% CI (Lower - Upper)	Level
Leadership	3.89	0.26	3.86 – 3.92	high
Organizational climate	4.02	0.44	3.97 – 4.07	high
Individual goal setting	4.06	0.37	4.02 – 4.10	high
Job performance	3.52	0.37	3.48 – 3.56	Moderate

3. ผลการวิเคราะห์ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รุ่นอายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร (Table 2)

3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ขณะที่ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์กร และการตั้งเป้าหมายรายบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Table 3)

Table 2: The results of the analysis of the association between personal factors and employee performance

Personal factors	Level of job performance			Chi-square	df	p-value
	Below standard, n (%)	High/above standard, n (%)	Total, n (%)			
Sex				2.722	1	0.099
Male	100 (31.6)	45 (14.2)	145 (45.9)			
Female	132 (41.8)	39 (12.3)	171 (54.1)			
Total	232 (73.4)	84 (26.6)	316 (100.0)			
Generation				0.800	2	0.670
Generation X (≥ 46 years)	58 (18.2)	17 (5.3)	75 (23.5)			
Generation Y (30–45 years)	113 (35.4)	44 (13.8)	157 (49.2)			
Generation Z (20–29 years)	63 (19.7)	24 (7.5)	87 (27.3)			
Total	234 (73.4)	85 (26.6)	319 (100.0)			
Position						
Government officer	186 (58.3)	66 (20.7)	252 (79.0)	0.601	2	0.741
Government employee	16 (5.0)	8 (2.5)	24 (7.5)			
Temporary employee	32 (10.0)	11 (3.4)	43 (13.5)			
Total	234 (73.4)	85 (26.6)	319 (100.0)			

Table 2: (Continued)

Personal factors	Level of job performance			Chi-square	df	p-value
	Below standard, n (%)	High/above standard, n (%)	Total, n (%)			
Education level				0.422	1	0.516
≤ Below bachelor's degree	185 (58.0)	70 (21.9)	255 (79.9)			
≥ Master's degree or higher	49 (15.4)	15 (4.7)	64 (20.1)			
Total	234 (73.4)	85 (26.6)	319 (100.0)			
Monthly income				0.969	1	0.915
≤ 30,000 baht	128 (40.1)	49 (15.4)	177 (55.5)			
≥ 30,001 baht	106 (33.2)	36 (11.3)	142 (44.5)			
Total	234 (73.4)	85 (26.6)	319 (100.0)			

Table 3: The results of the analysis of factors related to employee performance (n = 319)

Variables	Job performance		
	r	95% CI (Lower – Upper)	p-value
Age	0.036	-0.074 – 0.145	0.518
Length of work experience	0.007	-0.103 – 0.117	0.906
Leadership	0.214	0.107 – 0.316	< 0.001
Organizational climate	0.250	0.144 – 0.350	< 0.001
Individual goal setting	0.414	0.319 – 0.501	< 0.001

3.3 ผลการวิเคราะห์ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Multiple Linear Regression แบบ Enter Method เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดรวมกัน ได้แก่ Generation X (อายุ 46 ปีขึ้นไป) Generation Z (อายุ 20–29 ปี) ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์การ และ

การตั้งเป้าหมายรายบุคคล พบว่า การตั้งเป้าหมายรายบุคคลเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ $B = 0.519$ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ $\beta = 0.369$ และ $p < 0.001$ แสดงว่าเมื่อการตั้งเป้าหมายรายบุคคลเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ส่วน Generation X ($B = 0.543$, $\beta = 0.031$, $p = 0.573$) Generation Z ($B = -0.453$, $\beta = -0.024$, $p = 0.655$) ภาวะผู้นำ ($B = 0.167$, $\beta = 0.082$, $p = 0.138$) และบรรยากาศองค์การ ($B = 0.034$, $\beta = 0.035$, $p = 0.571$)

ไม่พบว่ามีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่า VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 1.142–1.432 ซึ่งแสดงว่าไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระในสมการถดถอย (Table 4)

Table 4: Results of multivariate linear regression analysis of factors affecting personnel performance

Factors	B	S.E.	β	t	p-value	VIF	95% CI
Constant	30.001	6.674	–	4.495	< 0.001	–	16.870 – 43.133
Generation X (≥ 46 years)	0.543	0.964	0.031	0.564	0.573	1.142	-1.353 – 2.439
Generation Z (20–29 years)	-0.453	1.013	-0.024	-0.447	0.655	1.143	-2.446 – 1.540
Leadership	0.167	0.112	0.082	1.486	0.138	1.166	-0.054 – 0.388
Organizational climate	0.034	0.060	0.035	0.567	0.571	1.432	-0.084 – 0.152
Individual goal setting	0.519	0.086	0.369	6.032	< 0.001	1.432	0.350 – 0.688

Note: Multiple linear regression analysis using the Enter method.

