

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

Development of a Collaborative Operational Model Between District Public Health Offices and Sub-district Health Promotion Hospitals in Transferred Areas to Enhance Access to Healthcare Services in Kamphaeng Phet Province

Sonthaya Plonkhot*

Samran Siriphakhamongkhon**

*Public Health Office, Mueang District, Kamphaeng Phet Province

**Krik University

Received: September 23, 2025 | Revised: November 8, 2025 | Accepted: December 16, 2025

Abstract

This study had three objectives: (1) to identify factors influencing access to health services among populations in sub-district health-promoting hospitals (HPHs) transferred under administrative decentralization; (2) to develop a collaborative operational model between district public health offices and HPHs in decentralized areas; and (3) to evaluate the effectiveness of the proposed model. A research and development (R&D) design with an explanatory mixed-methods approach was. The sample consisted of 252 local residents and 252 HPH personnel in areas transferred to the Kamphaeng Phet Provincial Administrative Organization (PAO). Data were analyzed using analysis of variance (ANOVA) and structural equation modeling (SEM). Findings revealed that most service recipients at decentralized HPHs were female (72.2%), with one-third aged 50 years and above (33.7%). The majority were married (57.9%), and 38.5% had completed secondary education. Over half were engaged in agriculture (52.4%), while a small proportion worked in private companies (4.4%). Factors significantly associated with satisfaction included gender, age, marital status, and education level. Regarding HPH personnel, most were female (76.2%), with the majority aged between 30 and 39 years (35.3%). More than half (64.3%) held public health officer positions, and 67.1% had over six years of experience. All participants worked at HPHs. SEM results indicated that demographic, socioeconomic, knowledge, attitude, and decentralization impact components jointly predicted 52% of the variance in perceived decentralization impacts. The causal model of health service access in decentralized areas demonstrated good model fit ($\chi^2 = 37.826$, $p = 0.169$, $CMIN/DF = 1.243$, $RMR = 0.081$, $GFI = 0.971$, $AGFI = 0.948$, $RMSEA = 0.031$). The development of the collaborative operational model through expert seminars based on the Connoisseurship approach yielded six operational guidelines, four strategies, and four expected outcomes. The evaluation of the model's effectiveness, also through expert seminars, affirmed its practical applicability. It is recommended that relevant agencies apply the developed model to enhance cooperation among district public health offices, decentralized HPHs, and the PAO.

Correspondence: Sonthaya Plonkhot

E-mail: sonthaya_au2904@hotmail.com

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ถ่ายโอนเพื่อเสริมสร้างการเข้าถึง บริการสุขภาพของจังหวัดกำแพงเพชร

สนธยา พลโคตร*

สำราญ สิริภคมงคล**

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร

**มหาวิทยาลัยเกริก

วันรับ: 23 กันยายน 2568 | วันแก้ไข: 8 พฤศจิกายน 2568 | วันตอบรับ: 16 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. 2) เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินการของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ รพ.สต. และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินการของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ รพ.สต. ในพื้นที่ถ่ายโอน การวิจัยและพัฒนา ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี แบบอธิบายตามขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. และ บุคลากร ของ รพ.สต. ในพื้นที่ถ่ายโอนให้กับ อบจ. กำแพงเพชร กลุ่มละ 252 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ ความผันแปร และสมการเชิงโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนผู้มารับบริการที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 72.2 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.7 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 57.9 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.4 การวิเคราะห์การผันแปร พบว่าปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บุคลากรของ รพ. สต. พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 76.2 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 35.3 ตำแหน่งงาน เป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร้อยละ 64.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.1 และสถานที่ ปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง องค์ประกอบด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านทัศนคติ องค์ประกอบด้านผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ ร่วมกันทำนายผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ ร้อยละ 52 รูปแบบของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ถ่ายโอน รพ.สต. พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อย่างมีสาระรูปสถิติ χ^2 (CMIN) = 37.826, P = 0.169 CMIN/DF = 1.243 RMR = 0.081 GFI 0.971, AGFI 0.948 และ RMSEA = 0.031 การพัฒนาพัฒนาแบบการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับ รพ.สต. ในพื้นที่ถ่ายโอนด้วยวิธีการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามี 6 แนวทาง 4 กลยุทธ์ และ 4 เป้าประสงค์ เช่นเดียวกับ การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้วยวิธีการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อแก้ปัญหาการทำงานร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ รพ.สต. ถ่ายโอน และ อบจ.

