



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน 1 ปีที่ 8 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

ISSN: 2651-1193 (Print)
ISSN: 2985-2560 (Online)



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 177

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
น.พ.วินิช เลหาพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวนิช เลหาพันธ์
อธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tphajan@gmail.com
-------------------------	--	--------------------------

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพุด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com
รศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com
ดร.นงษา สิงห์วีธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อีเมล: noppcha.s@cmu.ac.th
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: terdsak.p@msu.ac.th
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	อีเมล: m.phuhongtong@gmail.com
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com
ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th
ดร.เจตนิพิฐ สมมาตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: jetnipit@scphkk.ac.th

ฝ่ายจัดการ

นายภาคิน ตันธุ์มรงค์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phakhin@scphkk.ac.th
นายรวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอต้อนรับผู้อ่านทุกท่านสู่วารสารปีที่ 8 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ในฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิจัยที่มีคุณภาพและหลากหลายสาขา ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเหนือ อำเภอบึงเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ คุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอกอพระชัย จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยระบบ Double blind review อย่างเข้มงวด เพื่อรับประกันมาตรฐานทางวิชาการและคุณภาพของเนื้อหา ซึ่งผลงานเหล่านี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นค้นหา “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิก Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก

สำหรับฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2568 ขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านส่งผลงานวิจัยที่มีคุณภาพมาเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนต่อไป คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานทุกท่านที่ไว้วางใจส่งบทความมาตีพิมพ์ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทางวิชาการเพื่อยกระดับมาตรฐานและพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร

บรรณาธิการ

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง (1 มกราคม - 30 เมษายน, 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม และ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม)

1.2 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆมากยิ่งขึ้น

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.
- 2.3 ตัวหนังสือใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 Point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 - 5 คำ ขนาด 16 Point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma -)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-7.
- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014; 26(3): 320-27.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.

- จริญญา เลิศธรรมยณัฒน์, เอมอร รัชชมนัฒน์, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิตพรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545; 85: 1288-95.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009; 361(16): 1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556; 36: 84-91.
- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหัสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.
- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษกปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn A. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>
- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: <https://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Guide-Interpretation/dp/3540777717>

3.13 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง File ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่ Online submissions
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก Peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้
 - 1) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคลากรภายใน หรือนักศึกษา ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ค่าธรรมเนียม 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 - 2) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคคลภายนอกวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยพิจารณาจากชื่อแรก หรือ Corresponding author ของบทความ ค่าธรรมเนียม 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741

โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

ติดต่อสอบถาม: ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร: 098-102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร: 092-904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบึงกาฬ Developing Environmental Health Literacy to Address Fine Particulate Matter Problems Among Village Health Volunteers in Bueng Kan Province วิชัย ศรีผา	1
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ The Development of a Care Model for Dependent Elderly through Community Participation in Nuea Sub-District, Mueang District, Kalasin Province อรทัย เขจรักษ์, ลำพึง วอนอก, พิทยา ศรีเมือง	12
การมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น Parental Participation and Health Literacy Related to Basic Vaccination Uptake in Children Aged 0-5 Years According to Standard Guidelines in Khon Kaen City Municipality จิณณวัตร ประภักดิ์, สุรัชย์ พิมพ์า, กรรณิกา ศิริจันทร์, พงศธร โตสังวาล, นรภัทร น้อยสุวรรณ	24
คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทาง การพัฒนองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น Quality Standards of Primary Health Care Services and Positive Psychosocial Affecting Organizational High Performance of Ministry of Public Health among Health Promoting Hospital Directors in Khon Kaen Province แสงเทียน โสโพธิ์, สุรัชย์ พิมพ์า, กฤษณะ อุ้นทะโคตร	36
บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น Organizational Climate and Support Affecting the Quality of Work Life of Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals Khon Kaen Province อารยา อาปะหัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์า	50

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น Motivation and Administrative Factors Affecting the Risk Management in The Work of Directors at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province กวีกร เทพถาวร, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชชัย พิมหา	64
คุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ Quality of Life and Health Status Factors Associated with Quality of Life among Older Adults, Chaiyaphum Province ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, สุวารี ทวนวิเศษกุล, พรภัทรา แสนเหลา, ธรณินทร์ คุณแขวน	79
การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน งานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด Organizational Support and Key Success Factors Affecting The Performance According to Thai Traditional Medicine Service Standards among Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals Roi-Et Province ผาณิต พรหมเกตุ, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด	94
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น Factors Associated with The Quality of Life among Family Caregivers of Dependent Older Adults in Khok Pho Chai District, Khon Kaen Province วีระพงษ์ วงษ์ลคร, เจตนิพิฐ สมมาตย์	110
การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด 4M เพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระดับปฐมภูมิ Development and Effectiveness Evaluation of a 4M-Based Behavior Modification Program for Diabetes Prevention in Primary Care At-Risk Groups สาโรจน์ ประพรมมา	121

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|--|---|
| 1. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 2. นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล
(เกษียณอายุราชการ) | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ผศ.ดร.ตั้ม บุญรอด | คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 5. รศ.ดร.กิริพล กาละดี | สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 6. รศ.ดร.ศศิธร ธนะภพ | สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ดร.วรรณภา สระทองหน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี |
| 8. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 9. ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 10. ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 11. ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 12. ผศ.ดร.วรวิทย์ ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 14. ดร.อนุวัฒน์ เพ็งพุด | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบึงกาฬ

วิชัย ศรีผา¹

(วันที่รับบทความ: 25 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 12 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดบึงกาฬ วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ สำรวจ พัฒนา และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจและประเมินผลใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกัน คือ อสม. จำนวน 382 คน จากประชากร 8,030 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ส่วนกลุ่มในการพัฒนาคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 18 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติงาน การสังเกตผล และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการ ผลการพัฒนาพบว่า อสม.จังหวัดบึงกาฬ มีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีพฤติกรรมการจัดการปัญหา PM2.5 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.90) และ 3.95 (S.D. = 0.92) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการปัญหา PM2.5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.548$, $p\text{-value} < 0.001$) และการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.604$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ($r = 0.722$, $p\text{-value} < 0.001$) และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ ($r = 0.728$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก และหลังดำเนินการมีผลการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมให้แก่ อสม. เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนรวมถึงการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, PM2.5, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ,

E-mail: Keepore21@gmail.com

Corresponding author: วิชัย ศรีผา, E-mail: Keepore21@gmail.com

Developing Environmental Health Literacy to Address Fine Particulate Matter Problems Among Village Health Volunteers in Bueng Kan Province

Wichai Sripha¹

(Received: 25th April 2025; Revised: 12nd May 2025; Accepted: 15th June 2025)

Abstract

This action research aimed to develop and study the results of environmental health literacy development to address the fine particulate matter (PM_{2.5}) problem among village health volunteers (VHVs) in Bueng Kan Province. The study was divided into three phases: survey, development and evaluation. Participants were 382 VHVs selected from a population of 8,030 through stratified random sampling using for both the survey and evaluation phases. The development phase involved 18 stakeholders. The research instruments included questionnaires and interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's product-moment and Paired t-test with a significant level of 0.05.

The results revealed that the development process consisted of four steps: planning; implementation; observation of results; and reflection for process improvement. The development results illustrated that VHVs in Bueng Kan Province had high levels of environmental health literacy and PM_{2.5} problem management behavior, with mean scores of 3.51 (S.D. = 0.90) and 3.95 (S.D. = 0.92), respectively. Factors that associated with PM_{2.5} problem management behavior included: access to environmental health information ($r = 0.548$, $p\text{-value} < 0.001$) and understanding of environmental health information ($r = 0.604$, $p\text{-value} < 0.001$), showing moderate correlations. Environmental health information verification ($r = 0.722$, $p\text{-value} < 0.001$) and health protection decision-making ($r = 0.728$, $p\text{-value} < 0.001$) had high correlations. After implementation, environmental health literacy development significantly improved compared to before implementation ($p\text{-value} < 0.001$).

The findings of this study can be employed for further developing participatory environmental health literacy promotion programs for VHVs, enabling them to be better prepared for their community roles and to effectively transfer knowledge to community members.

Keywords: Environmental health literacy, PM_{2.5}, Village health volunteers.

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Bueng Kan District Public Health Office, Bueng Kan Province. E-mail: keepore21@gmail.com
Corresponding author: Wichai Sripha, E-mail: keepore21@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มมีปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ตั้งแต่ปี 2558 พบเกินมาตรฐานทุกปี ในหลายพื้นที่ที่มีสาเหตุมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม การจราจร และการเผาในที่โล่ง จากข้อมูลการเผ่าไร่ร้างคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ พบว่าหลายจังหวัดในพื้นที่เมือง อุตสาหกรรมเชิงนิเวศมีสารมลพิษอากาศที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ PM10 และ PM2.5¹ ส่วนใหญ่มักเกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ เช่น การเผาไหม้จากเครื่องยนต์ดีเซล โรงงานอุตสาหกรรม การเผาไหม้ในที่โล่งของการเกษตร การคมนาคมขนส่ง ไอเสียจากรถยนต์ ฝุ่น ควันดำ รวมถึงภัยธรรมชาติอย่างไฟป่า และภูเขาไฟระเบิด ในเวลาปกติชั้นบรรยากาศจะไล่ดูดหุ้มความร้อนบริเวณพื้นดินขึ้นไปสู่ชั้นบรรยากาศด้านบน ทำให้ฝุ่นต่าง ๆ ลอยขึ้นสูงและถูกกระแสลมพัดออกไปในที่สุด อย่างไรก็ตามการเกษตร และภาคอุตสาหกรรมเป็นตัวก่อมลพิษทั้งทางด้านการผลิต และการเผาของเสีย ซึ่งทำให้เกิดการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ เช่น อุตสาหกรรมที่มีการเผาไหม้จากการผลิตในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงงานถลุงโลหะ โรงผลิตไฟฟ้าจากถ่านหิน โดยโรงงานเหล่านี้ไม่มีการกรอง PM2.5 ก่อนออกสู่ชั้นบรรยากาศ ส่วนมลพิษที่เกิดจากภาคเกษตรกรรมนั้น มักมาจากการเผาไร่อ้อยขนาดใหญ่ การเผาหญ้า ฟางข้าว เพื่อเตรียมพื้นที่เพาะปลูก ถึงแม้จะเป็นวิธีที่สะดวกสบาย แต่ผลกระทบจากการเผาไหม้สามารถแพร่กระจายออกไปในวงกว้างได้ง่าย²

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นความรู้และทักษะที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจเพื่อป้องกัน สุขภาพ โดยใช้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เพื่อป้องกันการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ³ ในการวิจัยด้าน Environmental health literacy จึงเป็นการเปิดช่องทางการสื่อสารสองทางที่มีประสิทธิภาพต่อบุคคลให้บุคคลทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย

สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวเกิดจากการประยุกต์ใช้นิยามปฏิบัติการของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ว่าเป็นความสามารถในการค้นหา เข้าใจ ประเมิน และสามารถใช้อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในการสร้างทางเลือก การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพตนเองจนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และรักษาสิ่งแวดล้อมด้วย⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้กระบวนการต่างๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำ รายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้สื่อหลากหลายประเภทสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมี ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ อสม.เป็นบุคคลที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานในลักษณะจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือประชาชนในละแวกบ้านโดยได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สิ่งสำคัญที่อาสาสมัครสาธารณสุขจะสามารถเข้าถึงประชาชนได้คือการเข้าใจธรรมชาติของประชาชนในพื้นที่ว่ามีชีวิตความเป็นอยู่รวมทั้งสภาพแวดล้อม

ของพื้นที่ที่อาศัยอยู่ว่ามีความแออัดอันทวย ในการส่งเสริมให้กับสุขภาพของประชาชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยอาศัยองค์ประกอบความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาเป็นเรื่องในการให้ประชาชนมีความเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง⁵

จังหวัดบึงกาฬมีทั้งหมด 8 อำเภอ ประมาณเดือนมกราคม - เมษายน ของทุกปี ท้องฟ้าจะถูกปกคลุมไปด้วยเมฆหมอก เห็นชัดเจนจากภาพมุมสูง มีเมฆหมอกควันไฟปกคลุมไปทั่วเป็นบริเวณกว้าง ในปี พ.ศ.2563 - 2567 พบว่า ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดเฉลี่ยรายปีเท่ากับ 156 129 193 และ 188 มกค./ลบ.ม. ตามลำดับ และจากข้อมูลในปี 2568 ค่าสูงสุดวัดค่าฝุ่นจากเครื่องวัดปริมาณค่าฝุ่นขนาดเล็ก หรือฝุ่น PM2.5 ณ วันที่ 25 มีนาคม 2568 ในเวลา 07.00 น.อำเภอบึงคล้า วัดได้ค่าสูงสุด 240 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร หรือ มกค./ลบ.ม. รองลงมาอำเภอเมืองบึงกาฬวัดได้ 227 มกค./ลบ.ม. และอำเภอบึงโขงหลงวัดได้ 193 มกค./ลบ.ม. ตามลำดับ โดยสรุปภาพรวมทั้งจังหวัดเฉลี่ยค่าฝุ่นละออง PM2.5 อยู่ที่ 133.8 มกค./ลบ.ม. ซึ่งมีแนวโน้มเกินค่ามาตรฐานทุกปี⁶ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้พบผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - 2567 มีการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อันเกี่ยวเนื่องจากมลพิษทางอากาศ (12,452) (13,025) (12,656) (16,520) (19,223) ราย ตามลำดับ⁷

อสม.เป็นกลุ่มองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด รู้จักสภาพปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนมากที่สุด และจะเป็นกลไกที่ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะทำการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นข้อมูลในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับกลุ่มอสม.เพื่อที่จะไปดูแลให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาเบื้องต้น แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดการปัญหา PM2.5

2) เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)⁸ มีกระบวนการดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสำรวจ (Survey) โดยทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เพื่อศึกษาบริบท สาเหตุของปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 382 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2568

ประชากรเป็นกลุ่ม อสม. ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 6, 030 คน ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane⁹ ที่ใช้ระดับความเชื่อมั่น 0.05

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่ N = จำนวนประชากรที่ศึกษา 8, 030 คน

e = ความคลาดเคลื่อนที่รับได้ 0.05

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วน โดยทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน โดยใช้สูตร จำนวนตัวอย่างแต่ละชั้น =

$$\frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{ประชากรแต่ละชั้น}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ระยะที่ 2 กระบวนการดำเนินงานเพื่อได้แนวทางในการพัฒนา โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 18 คน ได้แก่ ตัวแทน อสม. 8 อำเภอ ๆ ละ 1 คน, ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ 8 คน, ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 1 คน และตัวแทนฝ่ายปกครองระดับจังหวัด 1 คน โดยใช้แบบบันทึกสังเกตการณ์ ในการสนทนากลุ่ม ตั้งแต่เดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2568 แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์เพื่อเขียนแผนการปฏิบัติงาน 2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นการวางแผนมาดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) เป็นการติดตามกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา PM2.5 โดยการสังเกตและสอบถาม และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นการนำผลการสังเกตผลการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผลจากกระบวนการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามและกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) รูปแบบของแบบสอบถามและประเด็นในการสนทนากลุ่ม ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.67 หาความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ

ครอนบาค¹⁰ โดยแบบสอบถามรวมได้ค่า Reliability = 0.801

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป¹¹ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็น อสม

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม¹¹ 1) ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล, การเข้าใจข้อมูล, การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจ เพื่อป้องกันสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ ได้ค่า Reliability = 0.875

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5¹¹ ได้แก่ พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจาก PM2.5 และพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัส PM2.5 จำนวน 20 ข้อ ได้ค่า Reliability = 0.724

4) ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มข้อมูลสถานการณ์และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการปัญหา PM2.5 จำนวน 10 ประเด็น

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ผลต่างค่าเฉลี่ย และค่า P - value ข้อคำถามเชิงบวก ให้ค่าคะแนนตามความเป็นจริง มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด = 1, มาก = 2, ปานกลาง = 3, น้อย = 4, น้อยที่สุด = 5 การแปลผลแบ่งเป็น 5 ชั้น โดยการแบ่งช่วงเฉลี่ย กล่าวคือค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึงระดับน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึงระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึงระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด¹²

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การแปลผลมากกว่า 0.7 = ระดับมาก, 0.3 - 0.7 = ระดับปานกลาง, ต่ำกว่า 0.3 = ระดับน้อย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹³

3) การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹³

4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)¹⁴

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เอกสารรับรองเลขที่ BKPH 2025-014

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 382 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.14 เพศชาย ร้อยละ 35.86 อายุส่วนใหญ่

อยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 39.29 อายุเฉลี่ย 46.71 (S.D. = 10.19) อายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.93 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.71 และระยะเวลาการเป็น อสม.อยู่ระหว่าง 10 - 14 ปี ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 12.23 (S.D. = 9.23) น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 32 ปี

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

พบว่า อสม.มีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.90) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการเข้าถึงข้อมูล, การเข้าใจข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.77), 3.74 (S.D. = 0.85), 3.44 (S.D. = 0.73) ตามลำดับ ส่วนการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.23 (S.D. = 0.71) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดการปัญหา PM2.5 (n = 382)

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความรู้
1. การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.71	0.77	มาก
2. การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.73	0.85	มาก
3. การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.54	0.73	มาก
4. การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	3.23	0.71	ปานกลาง
รวม	3.51	0.90	มาก

พฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5

พบว่า อสม.มีพฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.92) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกัน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.85), 3.68 (S.D. = 0.93) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 (n = 382)

พฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ PM2.5	4.24	0.85	มาก
2. พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัส PM2.5	3.68	0.93	มาก
รวม	3.95	0.92	มาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

พบว่าปัจจัยความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและการเข้าใจข้อมูล มีความสัมพันธ์ระดับ

ปานกลาง ($r = 0.548$, $p\text{-value} < 0.001$) ($r = 0.604$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ การตรวจสอบข้อมูลและการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ระดับมาก ($r = 0.722$, $p\text{-value} < 0.001$) ($r = 0.728$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม PM2.5 ($n = 382$)

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	พฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5		
	r	ระดับ	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.5482	ปานกลาง	<0.001
2. การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.6044	ปานกลาง	<0.001
3. การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.7223	มาก	<0.001
4. การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	0.7284	มาก	<0.001

ผลของการพัฒนา

พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมดำเนินการ พัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 0.47) มากกว่า

ก่อนเข้าร่วมดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 3.24 (S.D. = 0.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลของการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา PM2.5 ($n = 382$)

การปฏิบัติงาน (Interventions)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมดำเนินการ	3.24	0.37	1.85	<0.001
หลังเข้าร่วมดำเนินการ	3.73	0.47		

การสนทนากลุ่มและการประชุมสหสาขาวิชาชีพ

ตารางที่ 5 ข้อมูลสถานการณ์และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการปัญหา PM2.5

ประเด็นคำถาม	สถานการณ์และข้อคิดเห็น
1. การติดตามสถานการณ์ PM2.5	- ติดตามสถานการณ์จากกลุ่มไลน์ - แปลผลข้อมูลได้และถูกต้อง
2. สนับสนุนให้คนในบ้านและในชุมชนร่วมรณรงค์ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพจาก PM2.5	- ลดการเผาในที่โล่ง เช่น เผาเศษวัสดุการเกษตร - แก้ปัญหาการจราจรลดการเผาไหม้เชื้อเพลิง - กำหนดเขตการก่อสร้างอาคาร - รณรงค์ลดการสูบบุหรี่ - ลดการใช้เตาปิ้งย่างที่ทำให้เกิดควัน - ปรับปรุงสถานประกอบการต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน

ประเด็นคำถาม	สถานการณ์และข้อคิดเห็น
3. การเฝ้าระวังอันตรายต่อสุขภาพตนเอง ด้วยการเตรียมพร้อม หน้ากากป้องกันฝุ่นในพื้นที่ที่มี PM2.5 สูง	- เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทุกช่องทาง - จัดทำข้อมูลข่าวสารประเด็นข่าวที่ถูกต้อง - สื่อสารความเสี่ยง ผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งผลิตสื่อเพื่อเผยแพร่ด้วย รูปแบบและภาษาที่เหมาะสม - ประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดการข้อมูล
4. คนในชุมชนช่วยกันปรับปรุงสภาพแวดล้อม โดยปลูกต้นไม้เพื่อดักฝุ่นละอองและมลพิษอากาศในบริเวณบ้าน	- ปลูกต้นไม้ในบ้านและที่สาธารณะ - หมั่นทำความสะอาดบ้านเรือนอย่างสม่ำเสมอ - สนับสนุนการสร้างสวนสาธารณะ - สนับสนุนการเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้แก่ชุมชน
5. คนในชุมชน หมั่นบริโภคผักผลไม้สีเขียว ส้ม ถั่ว เหลืองที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ มีวิตามินสูง เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันความเสื่อม	- งดรงคให้ทุกครัวเรือนรับประทานผักและผลไม้ - ปลูกผักสวนครัว - รับประทานผลไม้ตามฤดูกาล
6. คนในชุมชน สังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง และคนในครอบครัว เช่น มีไอเรื้อรัง แสบจมูก หายใจลำบาก หากมีสาเหตุมาจาก PM2.5 ควรไปพบแพทย์ทันที	- สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย - เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์
7. คนในครอบครัวหมั่นทำความสะอาดที่พัก	- หมั่นทำความสะอาดบ้านเรือนอย่างสม่ำเสมอ
8. คนในชุมชน หลีกเลี่ยงหรือลดกิจกรรมที่ก่อให้เกิด PM2.5 เช่น ปิ้งย่าง จุดธูป เผากระดาษ เผาใบไม้ เผาขยะ ลดการใช้รถยนต์ที่ควันดำเป็นต้น	- ไม่ประกอบอาหารที่ทำให้เกิดควัน - ไม่เผาขยะ - งดจุดธูปเทียนบูชาพระ แต่ใช้ธูปเทียนไฟฟ้าแทน - นำรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ตรวจสภาพประจำ
9. ผู้มีอาชีพเสี่ยง เช่น คนกวาดถนน จราจร คนขับรถรับจ้างประเภทรถตุ๊กๆ รถจักรยานยนต์ สวมหน้ากากป้องกัน PM2.5 สูงกว่า 91 มคก./ลบ.ม. (ระดับสีแดง) ขึ้นไป	- แนะนำให้ผู้มีอาชีพเสี่ยง เช่น คนกวาดถนน จราจร คนขับรถ รับจ้างประเภทรถตุ๊กๆ รถจักรยานยนต์ สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น
10. ผู้ที่สัมผัสกับฝุ่น PM2.5 ให้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และนำเสื้อผ้าไปซักให้สะอาดทันที	- อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายวัน ละ 2 ครั้ง - อาบน้ำทันทีที่หกร่างกายไปสัมผัสกับฝุ่น - ซักเสื้อผ้าให้สะอาดอยู่เสมอ

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งอภิปรายประเด็นและข้อค้นพบที่สำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดการปัญหา PM2.5

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.90)

มีพฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.92) และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง สามารถการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ส่งผลให้มีความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพได้ ทำให้มีระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีพฤติกรรมจัดการปัญหา PM2.5 โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน 4 ด้านคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 โดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง¹⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมระดับดี มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 ภาพรวมในระดับดี ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง¹⁶ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.784$, $p < 0.001$) ผลการ วิจัยแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน¹⁷ อย่างไรก็ตามเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและบริบทพื้นที่ อาจทำให้เกิดความแตกต่างในระดับความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้วพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับการสื่อสารหรือระดับปฏิสัมพันธ์ และ ระดับการคิดวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบริหารจัดการตนเองบางด้าน ส่วนความรู้ทางสุขภาพในระดับพื้นฐานมีความสัมพันธ์น้อยกับความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง¹⁸

2. เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา PM2.5 ในกลุ่มอสม. โดยรวมหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา PM2.5 ดีขึ้น สอดคล้องกับกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ โดยพบความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมในระดับไม่ลดลง และมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ โดยพบพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมในระดับไม่ลดลง สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ สามารถพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้¹⁹

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปลงแก้ปัญหาในชุมชนด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อนำคนในชุมชนทั้งหมดมาร่วมกันแก้ปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกับนักวิจัยเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาผลกระทบทางสุขภาพจาก PM2.5 ในชุมชนที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา PM2.5 กลุ่ม อสม. จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และผู้ทรงคุณวุฒิในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บึงกาฬทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือของงานวิจัย และขอขอบพระคุณ อสม.จังหวัดบึงกาฬ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ PM2.5 พื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 2562.
2. ศูนย์สื่อสารการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ. รายงานสถานการณ์ PM2.5 รายงานการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศ. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2567.
3. Gray KM. From Content Knowledge to Community Change: A Review of Representations of Environmental Health Literacy. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(3): 466.

4. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อสม.ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 250-62.
6. กลุ่มงานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์ฝุ่น PM2.5; บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567.
7. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. สถิติรายงานผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดบึงกาฬ. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567.
8. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
9. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ และเครทซี-เมอร์แกน. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562; 8(1): 11-28.
10. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2553.

11. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
12. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
13. ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ. การวิเคราะห์ข้อมูล; เอกสารการสอน ชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. หน่วยที่ 11 หน้า 164-70. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2537.
14. จำเนียร จวงตระกูล, นวสันต์ วงศ์ประสิทธิ์. การวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2562; 2(2): 1-14.
15. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 ของอสม.ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. นนทบุรี: กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
16. ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน, ปราณี ทัดศรี, ดวงนภา บุญส่ง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562; 42(3): 14-24.
17. สุภาภรณ์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์, นิธินันท์ ศิริบารมีสิทธิ์, ชนินทร รัตตสัมพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM 2.5 ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565; 42(3): 53-62.
18. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Van Der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. Patient Educ Couns. 2015; 98(1): 41-8.
19. เพ็ญวิภา นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

อรทัย เขจรรักษ์¹, ลำพึง วอนอก², พิทยา ศรีเมือง³

(วันที่รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 13 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 3 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 34 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 69 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ยังขาดวัสดุอุปกรณ์ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุมีฐานะยากจน สหวิชาชีพไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและมีความวิตกกังวล ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยไม่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเหนือประกอบด้วย 8 ประการคือ 1) การบริหารจัดการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุน LTC 2) ทีมสหวิชาชีพออกให้บริการ 3) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน 4) การจัดการบริการตามแผนรายบุคคล 5) การสนับสนุนทางสังคมผ่านโครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 6) การประยุกต์ใช้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นผ่านโครงการถนนสายบุญ 7) การสนับสนุนจากภาคประชาชน และ 8) การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรเครือข่ายอื่น ๆ ส่วนผลการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการบริหารจัดการระบบ LTC ได้คะแนนรวม 92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การพัฒนารูปแบบ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: okheyjornrak@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: lampung@scphkk.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

Corresponding author: พิทยา ศรีเมือง, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

The Development of a Care Model for Dependent Elderly through Community Participation in Nuea Sub-District, Mueang District, Kalasin Province

Orathai Kheyjornrak¹, Lampung Vonok², Phitthaya Srimuang³

(Received: 20th May 2025; Revised: 13rd June 2025; Accepted: 3rd July 2025)

Abstract

This action research aimed to study the situation in caring for dependent elderly, develop a care model, and evaluate a care model for dependent elderly through community participation in Nuea Sub-district, Muang District, Kalasin Province. The research was divided into 3 phases: Phase 1 studied the situation in caring for dependent elderly; Phase 2 developed the model; and Phase 3 evaluated the developed model. The target groups were 34 stakeholders involved in model development and 69 dependent elderly. Quantitative data were collected using questionnaires and data recording forms, while qualitative data were collected through in-depth interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that the situation in caring for the dependent elderly included lack of materials and equipment such as adult diapers, elderly people in poverty, insufficient interprofessional teams, elderly people with chronic diseases and anxiety, non-compliance with recommendations, and inappropriate living environments. The developed model consisted of 8 aspects: 1) Management by local government organizations through LTC fund; 2) Interprofessional team outreach services; 3) Elderly Quality of Life Development and Rehabilitation Center as coordination hub; 4) Individual Care plan services; 5) Social support through adult diaper project; 6) Application of local cultural dimensions through Merit Road project; 7) Public sector support; and 8) Community participation and other network organizations. Evaluation of the dependent elderly care model through community participation showed that the LTC system management scored 92 out of 100 points.