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาาระดับภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์การ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคลากรมีระดับภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง บรรยากาศองค์การอยู่ในระดับสูง และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลอยู่ในระดับสูง ขณะที่ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าหน่วยงานมีทุนทางการบริหารและทุนทางจิตวิทยาในการทำงานค่อนข้างดี ทั้งในด้านการแสดงออกถึงภาวะผู้นำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และความชัดเจนของเป้าหมายส่วนบุคคล แต่ผลลัพธ์เชิงการปฏิบัติงานยังไม่สูงในระดับเดียวกัน อาจอธิบายได้ว่า แม้องค์ประกอบที่เอื้อต่อการทำงานจะอยู่ในระดับดีแล้ว แต่การเปลี่ยนปัจจัยนำเข้าเหล่านี้ไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นจริงยังต้องอาศัยเงื่อนไขสนับสนุนอื่นร่วมด้วย เช่น ภาระงาน ทรัพยากร กระบวนการทำงาน หรือข้อจำกัดเชิงระบบของหน่วยงาน

ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนไว้ว่า หน่วยงานยังเผชิญความท้าทายด้านปริมาณงาน ความล่าช้าในการดำเนินงานบางภารกิจ และข้อจำกัดด้านบุคลากร จึงอาจทำให้ผลการปฏิบัติงานโดยรวมยังอยู่เพียงระดับปานกลาง แม้ว่าปัจจัยด้านการบริหารและแรงจูงใจบางด้านจะอยู่ในระดับสูงแล้วก็ตาม (Department of Health Service Support, 2024; Department of Health Service Support, n.d.)

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ภาวะผู้นำในงานวิจัยนี้พัฒนาจากแนวคิดของ Bass and Avolio (1994); House (1971); Yukl (2013) ซึ่งต่างชี้ตรงกันว่า ภาวะผู้นำที่ดีต้องช่วยกำหนดทิศทาง สร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ส่วนบรรยากาศองค์การตามแนวคิดของ Litwin and Stringer, 1968 เป็นการรับรู้ของบุคลากรต่อสภาพแวดล้อมภายในองค์การที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมการทำงาน

ขณะที่การตั้งเป้าหมายรายบุคคลตามแนวคิดของ Locke and Latham (1990) เน้นว่าเป้าหมายที่ชัดเจนและท้าทายในระดับเหมาะสมจะช่วยกำกับความสนใจ กระตุ้นความพยายาม และยกระดับผลการปฏิบัติงานได้ ดังนั้น การที่ตัวแปรทั้ง 3 อยู่ในระดับสูง จึงสะท้อนว่าหน่วยงานมีปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการดำเนินงานอยู่มากพอสมควร เพียงแต่ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพยังอาจถูกจำกัดด้วยปัจจัยเชิงโครงสร้างหรือภารกิจขององค์กรภาครัฐด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนสูงกว่าบริบททั่วไป (Bass and Avolio, 1994; House, 1971; Yukl, 2013) ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานของ Kaewtee (2022) ที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับสูง และงานของ Wongbut et al. (2021) ที่พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลบางมิติอยู่ในระดับสูงหรือปานกลาง แสดงให้เห็นว่าในหน่วยงานสาธารณสุข ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอาจมีได้สูงมากในทุกบริบท แม้บุคลากรจะมีองค์ประกอบด้านการงานที่ดีอยู่แล้วก็ตาม

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์การ และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ในขณะที่ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์การ และการตั้งเป้าหมายรายบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีได้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะพื้นฐานของบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการบริหาร สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการกำกับตนเองในการทำงานมากกว่า โดยเฉพาะการตั้งเป้าหมายรายบุคคลที่มีความสัมพันธ์