ติดต่อผู้พิมพ์: สนธยา พลโคตร

อีเมล: sonthaya_aui2904@hotmail.com

Keywords

Operational Model

District Public Health Office and

Sub-district Health Promoting Hospital (HPH)

Transferred Areas, Kamphaeng Phet Province

คำสำคัญ

รูปแบบการดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ รพ.สต.

พื้นที่ถ่ายโอนจังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นถือเป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทย โดยมีจุดเริ่มต้นจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประชาชน⁽¹⁾ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ หลักการสำคัญของการถ่ายโอนประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ การมุ่งประโยชน์สูงสุดของประชาชน การสร้างระบบที่ยืดหยุ่น และการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน⁽²⁾ การถ่ายโอนดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ ลดความเหลื่อมล้ำ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายเรื่องได้สะท้อนถึงปัญหาและความท้าทาย เช่น การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ และคุณภาพบริการที่อาจได้รับผลกระทบ^(4,5) ในเชิงระบบพบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ส่งผลต่อการบริหารจัดการด้านป้องกันควบคุมโรค การจัดการกำลังคน และบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โดยต้องทำงานประสานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างใกล้ชิดมากขึ้น⁽⁶⁾ แม้วัตถุประสงค์หลักคือการยกระดับประสิทธิภาพ แต่หากขาดการวางแผนและกลไกที่ชัดเจนอาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบ เช่น การขาดแคลนบุคลากร การจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอ และความไม่ต่อเนื่องของคุณภาพบริการ⁽⁷⁾ ในขณะที่กรณีของจังหวัดกำแพงเพชรมีความน่าสนใจ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีภูมิศาสตร์หลากหลายและประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในระดับตำบลและอำเภอที่ยังขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรด้านสุขภาพ⁽⁸⁾ การศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในพื้นที่นี้จึงสามารถสะท้อนทั้งมิติคุณภาพและปริมาณของบริการที่ประชาชนได้รับ อีกทั้งยังช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยและองค์ประกอบโดยพบว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความคล่องตัวและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการศึกษาในภาพรวมระดับประเทศ หรือในบางจังหวัดที่เป็นเมืองและมีทรัพยากรเพียงพอ⁽⁴⁻⁶⁾ งานวิจัยหลายฉบับเน้นให้ความสำคัญกับ ประเด็นเชิงโครงสร้างและนโยบาย เช่น รูปแบบงบประมาณ หลักเกณฑ์การบริหารงานบุคคล และอำนาจหน้าที่ระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น แต่ ยังขาดการศึกษาเชิงลึกในระดับพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรอย่างชัดเจน เช่น จังหวัดกำแพงเพชร⁽⁸⁾ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ศึกษาแบบความร่วมมือระหว่าง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ถ่ายโอน และประเมิน ประสิทธิภาพของรูปแบบดังกล่าว เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนและตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยมีคำถามวิจัยที่สำคัญ 3 ประการดังนี้ 1) มีปัจจัยและ องค์ประกอบใดที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน รพ.สต. 2) รูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ รพ.สต. ควรมีลักษณะอย่างไร เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อ การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ถ่ายโอนอย่างไร ทั้งนี้จึงกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ ถ่ายโอน รพ.สต.
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับ รพ.สต. ในพื้นที่ถ่ายโอน
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวต่อการปรับปรุงการเข้าถึงบริการ สุขภาพของประชาชน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