Keywords: Dependent elderly, Community participation, Model development

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: okheyjornrak@gmail.com

² Instructor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: lampung@scphkk.ac.th

³ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

Corresponding author: Phitthaya Srimuang, E-mail: phitthaya@scphkk.ac.th

บทนำ

ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ “ผู้สูงอายุ” หมายถึงประชากรทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับนิยามในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุของไทย พ.ศ. 2546¹ สถานการณ์โลกในปี ค.ศ. 2020 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.50 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคือจีน อินเดีย และสหรัฐอเมริกา ในภูมิภาคอาเซียน มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 11.0 และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 ทุกประเทศในอาเซียนจะกลายเป็น สังคมสูงอายุ² ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งประเทศ และ คาดว่าในปี พ.ศ. 2565-2566 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.66 ซึ่งจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และ ในปี พ.ศ. 2578 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28.50³

การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อมและโรคเรื้อรัง อื่นๆ ขณะที่การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 37.8 ซึ่งต่ำกว่า เป้าหมายที่ร้อยละ 60.00 โดยพฤติกรรมที่ทำได้ น้อยที่สุด คือ การมีกิจกรรมทางกาย⁴ การขับเคลื่อนนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long term care) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลประกาศ นโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยในปีงบประมาณ 2563 มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.07 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 89.56 จาก การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ปีงบประมาณ 2563 ทั้งประเทศที่มีระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชนผ่านเกณฑ์จำนวน 6,752 ตำบล จากทั้งหมด 7,255 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 93.07 (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80.00) และผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan จำนวน 228,664 ราย จาก 255,327 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.56 (เป้าหมายร้อยละ 80.0)³

จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.79 ของประชากรทั้งหมด⁴ สำหรับ ตำบลเหนือ อำเภอมือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.80 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 4.95 ของผู้สูงอายุ ทั้งหมด โดยเทศบาลตำบลเหนือได้เข้าร่วม ดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 แต่ผลการดำเนินการ พบว่า การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในการจัดบริการ ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามสิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เช่น ยังขาดการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้เป็นประจำ นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องดูแลหลายมิติทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงนำไปสู่การศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผลที่ได้จากการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้รูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข ได้รับการอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกมิติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหนือ อำเภอมือ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบล เหนือ อำเภอมือ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลเหนือ อำเภอมือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁵ ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งหมด 34 คนประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ จำนวน 6 คน กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล จำนวน 8 คน และกลุ่มผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำวิจัย สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีปัญหาสุขภาพรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมงานวิจัยได้

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มผู้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งหมด 69 คน โดยเป็นกลุ่มติดบ้าน 65 คนและกลุ่มติดเตียง 4 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพิจารณาจากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) ที่มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 4-11 คะแนน โดยกลุ่มติดเตียงต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถรับรู้สื่อความหมายได้ ฟังหรืออ่านภาษาไทยได้ สุขภาพจิตดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือมีปัญหาสุขภาพรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living: ADL) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

4) แบบประเมินความพึงพอใจ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สำหรับทีมสหวิชาชีพออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6) แบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) สำหรับประเมินระบบภาพรวมตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ SCPHKK. HE652075 ลงวันที่ 24 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์

ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเหนือ อำเภอมือเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับข้อมูลประชากร ข้อมูลผู้สูงอายุ ปัญหาในพื้นที่ ปัญหาของการจัดบริการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในและข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลตำบลเหนือ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.80 มีภาวะพึ่งพิง และร้อยละ 4.95 เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (ติดบ้าน 65 คน และติดเตียง 4 คน) ปัญหาที่พบ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงขาดวัสดุอุปกรณ์จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และมีฐานะยากจน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 53.62 จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 69 คน สหวิชาชีพไม่เพียงพอในการดูแล ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรค มีปัญหาการเคลื่อนไหว การได้ยิน ภาวะหลงลืม มีความวิตกกังวล ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและมีสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบฯ

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁵ ดำเนินการ 1 วงรอบการวิจัย ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 34 คน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 แผนงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรียงลำดับความสำคัญในการดำเนินงานในเขตพื้นที่ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

โครงการ	กิจกรรม	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1) โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความจำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - จัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - ดำเนินการออกมอบผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่	ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ เทศบาลตำบลเหนือ
2) โครงการถนนสายบุญเพื่อแบ่งปันสิ่งของอุปโภคบริโภคแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- จัดโครงการถนนสายบุญ - ดำเนินการมอบสิ่งของอุปโภคบริโภคให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับสิ่งของอุปโภคบริโภค	เทศบาลตำบลเหนือ

เพื่อวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่างรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ

เครื่องมือในการวิจัย ใช้กระบวนการ AIC และใช้แบบสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์ เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ วางแผนการแก้ไขปัญหาคำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ได้ข้อสรุปเป็น 3 โครงการ (ดังตารางที่ 1)

โครงการ	กิจกรรม	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3) การจัดทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ออกเยี่ยมบ้าน ติดตาม ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	รายงานบันทึกการ เยี่ยมบ้าน	รพ.สต.บ้านดอน ศูนย์ พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุฯ เทศบาล ตำบลเหนือ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Act)

เป็นขั้นตอนที่นำแผนที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ตามแผนปฏิบัติการ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 โครงการ ได้แก่

(1) โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care plan) ได้รับการสนับสนุน ผ้าอ้อมเพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 37 คน

วิธีดำเนินการ จัดทำโครงการเสนอขอรับ สนับสนุนงบประมาณจากศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการและบุคคลอื่นที่มี ภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเหนือ โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ 2) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/ จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด และ 3) ดำเนินการจัดซื้อและมอบผ้าอ้อมให้กับ กลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อม ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

ผลการดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินการ ออกให้บริการมอบผ้าอ้อมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 100

(2) โครงการถนนสายบุญเพื่อแบ่งปันสิ่งของ อุปโภคบริโภคแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อสนับสนุนให้วัด ชุมชน/หมู่บ้าน สถานศึกษาและองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงสังคม ให้เกิดสัมพันธภาพอันดี โดยผ่านการดำเนิน กิจกรรมภายใต้โครงการวัดประชารัฐ สร้างสุข 2) เพื่อส่งเสริมให้พุทธศาสนิกชนเกิดความเลื่อมใส ในพระศาสนาและเป็นการนำพาพุทธบริษัท 4 มาช่วยกันสืบสานรักษาและจรรโลงไว้ซึ่ง พระศาสนา รวมทั้งชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน และ 3) เพื่อส่งเสริมให้วัดเป็นศูนย์กลางของแหล่ง การเรียนรู้ให้กับชุมชนทำให้เกิดสังคมแห่งการ เรียนรู้และการถ่ายทอดศิลปะ วัฒนธรรม จารีต ประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น อีกทั้งยังเป็นการ รักษาไว้ซึ่งมรดกทางวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เทศบาลตำบลเหนือ วัดเสตวันนาราม วัดสว่างอรุณ โรงเรียนบ้านดอนวิทยาคาร โรงเรียนบ้านเหล็ก กกกอกสามัคคี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ ชมรม อสม. ตำบลเหนือ

วิธีดำเนินการ จัดทำโครงการถนนสายบุญ เพื่อแบ่งปันสิ่งของอุปโภคบริโภคแก่ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) แต่งตั้ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ วัด ประชา รัฐ สร้างสุข 2) คัดเลือกวัดและ สถานศึกษา เพื่อเข้าร่วมโครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุข โดยการจับคู่ร่วมกับศาสนสถาน สถานศึกษา และภาคีความร่วมมือในรูปแบบ 1 อปท. 2 ศาสนสถาน 2 สถานศึกษา 3) ประสาน วัดที่จับคู่ร่วมกันส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

วัด ประชา รัฐ สร้างสุข ไปยังพระเลขาณการ
เจ้าคณะอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และพระเลขาณการ
เจ้าคณะจังหวัดกาฬสินธุ์ตามลำดับชั้น 4) องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น วัด สถานศึกษา และภาคี
ความร่วมมือดำเนินการจัดให้มีการลงนามบันทึก
ข้อตกลงความร่วมมือเพื่อประกาศเจตนารมณ์
ที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกัน
5) จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและ
กำหนดแนวทางการจัดกิจกรรม และ 6) รายงาน
ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออก
มอบสิ่งของอุปโภค บริโภค ได้แก่ ข้าวสาร
อาหารแห้ง น้ำดื่ม ปลากระป๋อง มาฆ่า ไช้และ
กระดาดชำระที่ได้รับจากโครงการนี้แก่ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 37 คน

(3) การจัดทีมสหวิชาชีพออกให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลเหนือได้รับการบริการ
ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแล
เฉพาะราย (Care plan) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
และ 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
เทศบาล ตำบลเหนือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 69 คน แบ่งเป็น
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน 65 คน และ
กลุ่มติดเตียง 4 คน

วิธีดำเนินการ 1) สํารวจผู้สูงอายุในพื้นที่
เทศบาลตำบลเหนือ และประเมินการทำกิจวัตร
ประจำวันโดยใช้ แบบประเมิน คัดกรอง
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี
บาร์เธล เอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มี
คะแนนประเมินเอดีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า 11
โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการ
ด้านสาธารณสุข 2) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะ
ยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) จัดทำ

แผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) และปรึกษา
ปัญหาการวินิจฉัยกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
(Care conference) เพื่อประกอบการจัดทำ
ข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ
3) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตฯ จัดทำ
โครงการ ดำเนินการตามโครงการและสรุปผลการ
ดำเนินงาน

ผลการดำเนินโครงการ หลังจากเสร็จสิ้น
การดำเนินกิจกรรม ได้มีการประเมิน ADL
กลุ่มผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
จำนวน 69 คน พบว่า ผู้สูงอายุเปลี่ยนกลุ่มจาก
กลุ่มติดบ้าน 1 คน เป็นกลุ่มติดสังคม 1 คน และ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านมี ADL เพิ่มขึ้น
1-2 คะแนนจำนวน 20 คน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observe)

เป็นขั้นตอนของการสังเกตการณ์และ
การติดตามการดำเนินงานในการใช้รูปแบบการ
ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการตามแผนปฏิบัติการ

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวน 34 คน

วิธีดำเนินการ สังเกตการณ์และการติดตาม
การดำเนินงานตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา
การวางแผนแก้ไข้ปัญหา การดำเนินการตาม
แผนการติดตามผลการดำเนินงานของทั้ง
3 โครงการ

ผลการดำเนินงาน พบว่าทั้ง 3 โครงการ
ได้รับการตอบรับอย่างดี ทุกภาคส่วนเข้ามา
มีส่วนร่วม ผู้สูงอายุและญาติพึงพอใจโดยเฉพาะ
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ช่วยแบ่งเบ
ภาระค่าใช้จ่าย รวมทั้งผลการประเมิน ADL
หลังดำเนินโครงการมีแนวโน้มดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

เป็นขั้นตอนของการรายงานผล
การดำเนินงาน เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน
ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ สะท้อนปัญหา
อุปสรรคข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไข้ปัญหา
รวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 34 คน
วิธีดำเนินการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
ผลการดำเนินงาน พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเหนือในครั้งนี้เป็นการต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่เดิมเป็นรูปแบบที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลตำบลเหนือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวโดยเฉพาะโครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่และการมอบสิ่งของอุปโภคบริโภค 3) การประยุกต์ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมและสังคมผ่านประเพณีถนนสายบุญ 4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกผ่านทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลรายบุคคล และ 5) การมีกลไกการประสานงานและบริหารจัดการที่ชัดเจนโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ แต่อย่างไรก็ดีพบปัญหาและอุปสรรคคือ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ ปัญหาสังคมจากการทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังและข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการเมื่อญาติหรือผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation)

เป็นการสรุปภาพรวมผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมและสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 34 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 69 คน

วิธีดำเนินการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและการประเมินความพึงพอใจสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้พัฒนาขึ้นและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับ ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

($\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.22) ส่วนผลการประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นจาก 90 คะแนน เป็น 92 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) จัดเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ได้จากผลการดำเนินการดังกล่าวสามารถสรุปเป็นรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลตำบลเหนือที่พัฒนาขึ้นโดยมีองค์ประกอบ 8 ประการ ดังนี้

1) การบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทต.เหนือ) ผ่านกองทุน LTC ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.

2) ทีมสหวิชาชีพจาก สสจ.กาฬสินธุ์ รพ.กาฬสินธุ์ และ รพ.สต.บ้านดอน ร่วมให้บริการวิชาชีพเฉพาะทาง

3) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ เป็นศูนย์กลางในการประสานงานผ่าน CM CG และสหวิชาชีพ

4) การจัดบริการตามแผนรายบุคคล (Care plan) ที่ให้บริการเชิงรุกถึงบ้านผู้สูงอายุ

5) การสนับสนุนทางสังคมผ่านโครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นพื้นฐาน

6) การประยุกต์ใช้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นผ่านโครงการถนนสายบุญที่ผสมผสานความเชื่อทางศาสนากับการดูแลผู้สูงอายุ

7) การสนับสนุนจากภาคประชาชนผ่านอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และ

8) การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกำนันผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ อสม. ชุมชน และองค์กรเครือข่ายอื่นๆ

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัย ตำบลเหนือมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.80 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 4.95 สถานการณ์ปัญหาและ

ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ขาดวัสดุอุปกรณ์ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ บางรายมีฐานะยากจน สหวิชาชีพไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัวและมีความวิตกกังวล ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และพักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม จำนวนประชากรผู้สูงอายุใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของสังคมสูงวัยตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 10-20 จากสถานการณ์ปัญหาแสดงถึงความจำเป็นในการจัดบริการดูแลระยะยาวทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านความยากจน ด้านบุคลากร ด้านตัวผู้สูงอายุเอง และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี ศรีหาภาคและคณะ⁸ ที่พบว่า สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน พบผู้สูงอายุร้อยละ 66 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.16 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดวัสดุอุปกรณ์จำเป็นโดยเฉพาะผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 5 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด มีความพิการร้อยละ 3 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสาคร อินทโธโล วชิร อมรโรจน์วรูฒิและฐิติมา ชายพระอินทร์⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.14% และผู้สูงอายุในชุมชนอยู่อาศัยตามลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 3.43

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart⁵ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ของ Cohen และ Uphoff¹⁰ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล โดยผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานเป็นการสร้างกระบวนการ

มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมดำเนินโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมและโครงการถนนสายบุญสะท้อนการตอบสนองต่อการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ สิ่งของ (Instrumental support) ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีฐานะยากจน การพัฒนารูปแบบมีองค์ประกอบของการดำเนินงาน 8 ประการ ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุน LTC 2) ทีมสหวิชาชีพร่วมให้บริการ 3) ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการประสานงานผ่าน CM CG และสหวิชาชีพ 4) การจัดบริการตามแผนรายบุคคล 5) การสนับสนุนทางสังคมผ่านโครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 6) การประยุกต์ใช้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นผ่านโครงการถนนสายบุญ 7) การสนับสนุนจากภาคประชาชน และ 8) การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรเครือข่ายอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนษฐ์ แสงทองสุข และปิยะณัฐ เกียงประสิทธิ์¹¹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิด ความผูกพัน และมีความไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง และการรับบริการต่าง ๆ ในชุมชน และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย พ.ศ. 2561-2580 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน สนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมทำ ซึ่งเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาตนเอง เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งพาตนเองและ

การพึ่งพากันเองในชุมชนโดยสนับสนุนการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชนให้ชุมชนได้บริหารจัดการและมีส่วนร่วมในกิจการของชุมชนโดยตรง¹² อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา ศรีภูวงษ์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์¹³ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมีการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ มีกระบวนการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุข มีนโยบายในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้พัฒนาขึ้นและเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง คะแนนการประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่า ADL ดีขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยเฉพาะการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และสิ่งของอุปโภคบริโภค การประยุกต์ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมและสังคมผ่านประเพณีถนนสายบุญ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกผ่านทีมสหวิชาชีพตามแผนการดูแลรายบุคคล และการมีกลไกการประสานงานและบริหารจัดการที่ชัดเจนโดยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา ศรีภูวงษ์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์¹³ ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลท่าขอนยาง จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก และสามารถยกระดับจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมได้ร้อยละ 26.67 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่คล้ายคลึงกันคือความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การมีศูนย์บริการที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการใช้ต้นทุนทางสังคมในการขับเคลื่อนงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย รวมทั้งประยุกต์ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรมและสังคมมาร่วมบูรณาการในการดำเนินงานเพื่อลดภาวะการพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นควรได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในรายที่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะและการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

1.3 ควรมีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพเชิงรุกในการออกให้บริการในชุมชน โดยการจัดตารางการออกเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการร่วมกันและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผล (Follow-up study) เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

2.3 ควรมีการศึกษาวិจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์ และให้คำปรึกษาจาก ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง และ อ.ดร.ลำพึง วอนอก ขอขอบคุณนายกเทศมนตรีตำบลเหนือ พนักงานเทศบาลตำบลเหนือและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่อน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดการข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุของไทย พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/832>
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2564.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th>
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เขตสุขภาพที่ 7 [อินเทอร์เน็ต]; 2565. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/ksn/public/standard-report>
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
6. กรมการแพทย์. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2561.
8. ศิราณี ศรีหาภาค, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหาหนุ, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 44-62.
9. สาคร อินทไธโล, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, จิตติมา ขายพระอินทร์. ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ: บริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2565; 12(4): 146-55.
10. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. New York: Cornell University; 1981.

11. อรนิษฐ์ แสงทองสุข,
ปิยะณัฐ เกียงประสิทธิ์.
แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพล
ต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตจังหวัด
สมุทรปราการ. วารสารวิชาการ
เทคโนโลยีการจัดการ. 2567;
5(1): 48-58.
12. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580.
ราชกิจจานุเบกษา. 2561 ต.ค. 13; 135
(82 ก) [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก:
[http://www.ratchakitcha.soc.go.th/
DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF)
13. วรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์,
สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว
ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.
2563; 6(2): 13-28.

การมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

จินณวัตร ประภักดิ์¹, สุรัชย์ พิมพ์หา², กรรณิกา ศิริจันทร์³, พงศธร โตสง่าวาล³, นรภัทร น้อยสุวรรณ³
(วันที่รับบทความ: 6 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 21 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 26 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง 243 คนจากประชากร 689 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ 195 คน คิดเป็นร้อยละ 80.25 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC >0.67) และความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.974) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ถึง 28 ธันวาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุमान ได้แก่ Simple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว โดยนำเสนอค่า Crude OR และ 95% CI และใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยนำเสนอค่า Adjusted OR และ 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการนำเด็กมาเข้ารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 63.59 โดยพิจารณาความสัมพันธ์กับปัจจัยแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ และด้านความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านความเข้าใจ พบว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความเข้าใจอยู่ในระดับเพียงพอ มีโอกาสมากกว่าที่มีความเข้าใจไม่เพียงพอ 2.89 เท่า (AOR = 2.89; 95% CI: 1.24 - 6.71) และความรู้ด้านสุขภาพ ทางด้านทักษะการสื่อสาร พบว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีทักษะการสื่อสารเพียงพอ มีโอกาสน้อยกว่าผู้ที่ไม่เพียงพอร้อยละ 56 (AOR = 0.44; 95% CI: 0.19 - 0.98)

คำสำคัญ: การนำเด็กมารับวัคซีน, การมีส่วนร่วม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Jinnawat_pphk@kkumail.com

² รองศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Suraphi@kku.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น, E-mail: Kannikasirichan.k@kkumail.com

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, E-mail: Pongsatorn.tos@kkumail.com

³ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทัน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, E-mail: Norraphat.no@kkumail.com

Corresponding author: สุรัชย์ พิมพ์หา, E-mail: Suraphi@kku.ac.th

Parental Participation and Health Literacy Related to Basic Vaccination Uptake in Children Aged 0-5 Years According to Standard Guidelines in Khon Kaen City Municipality

Jinnawat Prapahiphuk¹, Surachai Phimha², Kannika Sirichan³,
Pongsatorn Tosangwarn³, Norraphat Noysuwan³

(Received: 6th May 2025; Revised: 21st May 2025; Accepted: 26th June 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study parental participation and health literacy related to basic vaccination uptake in children aged 0-5 years according to standard guidelines in Khon Kaen city municipality. Participants were 243 parents selected from a population of 689 parents using stratified multistage random sampling. Data were obtained from 195 participants (80.25%). Data were collected via validated questionnaires (IOC >0.67 and Cronbach's alpha = 0.974) from 16 - 27 December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values, as well as inferential statistics involving simple logistic regression to determine the relationship between two variables presenting Crude OR and 95% CI and multiple logistic regression to identify significant factors presenting Adjusted OR and 95% CI a significant level of 0.05.

The results revealed that the majority of the participants, totaling 124 people representing 63.59 percent, took their children to receive basic vaccinations according to standard criteria. When considering the relationship with various factors as follows: Personal characteristics, namely occupation; and Health literacy, namely understanding dimension, it was found that parents who have health literacy with adequate understanding have 2.89 times greater likelihood than those with inadequate understanding (AOR = 2.89; 95% CI: 1.24 - 6.71). Regarding health literacy in terms of communication skills, it was found that parents who have health literacy and adequate communication skills have 56% lower likelihood than those who have inadequate skills (AOR = 0.44; 95% CI: 0.19 - 0.98).

Keywords: Childhood vaccination, Parental participation, Health literacy

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: Jinnawat_pphk@kkumail.com

² Assoc. Prof., Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: Suraphi@kku.ac.th

³ Registered Nurse, Bangkok Hospital Khon Kaen, E-mail: Kannikasirichan.k@kkumail.com

³ Public Health Technical Officer, Professional Level, Nakhon Ratchasima Health Provincial Office, E-mail: Pongsatorn.tos@kkumail.com

³ Public Health Technical Officer (Dental Public Health), Non Than Sub-District Health Promoting Hospital, Non Than Sub-District, Nong Ruea District, E-mail: Norraphat.no@kkumail.com

Corresponding author: Surachai Phimha, E-mail: Suraphi@kku.ac.th

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 คณะรัฐมนตรีแสดงความเห็นชอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2566 - 2570 ซึ่งแผนนโยบายดังกล่าว ครอบคลุมการได้รับวัคซีนของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยขั้นต่ำร้อยละ 90 ตลอดระยะเวลา พ.ศ. 2566 - 2570¹ นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคได้กำหนดเป้าหมายการให้วัคซีนในเด็กขั้นต่ำที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90²

จากกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 พบว่า การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีแนวโน้มลดลง และในปี 2565 ยังพบว่าจำนวนการได้รับวัคซีนในเด็กส่วนใหญ่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงทำให้เกิดความกังวลว่าหากมีจำนวนเด็กที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่มากพอ อาจทำให้เกิดโรคระบาดที่ป้องกันด้วยวัคซีนได้ในวงกว้าง³ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น พบว่าในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลขอนแก่นมีวัคซีนบางชนิด ที่ยังมีข้อจำกัดของจำนวนเด็กที่ได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันน้อยกว่าร้อยละ 90⁴

โดยเทศบาลนครขอนแก่น ได้มีการกำหนดเป้าหมายในการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ไว้ที่ร้อยละ 95 เพื่อเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในวัยเด็ก⁴ ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ.2566 พบว่าความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ยังไม่ครอบคลุมถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 95⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านวัคซีนเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. การมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. การมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง และความชุกในการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีมารับบริการวัคซีน ณ สถานพยาบาลในเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 689 คน⁴ มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร⁵ โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยมะเร็ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย⁶ จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้

$$n = 61.56$$

เนื่องจากการศึกษานี้มีตัวแปรต้นที่จะนำเข้าโมเดลหลายปัจจัย เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (Overfitting) จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression⁵

และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่าองค์ประกอบการขยายตัวแปรรวม (Variance inflation factor: VIF) ซึ่งมีค่าสูตร ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.75$ เป็นกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษา เนื่องจากค่า VIF = 4.0 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หมายถึงตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นในระดับปานกลางและไม่สูงเกินไป⁷ จะได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 242.93 หรือประมาณ 243 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีมารับบริการวัคซีน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยการสุ่มตัวอย่างได้จำนวน 243 คน จากประชากร 689 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังนี้ 1.คุณสมบัติเกณฑ์การของเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ปกครองที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น และ 3) มีจำนวนครั้งในการมารับวัคซีน 1 ครั้ง ขึ้นไป 2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ปกครองที่ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) รายได้ 5) ลักษณะครอบครัว 6) จำนวนบุตรหลาน และ 7) ผู้พามารับวัคซีน ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การตัดสินใจ 2) การดำเนินงาน 3) การรับผลประโยชน์ และ 4) ในการประเมินผล ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการนำเด็กมารับวัคซีนในเขตเทศบาลนครขอนแก่นโดยประยุกต์ใช้แนวทางการมารับวัคซีนในเด็ก ได้แก่ 1) ไม่แน่ใจว่ามารับวัคซีนตามเกณฑ์ 2) นำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์ 3) ไม่สามารถนำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์ ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นจึงนำแต่ละข้อคำถามไปค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.67 จากนั้นนำไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) กับ ผู้ปกครองที่นำเด็กมารับวัคซีนในเขตเทศบาลตำบลนาหมองบึง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ชุด และนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ทั้งฉบับเท่ากับ 0.974

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 เลขที่ HE 672190 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ถึง 27 ธันวาคม 2567

การแปลผล

การนำเด็กมารับวัคซีนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น สามารถแบ่งออกเป็น 1) ไม่แน่ใจว่ามารับวัคซีนตามเกณฑ์ 2) นำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์ 3) ไม่สามารถนำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์ ด้านการมีส่วนร่วม นำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ⁹ ได้แก่ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ด้านความรู้ด้านสุขภาพ มี 4 ระดับ ได้แก่ ง่ายมาก ง่าย ยาก และยากมาก¹⁰ โดยกำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 75 คะแนน และเพียงพอมากกว่าร้อยละ 75 คะแนน การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว โดยนำเสนอค่า Crude OR และ 95% CI และใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้วยวิธี Backward elimination และประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) ที่ค่า p-value > 0.05 แล้วนำเสนอค่า Adjusted OR และ 95% CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ของแต่ละตัวแปรในโมเดลสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโลจิสติก

รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 75.38 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 65.64 อายุเฉลี่ย 35 ปี (S.D.= 11.35 ปี) ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 77 ปี สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 65.64 ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว/ค้าขาย/เกษตรกรและอื่น ๆ จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 60.31 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15000 บาท จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 75.90 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 14,863.08 บาท (S.D.= 11,068.56 บาท; Median = 14,000 บาท) ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 100,000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 มีจำนวนบุตรหลานในความดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คน จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นพ่อ แม่ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 75.90 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคุณลักษณะผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n= 195)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	147	75.38
ชาย	48	24.62
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	128	65.64
41 ปีขึ้นไป		
Mean = 35.00 ปี S.D = 11.35 Min = 19 ปี Max = 77 ปี		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n= 195)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128	65.64
ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	67	34.36
อาชีพ		
กิจการส่วนตัว/รับจ้าง/ค้าขายและอื่น ๆ	117	60.31
ข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างประจำ	77	39.69
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	148	75.90
15,000 บาทขึ้นไป	47	24.10
Mean = 14,863.08 บาท S.D. = 11,068.56 Median = 14,000 Min = 600 บาท Max = 100,000 บาท		
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว (พ่อและ/หรือแม่ ลูก)	101	51.79
แยกกันอยู่กับคู่สมรส (พ่อและ/หรือแม่ ลูก อาศัยร่วมกับญาติพี่น้อง)	94	48.21
จำนวนบุตรหลาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คน	150	76.92
3 คนขึ้นไป	45	23.08
Mean = 1.87 คน S.D. = 0.90 Min = 1 คน Max = 4 คน		
ท่านมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กที่มารับวัคซีนอย่างไร		
พ่อ แม่	148	75.90
ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้อง	47	24.10