เด่นชัดที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Locke and Latham (1990) ที่อธิบายว่า เป้าหมายที่ชัดเจนและท้าทายในระดับเหมาะสมจะช่วยกำกับความสนใจ กระตุ้นความพยายาม และนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ขณะเดียวกัน ผลที่พบว่าภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Northouse (2010); Yukl (2013); Litwin and Stringer (1968) ที่ชี้ว่า ผู้นำและสภาพแวดล้อมในองค์การเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งอิทธิพลต่อแรงจูงใจ พฤติกรรมการทำงาน และผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานของ Utinet et al. (2024) ที่พบว่าปัจจัยลักษณะประชากรส่วนใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ขณะที่ปัจจัยด้านการบริหารและสภาพการทำงานมีบทบาทสำคัญกว่า รวมทั้งสอดคล้องกับงานของ Berberoglu (2018); Rakha et al. (2021) ที่พบว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงาน และงานของ Khan (2014) ที่พบว่า การตั้งเป้าหมายมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างชัดเจน

3. ผลการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบ Enter Method และพิจารณาตัวแปรทั้งหมดร่วมกัน พบว่า การตั้งเป้าหมายรายบุคคลเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่อบุคลากรมีการตั้งเป้าหมายรายบุคคลเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่วน Generation X Generation Z ภาวะผู้นำ และบรรยากาศองค์การ ไม่พบว่ามีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้ภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การจะมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในระดับ

สหสัมพันธ์ แต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับตัวแปรอื่นแล้ว ตัวแปรที่มีอำนาจอธิบายผลการปฏิบัติงานได้ชัดเจนที่สุดคือการตั้งเป้าหมายรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับทฤษฎี Goal Setting Theory ของ Locke and Latham (1990) ที่มองว่า เป้าหมายทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม ระดับความพยายาม ความคงทนต่ออุปสรรค และการเลือกวิธีปฏิบัติงานที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานโดยตรง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่เน้นบทบาทของการกำกับตนเองและความเชื่อในความสามารถของตนเองในการผลักดันให้บุคคลยึดมั่นต่อเป้าหมาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Khan (2014) ที่พบว่าการตั้งเป้าหมายมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงานอย่างเด่นชัด ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่าหากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพต้องการยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรมควรให้ความสำคัญกับการแปลงเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานไปสู่เป้าหมายรายบุคคลที่ชัดเจน วัดผลได้ ทำท่ายอย่างเหมาะสม และมีการติดตามป้อนกลับอย่างต่อเนื่อง เพราะแนวทางดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ใกล้ชิดกับพฤติกรรมการทำงานจริงของบุคลากรมากที่สุด และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับจากผลการวิจัยครั้งนี้โดยตรง

สรุปผล

บุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีภาวะผู้นำ บรรยาการองค์การ และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลอยู่ในระดับสูง แต่ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ขณะที่ภาวะผู้นำ บรรยาการองค์การ และการตั้งเป้าหมายรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณชี้ว่า การตั้งเป้าหมายรายบุคคลเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้