มกราคม 2568 – สิงหาคม 2568

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ตามแนวทาง Explanatory Sequential Mixed Methods Design⁽⁹⁾ ด้วยเหตุผลว่าการใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัย แบบผสมวิธีตามแนวทาง Explanatory Sequential Mixed Methods Design มีความเหมาะสมกับประเด็น การศึกษานี้ เนื่องจากช่วยให้สามารถศึกษาปัจจัยเชิงปริมาณที่มีผลต่อประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ในพื้นที่ถ่ายโอน และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายกลไกเชิงบริบทอย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานร่วมที่มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดประโยชน์ เชิงนโยบายและการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ประชากร ได้แก่ 1) ประชาชนจังหวัดกำแพงเพชร ข้อมูลกลางปี 2567 จำนวน 708,775 คน และ 2) บุคลากร รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 840 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยการประมาณจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติโมเดลสมการ โครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) อัตรา 1 ตัวแปรต่อ 20 ตัวอย่าง⁽¹⁰⁾ จากประชาชน จำนวน ทั้งสิ้น 11 ตัวแปรขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 220 คน เพื่อป้องกันข้อมูลหล่นหาย ไม่ครบตามตัวแปร ที่ศึกษา ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 15 ประชาชนในพื้นที่ศึกษา จำนวน 252 คน และ บุคลากร รพ.สต. จำนวน 252 คน

วิธีการสุ่ม เป็นการสุ่มอิสระแบบ 2 ขั้นตอน (2-stage random sampling) ตามสัดส่วนของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ ประชาชน และบุคลากรเชิงคุณภาพ คือ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)⁽¹¹⁾ เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผล โดยเชิญสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 10 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ด้วย IOC (Item Objective Congruence) โดยข้อความที่มีค่ามากกว่า 0.80 ถือว่าผ่านเกณฑ์ และความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณด้วย Cronbach's Alpha Coefficient โดยกำหนดค่ามากกว่า 0.75 จึงถือว่าใช้ได้⁽¹²⁾

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA), Pearson's Correlation, F-test, Levene's test และสถิติโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) วิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูปประกอบด้วยค่า CFA, Path Analysis, Goodness of Fit Index (GFI, AGFI, RMR, Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 670219 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยที่เชื่อมโยงโดยตรงกับวัตถุประสงค์ทั้งสามข้อ โดยรายงานตามลำดับ (1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน (2) ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินการร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ (3) ผลการประเมินความสอดคล้องของแบบจำลองสมการโครงสร้างและค่าอิทธิพลของตัวแปรสำคัญ ทั้งนี้เนื้อหาประกอบด้วยคำอธิบายเชิงข้อความเพื่อประกอบตาราง

1. ลักษณะของตัวแปรที่แสดง คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการของประชาชน (ตัวชี้วัดสำคัญ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยทำงานและสูงอายุในชุมชนเกษตรกรรม การเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงมาก (เคยใช้บริการ ร้อยละ 99.6 เดินทาง น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 94.4 และแทบไม่พบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 1.2) ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมและสะดวกต่อประชาชน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการของประชาชนตามตัวชี้วัดสำคัญ (n = 252)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ค่าร้อยละ
เพศหญิง	72.2
อายุมากกว่า 50 ปี	33.7
อาชีพเกษตรกรรม	52.4
เคยใช้บริการสุขภาพในพื้นที่	99.6
ใช้บริการมากกว่า 5 ครั้ง ต่อปี	43.3
เวลาเดินทางน้อยกว่า 30 นาที	94.4
มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ	1.2

2. ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะความเอาใจใส่ และ ความสะดวกในการเดินทาง การทดสอบ ANOVA ชี้ว่า เพศ อายุ และสถานภาพสมรสมีความแตกต่างของความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่อาชีพไม่แตกต่าง ส่วนตัวบ่งชี้ด้านการใช้บริการ พบว่าเวลาเดินทางและความครบถ้วนของบริการมีความสัมพันธ์กับกับความพึงพอใจอย่างชัดเจน ($*p < 0.05$, $**p < 0.01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจและปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญด้วยการวิเคราะห์ ANOVA (n = 252)