การนำเด็กมารับวัคซีนของผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นำเด็กมารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 124

คิดเป็นร้อยละ 63.59 คน และนำเด็กมารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานไม่ตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 36.41 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน

การนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน	จำนวน (n = 195)	ร้อยละ
นำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์	124	63.59
ไม่สามารถนำเด็กมารับวัคซีนตามเกณฑ์	71	36.41

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการนำเด็กแรกเกิดถึง อายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ของผู้ปกครองในเขตเทศบาลนครขอนแก่น: วิเคราะห์ที่หลายตัวแปร (Multivariable Analysis)

ผลการวิเคราะห์ที่หลายตัวแปรหรือการถดถอยพหุโลจิสติก ด้วยวิธี Backward Elimination โดยประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) ที่ค่า p-value >0.05 จะได้ปัจจัยสำหรับโมเดลสุดท้าย 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจและระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกโมเดลสุดท้าย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิดถึง อายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ของผู้ปกครองในเขตเทศบาลนครขอนแก่นระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ได้ผลการศึกษาดังนี้

อาชีพ พบว่า ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว/รับจ้าง/ค้าขายและอื่น ๆ มีโอกาสมากกว่าผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างประจำ 3.48 เท่า ($OR_{adj} = 3.48$;

95% CI: 1.77 - 6.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = <0.001)

ความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจอยู่ในระดับเพียงพอ มีโอกาสมากกว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ 2.89 เท่า ($OR_{adj} = 2.89$; 95% CI: 1.24 - 6.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.012)

ความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับเพียงพอ มีโอกาสน้อยกว่าผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับไม่เพียงพอ 56 % ($OR_{adj} = 0.44$; 95% CI: 0.19-0.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.041)

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กับ การนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.595) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการนำเด็กแรกเกิดถึง อายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ของผู้ปกครองในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ปัจจัย	การนำเด็กแรกเกิดถึง อายุ 5 ปีมารับวัคซีน ตามนัด		Adjusted OR	95% CI	p-value
	จำนวน (n = 124)	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา					0.595
ต่ำกว่าปริญญาตรี	78	62.90	Ref.	-	
ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	46	37.10	0.83	0.42 - 1.64	
อาชีพ					<0.001
ข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างประจำ	61	49.19	Ref.	-	
กิจการส่วนตัว/รับจ้าง/ค้าขายและอื่นๆ	63	50.81	3.48	1.77 - 6.85	

ปัจจัย	การนำเด็กแรกเกิดถึง อายุ 5 ปีมารับวัคซีน ตามนัด		Adjusted OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ			
	(n = 124)				
ความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ					
ไม่เพียงพอ	49	39.52	Ref.	-	0.012
เพียงพอ	75	60.48	2.89	1.24 - 6.71	
ความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร					
ไม่เพียงพอ	60	48.39	Ref.	-	0.041
เพียงพอ	64	51.61	0.44	0.19 - 0.98	

การอภิปรายผล

การนำเด็กมารับวัคซีนของผู้ปกครองที่นำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่นำเด็กมารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 124 คิดเป็นร้อยละ 63.59 คน ซึ่งสอดคล้องกับการมารับบริการตรวจตามนัดของผู้มารับบริการ ร้อยละ 76.9¹¹ และการรับวัคซีนโควิด - 19 ของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 81.96⁶ รวมไปถึงสอดคล้องกับการศึกษาความครอบคลุมวัคซีนพื้นฐานระดับชาติ ในเด็กอายุ 12 ถึง 35 เดือน ในประเทศกาน่า ที่มีผู้ปกครองนำเด็กมารับวัคซีน ร้อยละ 56.45 (95% CI 51.77-56.17)¹²

การมีส่วนร่วม จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ ในเขตพื้นที่ชายแดน ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.6¹³ รวมไปถึงการศึกษาเรื่องความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วม

ในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน หมู่ 5 บ้านเกาะนาาคา ตำบลป่าคลอก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ที่มีผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.325)¹⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 70.77 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.3¹⁵ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.91¹⁶ นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (69.30%) ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.37)¹⁷

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐานในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการนำเด็กมารับวัคซีน พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา คือกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำรงปริญญาตรีมีการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (OR_{adj} = 2.60, 95% CI = 1.46-4.63, p = 0.001)¹⁸ และ

ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า มีความต้องการที่จะมารับวัคซีนป้องกันโควิด-19 น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่า ($OR_{adj} = 0.56$ 95% CI = 0.47-0.70, $P = 0.05$)¹⁹ รวมไปถึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มที่ จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีโอกาส ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.04 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบการศึกษาในระดับปริญญา ตรีขึ้นไป ($OR = 2.04$; 95% CI: 1.33-3.14; $P < 0.001$)²⁰

คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพของ ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงาน/ ลูกจ้างประจำ มีความสัมพันธ์ในการนำเด็กแรก เกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์ มาตรฐาน รวมทั้งมีโอกาสมากกว่าผู้ปกครอง ที่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว/รับจ้าง/ค้าขาย และอื่น ๆ 3.48 เท่า ($OR_{adj} = 3.48$; 95% CI: 1.77 - 6.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะไม่ฉีดวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 2.41 เท่า เมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($OR = 2.41$; 95% CI: 1.63-3.58; $P = < 0.001$)²⁰

ด้านความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ ผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความ เข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ มีโอกาสมากกว่า ผู้ปกครองที่อยู่ในระดับเพียงพอ 2.89 เท่า ($OR_{adj} = 2.89$; 95% CI: 1.24 - 6.71) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความ เข้าใจระดับมาก ร้อยละ 46 มีพฤติกรรมการ ป้องกันตนเองที่เหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มที่มีความ เข้าใจในระดับน้อย ร้อยละ 63 $p\text{-value} < 0.05$ ⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ในระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด ของโรคโควิด- 19 เป็น 1.75 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ ที่อยู่ในระดับ

น้อยถึงปานกลาง ($OR = 1.75$, 95% CI = 1.07 - 2.86, $p\text{-value} = 0.026$)²²

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการ สื่อสาร ผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้าน ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับไม่เพียงพอ มีโอกาส น้อยกว่าผู้ปกครองที่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 56 ($OR_{adj} = 0.44$; 95% CI: 0.19 - 0.98) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน²³ และยัง พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r_{xy} = 0.421$ 95% CI: 0.298-0.530, $p\text{-value} = 0.001$)²⁴

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะ ส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการนำเด็ก มารับวัคซีนตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาชีพในลักษณะงานประจำ มีโอกาสที่จะสามารถ นำเด็กมารับวัคซีนมากกว่ากลุ่มงานรับจ้างหรือ ประกอบกิจการส่วนตัว นอกจากนั้นความรู้ ด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการนำเด็กมารับวัคซีน โดยแสดง ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจในระดับไม่เพียงพอ สามารถนำ เด็กมารับวัคซีนได้มากกว่าที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ปกครองสามารถเข้าถึงระบบการ ให้บริการทางสาธารณสุข และความรู้ด้าน สุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับไม่เพียงพอ มีโอกาสในการนำเด็กมารับ วัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน น้อยกว่า กลุ่มที่อยู่ในระดับเพียงพอ เนื่องจาก อาจมี ข้อจำกัดในการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งอาจ ส่งผลต่อการนำเด็กมารับวัคซีน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 เทศบาลนครขอนแก่น และหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ควรเพิ่มจำนวนวันในการเปิดให้บริการวัคซีนเด็กมากขึ้นเพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้ปกครองทุกกลุ่ม รวมถึงจัดบริการนอกเวลาทำงานหรือวันหยุด

1.2 เทศบาลนครขอนแก่น และหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความเข้าใจ โดยพัฒนาสื่อความรู้ด้านวัคซีน ที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ปกครองทุกกลุ่ม

1.3 เทศบาลนครขอนแก่น และหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ พัฒนาทักษะการสื่อสาร ของบุคลากรสาธารณสุข ให้สามารถอธิบายและสร้างความเชื่อมั่นเรื่องวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านเวลา และสถานที่ ที่มีผลต่อการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วม ที่มีผลต่อการนำเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มารับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สถาบันวัคซีนแห่งชาติ; 2564.
2. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่นของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น. เอกสารประกอบการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประจำปีงบประมาณ 2567. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น; 2567.
5. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623-34.
6. Dapha P, Phimha S, Prasit N, Senahad N. Health Literacy and COVID-19 Vaccination among Cancer Patients in Northeastern Thailand: A Cross-Sectional Study. Asian Pac J Cancer Prev. 2023; 24(7): 2375-381.
7. Myers RH. Classical and modern regression with applications. 2nd ed. Massachusetts: PWS-KENT Publishing Company; 1990.
8. Fugard AJB, Potts HWW. Supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: a quantitative tool. International Journal of Social Research Methodology. 2015; 18(6): 669-84.

9. สำเริง จันทรสวรรณ, สวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
10. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. องค์การแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
11. ประภัศร ภูทางนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจตามนัดของผู้รับบริการ ตรวจสุขภาพประจำปี ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2564; 9(2): 59-72.
12. Tekeba B, Tamir TT, Workneh BS, Wassie M, Terefe B, Ali MS, et al. Prevalence and determinants of unhealthy feeding practices among young children aged 6-23 months in five sub-Saharan African countries. PLoS One. 2025; 20(1): e0317494.
13. วิวัฒน์ ศรีทองทา, วิราสิริ วสิริสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในเขตพื้นที่ชายแดน ตำบลบ้านเก่า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2567; 15(1): 212-25.
14. ชนิดาภา รักธรรมกิจ. ความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนหมู่ 5 บ้านเกาะนาคร ตำบลป่าคลอก อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2568; 5(4): 107-18.
15. ธนพร สมออ่อน, ณัฏฐิศา ประทุมทอง, ณัฏฐิศา มั่นยืน, ณัฐนันท์ เทียนแจ่ม, อัครเดช ศรีงาม, อริษา พันทอง, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567; 19(1): 132-45.
16. สุกาญดา หมื่นราษฎร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวัง โรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 11. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2566; 3(2): 96-108.
17. นฤมล กอกอง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2567; 5(3): 65-78.
18. ปณณทัต ต้นธนปัญญากร, นลพรรณ ชันติกุลานนท์, ศศิวิมล จันทร์มาลี, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกรับวัคซีนเข็มกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(ฉบับเพิ่มเติม 2): S228-40.

19. Ulaszewska K, Jodczyk AM, Długotęcki P, Emerla S, Stańska W, Kasiak PS, et al. Factors Associated with Willingness to Receive a COVID-19 Vaccine in Adult Polish Population-A Cross-Sectional Survey. *Vaccines* (Basel). 2022; 10(10): 1715.
20. จิราพร เกตุเขียว, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 ในเขตเทศบาลเมืองชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2567; 10(1): 10-23.
21. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาగాซิม, นิภา มหารัษฎพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพ ที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2565; 15(1): 257-72.
22. นิตยา พันธังม, ขนิษฐา นันทบุตร, นพรัตน์ เสนาฮาด, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของสตรีตั้งครรภ์ยุคปกติวิถีใหม่ในโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*. 2565; 16(1): 97-114.
23. ไพบูลย์ ศรีสุวรรณ, บุญประจักษ์ จันทรวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข*. 2567; 2(3): 256-66.
24. วงศธร อ่อนศรีบุตร, นิยม จันทน์นวล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน* (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ). 2566; 38(1): 16-26.

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

แสงเทียน โสโธ¹, สุรัชย์ พิมพ์², กฤษณะ อุ้นทะโคตร³

(วันที่รับบทความ: 13 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 30 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ศึกษาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากร 248 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 153 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยมีค่า IOC = 0.67-1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บแบบสอบถามในเดือนธันวาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.41) คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงาน ($r = 0.878$, $p < 0.001$; $r = 0.976$, $p < 0.001$) โดยปัจจัยคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงได้ร้อยละ 74.6 ($R^2 = 0.746$, $p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยสมรรถนะหลักของผู้บริหารและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, จิตวิทยาเชิงบวก, การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง

¹ นักศึกษา, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: sangtian.s@kku.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: suraphi@kku.ac.th

³ อาจารย์, สาขาวิชานวัตกรรมเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: kritaun@kku.ac.th

Corresponding author: กฤษณะ อุ้นทะโคตร, E-mail: kritaun@kku.ac.th

Quality Standards of Primary Health Care Services and Positive Psychosocial Affecting Organizational High Performance of Ministry of Public Health among Health Promoting Hospital Directors in Khon Kaen Province

Sangtian Sopho¹, Surachai Phimha², Kritsana Aunthakhot³

(Received: 13rd May 2025; Revised: 26th May 2025; Accepted: 30th June 2025)

Abstract

This cross-sectional descriptive study examined quality standards of primary health care services and positive psychology affecting organizational high performance of Ministry of Public Health among directors of sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province. Participants were 153 directors selected by systematic random sampling from a population of 248 directors. Data were collected during December 2024 using questionnaires with IOC = 0.67-1 and reliability = 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple linear regression.

The results showed that the organizational high performance was at a high level with a mean score of 4.29 (S.D. = 0.41). Both quality standards of primary health care services and positive psychosocial showed strong positive correlations with the performance ($r = 0.878$, $p < 0.001$; $r = 0.976$, $p < 0.001$ respectively). The factors that significantly predicted the performance included quality standards of primary health care services in personnel management and service capacity development, management systems, primary healthcare service systems, and positive psychology in terms of psychological resilience. These factors collectively explained 74.6% of the variance in performance ($R^2 = 0.746$, $p\text{-value} < 0.001$).

Future studies should examine the factors related to core competency of administrators and participation that affect the development of high-performance organizations in local government organization among directors of sub-district health promoting hospitals.

Keywords: Quality Standards of primary health care services, Positive psychosocial, High performance organizational

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Khon Kaen University, E-mail: sangtian.s@kkumail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Health Promotion, and Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: suraphi@kku.ac.th

³ Lecturer, Department of Health Management Technology Innovation, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: kritaun@kku.ac.th

Corresponding author: Kritsana Aunthakhot, E-mail: kritaun@kku.ac.th

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ได้มีการกำหนดการพัฒนาเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ ตามหมวดหมู่ที่ 13 เพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริหารจัดการภาครัฐให้ทันสมัย คล่องตัว พัฒนาข้อมูลและบริการในรูปแบบดิจิทัล พร้อมรับมือรับมือกับการเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ และตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน¹ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 เพื่อพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักทางด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนเป็นที่พึ่งและไว้วางใจได้ในด้านสุขภาพ โดยบุคลากรมืออาชีพ องค์กรเข้มแข็งมีสมรรถนะสูง²

ในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง มีหลายปัจจัยที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานองค์กรให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะการพัฒนาของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิต้องมีการนำคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาปรับใช้ในการดำเนินงานให้มีกระบวนการดำเนินงานที่ประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระบบบริหารจัดการ 2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ 3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม 4) ด้านระบบสารสนเทศ 5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีจิตวิทยาเชิงบวกยังเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง บุคลากรในองค์กรที่มีจิตวิทยาเชิงบวกจะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) ความหวัง 2) การรับรู้ความสามารถของตน 3) การมองโลกในแง่ดี 4) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹³

จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 248 แห่ง ซึ่งมีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ซึ่งจากรายงานการติดตามประเมินผลประจำปีงบประมาณ 2566 ด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดี ภาพรวม อยู่ในระดับมาก แม้ว่าองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีนโยบายสุขภาพด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีสมรรถนะสูงขึ้น แต่การวางแผน การสนับสนุน การบริหารจัดการและพัฒนาองค์กรนั้นมีความสัมพันธ์ของการดำเนินงานหลาย ๆ ด้าน ความชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องกันเป็นเพียงบางส่วน ซึ่งมีผลต่อการจัดบริการในพื้นที่และประสิทธิภาพของการพัฒนาองค์กร³ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโรงพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน³ กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen J.⁴ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา⁵ มาใช้ในการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยสำรวจจำนวนรายชื่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมดจำนวน 248 คน นำรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมดจำนวน 248 คน มาเรียงตามตัวอักษร แล้วหาจุดเริ่มต้นของการสุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Random start) $I = 248/153, I = 1.62 = 2$ ซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้นที่ 1 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) 1,3,5,...,247 ได้ตัวอย่างทั้งหมด 124 ตัวอย่าง ยังคงเหลือตัวอย่าง 29 ตัวอย่าง หาค่า I_2 เพื่อหาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่างตัวอย่าง รอบที่ 2 แทนค่า $I_2 = 124/29, I_2 = 4.28 = 5$ นำรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 124 คน มาเรียงตามตัวอักษร แล้วหาจุดเริ่มต้นของการสุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Random Start) ซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้นที่ 5 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้ 5,10,15,...,120 ได้ตัวอย่างทั้งหมด 24 ตัวอย่าง ยังคงเหลือตัวอย่าง 5 ตัวอย่าง หาค่า I_3 เพื่อหาช่วงระยะห่างของการ

เลือกตัวอย่างตัวอย่าง รอบที่ 3 แทนค่า $I_3 = 100/5, I_3 = 20 = 20$ นำรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 100 คน มาเรียงตามตัวอักษร แล้วหาจุดเริ่มต้นของการสุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Random Start) ซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้น ที่ 15 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้ 15,35,55,75,95 ได้ตัวอย่างทั้งหมด 5 ตัวอย่าง ซึ่งเมื่อรวมแล้วครบตามได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 153 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 3 จิตวิทยาเชิงบวก ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ⁶ 5 ระดับมากที่สุด 4 ระดับมาก 3 ระดับปานกลาง 2 ระดับน้อย และ 1 ระดับน้อยที่สุด) และส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้านคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิเท่ากับ 0.95 ด้านจิตวิทยาเชิงบวกเท่ากับ 0.95 และการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567 เลขที่ HE672186 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 9 ธันวาคม 2567 ถึง 28 ธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติในการวิจัย

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแจกแจงนำเสนอเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุमानกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ นำเสนอค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ค่า p-value และระดับความสัมพันธ์ และใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับจิตวิทยาเชิงบวก และการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทรสวรรณ และสวรรณ บัวทวน, 2547) ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00) ระดับมาก (3.50-4.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับน้อย (1.50-2.49) ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ใช้เกณฑ์ของ (Elifson et al., 1990) แบ่งระดับได้ดังนี้ $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง และ $r = \pm 1$ มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.9 มีอายุ 51-60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.9 มีอายุเฉลี่ย 50.04 ปี อายุน้อยที่สุด 27 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.0 มีรายได้เฉลี่ย 52,648 บาท รายได้น้อยที่สุด 23,380 บาท รายได้สูงสุด 80,000 บาท มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน เฉลี่ย 26 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานมากที่สุด 40 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมผู้บริหาร คิดเป็นร้อยละ 64.1 และเคยอบรม คิดเป็นร้อยละ 35.9 อบรมน้อยที่สุด 1 ครั้ง มากที่สุด 5 ครั้ง

2. ระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ค่าเฉลี่ย 4.44 (S.D.

= 0.50) รองลงมาคือ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 4.39 (S.D. = 0.49) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D. = 0.55) ด้านระบบสารสนเทศ มีค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D. = 0.53) ด้านระบบการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.49) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.60) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D. = 0.41) ตามลำดับ

3. ระดับจิตวิทยาเชิงบวก ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับจิตวิทยาเชิงบวกในการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการมองโลกในแง่ดี ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ด้านความหวัง ค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D. = 0.54) ด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.48) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการรับรู้ความสามารถของตน ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.60)

4. ระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาพรวม อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี ค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ผลลัพธ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.50) การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงาน มีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง มีค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.55) การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากร และเครือข่าย มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D. = 0.54) ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิภาพในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.52)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและจิตวิทยาเชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิพบว่า ภาพรวมคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.867$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูง การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ($r = 0.786$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ($r = 0.769$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านระบบสารสนเทศ ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการจัดบริการ

เภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ($r = 0.741$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางได้แก่ ด้านระบบการบริหารจัดการ ($r = 0.690$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ($r = 0.660$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ($r = 0.668$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ($r = 0.591$, $p\text{-value} < 0.001$)

จิตวิทยาเชิงบวก พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.975$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถของตน ($r = 0.720$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับสูง การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้ อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ส่วนด้านอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางได้แก่ ความหวัง ($r = 0.614$, $p\text{-value} < 0.001$) ความยืดหยุ่น ทางจิตใจ ($r = 0.621$, $p\text{-value} < 0.001$) การมองโลกในแง่ดี ($r = 0.605$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ($n=153$)

คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง				
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	95% CI		p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
		Lower	Upper		
คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	0.867***	0.820	0.905	<0.001	สูง
1. ด้านระบบการ บริหารจัดการ	0.690***	0.594	0.781	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการจัด บุคลากรและศักยภาพ ในการให้บริการ	0.786***	0.716	0.847	<0.001	สูง
3. ด้านสถานที่ตั้ง หน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อม	0.769***	0.709	0.826	<0.001	สูง
4. ด้านระบบ สารสนเทศ	0.760***	0.690	0.821	<0.001	สูง
5. ด้านระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ	0.591***	0.474	0.696	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านระบบ ห้องปฏิบัติการด้าน	0.660***	0.563	0.755	<0.001	ปานกลาง

คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ	การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง				
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	กระทรวงสาธารณสุข		p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
		95% CI			
		Lower	Upper		
การแพทย์และ สาธารณสุข					
7. ด้านการจัดบริการ เภสัชกรรมและงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	0.741***	0.668	0.808	<0.001	สูง
8. ด้านระบบการ ป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	0.668***	0.565	0.756	<0.001	ปานกลาง

***Correlation is significant <0.001 level

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง

การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง					
จิตวิทยาเชิงบวก	กระทรวงสาธารณสุข				ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	95% CI		p-value	
		Lower	Upper		
จิตวิทยาเชิงบวก	0.975***	0.964	0.982	<0.001	สูง
1. ความหวัง	0.614***	0.508	0.714	<0.001	ปานกลาง
2. การรับรู้	0.720***	0.645	0.787	<0.001	สูง
ความสามารถของตน					
3. การมองโลกในแง่ดี	0.605***	0.469	0.719	<0.001	ปานกลาง
4. ความยืดหยุ่น	0.621***	0.513	0.725	<0.001	ปานกลาง
ทางจิตใจ					

***Correlation is significant <0.001 level

6. คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากผลการศึกษา ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = -0.090 + (0.440)$ (ด้านการจัดบุคลากร และการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ)

+ (0.265) (ด้านระบบบริหารจัดการ) + (0.192) (ความยืดหยุ่นทางจิตใจ) + (0.126) (ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปร คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการจัดบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบบริหารจัดการ จิตวิทยาเชิงบวก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพิ่มขึ้น 0.440, 0.265, 0.192 และ 0.126 หน่วย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 4 ตัวแปร

มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 74.6 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	95%CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² Change
		Lower	Upper							
1. ด้านการจัดบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ	0.440	0.332	0.548	0.452	8.050	<0.001	0.786	0.618	0.615	0.618
2. ด้านระบบบริหารจัดการ	0.265	0.172	0.358	0.298	5.653	<0.001	0.846	0.716	0.711	0.098
3. ความยั่งยืนทางจิตใจ	0.192	0.095	0.288	0.205	3.936	<0.001	0.871	0.758	0.752	0.042
4. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	0.126	0.033	0.219	0.140	2.681	0.008	0.878	0.771	0.764	0.013

ค่าคงที่ -0.090, F = 106.046, p-value <0.001, R = 0.878, R² = 0.771, R²adj = 0.746

การอภิปรายผล

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการจัดบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการบริหารจัดการ จิตวิทยาเชิงบวกด้านความยั่งยืนทางจิตใจ และ คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามแนว

ทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 74.6

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านการจัดบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ

การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะให้ความสำคัญกับบุคลากรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เนื่องจากบุคลากรคือส่วนที่สำคัญมากสุดในการพัฒนาองค์กร บุคลากรที่มีความสามารถสูงช่วยให้การบริการประชาชนได้ดี รวดเร็ว มีคุณภาพ

ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อประชาชน ทั้งนี้ยังส่งผลให้องค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้เสมอ มีระบบสุขภาพความมั่นคงในระยะยาว ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สมรรถนะการบริหาร ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8⁷ ปัจจัยทางการบริหาร มีผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอ นาทวี จังหวัดสงขลา⁸ ปัจจัยการบริหารภาพรวม การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย⁹ อิทธิพลของการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.)¹⁰ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้นเน้นการจัดสรรบุคลากรที่มีคุณภาพสูงและเป็นบุคลากร วิชาชีพเฉพาะเจาะจงเป็นหลักในการปฏิบัติงาน และเน้นการพัฒนาด้านวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการ ในบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก เพื่อสามารถ ให้บริการได้ตรงตามความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะมีบริบทความ แตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆหรือแม้แต่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่แตกต่างกันก็อาจทำให้การจัดบุคลากรมีความแตกต่างกัน จึงอาจทำให้การศึกษาค้างนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ ปัจจัยการบริหารไม่มีผล ต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาวของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย⁹ ปัจจัยการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ไม่มีผลต่อการ เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของเทศบาลนคร อุดรธานี¹⁴

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบบริหารจัดการ

ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนา องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ การพัฒนาองค์กรให้มีสมรรถนะสูง ในเชิงกลยุทธ์ กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง การวางแผนงาน ให้องค์กรดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารความเสี่ยง การใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และปลอดภัย ในด้านทรัพยากรบุคคลมีการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่องส่งเสริมความเป็น มืออาชีพ เน้นการเรียนรู้ร่วมกัน ทำงานเป็นทีม ให้ขวัญกำลังใจ ด้านเทคโนโลยี นำมาใช้ในการ วิเคราะห์ช่วยตัดสินใจวางแผนงาน และดำเนินงาน ด้วยนวัตกรรม แนวทางใหม่ ๆ เพื่อให้องค์กร มีสมรรถนะสูง ยังรวมถึงการบริหารความสัมพันธ์ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ช่วยสนับสนุนการ ดำเนินงานสามารถแลกเปลี่ยนแนวทางการ ปฏิบัติงานร่วมกันได้ การมีส่วนร่วมของประชาชน ความต้องการของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาใน ครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอ นาทวี จังหวัด สงขลา สมรรถนะ การบริหาร ด้านการจัดการ ทรัพยากรมนุษย์มีผลต่อความพึงพอใจในงานของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพ ที่ 8⁷ ปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอ นาทวี จังหวัด สงขลา⁸ ปัจจัยการบริหารภาพรวม การบริการ แพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัด หนองคาย⁹ ปัจจัยการบริหารจัดการส่งผลต่อการ พัฒนาองค์กร ให้มีศักยภาพสูง ของสำนักบริหาร พื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 (สุราษฎร์ธานี)¹¹ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะระบบการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขนั้น มีการวางแผนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอย่างเป็น ระบบ มีการจัดการบริหารเรื่องความเสี่ยงในทุก

ขั้นตอน รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ตัดสินใจในการวางแผนและให้บริการแก่ผู้รับบริการ ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างออกไปจากหน่วยงานอื่นๆ อาจทำให้การศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องการงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ว่า สมรรถนะการบริหารจัดการของผู้บริหารไม่มีผลต่อความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8⁷ ปัจจัยการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐไม่มีผลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของเทศบาลนครอุดรธานี¹⁴ ปัจจัยการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพสูงของสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 (สุราษฎร์ธานี)¹¹ พัฒนาศักยภาพมนุษย และความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงไม่มีผลต่อการเป็นองค์กรไม่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.)¹⁰ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไม่มีผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁵

จิตวิทยาเชิงบวก ด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญกับการปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยให้สามารถปรับตัวทางอารมณ์และความคิดรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากองค์กรสมรรถนะสูงมักมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ อยู่เสมอ เมื่อมีเป้าหมายงานชัดเจนการทำงานมากขึ้น อาจเผชิญแรงกดดันจากเป้าหมายที่ท้าทาย ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้บริหารจะช่วยลดความเครียด ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี คิดสร้างสรรค์ และตัดสินใจอย่างมีคุณภาพนำไปสู่การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาองค์กรเชิงบวกเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำองค์กรมีผลต่อการพัฒนาบุคลากรสู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ: กรณีศึกษา

บริษัทในเขตนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค อยุธยา¹² จิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในงานในทุกระดับ¹³ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันองค์กรมีความแตกต่างกันทั้งด้านขนาดและโครงสร้าง รวมถึงบุคลากรที่แตกต่างกันด้านสหวิชาชีพ ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องการงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ ปัจจัยด้านทักษะการทำงานในศตวรรษที่ 21 ไม่มีผลต่อความสำเร็จในการสร้างองค์กรแห่งความเป็นเลิศ ของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี¹⁶ แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์¹⁷

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพทั้ง 5 มิติ ซึ่งมีส่วนสำคัญ ในการสนับสนุน การปฏิบัติงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ป้องกันการเกิดโรคลดการภาระการรักษาพยาบาลในทุกกระดับ พื้นฟูสภาพ คุ่มครองผู้บริโภคร ด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีมาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีในการติดตามดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย เน้นการทำงานร่วมกับชุมชน องค์กรท้องถิ่น และเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้บริการตามความต้องการของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของเทศบาลนครอุดรธานี¹⁴ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการมีผลต่อการ ดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁵ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกระบวนการจัดบริการให้ผู้รับบริการด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติงานที่จำเพาะเจาะจงด้านสุขภาพโดยตรง ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการให้บริการในหน่วยงานอื่นๆค่อนข้างมาทำให้ การศึกษาค้นคว้านี้ ไม่สอดคล้ององการงานวิจัยที่มี ผู้ศึกษาไว้ดังนี้ สมรรถนะการบริหารจัดการของ ผู้บริหารไม่มีผลกับความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8⁷ ปัจจัยทางการบริหารไม่มีผลต่อการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอนาทวี จังหวัด สงขลา⁸ ปัจจัยการบริหารไม่มีผลต่อการบริการ แพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย⁹ ปัจจัยการบริหารจัดการไม่มีผล ต่อการพัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพสูง ของสำนัก บริหาร พื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 (สุราษฎร์ธานี)¹¹ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลง ไม่มีผลต่อการเป็นองค์กรที่มี สมรรถนะสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา าระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.)¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนให้ทุกให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบุคลากร ปฏิบัติงานครบตามกรอบวิชาชีพ และควรส่งเสริม การพัฒนาศักยภาพด้านวิชาชีพให้แก่บุคลากรใน เพื่อให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานตามแนว ทางการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะสูง กระทรวง สาธารณสุข

1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ควรส่งเสริมการให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ การแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียน เพื่อนำระบบการจัดการไป

ใช้จัดการเรื่องร้องเรียน ในการปฏิบัติงาน สาธารณสุข เพื่อให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมวิเคราะห์ ปัญหา กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ทางจิตใจให้กับ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยลดแรงกดดันจากการทำงาน ในการ ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงให้สูงขึ้น

1.4 องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ควรสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านวิชาชีพเฉพาะ เมื่อสามารถสร้างผลงาน นวัตกรรมสำเร็จ ควรได้รับการพิจารณาความดี ความชอบและค่าตอบแทนเพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้าง ขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตาม แนวทางการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะสูง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยสมรรถนะหลัก ของผู้บริหารที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพ สมรรถนะสูง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะสูง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์สาขาวิชา การบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกท่าน ขอบพระคุณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ให้โอกาสและให้ความร่วมมือผู้วิจัยในการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป็นอย่างดี ตลอดจน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570; 2565.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการฯ. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MOPH-4T. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567. ขอนแก่น: องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น; 2567.
4. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
5. พงศธร โตสังวาล, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566; 29(3): 37-55.
6. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
7. จิตราวดี นารัตน์โท, วรณชนก จันทชุม. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการบริหารจัดการของผู้บริหารกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565; 25(3): 121-32.
8. ธารทิพย์ ศรีสมัย, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 5(2): 93-105.
9. จรัสศรี อาจศิริ. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2564; 4(2): 52-61.
10. อาจารย์ ฤทธิชัย, เฉลิมชัย กิตติศักดิ์ นาวิน, โกสินทร์ เตชะนิยม, อภิชาติ กิตติศักดิ์ นาวิน. อิทธิพลของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.). วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2563; 22(2): 37-48.

11. อรุณทัย สุริยะ, ธนาญ ภูววิทยธร.
ปัจจัยการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อการ
พัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพสูงของสำนัก
บริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 4 สุราษฎร์ธานี
[การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ].
สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สุราษฎร์ธานี; 2564.
12. สมโภช ศรีวิจิตรวรกุล. ปัจจัยทาง
จิตวิทยาองค์การเชิงบวกที่มีอิทธิพล
ต่อการพัฒนาบุคลากรสู่องค์กรแห่ง
ความเป็นเลิศ : กรณีศึกษาบริษัทใน
เขตนิคมอุตสาหกรรมไฮเทค ออยุธยา.
วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.
2562; 7(1): 242-53.
13. Luthans F, Norman SM, Avolio
BJ, Avey JB. The mediating role
of psychological capital in the
supportive organizational
climate-employee performance
relationship. Journal of
Organizational Behavior. 2008;
29(2): 219-38.
14. วารุณี ภูมิศรีแก้ว, ธนวิทย์ บุตรอุดม.
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรที่มี
สมรรถนะสูงของเทศบาลนครอุดรธานี.
วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์
ปริทัศน์. 2564; 9(1): 29-31.
15. ชีร์ธวัช นุกุลกิจ. การพัฒนาคุณภาพ
การบริหารจัดการของโรงพยาบาล
เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยี
แห่งสุวรรณภูมิ. 2562; 5(1): 205-23.
16. ศิริภา วิทยพรพิพัฒน์, ยุบุญ พงษ์ไพโรจน์.
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ
สร้างองค์กรแห่งความเป็นเลิศของ
บุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า
จังหวัดนนทบุรี. สหวิทยาการและ
ความยั่งยืนปริทรรศน์ไทย. 2567;
13(1): 14-25.
17. สิริพรรณ บุญที, ประจักษ์ บัวผัน,
นพรัตน์ เสนาฮาด. แรงจูงใจและปัจจัย
แห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มช.(ฉบับ
บัณฑิตศึกษา). 2567; 23(2): 198-210.

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

อารยา อาปะหัง¹, ประจักษ์ บัวผัน², สุรัชย์ พิมพ์หา²

(วันที่รับบทความ: 17 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 5 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 2 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,317 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.98 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.58), 4.26 (S.D. = 0.57) และ 4.24 (S.D. = 0.50) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การ และการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.801$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.811$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร ประกอบด้วย บรรยากาศองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 71.2 ($R^2 = 0.712$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันในองค์การ พร้อมทั้งให้บุคลากรในหน่วยงาน ร่วมกำหนดค่านิยมร่วมกันเพื่อให้บุคลากรมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันส่งผลให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและบรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้นภายในองค์การ

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ, การสนับสนุนจากองค์การ, คุณภาพชีวิตการทำงาน,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: arayaearn7549@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: bprach@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, E-mail: bprach@kku.ac.th

Organizational Climate and Support Affecting the Quality of Work Life of Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals Khon Kaen Province

Araya A-phahung¹ Prachak Bouphan² Surachai Phimha³

(Received: 17th May 2025; Revised: 5th June 2025; Accepted: 2nd July 2025)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the organizational climate and support that impact the quality of work life of public health officials at sub-district health promoting hospitals, Khon Kaen Province, Thailand. The population studied consisted of 1,317 public health officials working at sub-district Health Promoting Hospitals, selected by using stratified random sampling, with a sample group of 148 participants. The collection of quantitative data using a questionnaire for quantitative data collection, which was validated for content by three experts, with all items having a consistency index of 1. The reliability of the questionnaire was assessed using Cronbach's alpha coefficient of 0.98, and a qualitative in-depth interview guidelines to collect data from 12 individuals. The statistical analysis used descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and inferential statistics such as Pearson correlation coefficient and stepwise multilinear regression analysis, with a significance level set at 0.05.

The results found that the overall level of organizational climate, organizational support, and quality of work life of public health officials at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province were high, with averages of 4.15 (S.D. = 0.58), 4.26 (S.D. = 0.57), and 4.24 (S.D. = 0.50), respectively. Both the overall organizational climate and organizational support were high and statistically significance correlated with the quality of work life of public health officials at sub-district health promotion hospitals ($r = 0.801$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.811$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. The three variables, including the dimension of unity in the organizational climate, the organizational support in management, and the organizational support in equipment and facilities, could jointly predict and significantly impact the quality of work life of public health officials at sub-district health promotion hospitals by 71.2% ($R^2 = 0.712$, $p\text{-value} < 0.001$).

The suggestion is that structured activities designed to strengthen interpersonal relationships and foster collaboration in defining shared values can align personnel toward common objectives and consistent practices, thereby promoting organizational cohesion and a supportive working environment.

Keyword: Organizational climate, Organizational support, Quality of work life,
Sub-district health promoting hospitals, Public health officers

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: arayaearnn7549@gmail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: bprach@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: Prachak Bouphan, E-mail: bprach@kku.ac.th

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายหลักคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยแผนยุทธศาสตร์นี้คือยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ในยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องการมีแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานให้การทำงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์การซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ความเป็นประเทศไทย 4.0 โดยมีเป้าหมายคือ 1) ความสุขของบุคลากรและสุขภาพขององค์กร 2) อัตรากำลังระหว่างเขตสุขภาพ 3) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ¹

องค์กรจะมีประสิทธิภาพและคุณภาพงานที่ดี ผู้ปฏิบัติงานนั้นต้องมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เพราะจะส่งผลให้คุณภาพและปริมาณของผลผลิตสูงขึ้น การสื่อสารในองค์กรดีขึ้น เกิดขวัญและกำลังใจ ลดอัตราการขาดงาน การลาออก เกิดความสุขในการทำงานแต่ถ้าบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ไม่ดีก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา² ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภาระและหน้าที่ความรับผิดชอบงานที่สูง ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งมีผู้ทำการวิจัยไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในระดับมาก⁴⁻⁶

ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยบรรยากาศองค์การที่ดีในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้างองค์การ 2) มิติความรับผิดชอบ 3) มิติความอบอุ่น 4) มิติการให้รางวัล 5) มิติการสนับสนุน 6) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน 7) มิติความขัดแย้ง 8) มิติความเสี่ยง และ 9) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน⁷ โดยมีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{8,9} นอกจากการมีบรรยากาศองค์การที่ดีจะส่งผลกับการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีแล้วนั้น การสนับสนุนจากองค์การที่ดีก็เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานด้วยเช่นกัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ¹⁰ เพราะการสนับสนุนจากองค์การที่ดีจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรตามมา ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงระดับสูง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{9,6,11}

จากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นมีการวางแผนในการพัฒนาดังนี้ 1) การสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอ และมีสมรรถนะสูงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมขวัญกำลังใจในการทำงาน 2) สนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างรายได้สามารถพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น 3) พัฒนาระบบสารสนเทศทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้มีความทันสมัยและนำมาใช้ในการจัดการระบบสุขภาพในองค์การให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นมีนโยบายคือการพัฒนาคุณภาพคนและสังคม พัฒนาคนให้มีความ

พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีคุณธรรมและจริยธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีสุขภาวะดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รพ.สต.มีระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและยั่งยืน บุคลากรและเครือข่ายสุขภาพมีสมรรถนะและมีความสุข ประชาชนสุขภาพดีภายในปี 2570³ ซึ่งหลังจากภารกิจถ่ายโอน ทำให้มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากขั้นตอนในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและมีเกณฑ์การประเมินผลงานที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นในบางกลุ่มงานแต่ยังได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับแผนพัฒนาองค์การส่งผลให้บุคลากรบางส่วนรู้สึกขาดขวัญกำลังใจและเกิดความรู้สึกริดก้างวลในการปฏิบัติงาน³ จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. บรรยายภาคองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
2. ระดับบรรยาภาคองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,317 คน¹² คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์¹⁴ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีค่า $R^2_{Y_A, B}$ เท่ากับ 0.659 จากการใช้สูตรในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 148 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยจัดกลุ่มรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระบุจำนวนของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพและคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มประชากร หลังจากนั้นจึงทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละวิชาชีพ โดยการจับฉลากและไม่ใส่คืน เมื่อทุกวิชาชีพที่สุ่มได้รวมกันแล้ว จะต้องเท่ากับจำนวนขนาดตัวอย่าง 148 คน ซึ่งในการเก็บตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามได้จำนวน 148 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงนำแบบสอบถามที่เก็บมาได้ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview group)

เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกได้ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีขนาดตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 12 ตัวอย่าง เพื่อให้ถึงความอิ่มตัวของข้อมูล¹⁶⁻¹⁸ โดยพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลและสามารถให้ข้อมูลคุณภาพชีวิตใน

การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งตามวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด (Key informant) ประกอบด้วยตัวแทนผู้รับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคล องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล 9 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ 45 ข้อ ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ 20 ข้อ ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 40 ข้อ ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ 1 ข้อ ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ 1 ข้อ ส่วนที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 1 ข้อ ส่วนที่ 4 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ 1 ข้อ

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล

(Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert, 1967) ดังนี้ ระดับมากที่สุด = 5, ระดับมาก = 4, ระดับปานกลาง = 3, ระดับน้อย = 2, ระดับน้อยที่สุด = 1

โดยการแปลผลคะแนนระดับจะนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทรวรรณ, สุวรรณ บัวทวน, 2547) ดังนี้

ระดับมากที่สุด	หมายถึง	4.50-5.00
ระดับมาก	หมายถึง	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	หมายถึง	2.50-3.49
ระดับน้อย	หมายถึง	1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง	1.00-1.49

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson et al. (1990) มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์ โดยสมบูรณ์	หมายถึง	$r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง	หมายถึง	$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ ปานกลาง	หมายถึง	$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ	หมายถึง	$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์	หมายถึง	$r = 0$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้พบว่า ค่า Cronbach's alpha

coefficients แบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13 มกราคม-11 กุมภาพันธ์ 2568 โดยนำส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ แบบใส่ซองปิดผนึกجاهหน้าซองถึงอาสาสมัครโดยตรงตามที่อยู่หน่วยงาน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยซึ่งอาสาสมัครมีเวลาเพียงพอที่จะอ่านรายละเอียดทำความเข้าใจและตัดสินใจ และส่งกลับคืนเมื่อครบกำหนดตามระยะเวลา

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567 ลำดับที่ 3.4.02 : 48/2567 เลขที่ HE672227

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน (76.4%) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 49 คน (33.2%) โดยมีอายุเฉลี่ย 39.97 ปี (S.D. = 10.05) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะสมรส จำนวน 78 คน (50.3%) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 113 คน (76.3%) ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทข้าราชการ จำนวน 118 คน (79.7%) มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) จำนวนเท่ากันคือ 47 คน (31.7%) มากที่สุดมีรายได้ต่อเดือน 40,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 51 คน (34.5%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 35,731.41 บาท (S.D. = 15,981.70) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 80,000 บาท มากที่สุดมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยกว่า 11 ปี จำนวน 62 คน (41.8%) เฉลี่ย 14.82 ปี (S.D. = 11.01) มีค่ามัธยฐาน 13.50 ปี จำนวนปีที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน จำนวน 119 คน (80.4%) และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง จำนวน 18 คน (62.1%) จำนวนครั้งที่เคยรับการอบรมน้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งที่เคยรับการอบรมมากที่สุด 6 ครั้ง

2. ระดับบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีมิติโครงสร้างองค์การ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.58) รองลงมาคือ มิติความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.61) ส่วนมิติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.77) รองลงมาคือ มิติการให้รางวัล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.76)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.57) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D. = 0.55) รองลงมา คือ ด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.31 (S.D. = 0.60) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D. = 0.71) รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D. = 0.61)

4. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (n = 148)

4.31 (S.D. = 0.53) รองลงมา คือ ด้านความภูมิใจในองค์กร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D. = 0.55) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านรายได้และผลตอบแทน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D. = 0.74) รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.59)

5. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.800$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.811$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กร (ดังตารางที่ 1)

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กร	คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
บรรยากาศองค์การ	0.800***	<0.001	สูง
1. มิติโครงสร้างองค์การ	0.619***	<0.001	ปานกลาง
2. มิติความรับผิดชอบ	0.726***	<0.001	สูง
3. มิติความอบอุ่น	0.681***	<0.001	ปานกลาง
4. มิติการให้รางวัล	0.656***	<0.001	ปานกลาง
5. มิติการสนับสนุน	0.758***	<0.001	สูง
6. มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.718***	<0.001	สูง
7. มิติความขัดแย้ง	0.659***	<0.001	ปานกลาง
8. มิติความเสี่ยง	0.648***	<0.001	ปานกลาง
9. มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.805***	<0.001	สูง

บรรยายาคองค์การและ การสนับสนุนจากองค์การ	คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์ สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การ	0.811***	<0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.714***	<0.001	สูง
2. ด้านงบประมาณ	0.729***	<0.001	สูง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.753***	<0.001	สูง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.791***	<0.001	สูง

*** ระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

6. บรรยายาคองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05

โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ บรรยายาคองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($R^2 = 0.648$, p-value <0.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($R^2 = 0.052$, p-value = 0.002) และการสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($R^2 = 0.011$, p-value = 0.018) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 71.2 ($R^2 = 0.712$, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (n = 148)

ตัวแปร	B	95%CI	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. บรรยายาคองค์การ มีความเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกัน	0.329	0.20-0.46	0.422	5.191	<0.001	0.805	0.648	0.646	-
2. การสนับสนุน จากองค์การ ด้านการบริหารจัดการ	0.236	0.09-0.39	0.285	3.112	0.002	0.837	0.700	0.696	0.052
3. การสนับสนุน จากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.176	0.03-0.32	0.195	2.386	0.018	0.844	0.712	0.706	0.012
ค่าคงที่ 1.104, F = 118.593, p-value <0.001, R = 0.844, R ² = 0.712, R ² adj = 0.706									

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากแบบสอบถามทั้งหมด 148 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ทั้งหมด 62 ฉบับ (41.89%) โดยปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะรายตัวแปร พบว่า บรรยากาศองค์การ มากที่สุด คือ บรรยากาศองค์การมิติโครงสร้างองค์การ (19.35%) ส่วนการสนับสนุนจากองค์การมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร (32.50%) และคุณภาพชีวิตการทำงานมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านรายได้และผลตอบแทน (17.39%)

8. ข้อมูลจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกบรรยากาศองค์การ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปัญหาและอุปสรรคพบว่า องค์การมีการกำหนดค่านิยมร่วมกันของบุคลากรอยู่ในระดับน้อยที่สุด ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในทิศทางการทำงานและความสัมพันธ์ภายในองค์การ บุคลากรขาดความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ แนวทางการแก้ไขคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อกระชับความสัมพันธ์ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เพื่อให้บุคลากรทุกระดับรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจและการพัฒนาองค์การให้มีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน

การสนับสนุนจากองค์การ ด้านการบริหารจัดการ ปัญหาและอุปสรรคพบว่า องค์การขาดการควบคุมกำกับการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การจัดการระบบไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาในองค์การได้อย่างแท้จริง แนวทางการแก้ไขคือ องค์การควรดำเนินการจัดประชุมเพื่อติดตามและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางปรับปรุงตามข้อเท็จจริง และส่งเสริมการจัดการทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับงาน

การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัญหาและอุปสรรคพบว่า องค์การขาดการดูแลรักษาวัสดุอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร แนวทางแก้ไขคือ หน่วยงานควรจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอในหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องให้พร้อมสำหรับการใช้งาน เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ บรรยากาศองค์การ และการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่

บรรยากาศองค์การมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เนื่องจาก เป็นมิติที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและทีมงาน เสริมสร้างความผูกพันต่อองค์การ ซึ่งช่วยลดอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าบรรยากาศองค์การมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{19,11,9} ทั้งนี้ ความแตกต่างของบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงการบริหารจัดการของผู้บริหาร อาจส่งผลให้บรรยากาศองค์การมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าบรรยากาศองค์การมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{5,20,8}

การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ เนื่องจาก การบริหารจัดการมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างประสิทธิภาพ การปฏิบัติงาน สร้างความพึงพอใจในงาน ลดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{21,9,6} ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร นโยบายการบริหาร และบรรยากาศภายในหน่วยงานแต่ละแห่ง อาจส่งผลให้การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{22,11}

การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจาก การจัดหาและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ที่เพียงพอ ทันสมัย และเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน จะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพ การปฏิบัติงาน ความปลอดภัยในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน การลดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ตลอดจนสร้างขวัญ กำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าในงานที่ทำ¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{21,9,6} ทั้งนี้ หน่วยงานแต่ละแห่งมีการบริหารจัดการและดูแลบำรุงทรัพยากรต่างกัน อาจส่งผลให้การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่มีผล

ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข²¹⁻²²

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ บรรยากาศองค์การมีตีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ และการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 71.2 ($R^2 = 0.712$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งหากตัวแปรทั้ง 3 ตัวได้รับการพัฒนาส่งเสริม และสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพต่อชุมชน และสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาระบบสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันในองค์การ พร้อมทั้งให้บุคลากรในหน่วยงาน ร่วมกำหนด ค่านิยมร่วมกันเพื่อให้บุคลากรมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ส่งผลให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและบรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้นภายในองค์การ

1.2 ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในองค์กรเพื่อให้บุคลากรทุกระดับรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจในการทำงาน และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ภายในองค์กร และนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาองค์กรสู่ความยั่งยืนต่อไป

1.3 ควรดำเนินการจัดประชุมติดตาม และประเมินผลการทำงานเพื่อควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางปรับปรุงตามสภาพปัญหาและ

บริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การได้อย่างเต็มที่

1.4 ควรมีบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้อุปกรณ์อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

1.5 ควรปรับปรุงระบบสวัสดิการและผลตอบแทนให้มีความเหมาะสมและเป็นธรรม และพัฒนาระบบการประเมินผลงานที่เป็นธรรม โดยพิจารณาตามผลลัพธ์ของงานอย่างไม่มีอคติ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพและเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคุ้มค่ากับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์ กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ทุกท่าน ที่ให้โอกาสและมีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2. พรณี วัตรเศรษฐ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2561; 12(29): 47-65.
3. กองสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ. 2566-2570). ขอนแก่น: องค์การบริหารส่วนจังหวัด ขอนแก่น; 2566.
4. วราภรณ์ เขตผดุง, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุรัชย์ พิมพ์, นครินทร์ ประสิทธิ์. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567; 10(2): 22-32.
5. บุษบา แสงสุวรรณ, นครินทร์ ประสิทธิ์, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุรัชย์ พิมพ์. บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2566; 23(2): 224-34.
6. นาทยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกรพันธ์ จุฑารส. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 84-95.
7. Litwin GH, Stringer RA. Motivation and organizational climate. Boston: Harvard University Press; 1968.

8. ขบาไพร สุวรรณชัยรบ,
สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. บรรยายภาศ
องค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลจังหวัดสกลนคร.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).
2563; 20(3): 145-57.
9. สุปัตรา ถิ่นไผ่บุรณ์,
ศรีบุษย์ ศรีไชยเจริญพง, ชนะพล ศรีฤๅชา.
บรรยายภาศองค์การและการสนับสนุนจาก
องค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
กาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ
สุขภาพ. 2565; 14(1): 431-40.
10. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหาร
สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2549.
11. ญัฐธิดา ประเสริฐรัมย์, มกราพันธ์
จุฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยทางการบริหารและบรรยายภาศ
องค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของทันตบุคลากรใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล
2566; 34(1): 96-108.
12. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น.
ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น: ขอนแก่น: องค์การ
บริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น; 2567.
13. Cohen J. Statistical power
analysis for the behavior
sciences. 2nd ed. New Jersey:
Lawrence Erlbaum; 1988.
14. Ferreira JC, Patino CM. Loss to
follow-up and missing data:
important issues that can affect
your study results. J Bras
Pneumol. 2019; 45(2):
e20190091.
15. Fugard AJB, Potts HWW.
Supporting thinking on sample
sizes for thematic analyses: a
quantitative tool. International
Journal of Social Research
Methodology. 2015; 18(6): 669-84.
16. Braun V, Clarke V.
(Mis)conceptualising themes,
thematic analysis, and other
problems with Fugard and
Potts' (2015) sample-size tool
for thematic analysis.
International Journal of Social
Research Methodology. 2016;
19(6): 739-43.
17. Guest G, Bunce A, Johnson L.
How many interviews are
enough? An experiment with
data saturation and variability.
Field Methods. 2006; 18(1): 59-82.
18. ทิชากร วิริยะ, สุรัชย์ พิมพ์.
บรรยายภาศองค์การและสุนทรียสาธก
ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ
ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตภิบาล.
2567; 35(1): 95-108.

19. นัฐรินทร์ ช่างศรี, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศ
องค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).
2564; 21(2): 166-78.
20. กิตติพงษ์ บัวติก. บรรยากาศองค์การ
และการสนับสนุนจากองค์การที่มีผล
ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต].
อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานี; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค.
2568] เข้าถึงได้จาก:
<https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php?bnav=1>
21. นรภัทร น้อยสุวรรณ, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของทันตบุคลากร
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารทันตภิบาล.
2566; 34(1): 71-83.
22. สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน
เขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิจัย มข. (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา). 2560; 17(1): 69-80.

แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

กวีกร เทพถาวร¹, ประจักษ์ บัวผัน², สุรัชย์ พิมพ์หา²

(วันที่รับบทความ: 22 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 18 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 10 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 126 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพบว่า ด้านแรงจูงใจ มีค่าเท่ากับ 0.94 ด้านปัจจัยทางการบริหาร มีค่าเท่ากับ 0.94 ด้านการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 14 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.38), 4.08 (S.D. = 0.44) และ 3.93 (S.D. = 0.43) ตามลำดับ ภาพรวมแรงจูงใจ และปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.675$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.787$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรประกอบด้วย ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา แรงจูงใจด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 68.0 ($R^2 = 0.680$, $p\text{-value} < 0.001$)

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, ปัจจัยทางการบริหาร, การบริหารความเสี่ยง

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: kaweeorn.t@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

E-mail: bprach@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, E-mail: bprach@kku.ac.th

Motivation and Administrative Factors Affecting the Risk Management in The Work of Directors at Sub-District Health Promoting Hospitals in Khon Kaen Province

Kaweekorn Thepthaworn¹, Prachak Bouphan², Surachai Phimha²

(Received: 22nd May 2025; Revised: 18th June 2025; Accepted: 10th July 2025)

Abstract

This study was cross-sectional descriptive research aimed to study motivation and administrative factors affecting the risk management in the work of directors at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. The study included 126 directors were randomly selected by systematic random sampling technique from a total population of 248. The quantitative data was collected by using questionnaires examined and verified by three experts for content validity. The item objective congruence (IOC) was more than 0.50. The reliability coefficients were 0.94 for motivation, 0.94 for administrative factors, 0.96 for risk management in the work of directors at sub-district health promoting hospitals, and 0.97 for overall questionnaire. In-depth interview guidelines were used for collecting qualitative data with 14 key informants. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics, with a significance level of 0.05.