องค์ความรู้นี้สะท้อนว่าการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในระบบราชการสาธารณสุข ไม่ควรเน้นเพียงโครงสร้างบริหารภาพรวม แต่ต้องมุ่งเน้นการแปลงยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายระดับบุคคลที่มีความชัดเจน ทำท่าย และติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรจัดทำคู่มือและกลไกการกำหนดเป้าหมายการทำงานระดับบุคคลที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน (OKRs/KPIs Alignment) โดยเน้นการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ทำท่าย และประเมินผลได้จริง ควบคู่กับการจัดระบบป้อนกลับ และติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ควรทบทวนภาระงาน กระบวนการทำงาน และการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อช่วยลดข้อจำกัดเชิงระบบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพิ่มเติม เช่น ภาระงาน แรงจูงใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์การ ความพึงพอใจในงาน วัฒนธรรมองค์การ หรือภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อให้สามารถอธิบายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรพัฒนาแบบจำลองการวิจัยที่ศึกษาบทบาทของตัวแปรส่งผ่านหรือตัวแปรกำกับ รวมทั้งอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่ออธิบายกลไกความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ บรรยาการองค์การ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ชัดเจนและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bass B. M. & Avolio B. J. (Eds.). (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage Publications.
- Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18, 399. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3149-z>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- Borman W. C. & Motowidlo S. J. (1997). Task performance and contextual performance: The meaning for personnel selection research. *Human Performance*, 10(2), 99–109. https://doi.org/10.1207/s15327043hup1002_3
- Campbell J. P. & Wiernik B. M. (2015). The modeling and assessment of work performance. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 47–74. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111427>
- Cohen J. & Cohen P. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum, 1983.
- Department of Health Service Support. (2024). *Five-year strategic plan of the Department of Health Service Support (2023–2027)*. Department of Health Service Support.
- Department of Health Service Support. (n.d.). Mor 3 system. <https://3doctor.hss.moph.go.th/>
- House, R. J. (1971). A path-goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16(3), 321–338.
- Kaewtee, S. (2022). Relationship between work behavior and work efficiency of personnel and personnel administration in the Udon Thani Provincial Public Health Office. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 30(1), 110–121.
- Khan, R. (2014). The impacts of goal setting and curiosity on the employee job performance: A perspective from NGO sector of Pakistan. *Management Studies and Economic Systems*, 1(1), 13–22.
- Koopmans L. et al. (2011). Conceptual frameworks of individual work performance: A systematic review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(8), 856–866. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318226a763>
- Krejcie R.V. & Morgan D.W. (1970) Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.

- Litwin G. H. & Stringer R. A., Jr. (1968). *Motivation and organizational climate*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Locke E. A. & Latham G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Prentice Hall.
- Ministry of Public Health. (2023). *Policies and operational directions of the Ministry of Public Health, fiscal years 2023–2025*. Ministry of Public Health.
- National Strategy. (2018). National strategy, B.E. 2561–2580 (2018–2037). *Royal Thai Government Gazette*, 135(82a), 1–74.
- Northouse, P. G. (2010). *Leadership: Theory and practice* (5th ed.). Sage Publications.
- Rakha A. et al. (2021). The effect of perceived organizational climate on the performance of nurses in private hospitals. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 17–26. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.1.368.1>
- Restivo V. et al. (2022). Leadership effectiveness in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and before-after studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10995. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710995>
- Rovinelli R.J. & Hambleton R.K. (1977) On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, 2, 49-60.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Utinet K. et al. (2024). Factors affecting job performance of public health personnel transferred to the Samut Sakhon Provincial Administrative Organization. *Singburi Hospital Journal*, 33(2), B97–B111.
- Wongbut N. et al. (2021). Self-leadership and job performance of nurses. *Chiang Mai Medical Journal*, 60(1), 99–112. <https://doi.org/10.12982/CMUMEDJ.2021.09>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed.). Pearson.

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 สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 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 มีการจำแนกประเภทของนวัตกรรม โดยเกิดจากกระบวนการที่สำคัญ คือ การค้นหา (Searching) การเลือกสรร (Selecting) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) และการเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิธีหรือแนวทางปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนการพัฒนา ผลการดำเนินการ บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และร่องรอย

หลักฐาน ภาพถ่าย ชี้นาน 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

ชื่อผู้พิมพ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ที่ผู้พิมพ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ/Abstract เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงการสร้างประกอบด้วยเนื้อหา 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 เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการ

ค้นหาคำความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้นใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปราย ตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน

เนื้อหาสาระ (Contents) ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้องตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 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 ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นที่ท้าทายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ ไม่ควรใช้อ้างอิงจากบทความที่ถูกถอดถอนออกไปแล้วมาเป็นเอกสารอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

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 กะทัดรัด 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 เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการ

ค้นหาคำค้นหาคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสารและดัชนีประเภทต่าง 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) ควรอ้างอิงจากแนวคิด 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 แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจนและกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย (Results) อธิบายถึงสิ่งที่ได้จากการศึกษาหรือวิจัย ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการแสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐาน ควรยึดวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยเป็นหลักชี้ให้เห็นว่าผลการวิจัยได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างไรบ้าง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างไร นำเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นพรรณนา แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) อธิบายขยายความผลการวิจัย แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ควรมีข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

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

2.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article)