มิติ/ปัจจัย	ค่าสถิติ	p-value	หมายเหตุ
ความเอาใจใส่	ค่าเฉลี่ย = 4.33		ระดับมากถึงมากที่สุด
ความสะดวกในการเดินทาง	ค่าเฉลี่ย = 4.28		ระดับมากถึงมากที่สุด
ความรวดเร็วในการให้บริการ	ค่าเฉลี่ย = 4.15		ระดับมากถึงมากที่สุด
ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ	ค่าเฉลี่ย = 3.78		ต่ำสุดในมิติความพึงพอใจ
เพศ	t = 2.547	p = 0.040*	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
อายุ	F = 3.292	p = 0.021*	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สถานภาพสมรส	F = 3.706	p = 0.014*	แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
อาชีพ	F = 2.690	p = 0.070	ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เวลาเดินทาง	F = 7.591	p = 0.001**	สัมพันธ์กับความพึงพอใจ
ความครบถ้วนของบริการ	F = 37.262	p < 0.001**	สัมพันธ์กับความพึงพอใจ

*p-value < 0.05 **p-value < 0.01

3. ด้านบุคลากรสาธารณสุข พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานที่มีประสบการณ์ยาวนาน มีภาระงานเพิ่มขึ้นหลังถ่ายโอนภารกิจ แต่ภาพรวมทรัพยากรและความร่วมมืออยู่ในระดับเพียงพอถึงระดับดี ความสัมพันธ์ทางสถิติชี้ให้เห็นว่า ทักษะมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจในระดับปานกลาง ถึงค่อนข้างสูง ในขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ (ตารางที่ 3)
ตารางที่ 3 คุณลักษณะของปัจจัยด้านบุคลากร รพ.สต. และตัวแปรที่สำคัญหลังการถ่ายโอนภารกิจตามตัวชี้วัดสำคัญ (n = 252)

ปัจจัยที่สำคัญ	ค่าร้อยละ
เพศหญิง	76.2
อายุ 30-39 ปี	35.3
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	64.3
อายุงาน > 6 ปี	67.1
ภาระงานเพิ่มขึ้น (เล็กน้อย-มาก)	56.0
ทรัพยากรเพียงพอ (พอใช้-เพียงพอมาก)	79.8
ความพร้อมก่อนถ่ายโอนไม่ครอบคลุม	87.0
ความร่วมมือ รพ.สต.-อปท. (ดี-ดีมาก)	73.8
ทัศนคติ กับผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ	r = 0.596 (p < 0.01)
ความรู้ กับผลกระทบถ่ายโอนภารกิจ	r = 0.128 (p < 0.05)

4. ผลการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (fit indices อยู่ในเกณฑ์ดีมาก) โดย ความรู้ (K) มีอิทธิพลทางตรงต่อ ผลกระทบหลังถ่ายโอนภารกิจ (RP) สูงที่สุด รองลงมาคือ ทักษะ (A) ส่วน โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) ส่งผลต่อผลกระทบหลังถ่ายโอนภารกิจ (RP) ทางอ้อมผ่านความรู้ (K) และทัศนคติ (A) สอดคล้องกับสมมติฐานว่าการส่งเสริมความรู้ และทัศนคติ เป็นแนวทางที่สำคัญหลักต่อประสิทธิผลหลังการถ่ายโอนภารกิจ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แบบจำลอง SEM แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องและค่าอิทธิพลของตัวแปร

ตัวชี้วัด/พารามิเตอร์	ค่าสถิติ
χ^2 (p-value)	37.826 (0.169)
CMIN/DF	1.243
RMR	0.081
GFI / AGFI	0.971 / 0.948
RMSEA	0.031
R ² (RP / K / A)	0.52 / 0.20 / 0.01
อิทธิพลทางตรง K→RP	0.69
อิทธิพลทางตรง A→RP	0.14
อิทธิพลทางอ้อม SES→RP	0.12
SES→K / SES→A	0.45 / 0.05
	R ² = 0.52**