The results showed that the overall level of motivation, administrative factors, and the risk management in the work of directors at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province were at a high level with averages of 4.06 (S.D. = 0.38), 4.08 (S.D. = 0.44) and 3.93 (S.D. = 0.43), respectively. The overall of motivation and administrative factors had a statistically significant moderate and high relationship with the risk management in the work of directors at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province ($r = 0.675$, p -value < 0.001) and ($r = 0.787$, p -value < 0.001), respectively. Four variables consisted of administrative factors; time, motivation; salary or compensation, administrative factors; management and administrative factors; man affected and could jointly predict the risk management in the work of directors at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province at 68.0 percentage, ($R^2 = 0.680$, p -value < 0.001)

Therefore, sub-district health promoting hospitals and related agencies can utilize the research results and apply risk management of directors at sub-district health promoting hospitals, further enhancing their efficiency.

Keyword: Motivation, Administrative factors, The risk management

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: kaweekorn.t@kkumail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, E-mail: bprach@kku.ac.th, suraphi@kku.ac.th

Corresponding author: Prachak Bouphan, E-mail: bprach@kku.ac.th

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจและทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ภายใต้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี การบริหารความเสี่ยงในภาครัฐจึงเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบภาครัฐ ตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 มาตรา 79 ได้บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กระทรวงการคลังกำหนด¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการความเสี่ยงองค์กร เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือผลกระทบจากความเสียหายลดลง ซึ่งมีขั้นตอนในการบริหารความเสี่ยง องค์กร ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งทีมบริหารความเสี่ยง 2) การระบุความเสี่ยง 3) การประเมินความเสี่ยง 4) การสร้างแผนภูมิความเสี่ยง 5) การวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง และ 6) การติดตามและประเมินผลความเสี่ยง² จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก^{3,4,5}

การบริหารความเสี่ยงภายในองค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารจะต้องผลักดันให้เกิดการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร แรงจูงใจถือเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการบริหารความเสี่ยงให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร แรงจูงใจสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจูงใจประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงาน

4) ความรับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งและปัจจัยจูงใจประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) การปกครองการบังคับบัญชา 4) นโยบายและการบริหาร 5) สภาพการปฏิบัติงาน 6) สถานภาพของวิชาชีพ 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{7,8,9} นอกจากแรงจูงใจแล้ว ปัจจัยทางการบริหารเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบผลสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี¹⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{4,5,11}

จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 248 แห่ง ดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค 2) ด้านการรักษาพยาบาล 3) ด้านพัฒนาภาคีเครือข่าย และ 4) ด้านบริหารจัดการ นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการบริหารงบประมาณ การเงินและบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง และงานพัสดุ ครุภัณฑ์ จากการวิเคราะห์โอกาสผลกระทบ และการตอบสนองความเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น มีค่าคะแนนความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยงด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านการเงินและบัญชีเพิ่มเติม กิจกรรมการควบคุมวัสดุสิ้นเปลือง อยู่ใน

ระดับปานกลาง พบว่า เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ควบคุมการเบิกจ่ายยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงาน และกิจกรรม ด้านการจัดซื้อจัดจ้างในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ด้วยอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับต่ำ พบว่า บุคลากร ในสังกัดบางส่วนยังต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วย อิเล็กทรอนิกส์เพิ่มเติม¹² จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจและปัจจัย ทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงใน การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็น แนวทางในการกำหนดกระบวนการพัฒนาระบบ บริหารจัดการความเสี่ยงให้กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผล ต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดขอนแก่น

2. ระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยทางการ บริหาร และระดับการบริหารความเสี่ยงในการ ปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการ ปฏิบัติงาน ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน¹³ กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ การ ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis)

เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (Cohen, 1988)¹⁴ ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A.}} + w \dots\dots\dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้ $R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่า สัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาสุนทรียทัศน์ของ ผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ บริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดศรีสะเกษ³ ซึ่งเป็น งานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและมีบริบทที่ ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B}$ มีค่าเท่ากับ 0.729 จากการคำนวณหา ขนาดตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 112 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด ขอนแก่น จำนวน 112 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการ สูญหายในการตอบกลับของแบบสอบถาม หรือไม่ได้รับแบบสอบถามคืน (Response rate) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มร้อยละ 20¹⁵ ทำให้มีจำนวนเท่ากับ 135 ตัวอย่าง ในการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ผู้วิจัยเก็บ ตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 126 ตัวอย่าง ซึ่งมากกว่าขนาด ตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 112 ตัวอย่าง และคิดเป็น ร้อยละ 93.33 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณเพื่อ ป้องกันการสูญหายในการตอบกลับ ดังนั้นผู้วิจัย จึงนำตัวอย่างทั้งหมด 126 ตัวอย่าง ที่เก็บได้ มาใช้ใ้ การวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดย ผู้วิจัยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่มี ความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นได้ (Key informant) โดยพิจารณาคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นทั้งหมด 7 โซน โซนละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 14 คน ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีขนาดตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 12 ตัวอย่างเพื่อให้ถึงความอิ่มตัวของข้อมูล¹⁶ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.1) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเป็นพี่เลี้ยงในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.2) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือพี่เลี้ยงในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

2.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือพี่เลี้ยงในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน **ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ จำนวน 65 ข้อ **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร จำนวน 30 ข้อ **ส่วนที่ 4** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง จำนวน 30 ข้อ **ส่วนที่ 5** เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งออกเป็น 4 ส่วน **ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ จำนวน 1 ข้อ **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร จำนวน 1 ข้อ **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ และ **ส่วนที่ 4** เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence; IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ปัจจัยทางการบริหาร และการบริหารความเสี่ยง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งชุดเท่ากับ 0.97 และพบว่า ด้านแรงจูงใจ มีค่าเท่ากับ 0.94 ด้านปัจจัยทางการบริหาร มีค่าเท่ากับ 0.94 และด้านการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version.16 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567 ลำดับที่ 3.4.05 : 42/2567 เลขที่ HE672209 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ วันที่ 18 ธันวาคม 2567-6 มกราคม 2568

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น มีการแปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49

ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49

ระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ หมายถึง $r = \pm 1$

มีความสัมพันธ์สูง หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99

มีความสัมพันธ์ปานกลาง หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70

มีความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30

ไม่มีความสัมพันธ์ หมายถึง $r = 0$

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 72 คน (57.1%) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 65 คน (51.6%) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.63 ปี (S.D. = 6.31) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานะสมรส จำนวน 98 คน (77.8%) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ

เทียบเท่า จำนวน 78 คน (61.9%) มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 71 คน (56.3%) มีรายได้ต่อเดือน 50,001 บาทขึ้นไป จำนวน 70 คน (55.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 52,984.84 บาท (S.D. = 10,833.82 บาท) รายได้ต่ำสุด 24,960 บาท รายได้สูงสุด 74,390 บาท มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20-30 ปี จำนวน 56 คน (44.4%) เฉลี่ย 27.60 ปี (S.D. = 6.99 ปี) จำนวนปีต่ำสุด 12 ปี จำนวนปีสูงสุด 39 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ จำนวน 116 คน (92.1%) เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง จำนวน 80 คน (63.5%) จำนวนครั้งที่น้อยที่สุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งที่มากที่สุด 3 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.38) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D. = 0.57) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.46) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.56) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D. = 0.65) ตามลำดับ

3. ระดับปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.44) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ปัจจัย

ทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D. = 0.57) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ

4. ระดับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.43) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดตั้งทีมบริหารความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.50) รองลงมา คือ การประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.53) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสร้างแผนภูมิความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.66) รองลงมา คือ คือ การ

วิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.50) ตามลำดับ

5. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.675$, $p\text{-value} < 0.001$) และพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.787$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

แรงจูงใจ และปัจจัยทางการบริหาร	การบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น			
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	95 % CI	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ	0.675***	0.561-0.773	<0.001	ปานกลาง
1. ความสำเร็จในการทำงาน	0.528***	0.379-0.648	<0.001	ปานกลาง
2. การยอมรับนับถือ	0.497***	0.321-0.636	<0.001	ปานกลาง
3. ลักษณะของงาน	0.564***	0.428-0.681	<0.001	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ	0.569***	0.430-0.684	<0.001	ปานกลาง
5. โอกาสความก้าวหน้า ในตำแหน่ง	0.444***	0.296-0.581	<0.001	ปานกลาง

แรงจูงใจ และปัจจัยทางการบริหาร	การบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น			
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	95 % CI	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
ปัจจัยด้าน				
1. เงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.442***	0.286-0.572	<0.001	ปานกลาง
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง	0.534***	0.383-0.651	<0.001	ปานกลาง
3. การปกครองบังคับบัญชา	0.535***	0.407-0.645	<0.001	ปานกลาง
4. นโยบายและการบริหาร	0.640***	0.520-0.746	<0.001	ปานกลาง
5. สภาพการปฏิบัติงาน	0.487***	0.367-0.588	<0.001	ปานกลาง
6. สถานภาพวิชาชีพ	0.480***	0.320-0.631	<0.001	ปานกลาง
7. ความมั่นคงในการ	0.332***	0.155-0.485	<0.001	ปานกลาง
8. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.380***	0.218-0.529	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยทางการบริหาร	0.787***	0.714-0.844	<0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.671***	0.562-0.762	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.527***	0.377-0.643	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.700***	0.598-0.787	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านบริหารจัดการ	0.687***	0.577-0.776	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.700***	0.606-0.776	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.653***	0.539-0.745	<0.001	ปานกลาง

***Correlation is significant at the <0.001 level

6. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

พบว่า ตัวแปรอิสระที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($R^2 = 0.490$, $p\text{-value} = 0.010$) ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ($R^2 = 0.099$, $p\text{-value}$

<0.001) ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ ($R^2 = 0.063$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ($R^2 = 0.029$, $p\text{-value} = 0.001$) จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระ ทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 68.0 ($R^2 = 0.680$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา	0.194	0.048	0.340	0.230	2.625	0.010	0.700	0.490	0.486	-
2. ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.210	0.129	0.292	0.273	5.102	<0.001	0.767	0.589	0.582	0.099
3. ปัจจัยทางการบริหารด้านการจัดการ	0.293	0.168	0.419	0.341	4.619	<0.001	0.807	0.652	0.643	0.063
4. ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร	0.218	0.087	0.348	0.246	3.290	0.001	0.825	0.680	0.670	0.029
ค่าคงที่ 0.271, F = 64.422, p-value <0.001, R = 0.825, R ² = 0.680, R ² adj = 0.670										

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

จากแบบสอบถามทั้งหมด 126 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 38 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 30.16 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยจูงใจด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณากำหนดให้ผลการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นหนึ่งในเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบ ที่เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร โดยมีข้อเสนอแนะ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนสรรหาบุคลากรเพิ่มตามกรอบอัตรากำลัง และที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ คือ การจัดตั้งทีมบริหารความ

เสี่ยง โดยมีข้อเสนอแนะ คือ ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหลักสูตรฝึกอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมและเป็นมาตรฐาน โดยวิทยากรผู้มีความเชี่ยวชาญ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

8. ข้อมูลจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา พบว่าบุคลากรมีภาระงานประจำมาก ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาในการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเต็มที่ รวมถึงการติดตามและรายงานผลไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด แนวทางการแก้ไข คือ ควรจัดทำแผนการดำเนินงาน มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน พร้อมกำหนดตารางเวลาที่เหมาะสม จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะ

ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน พบว่า การพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สอดคล้องกับภาระงานด้านการบริหารความเสี่ยงที่ได้รับมอบหมาย แนวทางการแก้ไขคือ ควร

ปรับปรุงระบบการประเมินผลงานให้สะท้อนภาระงานจริง พัฒนาเกณฑ์การประเมินและการวัดผลสำเร็จของการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน

ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการพบว่า การควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานมีความไม่ต่อเนื่อง ระบบการบริหารความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพ หน่วยงานควรพัฒนาระบบการควบคุมกำกับกับการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดทำแผนการควบคุมกำกับ และติดตามการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร พบว่า ยังมีข้อจำกัดเรื่องการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในหน่วยงาน หน่วยงานจึงควรดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ควบคู่ไปกับการกำหนดนโยบายการให้รางวัลหรือค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงที่โดดเด่น

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยโดยเรียงลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการได้ดังนี้

ปัจจัยการบริหารด้านเวลาเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการจัดการในองค์กร หากองค์กรมีการบริหารจัดการด้านเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรนั้นก็สมารถจะพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว และสามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{17,18,19} อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงาน

มีนโยบายและการบริหารจัดการบุคลากรในกระบวนการทำงานที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ อาจส่งผลให้ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{4,20,21,22}

ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทนเงินเดือนและการเลื่อนขั้นเงินเดือนในหน่วยงานนั้น ๆ เป็นที่พอใจของบุคลากรที่ทำงาน รวมทั้งผลตอบแทนจากการทำงานต่าง ๆ เช่น ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา สวัสดิการ ประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ ตามความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน⁷ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{23,24} อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงานมีนโยบายและการวางแผนบริหารจัดการในพื้นที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{8,25,26}

ปัจจัยทางการบริหารด้านการจัดการเป็นกระบวนการที่ผู้บริหารจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการที่จะใช้ทักษะทางด้านการกระบวนการบริหาร เพื่อใช้ในการบริหารองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด¹¹ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการจัดการมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{22,27,28,29} อย่างไรก็ตาม หาก

หน่วยงานมีนโยบายและการวางแผนบริหารจัดการในพื้นที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{4,30,31}

ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร กำลังคน เป็นทรัพยากรทางการบริหารที่มีความสำคัญมากที่สุด ถือว่าเป็นหัวใจในการดำเนินงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรซึ่งบุคคลจะปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ที่ต้องอาศัยกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย¹¹ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{4,32} อย่างไรก็ตาม หากหน่วยงานมีการวางแผนบริหารจัดการด้านบุคลากร และมีภาระงานที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อาจส่งผลให้ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรในการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{28,31,33}

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น คือปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ปัจจัยด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ปัจจัยทางการบริหารด้านการจัดการ และปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน

จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 68.0 ($R^2 = 0.680$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งหากตัวแปรดังกล่าวได้รับการพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุน จะส่งผลให้สามารถลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง และลดผลกระทบของความเสียหายจากเหตุการณ์ความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

1.1 ควรมีการกำหนดนโยบายและจัดทำแนวทางการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน เพื่อกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ชัดเจน โดยจัดทำปฏิทินการดำเนินงาน กำหนดช่วงเวลา มีการจัดทำรายงานประจำงวดเพื่อให้สามารถตรวจสอบและปรับปรุงได้ทันเวลา รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการกำกับติดตามระดับอำเภอเพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด

1.2 ควรส่งเสริมและสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการวางแผนกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยง อันจะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและบรรลุผลสำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรพิจารณาจัดสรรค่าตอบแทนพิเศษ โดยกำหนดเกณฑ์การจ่ายที่ชัดเจน และให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยเน้นการกำหนดตัวชี้วัดในการทำงานที่ชัดเจนร่วมกัน และมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นไปตามเป้าหมายและบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ควบคู่ไปกับการกำหนดนโยบายการให้รางวัลหรือค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานด้านการบริหารความเสี่ยงที่โดดเด่น เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์กลุ่มวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้โอกาสและมีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักปลัดกระทรวงการคลัง. แผนบริหารจัดการความเสี่ยงของสำนักงานปลัดกระทรวงการคลังและสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง; 2565.

2. นฤมล สอาดโคม. การบริหารความเสี่ยงองค์กร. กรุงเทพฯ: สุสานบุ๊คส์; 2550.
3. คมพัชญ์ นนทร์ศิราภรณ์, สุรัชย์ พิมพ์, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567; 224(1): 145-56.
4. พงศธร โตสังวาลย์, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566; 29(3): 37-55.
5. อ้อมขวัญ ศรีทะ, ประจักษ์ บัวผัน, สุทิน ชนะบุญ. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562; 12(3): 595-603.
6. Hertzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New Brunswick. New Jersey: Transaction Publishers; 1993.

7. คมกริช ถานทองดี, ประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2562; 19(3): 154-65.
8. อัมฤทัย ไชยมาตย์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(3): 172-85.
9. ประวีณา สุมขุนทด, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2566; 9(2): 32-45.
10. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566.
11. พยุดา ชาเวียง, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2560; 17(1): 56-68.
12. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. การวิเคราะห์โอกาส ผลกระทบและการตอบสนองความเสี่ยงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. ขอนแก่น: องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น; 2567.
13. องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น; 2567.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1998.
15. Ferreira JC, Patino CM. Loss to follow-up and missing data: important issues that can affect your study results. J Bras Pneumol. 2019; 45(2): e20190091.
16. Fugard AJB, Potts HWW. Supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: a quantitative tool. International Journal of Social Research Methodology. 2015; 18(6): 669-84.
17. วราภรณ์ เขตผดุง, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุรัชย์ พิมพ์หา, นครินทร์ ประสิทธิ์. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567; 10(2): 22-32.

18. ศุภลักษณ์ คุ่มวงศ์,
สุวิทย์ อุดมพานิชย์. คุณลักษณะ
ส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร
มีผลต่อการดำเนินงานข้อมูล
สารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;
12(3): 19-30.
19. ทิพรภรณ์ คุยก้าวพะเนา, ชนะพล ศรีฤทธา.
คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัย
ทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสฟติคของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2561; 11(4): 47-57.
20. ศรินภา โสมนาวัตร,
สุวิทย์ อุดมพานิชย์, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการควบคุมการ
ติดเชื้อตามมาตรฐานในการปฏิบัติงาน
ของทันตบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 8.
วารสารทันตภิบาล. 2566; 34(1):
84-95.
21. ปิ่นสกุลแก้ว ทองแก้ว,
นกรินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินหา,
นพรัตน์ เสนาฮาด, พิทยา ธรรมวงศา.
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาด
ไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสาร
วิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา). 2566; 23(4): 211-23.
22. ปุณณดา มูลศรี, นพรัตน์ เสนาฮาด,
นกรินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พินหา.
ปัจจัยทางการบริหารและการมีส่วน
ร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารที่มีผลต่อ
การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.
2566; 16(2): 188-201.
23. อติธยา ชุมศรี, สุวิทย์ อุดมพานิชย์,
ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัย
แห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของทันตบุคลากรใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล.
2566; 34(2): 1-17.
24. ชนกานต์ นาพิมพ์, ประจักษ์ บัวผัน,
ชัยญา อภิบาลกุล. คุณลักษณะ
ส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อ
ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).
2561; 18(4): 154-66.
25. กาญจนา พันนะ, สุรัชย์ พินหา,
กฤษณะ อุ่นทะโคตร. แรงจูงใจ
และสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำที่มีผลต่อ
การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
หนองคาย. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม. 2567; 21(พิเศษ): 39-56.

26. เปรมากร หยาดไธสง, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2565; 22(2): 175-188.
27. ซาลินี พสุนนท์, สุรัชย์ พิมหา. บรรยายภาคองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตภิบาล. 2567; 35(1): 37-51.
28. ชูลีพร เพ็งทอง, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมหา. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 235-46.
29. บุชบา แสงสุวรรณ, นครินทร์ ประสิทธิ์, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุรัชย์ พิมหา. บรรยายภาคองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 224-34.
30. ชาญณรงค์ นัยเนตร, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 211-23.
31. เจริญรัตน์ บุญทิ, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 159-71.
32. อารีรัตน์ โสวัชย์, ประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน. 2566; 6(2): 151-65.
33. สุกัญญา พิลาดัน, สุรัชย์ พิมหา. บรรยายภาคองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567; 21(พิเศษ): 26-38.

คุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์¹, สุวารี ทวนวิเศษกุล¹, พรภัทรา แสนเหลา², ธรณินทร์ คุณแขวน¹

(วันที่รับบทความ: 20 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 23 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 25 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 795 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้แบบสอบถามแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 และปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01) การได้ยินไม่ชัดเจน (เมื่อไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง) (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001) การปวดเข่า (Adj OR = 1.51, 95%CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (Adj OR = 1.51, 95%CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) และความสามารถในกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้ยินไม่ชัดเจน การปวดเข่า และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองตามท้องถิ่นต่าง ๆ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, E-mail: wikornmatid@gmail.com, leela_swr@yahoo.com, k.torranin@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, Email: pp_sanloa@hotmail.com
Corresponding author: ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์, E-mail: wikornmatid@gmail.com

Quality of Life and Health Status Factors Associated with Quality of Life among Older Adults, Chaiyaphum Province

Pankarin Hoyrat¹, Suwaree Tuanwisetkul¹, Pornphattra Sanloa², Torranin Khunkhavan¹
(Received: 20th June 2025; Revised: 23rd July 2025; Accepted: 25th August 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study quality of life and health status factors associated with quality of life among the elderly in Chaiyaphum Province. The sample consisted of 795 elderly people living in Chaiyaphum Province selected by a multistage sampling method. Data were collected by village health volunteers using a developed mobile application questionnaire on health status and quality of life of the elderly with its reliability of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that the overall quality of life of the older adults was at a moderate level (69.56%). Health status factors associated with quality of life among older adults included hypertension (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01), hearing impairments (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001), knee pain (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05), partial self-care performance in daily activities (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05), and being unable to care for themselves (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05).

Relevant agencies should implement interventions to promote health related to hypertension, hearing impairments, knee pain, and the ability to perform daily activities among elderly people in rural areas in order to improve quality of life of the elderly.

Keywords: Health status, Quality of life, Older adults

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, E-mail: wikornmatid@gmail.com, leela_swr@yahoo.com, k.torranin@gmail.com

² Assis. Prof., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Email: pp_sanloa@hotmail.com
Corresponding author: Pankarin Hoyrat, E-mail: wikornmatid@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพัฒนาการทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปโดยมีอายุยืนยาวขึ้น และพบข้อมูลการเติบโตของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีอัตราที่สูงขึ้นมากและเป็นไปในทางเดียวกันในทุกประเทศทั่วโลก ขณะเดียวกันประเทศไทยก็ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีการประมาณการว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าหรือปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน¹ โครงสร้างจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยที่มากขึ้นพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.0 และโรคเรื้อรังนี้เองเป็นสาเหตุที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว² และนอกจากนี้พบว่าเมื่ออายุ 60 ปี คนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยต่อไปอีกประมาณ 22 ปี จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสถานะติดเตียง คือ อยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และร้อยละ 19 อยู่ในสถานะติดบ้านคือมีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวกการสำรวจเดียวกันนี้พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 58 รองลงไปได้แก่ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็นร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ร้อยละ 4 ด้านจิตใจร้อยละ 3 และสติปัญญาร้อยละ 2³ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพซึ่งส่งผลถึงอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมีความยากลำบากต่อการ

ทำสิ่งต่างๆ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระของบุตรหลานที่ต้องคอยดูแล

ในปี พ.ศ. 2565 จากรายงานข้อมูลประชากรในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิสูงกว่าร้อยละ 20⁴ ซึ่งข้อมูลแสดงให้เห็นว่าจังหวัดชัยภูมิเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นเป็นที่ทราบดีว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยและมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพในช่วงวัยที่ผ่านมาที่มีการสะสมต่อเนื่องมาเป็นเวลานานจนทำให้เกิดเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โรคมะเร็ง และอื่น ๆ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความเจ็บป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้⁵ ส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง และจากข้อมูล Health data center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 22.68 22.88 และ 23.51 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 40.85 42.02 และ 43.02 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 1.12 1.19 และ 1.22 ตามลำดับ ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวล้วนมีแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้น⁶ รวมถึงเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าอยู่ในช่วงระดับปานกลาง⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัย มีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นอื่นเพิ่มเติมจากที่กล่าวมาข้างต้นรวมถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชัยภูมิ นอกจากนี้ยังสนใจศึกษาประเด็นอิทธิพลภาวะสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิเนื่องจากภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลายประเด็นจึงมีความจำเป็นในการวิเคราะห์อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อค้นหาประเด็นภาวะสุขภาพ

ที่เกี่ยวข้องมากที่สุดที่จะนำไปเป็นประเด็นในการช่วยเหลือส่งเสริมฟื้นฟูภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิซึ่งกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) พุดคุยติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีความเจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Estimating an infinite population proportion ของ Wayne⁸ ดังนี้ กำหนดค่า Alpha (α) ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เท่ากับ 1.96 ค่า Proportion

(p) เท่ากับ 0.219 จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ มนทิญา กงลา⁹ ค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.03 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 732 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 8 รวมขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 795 คน

สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มหาอำเภอของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมี 16 อำเภอ สุ่มมาร้อยละ 25 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน รวมได้ 4 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มหาตำบลของแต่ละอำเภอ โดยสุ่มมาอย่างละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน รวมได้ 4 ตำบล และขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยคิดสัดส่วนตัวอย่างตามจำนวนชั้นภูมิหมู่บ้านของแต่ละตำบล หลังจากนั้นนำรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านมาทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้ครบตามจำนวนสัดส่วนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อทำแบบสอบถามและพัฒนาเป็นโมบายแอปพลิเคชันใช้ในการเก็บข้อมูล (ดังภาพที่ 1)

Figure 1 displays three screenshots of a mobile application designed for assessing the health and quality of life of the elderly. The first screenshot shows the app's title 'สุขภาพและคุณภาพชีวิต' (Health and Quality of Life) and a logo. The second screenshot shows a list of demographic questions, including gender, age, education, and occupation. The third screenshot shows a table of assessment results for various health domains, including physical health, mental health, and social health, with columns for the number of responses and the percentage of responses.