ชื่อนวัตกรรม (Title) ควรมีความหมายในตัวเอง สั้น กระชับและชัดเจน เพื่อระบุถึงนวัตกรรมที่จะทำการศึกษา ควรคำนึงถึงเนื้อหาของเรื่องที่ต้องการศึกษา ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับนวัตกรรมที่ทำมาแล้ว ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนในประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ใช่คำย่อ มีความยาว

ไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้รับผิดชอบผลงาน (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้รับผิดชอบทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้รับผิดชอบ

ประเภทนวัตกรรม

1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้มีคุณสมบัติ รูปลักษณ์ หรือการใช้งานที่ดียิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า เพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ และสร้างความได้เปรียบในตลาด

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 และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความ

ร่วมมือในองค์กร 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) เป็นการสรุปผลและประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้จากงานวัดกรรม

โดยเน้นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงในอนาคต หรือเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่นอาจเขียนตามลำดับ เช่น ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Factors of success) เป็นการอธิบายปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนให้นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหาควรครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและควรนำเสนอในลักษณะที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทอื่น

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) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง 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 \(From-2567\).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 ถนนอนามย์ 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 ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ผู้พิมพ์ ต้องการยกเลิกหรือถอดถอนบทความหลังจากที่ผู้ประเมินบทความ (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) การบันทึกเสียง

หรือภาพ (Tape, Video and photo) มาตรการรักษา
ความลับ เช่น ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (Locked
cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน
(Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)
มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

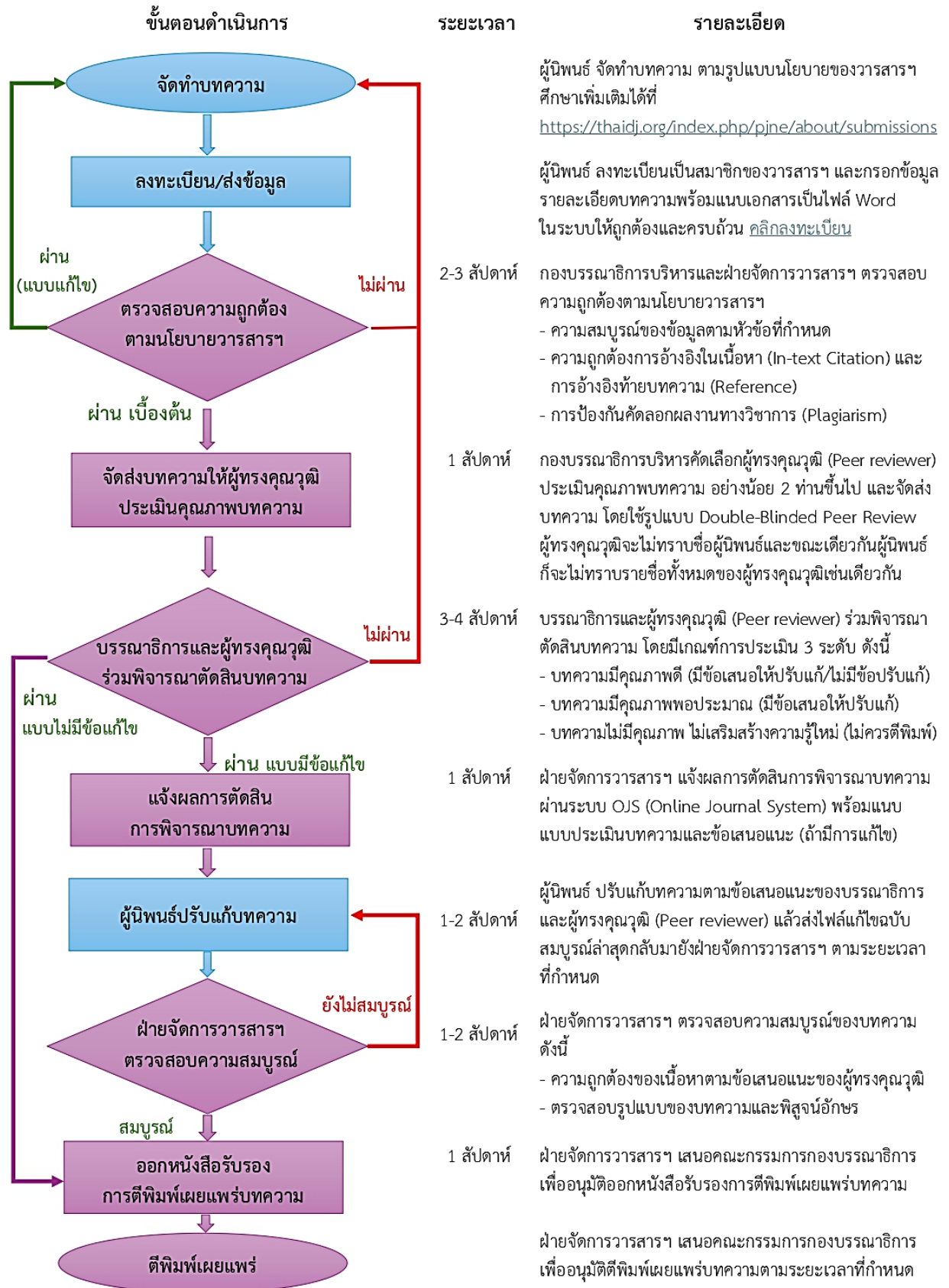
6.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง
(Respect for vulnerable persons) ความหมายของ
ผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือ บุคคลที่ไม่สามารถปกป้อง
ตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูล
เกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ
เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วย
โรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วย
พิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียน
นิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มี
พลังอำนาจน้อย (Marginalized people) เช่น ผู้อพยพ
(Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic minority) กลุ่มเปี่ยงเบน
ทางเพศ หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexuality) กลุ่ม
เปราะบางทางสังคม (Socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการ
ทางเพศ (Sex workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug addicts)