**p-value < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยค่า χ^2 เท่ากับ 37.826 และมีค่า p-value เท่ากับ 0.169 ซึ่งสูงกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้น ไม่แตกต่างจากข้อมูลจริง ที่เก็บได้ในภาคสนาม ส่วนค่า CMIN/DF เท่ากับ 1.243 อยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อการตีความว่าโมเดลมีความเรียบง่ายและสามารถอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดี ไม่ซับซ้อนเกินความจำเป็น เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องอื่นๆ พบว่า ค่า GFI และ AGFI เท่ากับ 0.971 และ 0.948 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.90 สะท้อนว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อมูลได้ในระดับที่ดี ขณะเดียวกันค่า RMSEA เท่ากับ 0.031 อยู่ในช่วงต่ำกว่า 0.05 บ่งบอกถึงความคลาดเคลื่อนของโมเดลอยู่ในระดับต่ำ และจัดว่าเป็นโมเดลที่มีความเหมาะสมในระดับดีมาก (Good Fit) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ในการตีความและเสนอข้อสรุปเชิงนโยบายหรือแนวปฏิบัติได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ ความแปรปรวนของตัวแปรผลลัพธ์ (R²) พบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (RP) ได้ร้อยละ 52 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับลักษณะข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มักมีอิทธิพลจากปัจจัยหลากหลาย การที่โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง แสดงถึงความเข้มแข็งของโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในโมเดล และมีศักยภาพในการนำไปใช้กำหนดแนวทางการพัฒนาเชิงปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุชี้ให้เห็นว่า ความรู้ (K) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ (RP) สูงที่สุด (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง = 0.69) ขณะที่ทัศนคติ (A) แม้จะมีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์เช่นกัน แต่มีน้ำหนักน้อยกว่า (0.14) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรมุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชนเป็นปัจจัยหลักมากกว่าการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเพียงอย่างเดียว ในขณะเดียวกัน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านความรู้ (Indirect effect = 0.12) โดย SES ส่งผลการเข้าถึงแหล่งความรู้และโอกาสในการได้รับข้อมูลสุขภาพ (SES → K = 0.45) มากกว่าส่งผลต่อทัศนคติ (SES → A = 0.05) ซึ่งหมายความว่า ความเหลื่อมล้ำด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่ได้

ทำให้ทัศนคติแตกต่างกันมากนัก แต่ทำให้โอกาสในการได้รับความรู้ไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพในท้ายที่สุด ดังนั้นกล่าวได้ว่า ผลการวิจัยสะท้อนว่า การพัฒนานโยบายหรือแผนงานด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ เพื่อช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

5. ผลการจัดสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผลการประเมินประสิทธิผลของโมเดลการวิจัยเชื่อมโยงโดยตรงกับข้อค้นพบเชิงปริมาณและผลการวิเคราะห์ SEM ที่ยืนยันบทบาทของ ความรู้ ทัศนคติ และ ความครบถ้วนของการเข้าถึงบริการต่อผลกระทบหลังการถ่ายโอน จึงควรดำเนินการพัฒนา 3 ด้านพร้อมกัน คือ (1) กลไกเชื่อมโยงของระบบระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กพร.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ (2) ยกระดับคุณภาพและความครบถ้วนของการให้บริการที่ รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ และ (3) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร และทัศนคติของบุคลากร โดยมีระบบข้อมูลรองรับเพื่อการตัดสินใจ

