



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

TCI Tier 2

วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal Of Department Of Health Service Support



ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol.22 No.2 May - August 2026

ISSN : 2822-1109 (Online)



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิศวกรเชี่ยวชาญ (ด้านวิศวกรรมกรรมแพทย์)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
วิศวกรโยธาเชี่ยวชาญ (ด้านมาตรฐานอาคารและสิ่งก่อสร้าง)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สถาปนิกเชี่ยวชาญ (ด้านสถาปัตยกรรม)	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นาวาเอกบุญเรือง เกิดอรุณเดช	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาวลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายสุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรยุทธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

อาจารย์ธัญชนก ชุมทอง
อาจารย์ยุทธพงษ์ ขวัญชื่น
อาจารย์จิรพรรณ หัสโรค์
อาจารย์วันเฉลิม รัตพร
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.ธัญชัย บุญหนัก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป กาลเขว้า

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พากันตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

อาจารย์ ดร.ลำพึง วอนอก

อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ

อาจารย์ ดร.อุเทน สุทิน

อาจารย์สุริยมิตร พุ่มโพธิ์งาม

อาจารย์สุวินัย เพ็งชัยภูมิ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลชัยภูมิ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2569

Vol. 22 No. 1 May – August 2026

บรรณาธิการบริหาร

นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์

บรรณาธิการ

นายเชาวรินทร์ คำหา

คณะทำงาน

นายสุพจน์ สว่างดี

นางสาวอารยา ศรีสนิท

ผู้ประสานงาน

นางสาวอารยา ศรีสนิท

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jahss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม - เมษายน

พฤษภาคม - สิงหาคม

กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กลุ่มพัฒนานโยบายและโครงการพระราชดำริ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ชั้น 6

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557

อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 22 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2569 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด 2) การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับคุณภาพการบริการจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 3) การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข 4) Determinants of fertility decline in developing countries: A Scoping Review 5) คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การวิจัยแบบผสมผสาน 6) การพัฒนาชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพและแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 7) การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8) กลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ 9) การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยและปัจจัยกำหนดในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 10) การประเมินผลกระบวนการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรมหาชาติ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2568

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางกองบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพัฒนาวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้ทางด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบบริการสุขภาพ ภาคประชาชน สุขศึกษา มาตรฐานสภากาชาดไทย เศรษฐกิจสุขภาพ กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการบูรณาการงานกับชีวิต ส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด	7
สงกรานต์ ฤทธาพรหม	
การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับคุณภาพการบริการ จากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.).....	19
รัชนิกร เครือชาวี	
การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข	30
เกษมศานต์ ชัยศิลป์	
Determinants of fertility decline in developing countries:A Scoping Review.....	42
Nga Tran Thi Tuyet	
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการในการเบิกชดเชยค่าบริการ.....	54
สาธารณสุข โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การวิจัยแบบผสมผสาน กนกรัตน์ ไสยเลิศ	
การพัฒนาชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพและแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์	66
ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย	
การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน	79
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ธัญชนก ชุมทอง	
กลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ.....	92
กฤษณา อูโรศรีพงศ์	
การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยและปัจจัยกำหนด.....	104
ในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 รุ่งทิพย์ เลิศนิทัศน์	
การประเมินผลกระทบการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ.....	117
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2568 มนทิพา ทรงพานิช	



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

21ST - CENTURY LEARNING SKILLS AND SOCIAL SUPPORT PREDICTING WORK LIFE INTEGRATION AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN ROI ET PROVINCE

สงกรานต์ ฤทธาพรหม (ส.ม.)*, นครินทร์ ประสิทธิ์ (ส.ด.)**, ศุภชัย ยานะเรือง (ส.ด.)***,
พีรยุทธ แสงตรีสุ (ส.ม.)****, กมลทิพย์ สุหุยานาง (ส.ม.)***** และคณะ
Songkarn Ritthaprom (M.P.H)*, Nakarin Prasit (Dr.PH)**, Supachai Yanarueng (Dr.PH)***,
Peerayat Saengtreesu (M.P.H)****, Kamontip Suyanang (M.P.H)***** et al.

* นักศึกษาหลักสูตรการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Senior Public Health Officer, Professional Level, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

*** Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

**** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**** Udon Thani Provincial Public Health Office

***** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลอมคอม จังหวัดขอนแก่น

***** Lom Khom Health Promoting Hospital, Khon Kaen Province

ชื่อผู้ประสานงาน: ศุภชัย ยานะเรือง อีเมลผู้ประสานงาน: Supachai.dds@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	28 ธ.ค. 2568
วันแก้ไข:	17 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	24 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 แรงสนับสนุนทางสังคม และทักษะที่มีผลต่อการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 616 คน การเก็บรวบรวม ข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 100 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 จำนวน 45 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 55 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.65; $\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.57; $\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.55 ตามลำดับ) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมอาชีพ สื่อ ชุมชนและสังคม หน่วยงานรัฐ รวมทั้งทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะอาชีพและการเรียนรู้พึ่งพาตนเอง ด้านการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ และด้านการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 79.10 ($R^2_{adj.} = 0.79$, $p < 0.001$) หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ควบคู่กับการเสริมสร้างระบบแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการผสมผสานบทบาทการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การทำงานด้านสาธารณสุขชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21; แรงสนับสนุนทางสังคม; การผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัว; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study employed a cross - sectional descriptive research design with the objective of assessing the levels 21st - century learning skills and social support and analyzing factors influencing work - life integration among Village Health Volunteers in Roi Et Province. The sample consisted of 616 Village Health Volunteers actively working in Roi Et Province. Data were collected using a questionnaire, the content validity of which was assessed by experts. Of the 100 items, the Index of Item - Objective Congruence (IOC) was 0.67 for 45 items (45.00%) and 1.00 for 55 items (55.00%), and the reliability coefficient of the instrument was 0.99. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, namely Pearson's product - moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the overall levels of 21st - century

learning skills, social support, and work–life integration among the Village Health Volunteers were at a high level ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.65; $\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.57; $\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.55, respectively). The variables that predicted work – life integration were social support from peers, media, community and society, and government agencies, as well as 21st - century learning skills in the areas of career skills and self - directed learning, teamwork and leadership, and critical thinking and problem-solving. Together, these variables jointly explained 79.10% of the variance in work – life integration ($R^2_{adj.} = 0.79$, $p < 0.001$). Public health agencies should prioritize the development of 21st-century learning skills together with the concrete strengthening of social support systems, in order to enhance Village Health Volunteers' ability to appropriately integrate their work roles with their personal lives, thereby leading to efficient and sustainable community health work in the long term.

Keywords: 21st - Century learning skills; Social support; Work – life integration; Village health volunteers

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังโรคและรายงานข้อมูล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงระบบอย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานตามบริบทงานสาธารณสุขปัจจุบัน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งด้านปริมาณและความซับซ้อน ครอบคลุมงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ติดตาม และสื่อสารสุขภาพในประชากร ทำให้ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาวะความเครียด ความเหนื่อยล้า และความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว⁽²⁾ ในบริบทที่เส้นแบ่งระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัวมีความยืดหยุ่นมากขึ้น แนวคิดการจัดการชีวิตการทำงานที่มุ่ง “แบ่งแยก” งานและชีวิตส่วนตัวอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของการปฏิบัติงานในชุมชนที่มีบทบาททับซ้อนและมีความคาดหวังจากหลายฝ่าย การผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวจึงเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับ

การทำงานและชีวิตสามารถดำเนินไปอย่างกลมกลืน โดยพิจารณาการผสมผสานในมิติงาน ครอบครัว ชุมชน และสังคม และตนเอง ซึ่งช่วยอธิบายความซับซ้อนของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างเป็นระบบ⁽³⁾

บทบาทการทำงานในชุมชนมีลักษณะยืดหยุ่นสูง ไม่มีเวลาทำงานที่แน่นอน และต้องพร้อมตอบสนองเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือความต้องการด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา ทำให้งานเชื่อมโยงกับชีวิตอย่างแยกไม่ขาด และการบูรณาการจึงต้องครอบคลุมทั้งด้านงาน ด้านครอบครัว ด้านชุมชนและสังคม และด้านตนเอง⁽⁴⁾ ในมิติของทักษะส่วนบุคคล ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถจัดลำดับความสำคัญ และจัดสรรเวลาระหว่างบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความขัดแย้งระหว่างการทำงานกับชีวิตส่วนตัว สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในสถานการณ์กดดัน และทำงานเป็นทีมเพื่อแบ่งปันภาระงานกับเพื่อนร่วมงานและสมาชิกในชุมชน ทำให้ไม่ต้องแบกรับภาระทั้งหมดเพียงลำพัง⁽⁵⁾ ขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นทรัพยากร