ภาพที่ 1 ตัวอย่างโมบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 10 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 จากคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ซึ่งคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ มีจำนวน 18 ข้อ ตามประเด็นคำถาม ดังนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะการได้ยิน เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง การเคี้ยวอาหารแข็งยากลำบาก การเจ็บปวดในช่องปาก การมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น) การมีอาการปวดเข่า การมีความรู้สึกเศร้าหดหู่ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การมีความรู้สึกเบื่อหน่าย (ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) การเคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ความอยากอาหารลดลง ปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท การมีอาการง่วงนอนอ่อนเพลียกลางวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน และ ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q) ประเมินจาก มีความรู้สึกเศร้าหดหู่ (มี เท่ากับ 1 คะแนน, ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน) รวมกับ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย (มี เท่ากับ 1 คะแนน, ไม่มี เท่ากับ 0 คะแนน) การแปลผล คือ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (1-2 คะแนน) และ ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน)

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามของมูทิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์¹¹ อ้างอิงจาก ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของ สุธรรม นันทมงคลชัย¹² เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตสังคม 10 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับซึ่งเป็นคำถามเชิงบวกและหากเป็นคำถามเชิงลบจะกำหนดค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ซึ่งการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ด้าน และ 1 ภาพรวมคุณภาพชีวิต ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (7 - 16 คะแนน)

คุณภาพชีวิตปานกลาง (17 - 26 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (27 - 35 คะแนน) 2) ด้านจิตสังคม ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (10 - 23 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (24 - 37 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (38 - 50 คะแนน) 3) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (8 - 18 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (19 - 29 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (30 - 40 คะแนน) และภาพรวมคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตไม่ดี (25 - 58 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (59 - 92 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (93 - 125 คะแนน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำเรื่องยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

2. ติดต่อพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับผิดชอบดูแลของแต่ละตำบลเพื่ออธิบายโครงการวิจัยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านได้รับทราบและอธิบายพร้อมสาธิตการใช้โมบายแอปพลิเคชันแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เข้าใจวิธีใช้รวมถึงให้ทดลองใช้งานและตอบข้อซักถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีข้อสงสัยเพื่อให้เข้าใจวิธีใช้ในทิศทางเดียวกัน

3. ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านช่วยเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติคือมีโทรศัพท์มือถือส่วนตัวและเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตในตัวเอง มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์สื่อสารในชีวิตประจำวัน และมีความยินดีเข้าร่วมเก็บข้อมูลโดยในการเก็บข้อมูลนั้นหลังจากผู้วิจัยได้ทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แล้วก็แจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านรับทราบว่าตัวอย่างเป็นใคร เพื่อทำการสำรวจเก็บข้อมูลดังกล่าว

4. การดำเนินการสำรวจเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการอธิบายการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้รับทราบและขอความยินยอมโดยสมัครใจ หลังจากนั้นทำการเก็บบันทึกข้อมูลด้วยโมบายแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตในตัวจนครบตามตัวอย่างที่กำหนด ทั้งนี้การทำงานของโมบายแอปพลิเคชันจะทำงานบนการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตในเก็บข้อมูลและการประมวลผลรายงานและการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสัญญาณอินเทอร์เน็ต

5. วิเคราะห์ข้อมูลเขียนรายงานผลการวิจัยโดยข้อมูลลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้ข้อมูลจากการประมวลผลของโมบายแอปพลิเคชันรายงานและข้อมูลการรายงานภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดึงมาจากรายงานข้อมูลโมบายแอปพลิเคชันเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประมวลผลข้อมูลด้วยโมบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการรายงานลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการทดสอบการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า Crude odds ratio (Crude OR) และพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.2513 เข้าสู่วิธีการทดสอบการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) ด้วยวิธีเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว (Enter method) เพื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยร่วมและนำเสนอด้วย

ค่า Adjusted odds ratio (Adj OR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับและในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีเป็นเหตุการณ์ที่สนใจ ($y = 1$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($y = 0$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขการรับรองที่ HE 66-1-010 ด้วยวิธี Full board reviews

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 795 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.75 เพศหญิง ร้อยละ 59.25 โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น 60 - 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.60 รองลงมาผู้สูงอายุวัยกลาง 70 - 79 ปี ร้อยละ 30.44 (Mean=70.21, S.D.=7.79) ซึ่งมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.91 กิโลกรัม (S.D.=10.85) โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.83 เซนติเมตร (S.D.=7.67) และสำหรับค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 - 22.9) มีมากที่สุด ร้อยละ 43.52 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9) ร้อยละ 24.28

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.87 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.13 มีสถานภาพคู่สมรส มากที่สุด ร้อยละ 62.39 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/อย่าร้าง ร้อยละ 31.95 โดยบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นบุตรธิดาหลาน มากที่สุด ร้อยละ 56.10 รองลงมา อยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 14.59 ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.52 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 9.31 ซึ่งมีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 27.42 และในส่วนของความ

พอใช้ของรายได้ ต่อเดือน พบว่า มีพอใช้ มากที่สุด ร้อยละ 74.47 และไม่พอใช้ ร้อยละ 25.53

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคและกลุ่มปัญหาจาก ความเสื่อม ดังนี้ 1) กลุ่มโรคประกอบด้วย ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.02 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.57 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.03 และ 2) กลุ่มปัญหาจากความเสื่อม ประกอบด้วย ภาวะการได้ยิน (เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง) พบว่า ไม่ได้ยิน ร้อยละ 2.39 และได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 20.75 ขณะที่การรับประทานอาหารเมื่อเคี้ยวอาหารแข็ง มีความยากลำบาก ร้อยละ 33.71 มีความเจ็บปวดในช่องปาก ร้อยละ 14.21 ภาวะการมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น) พบว่า มองไม่เห็น ร้อยละ 2.14 และมองเห็นมัวๆ ร้อยละ 35.22 การมีอาการปวดเข้า ร้อยละ 48.05 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.66 เคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนผ่านมา) ร้อยละ 6.92 มีการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 10.57 มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 7.55 ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 10.69 มีปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ร้อยละ 17.61 มีอาการง่วงนอนอ่อนเพลียกลางวัน ร้อยละ 22.52 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 5.41 และช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ร้อยละ 27.17

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 86.42 ด้านจิตสังคม ร้อยละ 66.29 ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 65.66 และภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายด้านและภาพรวม (n = 795)

คุณภาพชีวิต	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	ดี	96	12.08
	ปานกลาง	687	86.42
	ไม่ดี	12	1.50
ด้านจิตสังคม	ดี	261	33.21
	ปานกลาง	527	66.29
	ไม่ดี	4	0.50
ด้านจิตวิญญาณ	ดี	266	33.46
	ปานกลาง	522	65.66
	ไม่ดี	7	0.88
ภาพรวม	ดี	236	29.69
	ปานกลาง	553	69.56
	ไม่ดี	6	0.75

4. ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value <0.01) โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางและไม่ดีถึง 1.78 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การได้ยินไม่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value <0.001) โดยผู้สูงอายุที่ได้ยินไม่ชัดเจน จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ ปานกลางและไม่ดีถึง 3.33 เท่าของผู้สูงอายุที่ได้ยินชัดเจน

การปวดเข่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ปวดเข่าจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ

ปานกลางและไม่ดีถึง 1.51 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ปวดเข่า

การช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยตนเองได้บางส่วนจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับ ปานกลางและไม่ดีถึง 1.51 เท่าของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด

การช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) โดยผู้สูงอายุที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยตนเองไม่ได้จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลางและไม่ดีถึง 5.10 เท่าของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 795)

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
โรคเบาหวาน						
เป็น	144 (78.69)	39 (21.31)	1.75 (1.18 - 2.59)	0.005	1.31 (0.84 - 2.02)	0.225
ไม่เป็น ^{Ref}	415 (67.81)	197 (32.19)	1.00		1.00	
โรคความดันโลหิตสูง						
เป็น	198 (361)	45 (18.52)	2.32 (1.61 - 3.36)	<0.001	1.78 (1.17 - 2.70)	0.007
ไม่เป็น ^{Ref}	361 (65.40)	191 (34.60)	1.00		1.00	
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
เป็น	34 (85.00)	6 (15.00)	2.48 (1.02 - 5.99)	<0.001	1.16 (0.44 - 3.08)	0.756
ไม่เป็น ^{Ref}	525 (69.54)	230 (30.46)	1.00		1.00	
การได้ยิน (เมื่อไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง)						
ไม่ได้ยิน	14 (73.68)	5 (26.32)	1.52 (0.54 - 4.27)	0.247	0.87 (0.27 - 2.75)	0.815
ได้ยินไม่ชัดเจน	149 (90.30)	16 (9.70)	5.05 (2.94 - 8.69)	<0.001	3.33 (1.84 - 6.00)	<0.001
ได้ยินชัดเจน ^{Ref}	396 (64.81)	215 (35.19)	1.00		1.00	
การเคี้ยวอาหารแข็ง						
ยากลำบาก	217 (80.97)	51 (19.03)	2.30 (1.61 - 3.27)	<0.001	1.31 (0.83 - 2.06)	0.235
ไม่ยากลำบาก ^{Ref}	342 (64.90)	185 (35.10)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ความเจ็บปวดในช่องปาก						
เจ็บปวด	93 (82.30)	20 (17.70)	2.15 (1.29 - 3.58)	0.003	1.04 (0.54 - 2.00)	0.903
ไม่เจ็บปวด ^{Ref}	466 (68.33)	216 (31.67)	1.00		1.00	
การมองเห็น (เมื่อไม่ได้ใส่แว่น)						
มองไม่เห็น	14 (82.35)	3 (17.65)	2.59 (0.73 - 9.15)	0.138	1.42 (0.36 - 5.58)	0.611
มองเห็นมัวๆ	225 (80.36)	55 (19.64)	2.27 (1.60 - 3.22)	<0.001	1.20 (0.80 - 1.82)	0.377
มองเห็นชัดเจน ^{Ref}	320 (64.26)	178 (35.74)	1.00		1.00	
การปวดเข่า						
ปวด	299 (78.27)	83 (21.73)	2.12 (1.54 - 2.90)	<0.001	1.51 (1.05 - 2.16)	0.024
ไม่ปวด ^{Ref}	260 (62.95)	153 (37.05)	1.00		1.00	
ภาวะซึมเศร้า (ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา)						
เสี่ยง	37 (69.60)	8 (30.40)	0.49 (0.22 - 1.08)	0.077	1.32 (0.53 - 3.26)	0.547
ไม่เสี่ยง ^{Ref}	522 (82.22)	228 (17.78)	1.00		1.00	
เคยพลัดตกหกล้ม (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)						
เคย	46 (83.64)	9 (16.36)	2.26 (1.08 - 4.69)	0.029	1.41 (0.61 - 3.26)	0.418
ไม่เคย ^{Ref}	513 (69.32)	227 (30.68)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ปัญหาการกลืนปัสสาวะ						
มีปัญหา	68 (80.95)	16 (19.05)	1.90 (1.08 - 3.35)	0.026	0.76 (0.37 - 1.53)	0.445
ไม่มีปัญหา ^{Ref}	491 (69.06)	220 (30.94)	1.00		1.00	
น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม (ช่วง 3 เดือนที่ ผ่านมา)						
ใช่	52 (86.67)	8 (13.33)	2.92 (1.36 - 6.25)	0.006	1.72 (0.65 - 4.53)	0.270
ไม่ใช่ ^{Ref}	507 (68.98)	228 (31.02)	1.00		1.00	
ความอยากอาหาร						
ลดลง	75 (88.24)	10 (11.76)	3.50 (1.77 - 6.90)	<0.001	1.41 (0.58 - 3.42)	0.442
ไม่ลดลง ^{Ref}	484 (68.17)	226 (31.83)	1.00		1.00	
ปัญหาการนอน (นอนไม่หลับ หลับไม่ สนิท)						
มี	118 (84.29)	22 (15.71)	2.60 (1.60 - 4.22)	<0.001	1.76 (0.99 - 3.13)	0.053
ไม่มี ^{Ref}	441 (67.33)	214 (32.67)	1.00		1.00	
การรบกวนนอนอ่อนเพลีย กลางวัน						
มี	137 (76.54)	42 (23.46)	1.50 (1.02 - 2.20)	0.039	0.81 (0.51 - 1.29)	0.378
ไม่มี ^{Ref}	422 (68.51)	194 (31.49)	1.00		1.00	

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	คุณภาพ ชีวิต	คุณภาพ ชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj OR (95% CI)	p-value
	ปานกลาง และไม่ดี					
	จำนวน	จำนวน				
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน						
ช่วยตนเองไม่ได้	41 (95.35)	2 (4.65)	10.54 (2.52 - 44.06)	0.001	5.10 (1.14 - 22.77)	0.032
ช่วยตนเองได้บางส่วน	164 (75.93)	52 (24.07)	1.62 (1.13 - 2.32)	0.008	1.51 (1.02 - 2.22)	0.037
ช่วยตนเองได้ทั้งหมด ^{Ref}	354 (66.04)	182 (33.96)	1.00		1.00	

Ref = Reference variable, Hosmer and Lemeshow Test Goodness of fit = 13.11 (p-value = 0.108), Cox&Snell R Square = 0.126, Nagelkerke R square = 0.180, Percentage correct = 69.40

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.56 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หรือข้อเสื่อมปวดข้อ เป็นต้น ขณะเดียวกันการทำกิจวัตรประจำวันอาจช้าลงเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น สายตาฟาง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้างในบางครั้ง และเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลงทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลงด้วยรวมถึงมีความรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากการสูญเสียคู่ชีวิต ห่างไกลจากบุตรหลาน หรือบุตรหลานไม่ได้ให้ความใส่ใจดูแลเท่าที่ควร จึงทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิ วัฒน ห้วยทราย และศรยุทธ ชูสุทนต์14 ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

2. ปัจจัยภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) โรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.78, 95% CI = 1.17 - 2.70, p-value < 0.01) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่วนปลายรวมถึงเส้นเลือดในสมองและเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด¹⁵ อันนำไปสู่อัมพฤกษ์ อัมพาตช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้จนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

2) การได้ยินไม่ชัดเจน (เมื่อไม่ใช่เครื่องช่วยฟัง) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 3.33, 95% CI = 1.84 - 6.00, p-value < 0.001) ทั้งนี้เพราะการได้ยินไม่ชัดเจนหรือการได้ยินบกพร่องทำให้จับใจความการสื่อสารของผู้อื่นได้ลำบากต้องใช้ความพยายามตั้งใจฟังซ้ำอยู่บ่อยๆ จนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองจนมีสภาพจิตใจหดหู่และบางทีได้ตอบ ไม่ถูกต้องทั้งในการสื่อสาร

หรือทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นทำให้เขาเหล่านั้นไม่สนใจสื่อสารด้วยเกิด เป็นอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Sun W, Matsuoka T, Imai A, et al.¹⁶ ที่พบว่า การได้ยินบกพร่องจะส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.754, 95% CI = 1.01 - 3.04, p-value = 0.046) จนขาดความสุขและรู้สึกลดลงซึ่งความมีคุณค่าในตนเองลดลงซึ่งความมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ¹²

3) การปวดเข้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.05 - 2.16, p-value <0.05) ทั้งนี้เพราะความปวด (Pain) จะส่งผลทางด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) โดยความรู้สึกเจ็บปวดจะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย¹⁷ การเคลื่อนไหวลำบากการบกรับการใช้ชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุภาวดี ทาสะโก สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์ และพูลสุข ศิริพล¹⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีพบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -0.29$, p-value <0.01) กล่าวคืออาการปวดมากคุณภาพชีวิตจะลดลง และ

4) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (Adj OR = 1.51, 95% CI = 1.02 - 2.22, p-value <0.05) และความสามารถในกิจวัตรประจำวันที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (Adj OR = 5.10, 95% CI = 1.14 - 22.77, p-value <0.05) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวันในการรับประทานอาหาร อาบน้ำ ขับถ่าย แปร่งฟันอันเป็นการตอบสนองต่อความสุขสบายทางกายทำได้เพียงบางส่วนหรือไม่ได้เลยต้องอาศัยพึ่งพาจากผู้อื่นซึ่งหากไม่มีคนช่วยเหลือก็จะเกิดความไม่สุขสบายและนำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บได้¹⁷ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วาสนา หลวงพิทักษ์ และคณะ¹⁹

ศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) และยิ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, et al.²⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า ระดับการพึ่งพาผู้อื่นมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.030)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิควรนำไปเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมในผู้สูงอายุตามท้องถิ่นพื้นที่ต่างๆ

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการได้ยินไม่ชัดเจน การปวดเข้า และความสามารถในกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตัวเองควรนำไปเป็นประเด็น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

3. ควรนำนโยบายแอปพลิเคชันภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขยายผลการใช้งานในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental fund ประจำปีงบประมาณ 2566 และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ไทยโพสต์. ปี 64 ผู้สูงอายุไทยพุ่งสูง 5.6 ล้านคน กรมอนามัยเตรียมแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้รับมือสังคมสูงวัยระยะยาว [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท สารสู่อากาศ จำกัด; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/21887>
2. ศิราณี ศรีหาคะ, วชิร อมรโรจน์วรุตติ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36): 44-62.
3. พิชราภรณ์ พัฒนะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี [การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
4. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1670689859.pdf
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 9. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
7. ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, บังอร ปรอยโคกสูง. การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(1): 296-310.
8. Wayne WD. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 1995.
9. มนทิญา กงลา. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564; 18(3): 75-85.

10. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: วจันตา ครีเอชั่น จำกัด; 2564.
11. มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรงค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558; 45(ฉบับพิเศษ): 18-29.
12. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โอโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2564.
13. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code Biol Med. 2008; 3: 17.
14. วุฒิมาน ห้วยทราย, ศรายุทธ ชูสุทนต์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(1): 63-72.
15. พรชัย จุลเมตต์. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
16. Sun W, Matsuoka T, Imai A, Oya N, Narumoto J. Effects of Hearing Impairment, Quality of Life and Pain on Depressive Symptoms in Elderly People: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(22): 12265.
17. สภาภรณ์ สุตหนองบัว. การดูแลผู้สูงอายุ : สถานการณ์และคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
18. ยุภาวดี ทาสะโก, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, พูลสุข ศิริพูล. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21; วันที่ 27 มีนาคม 2563; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
19. วาสนา หลวงพิทักษ์, กิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ใจยังยืน, เพ็ญรุ่ง วรรณดี. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562; 20(38): 67-81.
20. Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, Shanbehzadeh M. Factors influencing quality of life among the elderly: An approach using logistic regression. J Educ Health Promot. 2023; 12: 215.

การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
ตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ผาณิต พรหมเกต¹, ประจักษ์ บัวผัน², นพรัตน์ เสนาฮาต³

(วันที่รับบทความ: 29 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 25 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 17 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด 229 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.98 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับการสนับสนุนจากองค์กร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.56), 4.00 (S.D. = 0.56) และ 3.98 (S.D. = 0.56) ตามลำดับ ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรและภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.724$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.775$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน

สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 64.0 ($R^2 = 0.640$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากองค์กร, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: pomget.pp2@gmail.com

² รองศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: bprach@kku.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: noppse@kku.ac.th

Corresponding author: ประจักษ์ บัวผัน, E-mail: bprach@kku.ac.th

Organizational Support and Key Success Factors Affecting The Performance According to Thai Traditional Medicine Service Standards among Public Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospitals Roi-Et Province

Panit Pomget¹, Prachak Bouphan², Nopparat Sanahad³

(Received: 29th May 2025; Revised: 25th June 2025; Accepted: 17th July 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed at investigate the organizational support and key success factors that affect the performance of public health officials in accordance with the standards of traditional Thai medicine services at sub-district health promoting hospitals in Roi-Et Province, Thailand. The study included all 229 eligible participants. A total of 194 completed questionnaires were returned (response rate 84.7%). Data were collected using questionnaires with content validity verified by three experts. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) exceeded 0.50 for all items, and the reliability analysis showed a Cronbach's Alpha coefficient of 0.98. Qualitative data were collected through in-depth interviews with 12 key informants using interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, specifically Pearson's correlation coefficient and stepwise linear regression analysis, with statistical significance level set at $p < 0.05$ and in-depth interviews to collect qualitative data.

The results indicated that the overall level of organizational support, key success factors, and performance according to the standards of traditional Thai medicine services among public health officials in sub-district health promoting hospitals in Roi-Et Province were high, with means of 3.95 (S.D. = 0.56), 4.00 (S.D. = 0.56), and 3.98 (S.D. = 0.56), respectively. Furthermore, the overall organizational support and success factors had a strong positive correlation with the performance according to the standards of traditional Thai medicine services, which was statistically significant ($r = 0.724$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.775$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. The four predictor variables composed of key success factors related to improving the image of health services, organizational support concerning management, organizational support concerning personnel, and key success factors related to the connection between sub-district health promoting hospitals and with the main hospital together positively.

Predicted the performance of public health officials according to the standards of traditional Thai medicine services at the sub-district health promoting hospitals in Roi-Et province Thailand, explained 64.0% of the variance. ($R^2 = 0.640$, p-value <0.001)

Keywords: Organizational supports, Success factors, Performance in Thai traditional medicine service standards, Public health officer

¹ Student, Master of Public Health Program in Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: pomget.pp2@gmail.com

² Assoc. Prof., Department of Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: bprach@kku.ac.th

³ Assist. Prof., Department of Public Health Administration, Khon Kaen University,
E-mail: noppse@kku.ac.th

Corresponding author: E-mail: bprach@kku.ac.th

บทนำ

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีมาตรการสำคัญคือ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยการสนับสนุนให้มีกระบวนการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การขับเคลื่อนและบูรณาการข้อมูลในระดับชาติ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น และการพัฒนากำลังคน รวมถึงสนับสนุนภาคประชาสังคม เครือข่ายหมอพื้นบ้าน เครือข่ายวิชาชีพแพทย์แผนไทยเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้ระบบบริการสุขภาพ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ซึ่งหนึ่งในประเด็นขับเคลื่อน คือการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก¹

ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดการ² ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้สถานบริการทุกแห่งได้พัฒนาคุณภาพมาตรฐานในเป็นไปในทิศทางเดียวกันซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยซึ่งมีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับมาก³⁻⁵

การสนับสนุนจากองค์การ เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ⁶ เพราะการสนับสนุนจากองค์การ

ที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทย⁷⁻⁹ ปัจจัยแห่งความสำเร็จยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือเป็นแนวทางในการยึดโยงการปฏิบัติงานทุกระดับให้มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จมีองค์ประกอบสำคัญ 6 องค์ประกอบคือ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามการปฏิบัติ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดแผนงานสนับสนุน การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน¹⁰ เพราะปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานตามมาตรฐานแพทย์แผนไทยได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยผู้วิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{4-5,11}

จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 229 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย จำนวน 229 คน¹² จากการประเมินตามมาตรฐาน พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) ระดับดีเยี่ยม จำนวน 56 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24.45 ระดับดีมาก จำนวน 104 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.42 ระดับดีจำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 7.86 และไม่ผ่านการประเมินจำนวน 51 แห่งคิดเป็นร้อยละ 22.27⁹

ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อใช้ประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในการวางแผน พัฒนาการปฏิบัติงานงานแพทย์แผนไทยให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 229 คน¹² และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ซึ่งมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (Cohen, 1988) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{\lambda(1-R_{Y.AB}^2)}{R_{Y.AB}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{\frac{1}{V_L} - \frac{1}{V}}{\frac{1}{V_L} - \frac{1}{V_U}} (\lambda_L - \lambda_U) \dots (2)$$

กำหนดให้ $R_{Y.AB}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด⁴ ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 212 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า n มีจำนวนเท่ากับ 212 คน ในกรณีตอบแบบสอบถามพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย มีจำนวน 229 คน เพื่อลดปัญหาในการส่งแบบสอบถามซ้ำ ซึ่งอาจเป็นการรบกวนผู้ตอบแบบสอบถาม หรือการปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเกิดความน่าเชื่อถือ และใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไป ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเก็บรวบรวมข้อมูลจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 229 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 194 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.5 จากการคำนวณ และร้อยละ 84.7 จากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลมี 8 ข้อ 2. การสนับสนุนจากองค์กร 20 ข้อ 3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 30 ข้อ 4. การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย 25 ข้อ 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 3 ข้อ โดยส่วนที่ 2-4 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1)¹⁴ และส่วนที่ 5 มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การแปลผล

ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานจัดระดับตามช่วงคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ¹⁵ ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00) ระดับมาก (3.50-4.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับน้อย (1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49) และการแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)¹⁶ ดังนี้ $r = 0$ ไม่มีความสัมพันธ์ $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.1 มีความสัมพันธ์ต่ำ $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 มีความสัมพันธ์สูง $r = \pm 1$ มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ 1. การสนับสนุนจากองค์กร 2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3. การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ส่วนที่ 4 เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.05 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของการสนับสนุนจากองค์กร เท่ากับ 0.97 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มี เท่ากับ 0.98 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 0.94 และในภาพรวมเท่ากับ 0.98 ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้มีค่า 0.7 ขึ้นไป²⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ลำดับที่ 3.4.02 : 43/2567 เลขที่โครงการ HE672208 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 20 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2568

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.2 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 54.6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 86.4 มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุดเป็นร้อยละ 47.9 มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 40,000 บาท มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด 1-5 ปี ร้อยละ 45.9 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.18 ปี (S.D. = 5.18 ปี, Median = 6 ปี, Min = 1 ปี, Max = 17 ปี) ส่วนใหญ่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 66.5 และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย 1-2 ครั้ง ร้อยละ 66.7 โดยมีจำนวนครั้งในฝึกการอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 2.30 ครั้ง (S.D. = 1.55 ครั้ง, Median = 2.3 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, Max = 8 ครั้ง)

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กร

ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D. = 0.61) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D. = 0.62) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 0.66) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.66)

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.59) รองลงมาคือผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม มีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.62) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.63) รองลงมาคือ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน มีค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.60)

4. ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการควบคุมคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.64) รองลงมาคือด้านการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.70) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.83

(S.D. = 0.56) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.66)

5. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.1 การสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.724$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์กรรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดในระดับสูงคือ ด้านการบริหารจัดการ ($r = 0.726$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมา ในระดับปานกลางคือ ด้านบุคลากร ($r = 0.678$, $p\text{-value} < 0.001$) และพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุดในระดับปานกลางคือ ด้านงบประมาณ ($r = 0.561$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.606$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ภาพรวมการปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.775$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดในระดับสูงคือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($r = 0.745$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านการสร้างใจและความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($r = 0.719$, $p\text{-value} < 0.001$) และพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุดในระดับปานกลางคือ ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ($r = 0.649$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน ($r = 0.653$, $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

6. การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ($R^2 = 0.555$, $p\text{-value} = 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($R^2 = 0.060$, $p\text{-value} = 0.002$) การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ($R^2 = 0.015$, $p\text{-value} = 0.017$) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน ($R^2 = 0.010$, $p\text{-value} = 0.023$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรมีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ได้ร้อยละ 64.0 ($R^2 = 0.640$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรมีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 64.0 (ดังตารางที่ 2) โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Y = 1.776 + (0.301)$ (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ) $+ (0.234)$ (การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ) $+ (0.154)$ (การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร) $+ (0.128)$ (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน)

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

จากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 32.5 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานด้านบุคลากร ยังมีหน่วยบริการที่ขาดผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 372 ชั่วโมง และเจ้าหน้าที่ตรวจวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีข้อเสนอแนะคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแผนในการเพิ่มอัตรากำลังและเพิ่มศักยภาพให้ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 194)

ตัวแปรที่ศึกษา	การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	95% CI	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร	0.724***	0.643-0.791	<0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.678***	0.584-0.754	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.561***	0.453-0.657	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.606***	0.504-0.693	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.726***	0.654-0.785	<0.001	สูง
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.775***	0.706-0.829	<0.001	สูง
1. ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.649***	0.563-0.725	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.662***	0.572-0.735	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.681***	0.598-0.757	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.719***	0.641-0.782	<0.001	สูง
5. ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.745***	0.672-0.808	<0.001	สูง
6. ด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน	0.653***	0.553-0.736	<0.001	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด (n=194)

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.301	0.152	0.450	0.320	3.975	0.001	0.745	0.555	0.553	-

ตัวแปร	B	95% CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
2. การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ	0.234	0.090	0.378	0.256	3.209	0.002	0.784	0.615	0.611	0.060
3. การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร	0.154	0.028	0.280	0.172	2.411	0.017	0.794	0.630	0.624	0.015
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วย ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายเดียวกัน	0.128	0.017	0.238	0.153	2.285	0.023	0.800	0.640	0.632	0.010
ค่าคงที่ 1.766, f = 83.944, p-value <0.001, R = 0.800, R ² = 0.640, R ² adj = 0.632										

7. การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ที่ทำให้ความสามารถของหน่วยบริการในการเป็นตัวอย่างในเรื่องให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่ประชาชนทั้งในและนอกสถานบริการยังมีข้อจำกัด ดังนั้นหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องควรมีการรวมกลุ่มในการรวบรวมข้อมูลปัญหา ข้อปฏิบัติ และวิธีการในการให้บริการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

1. ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การเป็นองค์ประกอบของการส่งเสริมการดำเนินงานขององค์การทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ให้ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ คนหรือบุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหารจัดการ⁶ ซึ่งปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ มีประสิทธิภาพในทุกด้าน

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัย ที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข^{7,16-17} ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีบริบทและพื้นที่ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้การสนับสนุนจากองค์การมีข้อจำกัดและแตกต่างกันได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข^{9,18-19}

2. ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมและเกื้อกูลให้การปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ปัจจัยที่ต้องทำให้เกิดขึ้นหรือมีในกระบวนการทำงานด้านสุขภาพของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเชื่อมโยงการปฏิบัติงานทุกระดับ ให้มุ่งเน้นเป็นหมายไปในทางเดียวกัน ทำให้เกิดการบริการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ดังนั้นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานประกอบด้วย ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายเดียวกัน¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์กับระดับสูง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^{20-21,11} ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยที่ต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{19,4-5}

3. การสนับสนุนจากองค์กรและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4

ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 64.0 โดยแต่ละปัจจัยสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

3.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ เป็นการพัฒนาองค์การให้มีความเพียบพร้อมมีคุณภาพประชาชนเกิดความมั่นใจพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{10-11,4} ทั้งนี้ หากแต่ละหน่วยงานมีบริบทของพื้นที่ และการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข²²⁻²³

3.2 การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการเป็นการบริหารจัดการเป็นการบริหารเป็นการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอาศัยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ คนหรือบุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน สำนึกส่งเสริมศักยภาพและประสิทธิภาพ⁶ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุข^{19,24,19} ทั้งนี้ หากแต่ละหน่วยงานมีกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานแตกต่างกันไปตามพื้นที่อาจส่งผลให้บริหารจัดการมีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่

สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาวิจัยไว้แล้วว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข^{9,7}

3.3 การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรเป็นทรัพยากรด้านกำลังคนหรือบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญที่สุดในการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานล้วนต้องอาศัยทรัพยากรกำลังคน⁶ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{18,21,11} ทั้งนี้หากแต่ละหน่วยงานมีแผนงานหรือแผนพัฒนาด้านบุคลากรที่แตกต่างกันตามพื้นที่ และมีข้อจำกัดด้านบุคลากร อาจส่งผลให้การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรมีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข^{7,9}

3.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกันเป็นการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติงาน โดยมีการประสานงานทั้งในลักษณะแนวดิ่งและแนวราบซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนระบบข้อมูลสารสนเทศทางวิชาการ อีกทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับองค์การเครือข่าย รวมถึงการปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับองค์การเครือข่าย พร้อมด้วยการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน และการพัฒนาการเชื่อมโยง ของการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ¹⁰ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน มีส่วนร่วมใน

การพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข^{25-26,4} ทั้งนี้หากแต่ละหน่วยงานมีบริบทพื้นที่ นโยบายแผนการปฏิบัติ และการประสานงานที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อาจส่งผลให้ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับเครือข่ายเดียวกัน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข²²⁻²³

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการสร้างกลไกในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีระบบการประเมินคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนเพื่อใช้ในการติดตามและปรับปรุงการให้บริการเพื่อพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการในด้านการบริการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและการบริการที่ได้มาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาการให้บริการเพื่อตอบสนองในปัญหาสุขภาพของประชาชนในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพของประชาชน

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนการจัดการทรัพยากรในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและมีการวางระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพตลอดจนมีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

เพื่อให้ได้ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีอยู่ และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย

1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดจ้างให้เป็นลูกจ้างรายปีหรือลูกจ้างประจำและมีการส่งเสริมให้มีการบรรจุเป็นข้าราชการวิชาชีพแพทย์แผนไทยในอนาคต ตลอดจนมีการฝึกอบรมเพิ่มทักษะและความรู้ในการให้บริการตามมาตรฐาน เพื่อเพิ่มทักษะและประสิทธิภาพด้านบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรม ให้ความรู้ตลอดหลักสูตร องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้โอกาสและความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่เป็นอย่างดี ไว้ ณ ที่นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565.