วิจารณ์ผลการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ถ่ายโอน ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยทำงานและผู้สูงอายุในชุมชนเกษตรกรรม สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งทำให้ความต้องการบริการปฐมภูมิและการดูแลโรคเรื้อรังสูงขึ้น⁽¹³⁾ การเข้าถึงพบว่า สูงมาก (เคยใช้บริการ ร้อยละ 99.6, เดินทางน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 94.4, มีอุปสรรคเพียงร้อยละ 1.2) ซึ่งให้เห็นว่าระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ถ่ายโอนยังทำงานได้ต่อเนื่องและมีความสะดวกด้านระยะทางและเวลา ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ 5 A's of Access ที่ว่าด้วยความพร้อมใช้ ความยอมรับ ความสามารถจ่าย ความสะดวก และความเพียงพอของบริการ⁽¹⁴⁾ ด้านประสบการณ์รับบริการ ประชาชนพึงพอใจสูงในมิติ ความเอาใจใส่ และความสะดวกในการเดินทาง ขณะที่ค่าใช้จ่ายได้คะแนนต่ำสุดซึ่งสอดคล้องกับกรอบ SERVQUAL ว่าความเอาใจใส่และการตอบสนองมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจโดยรวม⁽¹⁵⁾ และกับองค์ความรู้ปฐมภูมิที่เน้นบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ⁽¹⁶⁾ ผลการวิเคราะห์ ANOVA พบความแตกต่างของความพึงพอใจตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (แต่ไม่แตกต่างตามอาชีพ) ขณะเดียวกันตัวแปร เวลาเดินทาง และ ความครบถ้วนของบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) เน้นย้ำว่า ด้านความสะดวกและความครบถ้วน เป็นจุดเน้นสำคัญของประสบการณ์ผู้รับบริการในบริบทชนบทไทย⁽¹³⁻¹⁵⁾ ข้อค้นพบเชิงประจักษ์นี้ยืนยันสิ่งที่ระบุไว้ว่า ความเร็วในการให้บริการและความเอาใจใส่ของบุคลากรสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของประชาชน โดยเฉพาะเมื่อสถานบริการอยู่ใกล้และเดินทางไม่นาน และเชื่อมกับข้อสรุปเรื่องค่าใช้จ่ายที่ยังเป็นมิติอ่อนไหวบางส่วน ในขณะเดียวกัน มิติด้านบุคลากร พบว่าทัศนคติของบุคลากรสัมพันธ์กับผลกระทบการถ่ายโอนในระดับปานกลางถึงสูง ($r = 0.596, p < 0.01$) ขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกขนาดต่ำ ($r = 0.128, p < 0.05$) สะท้อนบทบาทของปัจจัยเชิงจิตสังคมต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการหลังการกระจายอำนาจ (decentralization) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ Decision Space ซึ่งว่าผลสัมฤทธิ์ขึ้นกับความพร้อม ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกของผู้ปฏิบัติในพื้นที่⁽¹⁷⁾

ผลการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้จากการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณผ่านแบบจำลอง SEM และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในลักษณะ Connoisseurship นั้น ไม่ได้มุ่งหมายเพียงการแก้ไขปัญหาในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ยังเป็นกรอบเชิงยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปสู่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกในระยะยาว ได้อย่างเป็นขั้นตอน คือ 1) ลดระยะเวลาเดินทางและการเพิ่มความครบถ้วนของบริการ เป็นแกนกลางที่ สอดคล้องกับแนวทางบริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ในระยะยาว และส่งเสริมให้เกิดระบบดูแลสุขภาพในชุมชนที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัด เรื่องโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข การจัดบริการแบบบูรณาการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ สสอ. จะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพในระดับท้องถิ่นโดยไม่จำเป็นต้องถูกส่งต่อโดยไม่จำเป็น 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรควรดำเนินต่อเนื่องในรูปแบบชุมชนวิชาชีพแห่งการเรียนรู้ (Professional Learning Community) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน รวมทั้งสามารถเรียนรู้เทคโนโลยีและแนวคิดใหม่ เช่น Telehealth, Digital Health Literacy และ ระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Data-driven decision making) ซึ่งจะเพิ่มขีดความสามารถของหน่วย บริการในการรับมือกับความท้าทายใหม่ๆ เช่น สังคมสูงวัย และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และ 3) ระบบข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเพื่อการติดตามผล ควรได้รับการพัฒนาไปสู่ ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนแบบ เร็ลไทม์ ที่สามารถเชื่อมโยงทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้เกิดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความเป็นระบบที่มีความรับผิดชอบ (Accountability) มากขึ้น และตอบสนองต่อสถานการณ์ จุกแฉกทางสาธารณสุขได้อย่างทันที่ทันที่ ในระยะยาว รูปแบบนี้มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปสู่ ต้นแบบระดับ จังหวัด และสามารถขยายผล (Scale-up) ไปสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะบริบทใกล้เคียง โดยยังคงหลักการ สำคัญ คือ การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered) การเชื่อมประสานการทำงานระหว่าง หน่วยงาน (Integrated Governance) และการกำกับติดตามอย่างโปร่งใส (Accountable System) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการเสริมสร้างระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) นอกจากนี้ การใช้ แนวคิด Appreciative Inquiry (AI) ในการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้เกิดความ ร่วมมือและการยอมรับจากผู้ปฏิบัติจริงมากขึ้น ลดความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง และนำไปสู่การปรับ พฤติกรรมการทำงานอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นในระยะยาว กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานร่วมกันที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงมิใช่เพียงคำตอบต่อปัญหาในปัจจุบันแต่เป็น รากฐานเชิงกลยุทธ์ของการเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบลสู่การบริการที่มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน และเป็นธรรม ในระยะยาว มิใช่เพียงข้อเสนอเชิงแนวคิด ในเชิงทฤษฎี รูปแบบที่เชื่อม การบูรณาการระหว่างหน่วย (Integrated Governance) กับบริการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการติดตามผลลัพธ์สอดคล้องกับข้อเสนอของ WHO ต่อการเสริมสร้างระบบสุขภาพ (People-centered, Integrated, Accountable)^(18,19) และสอดคล้องกับการสร้างทัศนคติองค์กรเชิงบวกแบบ Appreciative Inquiry ที่ช่วยเร่งการเปลี่ยนผ่านเชิงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ⁽²⁰⁾

ผลการประเมินความสอดคล้องของแบบจำลองสมการโครงสร้าง (SEM) และค่าอิทธิพล แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดีมาก $\chi^2 = 37.826$ ($p = 0.169$), $CMIN/DF = 1.243$, $GFI = 0.971$, $AGFI = 0.948$, $RMSEA = 0.031$, $RMR = 0.081$ หมายถึง

ผลการประเมินความสอดคล้องของแบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) สะท้อนว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก (Good Fit Model) กล่าวคือ ค่า Chi-square (χ^2) ที่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่าโมเดลที่กำหนดขึ้นไม่แตกต่างจากข้อมูลจริงที่เก็บได้ หมายความว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายรูปแบบข้อมูลในประชากรได้อย่างถูกต้อง ส่วนค่า CMIN/DF = 1.243 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 บ่งบอกว่าโมเดลมีความเรียบง่ายและไม่ซับซ้อนจนเกินไป สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ค่า GFI = 0.971 และ AGFI = 0.948 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.90 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องในเชิงโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และค่า RMSEA = 0.031 ที่ต่ำกว่า 0.05 บ่งชี้ว่าโมเดลมีความคลาดเคลื่อนน้อยมากระหว่างค่าที่สังเกตได้จริงกับค่า ที่คาดการณ์จากโมเดล ส่วนค่า RMR = 0.081 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้ แสดงถึงความคลาดเคลื่อนของส่วนเหลือที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จึงสรุปได้ว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีมาก ทั้งในเชิงสถิติและในเชิงโครงสร้าง ซึ่งยืนยันความเหมาะสมของโครงสร้างและค่าพารามิเตอร์โดยรวม⁽²¹⁾ ในเชิงอิทธิพลความรู้ (K) มีผลทางตรงสูงสุดต่อผลกระทบหลังถ่ายโอน (RP) รองลงมาคือ ทักษะ (A) ขณะที่โครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม (SES) ส่งผลทางอ้อมต่อ RP ผ่าน K และ A โดย R² ของ RP เท่ากับ 0.52 สะท้อนว่ารูปแบบอธิบายความแปรปรวนผลลัพธ์ได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมตามทฤษฎี TPB ที่พบว่า ความรู้ และทักษะ เป็นกลไกนำไปสู่พฤติกรรมและผลลัพธ์ การปฏิบัติงาน⁽²²⁾ และหลักการ SEM เชิงวิธีวิทยาว่าดัชนีที่ได้อยู่ในช่วงยอมรับ อย่างเข้มแข็ง^(21,23)