6.5 CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่า
การทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification)
ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ชอบด้วย
กฎหมาย และมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วย การทำ
วิจัยในเด็ก ไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า
ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าอาจจะได้รับประโยชน์
โดยตรง หรือผลการวิจัยอาจจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็ก
กำพร้าคนอื่น ๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยง
เด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ความยินยอม ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอ
Assent ตามข้อกำหนดเช่นกัน

7. สิทธิส่วนบุคคล

ชื่อและที่อยู่อีเมล หรือข้อมูลส่วนบุคคล
ที่กรอกในเว็บไซต์วารสารนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์
ที่ระบุไว้ในงานวารสารฯ เท่านั้นและจะไม่เปิดเผย
เพื่อวัตถุประสงค์ในกิจกรรมอื่น ๆ หรือให้กับบุคคลหรือ
หน่วยงานอื่นใดทราบ

ขั้นตอนการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)



*หมายเหตุ: ระยะเวลาการดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมจากคณะกรรมการกองบรรณาธิการวารสารฯ

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

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

(แสดงตัวแปรที่ศึกษาชัดเจนและครอบคลุม ใช้ภาษาถูกต้องตามหลักวิชาการ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)

ชื่อ/นามสกุล^{1,*},//...../²¹ สังกัด....., จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์....., ประเทศไทย² กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ถนนพหลโยธิน 11000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย:com*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา.....

.....

.....

.....

.....

.....ผลการศึกษาพบว่า

.....

.....

.....

.....

.....

(เขียนกระชับ ชัดเจน อธิบายสาระสำคัญในการวิจัยได้ครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องตามหลักวิชาการ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)

คำสำคัญ:; พฤติกรรมการป้องกันโรค; (TH sarabunPSK, 16)

(สมบูรณ์ครบถ้วน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

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

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)

เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตั้น 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

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). ระเบียบวิธีวิจัยธุรกิจ (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). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. 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. ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์	Last Name./A./A./ (Year) ./Title./ [Dissertation] ./Publisher: /Name of university. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์) ./ชื่อเรื่อง./ [ดุษฎีนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา] ./ //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). การวิเคราะห์องค์ประกอบบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

3. วารสารแบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์	Last Name./A./A./ (Year) ./Title./Name of journal./ Volume(Issue) ./Page. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์) ./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. ญรินทร์ สีกุด. (2565). ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด. <i>วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)</i> , 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./ (ปีที่พิมพ์) ./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). Spriger-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9 พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนาวาสี (บ.ก.), <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./ (ปีที่พิมพ์) ./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 แก้วพูลสุข. (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>



ក្រសួងសុខាភិបាល
PRIMARY HEALTH CARE