2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานโรงส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ฉบับปรับปรุงใหม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565.
3. เสาวนีย์ ม่วงนิล, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรัชย์ พิมพ์, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุพัฒน์ กองศรีมา, ศรัญญา พันธุ์โยธา และณัฐกร นิลเนตร. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยการแพทย์ผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.2566; 17(2): 936-51.
4. กัญญารัตน์ จันทรีโสม, ประจักษ์ บัวผัน, และมกรภาพันธุ์ จูฑะรสก. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น(ฉบับบัณฑิตศึกษา).2563; 20(2): 60-71.

5. ศุมาลีน ดีจันทร์, ประจักษ์ บัวผัน.
แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มี
ผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเลย.วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา).2562; 19(2): 166-76.
6. ทองหล่อ เดชไทย. หลักบริหาร
สาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาการบริหารงาน
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
7. รัฐธีร์ สินธุศรีวิศาล, สุรัชย์ พินหา,
กรรณิกา ศิริจันทร์. สุนทรียภาวะผู้นำ
และปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยใน
โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 10.
วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(ฉบับบัณฑิตศึกษา).2567; 24(4): 79-89.
8. จรัสศรี บุญคงทอง, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยการบริหารและแรงจูงใจที่มีผล
ต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 8. วารสารวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพ. 2558; 8(2): 146-56.
9. สหภาพ คำโฮง, นพรัตน์ เสนาฮาด,
สุภารัตน์ ทัพโพธิ์. ความสัมพันธ์ของ
ปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศ
องค์การกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
งานบริการแพทย์แผนไทยของบุคลากร
แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนเขต
สุขภาพที่ 7.วารสารวิจัยสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2567;
17(3): 136-51.
10. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์,
ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชการ,
เกษม เวชสุนทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์.
คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ:
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2553.
11. ธัญชนก รัตนสิมากร, ประจักษ์ บัวผัน,
มกรพันธ์ จุฑารสกล, นฤพวรรต์
พรหมมาวัย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผล
ต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสาร
ทันตภิบาล. 2565; 33(2): 111-28.
12. องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด.
ข้อมูลบุคลากรแพทย์แผนไทยใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2567.
ร้อยเอ็ด: องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ร้อยเอ็ด; 2567.
13. องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด.
หนังสือรับรองผลการประเมิน
มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและ
สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 :
ร้อยเอ็ด: องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ร้อยเอ็ด; 2567.
14. Likert R. The human
organization: Its management
and values. New York: McGraw-
Hill; 1967.

15. สำเริง จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
16. อริยธาดา ธนารัตน์ชญาดา, ประจักษ์ บัวผัน, สุรัชย์ พิมพ์. สุนทรียะทักษะภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุข. 2566; 16(2): 1-13.
17. จรัสศรี อาจศิริ. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2564; 4(2): 57-68.
18. สุชาดา จำปาน้อย, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. สุนทรียะทักษะภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(3): 974-88.
19. บรรหาร เอ็มประโคน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล. 2566; 34(2): 18-35.
20. ลลิตา พันพรม, สุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสื่อสารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567; 17(2): 84-97.
21. เจริญรัตน์ บุญที, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 159-71.
22. คมพัชญ์ นนทร์ดีราษฎร์, สุรัชย์ พิมพ์, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์. ทักษะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567; 24(1): 145-56.
23. สิริพรรณ บุญที, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 198-210.

24. กนกอร ผิวเพชร, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์,
ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จและการสนับสนุนจาก
องค์การที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา
ด้านสุขภาพ. 2566; 9(2): 46-57.
25. จักรกฤษณ์ อาสาสะนา, ประจักษ์ บัวผัน,
มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ธนณทชนก
พรหมพินิจ. ปัจจัยทางการบริหารและ
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสาร
วิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับ
บัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2): 184-97.
26. ชาญณรงค์ นัยเนตร, ประจักษ์ บัวผัน.
ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโค
โรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู.
วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566; 23(2):
211-23.
27. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธี
วิจัยทางการสาธารณสุขกรณีศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.
กรุงเทพฯ: จามรีโปรดักท์; 2560.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

วีระพงษ์ วงษ์ครุ¹, เจตนิพิฐ สมมาตย์²

(วันที่รับบทความ: 5 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 30 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 19 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 251 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2567 โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ (WHOQOL BREF THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.07 อายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 56.18 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.49 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.74 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.19 รายได้เฉลี่ย/เดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 55.38 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.05 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 77.29 คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส ($OR_{adj} = 3.69$, 95%CI = 1.30 - 10.47, p-value = 0.014) 2) ความเพียงพอของรายได้ ($OR_{adj} = 3.60$, 95%CI = 1.26 - 10.24, p-value = 0.016) 3) โรคประจำตัวของผู้ดูแล ($OR_{adj} = 4.79$, 95%CI = 1.60 - 14.33, p-value = <0.001) 4) ภาระการดูแล ($OR_{adj} = 14.90$, 95%CI = 5.71 - 37.61, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านการสร้างเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีคู่สมรส การสนับสนุนรายได้และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล การจัดระบบตรวจสุขภาพและป้องกันโรคประจำตัวในผู้ดูแล และการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ภาระการดูแล, การสนับสนุนทางสังคม, ความคาดหวังของสังคม

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, Email: 65202501012@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, Email: jetnipit@scphkk.ac.th

Corresponding author: เจตนิพิฐ สมมาตย์, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

Factors Associated with The Quality of Life among Family Caregivers of Dependent Older Adults in Khok Pho Chai District, Khon Kaen Province

Weearapong Wonglakhon¹, Jetnipit Sommart²

(Received: 5th June 2025; Revised: 30th July 2025; Accepted: 19th July 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study factors associated with the quality of life among family caregivers of dependent older adults in Khok Pho Chai District, Khon Kaen Province. The sample consisted of 251 family caregivers, using a multi - stage random sampling method. The data were collected from March to June 2024 using the WHOQOL BREF THAI. Descriptive statistics and multiple logistic regression were used.

The findings showed that the majority of the sample were female 82.07%, 50 - 59 years old 56.18%, marital status 78.49%, graduated from primary education 65.74%, occupation in agriculture 52.19%, average monthly income was 5,000 - 10,000 baht. Most of them had insufficient income 88.05%. The dependent older adults were mostly home bound 77.29%. Family caregivers of the dependent older adult had overall quality of life score at a moderate level. The factors that were significantly associated with the quality of life were: 1) marital status (ORadj = 3.69, 95%CI = 1.30 - 10.47, p-value = 0.014), 2) income adequacy (ORadj = 3.60, 95%CI = 1.26 - 10.24, p-value = 0.016), 3) Underlying diseases of dependent older adult family caregivers (ORadj = 4.79, 95%CI = 1.60 - 14.33, p-value = <0.001), and 4) Caregiver burden of dependent older adult caregivers (ORadj = 14.90, 95%CI = 5.71 - 37.61, p-value <0.001). Other factors were found to be statistically insignificant.

Suggestion: The relevant agencies should promote the quality of life of the family caregivers according to important factors, including: building a support network for family caregivers without a spouse, supporting income and reducing the burden of care costs, organizing a system of health check - ups and prevention of congenital diseases in caregivers, and developing skills to care for the elderly with dependency conditions to be more effective.

Keywords: Family caregivers of dependent older adult, Caregiving burden, Social support, Social expectation

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Email: 65202501012@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

Corresponding author: Jetnipit Sommart, E-mail: jetnipit@scphkk.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ของผู้สูงอายุทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีด้านการแพทย์และการคมนาคมขนส่งได้อย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและมีอายุยืนมากขึ้น ในปี 2022 ได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2573 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุ ถึง 1,400 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 2,100 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก¹

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ นั้นหมายถึง ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ได้ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ มีสัดส่วนวัยทำงานที่ลดลง ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ส่งผลให้การเติบโตทางเศรษฐกิจชะลอตัวลงในระยะยาว ด้านสุขภาพมีความเสี่ยงที่เกิดจากโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ก่อให้เกิดภาระการดูแล ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จากอัตราการพึ่งพาสูงขึ้น ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานหนัก เพื่อหารายได้มาดูแลผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว หรืออาจถูกทอดทิ้งได้

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตดีจะสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีอาจส่งผลให้เกิดการดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือการละเลยผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทของชุมชนชนบทไทยอย่างจำกัด โดยเฉพาะในด้านปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ

จากข้อมูลการแบ่งระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่นและอำเภอโคกโพธิ์ไชย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2566 พบว่า มีแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี² เนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย นำมาซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น หน้าที่การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Family caregiver) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุ รองลงมา เป็นคู่สมรสและญาติ ตามลำดับ³

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและสร้างความเครียดสูงให้กับผู้ดูแล เพราะนอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ การเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเองแล้ว หากขาดความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็อาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ปัญหาการนอนหลับ ความเครียด วิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมองการให้การดูแลในแง่ลบ และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการถูกละเลยหรือถูกทำร้ายโดยไม่ตั้งใจ นอกจากนี้ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจสถานการณ์ ก็อาจตำหนิผู้ดูแลว่าไม่ดีหรือไม่กตัญญู ซึ่งยิ่งเพิ่มความรู้สึกผิดและภาระให้กับผู้ดูแลอีกด้วย⁴

ด้วยเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริม

สุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย
จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน
อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical
study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม - มิถุนายน
2567

ประชากร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ดูแล
หลัก เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตร หลาน
หรือญาติ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำหน้าที่ดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลามากกว่า 3
เดือน โดยเป็นการดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน มี
อายุระหว่าง 18 - 59 ปี จำนวน 386 ราย
(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์ไชย, 2566)
ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัด
ขอนแก่น

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร
คำนวณตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หา
ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate)
โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ของ
Hsieh และคณะ⁵

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

โดยนำข้อมูลจากการศึกษานำร่องของ สุริย์
พร แสงใส และคณะ (2565) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอมัญจาคีรี ซึ่งเป็นพื้นที่
ใกล้เคียง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผู้วิจัยได้นำ
ปัจจัย เรื่อง ความคาดหวังของสังคมที่ได้จาก

การศึกษา นำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยที่ n
คือ ขนาดตัวอย่าง จำนวน 30 คน

- p คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่ากับ 0.67
- p_0 คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความคาดหวัง
ของสังคมระดับต่ำ เท่ากับ 0.74
- p_1 คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความคาดหวัง
ของสังคมระดับสูง เท่ากับ 0.55
- B คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงที่มีความคาดหวังของสังคมระดับสูง
- $\alpha = 0.05$ คือ ระดับความเชื่อมั่น 95% มี
ค่าเท่ากับ 1.96
- $\beta = 0.2$ คือ อำนาจการตรวจสอบที่ 80%
มีค่าเท่ากับ 0.84

และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 123 คน ปรับแก้
ตามวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิเคราะห์
ข้อมูลด้วย การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณอิสระ ผู้วิจัย
เลือกค่า $\rho = 0.3$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว
251 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การเลือกสุ่มตัวอย่าง
แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบบ
สัดส่วน โดยการแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ตาม
ตำบล จากนั้นคำนวณหาขนาดตัวอย่างของแต่ละ
ตำบล โดยการแบ่งชั้นภูมิแบบสัดส่วน และนำมา
สุ่มตัวอย่างแต่ละหน่วยประชากรเพื่อให้มีโอกาสใน
การเลือกเป็นตัวอย่างตามสัดส่วนเท่าๆ กัน ด้วย
วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random
sampling) โดยวิธีการจับสลากตามรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน
20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแล
ผู้วิจัยได้ดัดแปลงขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีของ
Stommel และคณะ⁷ และงานวิจัยของ ชนัญชิตา
อุษณีย์ ทูลศิริและคณะ⁸ ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบ

วัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Zarit burden interview) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการเงิน มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ ทั้งหมดแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 52 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ ประจำ = 4 คะแนน บ่อยครั้ง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน นานๆ ครั้ง = 1 คะแนน ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เกณฑ์การวัดระดับคะแนนภาระการดูแลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best⁶ คือ 0 - 17 = มีภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 18 - 35 = มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง 36 - 52 = มีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งของ หรือบริการที่จำเป็น ซึ่งได้จากแนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ⁹ มีเฉพาะข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 15 - 75 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุด = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน นานๆ ครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 1 คะแนน เกณฑ์การวัดระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best⁶ คือ 15 - 35 = ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 36 - 56 = ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 57 - 75 = ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังของสังคม โดยเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมา มีเฉพาะข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 12 - 60 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคือ ประจำ = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน นานๆ

ครั้ง = 2 คะแนน ไม่เคยเลย = 1 คะแนน เกณฑ์การวัดระดับคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best⁶ คือ 12 - 28 = ความคาดหวังทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 29 - 45 = ความคาดหวังทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 46 - 60 = ความคาดหวังทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ (WHOQOL BREF THAI) แปลและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁰ จำนวน 26 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แต่ละเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกคือ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เลย = 5 คะแนน เล็กน้อย = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน เกณฑ์การวัดระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม คือ 26 - 60 คะแนน = คุณภาพชีวิตต่ำ 61 - 95 = คุณภาพชีวิตปานกลาง 96 - 130 = คุณภาพชีวิตดี

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังนี้ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ดัชนี ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item - objective congruence : IOC) และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข และได้ค่า IOC เท่ากับ 0.97 และมีความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 ชุด ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ใกล้เคียงกันนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟา โดยวิธี Cronbach' alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 16 (ลิขสิทธิ์วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Crude OR, Adjusted odds ratio (OR adj) ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และค่า p-value

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 251 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.07 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 56.18 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.49 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.74 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.19 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 55.38 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.05 มีค่าใช้จ่ายทั่วไปภายในครอบครัว น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 57.77 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,000 - 3,000 บาท ร้อยละ 65.74 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.70 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.15 ไม่มีความพิการ ร้อยละ 79.28 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 72.51 มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อวัน 6 - 8 ชั่วโมง ร้อยละ 37.05 รองลงมา 3 - 5 ชั่วโมง ร้อยละ 35.86 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 - 3 คน ร้อยละ 80.08 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 94.02 อายุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 - 79 ปี ร้อยละ 54.98 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 77.29 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 72.91 และมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 62.95

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.87 (Mean = 22.85, S.D. = 7.25)

การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.90 (Mean = 35.30, S.D. = 4.80)

ความคาดหวังทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังทางสังคมที่มีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.45 (Mean = 32.51, S.D. = 5.41)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.10 แยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.27, 85.26, 80.05, 83.67 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละระดับคุณภาพชีวิตแยกตามรายด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอบึงโขงโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย (n = 251)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ด้านสุขภาพกาย	0	204 (81.27)	47 (18.73)
ด้านจิตใจ	21 (8.37)	214 (85.26)	16 (6.37)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	21 (8.37)	221 (80.05)	9 (3.59)
ด้านสิ่งแวดล้อม	25 (9.96)	210 (83.67)	16 (6.37)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	49 (19.52)	186 (74.10)	16 (6.37)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการวิเคราะห์ Bivariable analysis พบตัวแปรที่มีค่า p-value <0.25 จำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความคาดหวังของสังคม ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้ถูกนำเข้า Initial model สำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression หลังจากการ Adjusted แล้ว พบว่ามี 4 ตัวแปรที่อยู่ใน Final model ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอบึงโขงโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ดังนี้

1. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 3.69 เท่า ของผู้ดูแลที่มีสถานภาพ โสด/หม้าย/หย่า/แยกทาง (Adjusted OR = 3.69, 95%CI = 1.30 - 10.47, p-value = 0.014)

2. ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 3.60 เท่า ของผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 3.60, 95%CI = 1.26 - 10.24, p-value = 0.016)

3. โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 4.79 เท่า ของผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว (Adjusted OR = 4.79, 95%CI = 1.60 - 14.33, p-value = <0.001)

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับต่ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 14.90 เท่า ของผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางและระดับสูง (Adjusted OR = 14.90, 95%CI = 5.71 - 37.61, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น (Multivariable analysis) (n = 251)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (%)		Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
	ดี	ไม่ดีและ ปานกลาง				
1. สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย/หย่า/ แยกทาง	6 (11.11)	48 (88.89)	1	1	1	0.014
สมรส	43 (21.83)	154 (78.17)	2.23	3.69	1.30 - 10.47	
2. ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอ	40 (18.10)	181 (81.90)	1	1	1	0.016
เพียงพอ	9 (30.00)	21 (70.00)	1.93	3.60	1.26 - 10.24	
3. โรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
มี	6 (9.84)	55 (90.16)	1	1	1	<0.001
ไม่มี	43 (22.63)	147 (73.37)	2.76	4.79	1.60 - 14.33	
4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
ระดับปานกลางถึง ระดับสูง	29 (13.62)	184 (86.38)	1	1	1	<0.001
ระดับต่ำ	20 (52.63)	18 (47.37)	7.04	14.90	5.71 - 37.61	

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีอาการพิการ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า จากการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้มีการจัดสรรงบประมาณให้ในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิพร ชัดตา และคณะ¹¹ พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 3.69 เท่า ของผู้ดูแลผู้สูงอายุสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยกทาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ ได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการแบ่ง

เบาภาระในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ และคณะ¹² ได้ศึกษา ปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.89 ผู้ดูแลที่มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ช่วยลดภาระในการดูแล ซึ่ง จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้ เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 3.60 เท่า ของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อธิบายได้ว่า ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงนั้นมีค่าใช้จ่ายตามมา เช่น ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล ค่าอาหารเสริม เป็นต้น ผู้ดูแลจะต้องมีความพร้อม ในการเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลยังมีรายได้สูงและเพียงพอในการใช้จ่ายต่างๆ ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยหรือมีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ การศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีสิกรรม และคณะ¹³ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปาน กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะพึ่งพา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีโรค ประจำตัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.79 เท่า ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพที่ดี ไม่มีโรค ประจำตัวนั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีผลกำลังในการ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ใน ขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวนั้นอาจมี ข้อจำกัดเรื่องสุขภาพร่างกาย ทำให้การดูแลนั้นได้ ไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธา รินทร์ คุณยศยิ่ง และคณะ¹⁴ ได้ศึกษา การพึ่งพา ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการ ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลวัยสูงอายุ ที่พบว่า ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เป็นโรค

หลอดเลือดสมองที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิต ที่ดีกว่าผู้ดูแลวัยสูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ มีโรคประจำตัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาระการ ดูแลระดับต่ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า 14.90 เท่า ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาระการดูแล ระดับปานกลางและระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ไม่มีโรค ประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงไม่มีความพิการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถทำกิจวัตร ประจำวันบางอย่างด้วยตนเองได้บ้าง ทำให้ผู้ดูแลมี เวลาทำกิจกรรมอย่างอื่น นอกจากนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน มีการช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คอยช่วยเหลือแบ่งเบา ภาระหน้าที่ในการดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ คมกริช สุทศศรี และคณะ¹⁵ ได้ศึกษา ภาระ การดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ ได้รับการลี้ยงดูช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่พบว่า ภาระการดูแลระดับน้อยมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการลี้ยง ดูทางช่องท้อง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิพร ชัดตา และคณะ¹¹ ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแลและคุณภาพ ชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ได้รับการลี้ยงดูทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย จากผล การศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 ปัจจัย ควรมีการดำเนินงานดังนี้

1.1 ด้านการสนับสนุนสถาบันครอบครัว ส่งเสริมการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและ เครือข่ายการสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่าร้าง โดยการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน ผู้ดูแลในชุมชน การให้คำปรึกษาทางจิตใจ และการ สร้างระบบเครือข่ายช่วยเหลือทดแทนการ สนับสนุนจากคู่ครอง

1.2 ด้านการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ พัฒนาโครงการสนับสนุนรายได้และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็น การให้เงินสงเคราะห์สำหรับผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ การส่งเสริมอาชีพเสริมที่สามารถทำได้ควบคู่กับการดูแล และการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

1.3 ด้านการดูแลสุขภาพผู้ดูแล จัดระบบการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย การส่งเสริมการจัดการความเครียด และการติดตามดูแลผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประจำตัว

1.4 ด้านการลดภาระการดูแล พัฒนาบริการสนับสนุนเพื่อลดภาระการดูแลผู้สูงอายุ เช่น บริการพักผ่อนชั่วคราวสำหรับผู้ดูแล (Respite care) การฝึกอบรมเทคนิคการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ และการพัฒนาเทคโนโลยีช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Development Programme. Financing Sustainable Development Amid Crises, Conflicts, and Beyond: A Case Study from Thailand [Internet]. New York: United Nations Development Programme; 2023 [Cite 2023 Oct 6] Available from: <https://www.undp.org/thailand/blog/financing-sustainable-development-amid-crises-conflicts-and-beyond-case-study-thailand-1>
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/F7dWo>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM?
4. วัจนา ลีละพัฒนนะ, สายพิน หัตถิรัตน์. “เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว” (Working with caregiver burnout) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article_4
5. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998; 17(14): 1623-34.
6. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
7. Stommel M, Given CW, Given B. Depression as an Overriding Variable Explaining Caregiver Burdens. Journal of Aging and Health. 1990; 2(1): 81-102.

8. ชัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554; 4 (1): 62-75.
9. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. 1981; 4(4): 381-406.
10. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2541. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2543; 8(2): 110-23.
11. นิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2561; 24(2): 108-29.
12. ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, ภารดี นานาศิลป์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561; 45(2): 1-13.
13. เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, มณีรัตน์ พรหมณี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558; 24(3): 104-18.
14. ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ. การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2558; 42(พิเศษ): 107-17.
15. คมกริช สุทธศรี, ภารดี นานาศิลป์, วนิดา พึ่งชมพู่. ภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. พยาบาลสาร. 2564; 48(2): 119-31.

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด 4M เพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระดับปฐมภูมิ

สาโรจน์ ประพรมมา¹

(วันที่รับบทความ: 9 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 11 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 14 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด 4M (Meal, Movement, Mind, Mass relation) สำหรับป้องกันโรคเบาหวานระดับปฐมภูมิ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เก็บข้อมูลแบบผสมผสานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ADL และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 42 ราย ณ ตำบลนาเสียว จังหวัดชัยภูมิ โปรแกรมดำเนินการ 6 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมเชิงบูรณาการ 4 ด้าน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย การพัฒนาสุขภาพทางจิต และเครือข่ายทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ One way repeated measure ANOVA ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการสร้างแก่นเรื่อง (Theme) และการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย พบการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 109.62 เป็น 102.24 มก./ดล. (ลดลงร้อยละ 6.7, $p < 0.001$) น้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลงร้อยละ 1.3 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ส่วนดัชนีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 19.57 คะแนน เป็น 19.60 คะแนน โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.395$) เนื่องจากค่าเริ่มต้นอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงค่าสูงสุด ขณะที่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด 4M เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.53 เป็น 3.97 คะแนน ($p < 0.001$) โดยด้านการเผาผลาญ (Movement) แสดงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกสูงสุด

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาจากแนวคิด 4M มีศักยภาพสูงในการป้องกันโรคเบาหวานระดับปฐมภูมิ เป็นต้นแบบการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเข้ากับบริบทชุมชน สามารถประยุกต์ใช้ในระบบสาธารณสุขมูลฐานเพื่อลดภาระโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน, แนวคิด 4M

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลชัยภูมิ, E-mail: sarojpromma@gmail.com

Corresponding author: สาโรจน์ ประพรมมา, E-mail: sarojpromma@gmail.com

Development and Effectiveness Evaluation of a 4M-Based Behavior Modification Program for Diabetes Prevention in Primary Care At-Risk Groups.

Saroj Prapromma¹(Received: 9th June 2025; Revised: 11st July 2025; Accepted: 14th August 2025)

Abstract

Diabetes is a growing public health concern. This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a 4M (Meal, Movement, Mind, Mass Relation) behavioral modification program for primary diabetes prevention. This study used an action research approach combined with a quasi-experimental one-group pretest-posttest design, collecting mixed data from 42 individuals at risk of diabetes in Nasiao sub-district, Chaiyaphum. The six-month program involved integrated activities across four areas: dietary modification, promotion of physical activity, mental well-being development, and social networking. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-tests, and one-way repeated measures ANOVA, while qualitative data were analyzed through thematic analysis.

Significant clinical improvements were observed: blood sugar decreased from 109.62 to 102.24 mg/dL (6.7%, $p < 0.001$), and weight/BMI significantly reduced by 1.3% ($p < 0.001$). ADL scores showed minimal, non-significant change (19.57 to 19.60, $p = 0.395$) due to high baseline values. Notably, 4M health behavior scores significantly increased from 2.53 to 3.97 ($p < 0.001$), with 'Movement' showing the greatest positive impact.

This 4M-based behavior modification program demonstrates high potential for primary diabetes prevention. It provides a sustainable model for integrating health science into community healthcare, and can be applied to reduce the burden of non-communicable diseases in Thailand.