สรุปเชิงนโยบายได้ว่าข้อค้นพบทั้งสามวัตถุประสงค์ ขี้เป้าหมาย ให้มีการดำเนินงานพร้อมกันใน (1) การยกระดับความครบถ้วนและความสะดวกของบริการ (2) การสร้างระบบเชื่อมโยงและกำกับร่วม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ (3) การพัฒนาความรู้ ทักษะของบุคลากร ผ่านการฝึกอบรม พี่เลี้ยง วัฒนธรรมองค์กรและระบบข้อมูลติดตามผล ซึ่งทั้งหมดจะถูกวางไว้ในชุดยุทธศาสตร์ กิจกรรมของรูปแบบที่ผ่านการถ่วงดุลโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว

กิติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ปริญญา นากุณบุตร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ให้ความกรุณา กำลังใจในการดำเนินงาน ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขกำแพงเพชร ที่อนุมัติจริยธรรมการวิจัย ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Decentralization to Local Government Organization (ODLOC). Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542 (1999) and Amendment (No.2) B.E. 2549 (2006). 2021 [cited 15 Sep. 2025]. Available from: <https://www.dloc.go.th>
2. Committee on Decentralization to Local Government Organization. Guidelines for the Transfer of Public Health Functions. Bangkok: Office of the Prime Minister; 2010. (in Thai).
3. Sutthipongpracha T, et al. Transfer of public health functions: Lessons and recommendations. Journal of Public Health. 2021;31(2):45-56. (in Thai).
4. Udom T, Patamasiriwat D, Meemak W, Punnitamai W, Thammakoranonta N, Mahakanjana C, et al. Impact of health mission transfer on management. Journal of Public Health Research. 2024;34(1):11-22. (in Thai).
5. Health Systems Research Institute. Report on the Transfer of Public Health Functions. Bangkok: HSRI; 2022. (in Thai).
6. Sriyasak K, et al. The impact of health service transfer on district health office roles. Public Health J. 2024;48(3):221-9.
7. Committee on Decentralization to Local Government Organization, Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. Report on the Transfer of Public Health Functions. Bangkok; 2010. (in Thai).
8. Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office. Population Statistics of Kamphaeng Phet Province. Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office; 2024. (In Thai).
9. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.
10. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2010.
11. Eisner EW. The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice. New York: Macmillan; 1991.
12. Kanjanawasee S. Statistics for Research. Bangkok: Kasetsart University Press; 2011. (In Thai).
13. National Statistical Office. The Situation of the Thai Elderly 2022. Bangkok: National Statistical Office; 2022. (in Thai).
14. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981;19(2):127-40.
15. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. The Journal of Retailing. 1988;64(1):12-40.

16. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
17. Bossert TJ. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*. 1998;47(10):1,513–27.
18. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes WHO's Framework for Action. Geneva: WHO; 2007.
19. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K. Decentralization in health care: Strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press; 2007.
20. Cooperrider DL, Whitney D, Stavros JM. Appreciative Inquiry Handbook: For Leaders of Change. 2nd ed. Brunswick, OH: Crown Custom Publishing; 2008.
21. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. New York: Guilford Press; 2016.
22. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179–211.
23. Knowles MS. The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy. 2nd ed. New York: Cambridge Books; 1980.