Keywords: Health behavior modification program, Diabetes risk group, 4M Concept

¹ Public Health Officer, Professional Level, Research Center, Chaiyaphum Hospital,

E-mail: sarojpromma@gmail.com

Corresponding author: Saroj Prapromma, E-mail: sarojpromma@gmail.com

ความสำคัญและความเป็นมา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก คาดการณ์ว่าในประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2578¹ ทั้งนี้ผู้ป่วยร้อยละ 18.2 ไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 39 ปี² สอดคล้องกับแนวโน้มระดับโลกที่คาดการณ์ว่าความชุกอาจสูงถึง 570.9 ล้านคนภายในปี 2568³ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จากประชากร 7,195 คน มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 572 คน และกลุ่มเสี่ยง (Pre-DM) อีก 265 คน สถานการณ์ที่น่าวิตกคือ อัตราการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 25.1 โดยกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีอัตราการคัดกรองเพียงร้อยละ 9.8 ส่วนกลุ่ม Pre-DM ได้รับการตรวจติดตามซ้ำเพียงร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีเพียงร้อยละ 27.9 เท่านั้น และยังพบภาวะอ้วนลงพุงสูงถึงร้อยละ 64.9⁴ ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแก่ชุมชน² สถานการณ์เช่นนี้ชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญสองประการคือ โปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และการขาดการติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 40 - 60⁵ อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกันแบบเดิมยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงการรักษา ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง รวมถึงผลข้างเคียงจากยาและไม่ได้แก้ไขสาเหตุรากเหง้าของปัญหา⁶ เช่น อิทธิพลของสังคมต่อพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกาย ทำให้ผลลัพธ์ไม่ยั่งยืน⁷ ด้วยเหตุนี้ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดแบบผสมผสาน 4M (Meal, Movement, Mind, Mass relation) จึงถูกเสนอเป็นแนวทางใหม่ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม โดย Meal เน้นโภชนาการ เช่น การบำบัดด้วยโภชนาการทางการแพทย์ที่ช่วย

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁸ Movement ส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน⁹ Mind ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีมุมมองข้ามแต่ส่งผลต่อการจัดการโรค¹⁰ และ Mass relation สร้างการสนับสนุนจากชุมชนเพื่อความยั่งยืน แนวคิดนี้เคยถูกนำไปใช้ในงานวิจัย เช่น การบำบัดโภชนาการและการออกกำลังกายที่มีผลดีต่อผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ¹¹

ในบริบทของตำบลนาเสียว โปรแกรม 4M สามารถผสานกับจุดแข็งของชุมชน โดยชุมชนมีจุดแข็งด้านการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ที่มีอัตราครอบคลุมถึงร้อยละ 90.4 ซึ่งสามารถเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวาน รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ¹² การวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรمدังกล่าว จึงเกิดขึ้นเพื่อตอบโจทย์นี้ โดยมุ่งพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับชุมชน ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน และสร้างต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตามแนวคิด 4M ในพื้นที่ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ใช้โปรแกรม 4M ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์เพื่อบูรณาการ 4 องค์ประกอบหลัก (Meal, Movement, Mind, Mass relation) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยเน้นอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมนี้พัฒนาจากบริบทชุมชน ดำเนินการทดลอง และประเมินผลจากตัวแปรทางคลินิก พฤติกรรม และผลลัพธ์ตามนโยบาย เพื่อลดความเสี่ยงเบาหวานอย่างยั่งยืน (ดังภาพที่ 1)



Figure 1: Research conceptual framework.

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม 4M โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง, ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) และ ระยะที่ 3 การประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลนาเสียว อำเภอมะนังชัยภูมิ อายุระหว่าง 35 - 60 ปี คัดเลือกจากกลุ่ม Pre-DM จำนวน 265 คน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์ Pre-diabetes (FPG 100 - 125 mg/dL หรือ HbA1c 5.7 - 6.4%) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมโครงการ และไม่มีโรคภัยเรื้อรัง

โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) โดยอ้างอิงจากงานของจรัส ชันศิริ (2567)¹³ ได้แก่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในกลุ่ม 1.48 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 6.79 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 8.87 ซึ่งให้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.7027 เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 จำนวนกลุ่ม 2 กลุ่ม (ก่อน - หลัง) และจำนวนการ

วัดซ้ำ 4 ครั้ง ผลการคำนวณขั้นต่ำอยู่ที่ 14 ราย แต่เลือกใช้กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 42 ราย เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ รองรับความสูญหายของข้อมูล เพิ่มความน่าเชื่อถือ และให้ผลเป็นตัวแทนประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

กระบวนการวิจัย แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม 4M ศึกษาความต้องการชุมชนผ่าน Focus Group และสัมภาษณ์ผู้นำ/อสม. เพื่อออกแบบโปรแกรม 4M ที่เหมาะสม (Meal: ทำเวิร์กช็อปอาหารท้องถิ่น, Movement: ออกกำลังกาย, Mind: ฝึกสติ/การให้คำปรึกษา, Mass relation: สร้างเครือข่าย/ประชาคม)

ระยะที่ 2 การทดลองโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 4M ในกลุ่มเสี่ยง 42 ราย (FPG 100 - 125 mg/dL) เป็นเวลา 6 เดือน โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 4 (Meal - การจัดการอาหาร): กิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะด้านอาหารโดยเวิร์กช็อปการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ และการวางแผนมื้ออาหาร

สัปดาห์ที่ 5 - 8 (Movement - การเคลื่อนไหวร่างกาย) กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการประเมินสมรรถภาพและออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายรายบุคคล/กลุ่ม

สัปดาห์ที่ 9 - 12 (Mind - การจัดการสุขภาพจิต) กิจกรรมการจัดการความเครียดและเสริมสร้างแรงจูงใจ (จิตใจ)

สัปดาห์ที่ 13 - 16 (Mass relation - เครือข่ายทางสังคม) กิจกรรมสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนในชุมชน (มวลชนสัมพันธ์)

สัปดาห์ที่ 17 - 24 (Maintenance - การติดตามและเสริมแรง) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล และการสะท้อนผลชุมชน ดำเนินการประชุมสรุปผลนำเสนอต่อชุมชน/สาธารณสุข ระดมสมองปรับปรุง และพร้อมขยายผลสู่ชุมชนอื่น

เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่

1. แบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล ใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ อาชีพ ประวัติทางการแพทย์ รวมถึงข้อมูลคลินิก เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งวัดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และการตรวจระดับน้ำตาล คำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการและความเสี่ยงเบาหวาน เก็บข้อมูล 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน

2. แบบประเมิน ADL (Barthel Index) ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อวัดความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยมี 10 รายการคะแนนรวมสะท้อนระดับการพึ่งพาผู้อื่น เก็บข้อมูล 4 ครั้งเช่นเดียวกับแบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อประเมินพฤติกรรมด้านอาหาร การเผาผลาญพลังงาน จิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนเริ่มโครงการและหลัง 6 เดือน

4. แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนาโปรแกรม 4M ซึ่งแนวคำถามจะครอบคลุมประเด็นหลัก “ความเข้าใจและมุมมองต่อแนวคิด 4M” “ความต้องการและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” “ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาโปรแกรม” และ “การประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นไปได้และการนำไปใช้”

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วัดความตรงโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและโภชนาการตรวจสอบเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 1.00 ส่วนความเที่ยง เครื่องมือผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คำนวณค่า Cronbach's Alpha ได้ค่า 0.94

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด รวมถึงเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ตัวชี้วัด BMI ระดับน้ำตาลในเลือด และกิจกรรมประจำวัน ด้วยสถิติ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน - หลัง, One-way Repeated measures ANOVA สำหรับวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตลอด 4 จุดเวลา Post-hoc test ด้วย Bonferroni correction

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จะดำเนินการถอดเทปสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเป็นคำต่อคำ (Verbatim) อ่านและวิเคราะห์เพื่อเข้าใจภาพรวม จากนั้นจำแนกข้อมูลเป็นหน่วยย่อยตามความหมาย (Meaning units) และรหัสข้อมูล (Coding) ต่อด้วยจัดกลุ่มรหัสที่มีความใกล้เคียงกัน (Categorizing) เพื่อสร้างแก่นเรื่อง (Theme) สอดคล้องกัน ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ จะใช้วิธี Triangulation ทั้งด้านข้อมูล วิธีเก็บรวบรวม และผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ หมายเลข รับรอง ECCPH.010/2568 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรม 4M (Phase 1: Action Research)

ผลการประชุมเพื่อพัฒนาโปรแกรม 4M ใน ชุมชนเน้นความสำคัญของการเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ โดยจากการ สนทนากลุ่ม (15 คน) และสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่ม เสี่ยงเบาหวานและผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัคร สาธารณสุข (10 ราย) ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านอาหาร (Meal) ชุมชนแนะนำส่งเสริม การบริโภคข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งมีดัชนีน้ำตาลต่ำกว่า และให้ความรู้เรื่องการบริโภคผักพื้นบ้าน เช่น มะระขี้นกและผักเชียงดา เพื่อควบคุมน้ำตาล พร้อมพัฒนาเมนูสุขภาพจากวัตถุดิบท้องถิ่นใน

ราคาประหยัด และเน้นการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อเลือกอาหารอย่างมีสติ

ด้านการเผาผลาญ (Movement) เสนอให้ จัดกิจกรรมเดิน - วิ่งรอบหมู่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 ครั้ง รวมทั้งส่งเสริมการออกกำลังกายแบบ ไทย เช่น รำไม้พลอง และใช้แอปพลิเคชันนับก้าว เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว

ด้านจิตใจ (Mind) ชุมชนสนใจจัดกิจกรรม ฝึกสมาธิและเดินสมาธิเพื่อลดความเครียด พร้อม ให้ความรู้เทคนิคจัดการความเครียดใน ชีวิตประจำวัน รวมถึงเสนอให้มีการให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยผู้เชี่ยวชาญและจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน ภายในชุมชน

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Mass relation) แนะนำใช้กลุ่ม LINE "นาเสียวห่วงใย สุขภาพ" เป็นช่องทางแลกเปลี่ยนข้อมูลและปัญหา รวมถึงจัดประชุมชุมชนทุกสองเดือนเพื่อรับฟัง อุปสรรค และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ผลลัพธ์ ที่ยั่งยืน

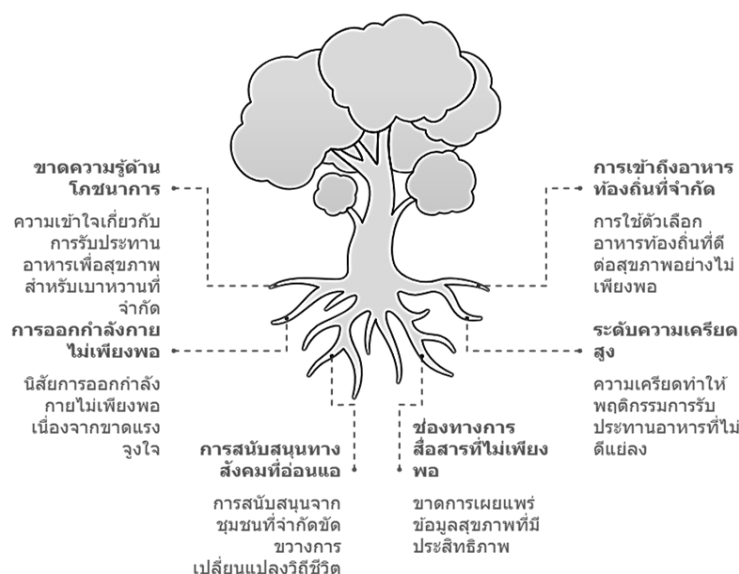


Figure 2: Data synthesis of stakeholders, leading to recommendations for the development of the 4M program.

2. ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมในระยะที่ 2

การติดตามกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย อัตราคงอยู่ร้อยละ 100.0 เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ร้อยละ 52.4 เป็นหญิง โดยมีค่ามัธยฐานของอายุ 67 ปี และร้อยละ 57.1 มีโรคประจำตัวเดียว, ร้อยละ 26.2 มีสองโรค, และร้อยละ 16.7 มีมากกว่าโรคหนึ่ง นอกจากนี้ ค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยอยู่ที่ 158.02 มม.ปรอท (SD = 9.61)

ก่อนเริ่มโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 60.26 กิโลกรัม (SD = 10.69), ค่า BMI เฉลี่ย 24.11 (SD = 3.63), และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 19.57 (SD = 0.74) ตลอดจนระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) เฉลี่ย 109.62 มก./ดล. (SD = 30.12)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญ โดยน้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่องเป็น 59.45 กิโลกรัม (ลดลงร้อยละ 1.34, $p < 0.001$) และ BMI ลดลงจาก 24.11 เป็น 23.79 กก./ม² (ลดลงร้อยละ 1.33, $p < 0.001$) ซึ่งแม้ยังอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน แต่ใกล้ค่าปกติมากขึ้น ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ค่า ADL เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 19.57 เป็น 19.60 โดยไม่มีนัยสำคัญ ($p = 0.395$) ขณะเดียวกัน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 109.62 มก./ดล. เป็น 102.24 มก./ดล. (ลดลงร้อยละ 6.73, $p < 0.001$) โดยการลดลงมากที่สุดอยู่ในช่วง 2 - 4 เดือน ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มว่าค่าระดับน้ำตาลใกล้เคียงระดับปกติมากขึ้นแม้ยังอยู่ในเกณฑ์ก่อนเบาหวาน

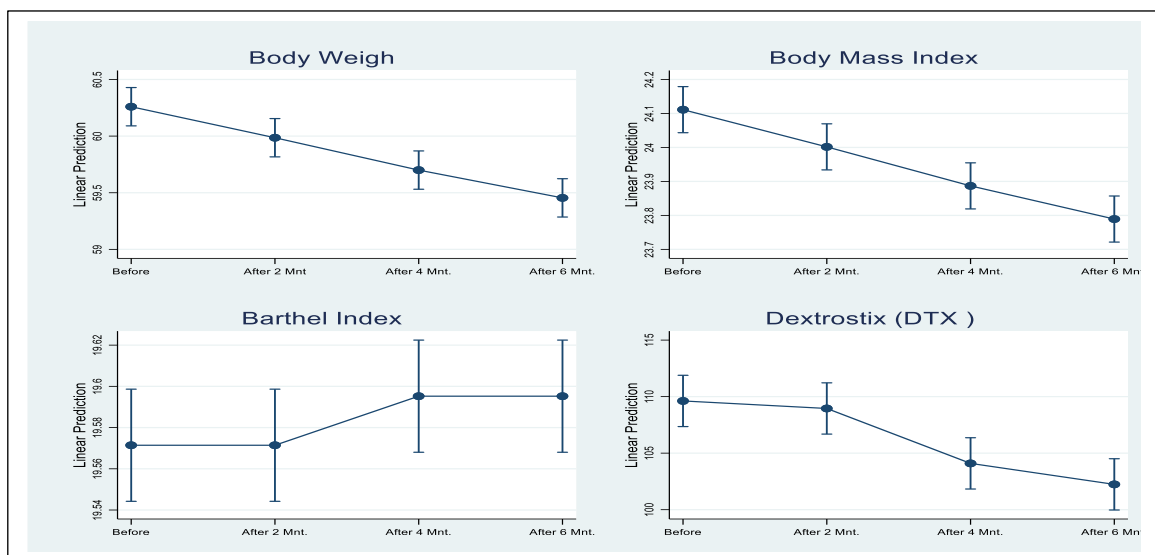


Figure 3: Graph showing the change in clinical outcomes over 6 months for the diabetes risk group.

การติดตามพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรม 4M พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จาก 2.53 (SD = 0.49) เป็น 3.97 (SD = 0.41) โดยมีผลต่าง 1.44 (95% CI: 1.24 - 1.64) ทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยด้านการเผาผลาญ (Metabolism) เพิ่มขึ้นมากที่สุด 1.55 คะแนน (95% CI: 1.27 - 1.83) จาก 2.37 (SD =

0.71) เป็น 3.92 (SD = 0.59) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Mass relation) เพิ่มขึ้น 1.54 คะแนน, ด้านอาหาร (Meal) เพิ่มขึ้น 1.41 คะแนน และด้านจิตใจ (Mind) เพิ่มขึ้น 1.29 คะแนน ทั้งนี้ ผลการวิจัยชี้ว่า โปรแกรม 4M ทำให้พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ

ตารางที่ 1 Showing the mean scores of health behaviors based on the 4M concept before and after the experiment

พฤติกรรมสุขภาพ	n	ก่อน (Mean/sd.)	หลัง (Mean/sd.)	Mean diff. (95% CI)	p-value
การจัดการอาหาร	42	2.74 (0.62)	4.15 (0.48)	1.41 (1.17, 1.65)	<0.001
การเคลื่อนไหวร่างกาย	42	2.37 (0.71)	3.92 (0.59)	1.55 (1.27, 1.83)	<0.001
การจัดการสุขภาพจิต	42	2.58 (0.54)	3.87 (0.52)	1.29 (1.06, 1.52)	<0.001
เครือข่ายทางสังคม	42	2.42 (0.64)	3.96 (0.57)	1.54 (1.28, 1.80)	<0.001
Total	42	2.53 (0.49)	3.97 (0.41)	1.44 (1.24, 1.64)	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด 4M (Meal, Movement, Mind, Mass relation) แสดงประสิทธิผลชัดเจนในการปรับปรุงตัวชี้วัดทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานระดับปฐมภูมิ ด้วยการบูรณาการแนวคิดที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคและใช้ทรัพยากรท้องถิ่นเป็นฐาน การอภิปรายนี้จะวิเคราะห์ผลลัพธ์เปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นข้อจำกัด และแนะแนวทางการวิจัยในอนาคต

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรม 4M ในการป้องกันโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยเฉพาะการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 6.73 ในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ Knowler และคณะ (2002)¹⁴ ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 58 ในกลุ่มเสี่ยง และแม้ว่าการลดลงของน้ำหนักตัว (ร้อยละ 1.3) และดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 1.3) จะมีค่าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15, 16} แต่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการพัฒนาโปรแกรม 4M โดยใช้ทรัพยากรและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นฐาน เช่น การส่งเสริมการบริโภคข้าวไรซ์เบอร์รี่และผักพื้นบ้าน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพซึ่งต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่^{17, 18}

2. การเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบ 4M

ด้านอาหาร (Meal): คะแนนพฤติกรรมด้านอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สะท้อนการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการบริโภค โดยเฉพาะการใช้วัตถุดิบท้องถิ่นอย่างข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยโภชนาการทางการแพทย์สามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ รวมถึงการส่งเสริมการบริโภคผักพื้นบ้านที่มีสรรพคุณในการควบคุมระดับน้ำตาล^{19, 20} อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคในระยะยาวยังคงเป็นความท้าทาย⁷ การที่โปรแกรม 4M ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จึงเป็นแนวทางที่มีแนวโน้มให้เกิดความยั่งยืนมากกว่า

ด้านการออกกำลังกาย (Metabolism): ด้านนี้มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด โดยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.37 เป็น 3.92 ($p < 0.001$) การผสมผสานการออกกำลังกายแบบไทยเดิม เช่น รำมวยหลวงกับการเดิน - วิ่งรอบหมู่บ้าน สร้างความหลากหลายและตอบสนองความต้องการที่แตกต่าง สอดคล้องกับ Avery และคณะ (2014)⁹ ที่เสนอว่าการออกกำลังกายที่มีประสิทธิผลควรมีหลายรูปแบบและปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตแต่ละบุคคล

ด้านจิตใจ (Mind): แม้ด้านจิตใจจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด (เพิ่มขึ้นจาก 2.58 เป็น 3.87) แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และทางคลินิก โดยระดับความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 7.2 เหลือ 4.6 คะแนน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kozłowska และคณะ (2017)¹⁰ เน้นย้ำว่าสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มักถูกมองข้าม ความเครียดเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรงและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ การฝึกสติ (Mindfulness) ที่ผสมผสานกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิที่วัดในชุมชน สอดคล้องกับ Tovote และคณะ (2014)²¹ ที่พบว่าการบำบัดด้วยการฝึกสติช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Mass relation): คะแนนด้านนี้เพิ่มขึ้นจาก 2.42 เป็น 3.96 ($p < 0.001$) สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงสำคัญในการสร้างเครือข่ายสนับสนุน Affusim และคณะ (2018)²² พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

3. ข้อขัดแย้งและข้อจำกัดของข้อมูล

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา **ประการแรก** การใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ทำให้ขาดกลุ่มควบคุมสำหรับเปรียบเทียบ อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับ Wareham และ Herman (2016)⁶ ที่เสนอว่าการประเมินโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานควรมีก่อนเปรียบเทียบ **ประการที่สอง** ระยะเวลาติดตามเพียง 6 เดือนอาจไม่เพียงพอประเมินความยั่งยืน Lin และคณะ (2020)³ ระบุว่า การป้องกันโรคเบาหวานต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในอนาคตควรติดตามผลระยะยาว 1 - 2 ปี เพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเกิดโรคเบาหวาน **ประการที่สาม** ควรเพิ่มตัวชี้วัดทางชีวเคมีอื่น เช่น HbA1c, HOMA -

IR และระดับไขมันในเลือด เพื่อเข้าใจผลกระทบต่อกกลไกการเกิดโรคเบาหวานอย่างครอบคลุม Mahikul และคณะ (2019)² เสนอให้ใช้ตัวชี้วัดหลากหลายเพื่อเห็นภาพรวมการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

นอกจากนี้ การไม่เปลี่ยนแปลงของคะแนน ADL อาจเนื่องจากโปรแกรมไม่ได้เน้นการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength Training) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และขนาดของผลกระทบ (effect size) ยังมีความน่าสนใจ แม้ผลการศึกษาจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การลดลงของน้ำหนักและดัชนีมวลกายเพียงร้อยละ 1.3 อาจมีความสำคัญทางคลินิกไม่มากนัก เมื่อเทียบกับเกณฑ์การลดน้ำหนักร้อยละ 5 - 7 ซึ่งควรพิจารณาเพิ่มความเข้มข้นของโปรแกรมในอนาคต และการแปลผลสู่นโยบายสาธารณะ แม้โปรแกรมจะใช้ทรัพยากรท้องถิ่นและเทคโนโลยีดิจิทัล แต่ข้อมูลจากตำบลนาเสียวแสดงให้เห็นอัตราการคัดกรองโรคเบาหวานต่ำ (ร้อยละ 25.1) และภาวะอ้วนลงพุงสูง (ร้อยละ 64.9) ซึ่งอาจส่งต่อการขยายผลสู่ชุมชนอื่นที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาโปรแกรม 4M แบบเฉพาะกลุ่ม โดยการปรับเน้นองค์ประกอบเฉพาะให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการเน้นองค์ประกอบด้าน Movement และ Mass relationship สำหรับกลุ่มที่มีความพร้อม และเพิ่มความเข้มข้นองค์ประกอบ Mind ในกลุ่มที่มีความเครียดสูง

2. การสร้างระบบติดตามและสนับสนุนระยะยาว โดยใช้เทคโนโลยีและเครือข่ายชุมชนในการติดตามผล และป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3. การเผยแพร่แนวทางในรูปแบบชุดเครื่องมือชุมชน เพื่อให้เหมาะสำหรับการนำไปใช้ชุมชนอื่นได้พัฒนาปรับใช้ และเน้นการสำรวจทรัพยากรท้องถิ่น การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และการสร้างความยั่งยืนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. Mahikul W, White LJ, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Sukontamarn P, Chanthavilay P, et al. A Population Dynamic Model to Assess the Diabetes Screening and Reporting Programs and Project the Burden of Undiagnosed Diabetes in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(12): 2207.
2. Mahikul W, White LJ, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Sukontamarn P, Chanthavilay P, et al. Modelling population dynamics and seasonal movement to assess and predict the burden of melioidosis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019; 13(5): e0007380.
3. Lin X, Xu Y, Pan X, Xu J, Ding Y, Sun X, et al. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep*. 2020; 10(1): 14790.
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standardsudcatalog/99d8c311d6336373d40437-c4423508cad>
5. Williamson DF, Vinicor F, Bowman BA. Primary Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Lifestyle Intervention: Implications for Health Policy. *Ann Intern Med*. 2004; 140(11): 951-7.
6. Wareham NJ, Herman WH. The Clinical and Public Health Challenges of Diabetes Prevention: A Search for Sustainable Solutions. *PLoS Med*. 2016; 13(7): e1002097.
7. Pearce N, Ebrahim S, McKee M, Lampert P, Barreto ML, Matheson D, et al. Global prevention and control of NCDs: Limitations of the standard approach. *J Public Health Policy*. 2015; 36(4): 408-25.
8. Wylie-Rosett J, Morris SF, Movsas S. Medical Nutrition Therapy for Diabetes Management and Prevention. *Clinical Nutrition INSIGHT*. 2012; 38(1): 1-4.
9. Avery L, Sniehotta FF, Denton SJ, Steen N, McColl E, Taylor R, et al. Movement as Medicine for Type 2 Diabetes: protocol for an open pilot study and external pilot clustered randomised controlled trial to assess acceptability, feasibility and fidelity of a multifaceted behavioural intervention targeting physical activity in primary care. *Trials*. 2014; 15: 46.
10. Kozłowska O, Solomons L, Cuzner D, Ahmed S, McManners J, Tan GD, et al. Diabetes care: closing the gap between mental and physical health in primary care. *Br J Gen Pract*. 2017; 67(663): 471-72.

11. Osunde RN, Olorunfemi O, Edwards OS, Oduyemi RO, Sodimu JO. Transforming Diabetes Management: Optimizing Blood Glucose Control through Lifestyle Strategies for Better Health Outcomes-Scoping Review. Bangladesh Journal of Endocrinology and Metabolism 2025; 4(1): 18-25.
12. Fukuoka Y, Gay CL, Joiner KL, Vittinghoff E. A Novel Diabetes Prevention Intervention Using a Mobile App: A Randomized Controlled Trial With Overweight Adults at Risk. Am J Prev Med. 2015; 49(2): 223-37.
13. จรรย์ ชนศิริ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต 2567; 5(1): 89-116.
14. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002; 346(6): 393-403.
15. Gokee-LaRose J. Adult behavioral weight loss treatment. Med Health R I. 2009; 92(2): 50-2.
16. Gaidhane S, Zahiruddin QS, Khatib MN, Choudhari SG, Patil M, Gaidhane A. Socio-Cultural Determinants and Diabetes Mellitus in Rural India: A Qualitative Study. IJCRR 2021; 13(10): 68-73.
17. Odglun Y, Sranacharoenpong K, Nirdnoy N. Effect of the culturally tailored diabetes prevention program for at-risk Thai Muslim people in semi-urban areas. J Health Res. 2023; 37(4): 191-200.
18. Simmons D, Voyle JA. Reaching hard-to-reach, high-risk populations: piloting a health promotion and diabetes disease prevention programme on an urban marae in New Zealand. Health Promot Int. 2003; 18(1): 41-50.
19. Egbuna C, Awuchi CG, Kushwaha G, Rudrapal M, Patrick-Iwuanyanwu KC, Singh O, et al. Bioactive Compounds Effective Against Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. Curr Top Med Chem. 2021; 21(12): 1067-95.
20. ชมนาด สิงห์หัตต์, ไมตรี สุทธิจิตต์. การยับยั้งออกซิเดชันและไกลเคชันในโรคเบาหวานโดยผักพื้นบ้านไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 25(3): 1-11.
21. Tovote KA, Schroevers MJ, Snippe E, Sanderma R, Links TP, Emmelkamp PMG, et al. Long-term effects of individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for depressive symptoms in patients with diabetes: a randomized trial. Psychother Psychosom. 2015; 84(3): 186-7.
22. Affusim CC, Francis E. The Influence of Family/Social Support on Adherence to Diabetic Therapy. IJASRE. 2018; 4(5): 71-80.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741,0-4322-3898,0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898,0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th

website : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>