ที่ช่วยพุงการทำงานและชีวิตของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้ได้รับ
ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือ
ด้านสิ่งของหรือแรงงาน เวลา รวมถึงข้อมูลข่าวสารและ
ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง⁽⁶⁾
เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับปัจจัย
สนับสนุนดังกล่าว จะมีเวลาและพลังงานเพียงพอ
สำหรับการทำงานในชุมชนโดยไม่ละเลยความรับผิดชอบ
ต่อครอบครัว สามารถบริหารจัดการบทบาทที่หลากหลาย
ได้ดีขึ้น ลดความขัดแย้งระหว่างบทบาท และสร้างความ
สมดุลระหว่างการทำงานเพื่อสังคมกับการดูแลตนเอง
และครอบครัว ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและความ
ยั่งยืนในการทำงานอาสาสมัคร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหน่วยงาน
หลักในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขของจังหวัด
โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน
34,223 คนเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ
ชุมชน⁽⁷⁾ ภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁸⁾ ขณะเดียวกันบทบาท
ยังขยายไปสู่การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการ
ดำเนินงานตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข
เช่น นโยบาย “สามหมอ ดูแลใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี
บทบาทในการเยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำ ติดตาม
ส่งต่อ และสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพครัว
เรือน ตลอดจนการประสานงานกับทีมสุขภาพครอบครัว
และการสื่อสารสุขภาพผ่านช่องทางดิจิทัลที่ต้องอาศัย
ทักษะด้านเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว
ส่งผลต่อการจัดสรรเวลา ทรัพยากร และสุขภาพจิตของ
อาสาสมัคร ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และ
ความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ อีกทั้งความคาดหวังจาก
ชุมชนที่ต้องพร้อมให้บริการตลอดเวลา ทำให้ขอบเขต
ระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวไม่ชัดเจน จึงเป็นความ

ท้าทายต่อการจัดการชีวิตการทำงาน ดังนั้นการศึกษา
ครั้งนี้ จึงมุ่งนำผลการศึกษามาใช้เป็นหลักฐาน
เชิงนโยบายในการพัฒนาแนวทางสนับสนุน การจัดทำ
หลักสูตรฝึกอบรม และการเสริมความเข้มแข็งของ
ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ อันจะช่วยยก
ระดับคุณภาพชีวิตและศักยภาพของกำลังสำคัญระดับ
ฐานราก ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่
21 แรงสนับสนุนทางสังคม และการบูรณาการงานกับ
ชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21
และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการบูรณาการงาน
กับชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาค
ตัดขวาง (Cross - sectional descriptive research)
มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม
ตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 6 พฤศจิกายน
2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน
34,223 คน⁽⁷⁾ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่
เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่
1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
2) ยังคงสถานภาพการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่
จังหวัดร้อยเอ็ด และ 4) มีความสามารถในการอ่านออก
และเขียนหนังสือได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่ม
ตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าแล้ว แต่เกิดเงื่อนไขภายหลังที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล เช่น เจ็บป่วยรุนแรง พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลาออกจากการเป็นอาสาสมัคร หรือไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน⁽⁹⁾ โดยอ้างอิงการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน⁽¹⁰⁾ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 505 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการไม่ตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อให้มั่นใจว่าขนาดตัวอย่างสุดท้ายหลังการสูญเสียข้อมูล ยังคงมีเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติและการทดสอบสมมติฐาน⁽¹¹⁾ และจากการปรับสัดส่วนทศนิยมตามกลุ่มประชากรในแต่ละอำเภอ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 616 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยตามลักษณะของประชากรในแต่ละชั้นภูมิของแต่ละระดับอำเภอนั้น โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนในแต่ละอำเภอตามจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากชื่อแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนมีโอกาสถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน และลดความลำเอียงจากการเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)⁽¹¹⁾ ให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹²⁾ การแปล

ผลคะแนนระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัว โดยนำมาจัดระดับเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4.50 - 5.00 คะแนนระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 3.50 - 4.49 คะแนนระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2.50 - 3.49 คะแนนระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.50 - 2.49 คะแนนระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1.00 - 1.49 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1⁽¹³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารสาธารณสุขระเบียบวิธีวิจัย และการวัดประเมินผล พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยจากแบบสอบถามทั้งหมด 100 ข้อ พบว่ามีค่า IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน 45 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 45.00 และมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 จำนวน 55 ข้อ คิดร้อยละ 55.00 ทุกข้อผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (IOC $\geq$ 0.50) จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่อนุมัติ เลขที่ HE682139 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568 จากนั้นนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อม

แบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงนามในหนังสือขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 29 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.27) มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.88) โดยมีอายุเฉลี่ย 56.33 ปี (S.D. = 8.91) อายุ น้อยที่สุด 29 ปี และมากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.80) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด (ร้อยละ 48.86) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 56.82) ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.82) โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,337.01 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำที่สุด 1,000 บาท และสูงที่สุด 35,000 บาท สำหรับระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11.78 ปี (ร้อยละ 48.74) โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.78 ปี (S.D. = 9.23) น้อยที่สุด 0 ปี และมากที่สุด 38 ปี

ระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ในการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อพิจารณาระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะความเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.61) รองลงมา คือ ทักษะการประสานความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.60) ขณะที่ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.80) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.57) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.67) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านชุมชนและสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่ากัน ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.64 และ $\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.67 ตามลำดับ) ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ย น้อยที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านปฏิบัติการ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านหน่วยงานรัฐ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่ากัน ($\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.67 และ $\bar{X} = 3.92$, S.D. = 0.66 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ระดับการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อพิจารณาระดับการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัว พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การผสมผสานบูรณาการด้านตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$,

S.D. = 0.62) รองลงมา คือ การผสมผสานบูรณาการด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.62) ขณะที่การผสมผสานบูรณาการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การผสมผสานบูรณาการด้านชุมชนและสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.61) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการผสมผสานบูรณาการการทำงาน

กับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบว่า จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยในภาพรวมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = 0.77$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก ($r = 0.874$)

ตารางที่ 1 ระดับทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ในการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ	3.89	0.64	มาก
2. ทักษะความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.92	0.60	มาก
3. ทักษะการประสานความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ	4.00	0.60	มาก
4. ทักษะความเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรม	4.06	0.61	มาก
5. ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ	3.85	0.63	มาก
6. ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี	3.74	0.80	มาก
7. ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ที่พึ่งพาตนเอง	3.99	0.65	มาก
ภาพรวม	3.92	0.65	มาก

ตารางที่ 2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	4.05	0.67	มาก
2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	3.94	0.67	มาก
3. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านปฏิบัติการ	3.92	0.67	มาก
4. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ	3.98	0.65	มาก
5. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านชุมชนและสังคม	4.03	0.64	มาก
6. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านหน่วยงานรัฐ	3.92	0.66	มาก
7. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ	4.03	0.67	มาก
ภาพรวม	3.98	0.57	มาก

ตารางที่ 3 ระดับการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

การผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัว	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การผสมผสานบูรณาการด้านงาน	4.05	0.60	มาก
2. การผสมผสานบูรณาการด้านครอบครัว	4.07	0.62	มาก
3. การผสมผสานบูรณาการด้านชุมชนและสังคม	4.00	0.61	มาก
4. การผสมผสานบูรณาการด้านตนเอง	4.10	0.62	มาก
ภาพรวม	4.06	0.55	มาก

ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 และ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการผสมผสาน บูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า มีตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การบูรณาการงานกับชีวิต ส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 7 ตัวแปร โดยเข้าสู่สมการตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ ด้านสื่อ และด้านชุมชนและสังคม ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษ ที่ 21 ด้านทักษะอาชีพและการเรียนรู้พึ่งพาตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมด้านหน่วยงานรัฐ ทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ด้านการประสานความร่วมมือ การทำงาน เป็นทีมและภาวะผู้นำ และด้านการคิดวิเคราะห์และการ แก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ โดยตัวแปรทั้ง 7 ตัว ร่วมกันพยากรณ์การบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคล ได้ร้อยละ 79.10 ($R^2_{adj} = 0.79$, $F = 334.092$, $p < 0.001$) โดยตัวแปรที่เข้าสู่สมการเป็นลำดับแรก คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ ซึ่งสามารถ อธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุดถึงร้อยละ 63.40 ($R^2 = 0.63$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ ซึ่งเพิ่มอำนาจการพยากรณ์อีกร้อยละ 10.10 ส่วนตัวแปร ที่เหลือเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ในสัดส่วนที่ลดหลั่น ลงมา (ร้อยละ 2.70, 1.50, 0.80, 0.60 และ 0.30 ตาม ลำดับ) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป คณะแนมาตรฐาน (Beta) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม

ด้านสื่อมีอิทธิพลต่อการบูรณาการงานกับชีวิตส่วน บุคคลมากที่สุด (Beta = 0.254) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ (Beta = 0.19) ด้านชุมชนและสังคม (Beta = 0.16) ด้านหน่วยงานรัฐ (Beta = 0.14) ทักษะอาชีพและการเรียนรู้พึ่งพาตนเอง (Beta = 0.12) การประสานความร่วมมือ การทำงาน เป็นทีมและภาวะผู้นำ (Beta = 0.11) และการคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ (Beta = 0.07) ตามลำดับ ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการพยากรณ์ใน รูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 0.55 + 0.16 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ}) + 0.21 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ}) + 0.13 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคมด้านชุมชนและสังคม}) + 0.10 (\text{ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะอาชีพและการเรียนรู้พึ่งพาตนเอง}) + 0.12 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคมด้านหน่วยงานรัฐ}) + 0.09 (\text{ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการประสานความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ}) + 0.07 (\text{ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ})$$
 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 4

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภาพรวม การผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.55) และเมื่อ พิจารณารายด้านพบว่า ด้านตนเองและด้านครอบครัว

ตารางที่ 4 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	95% CI for B		S.E.	Beta	t	P-value	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนร่วมอาชีพ	0.16	0.10	0.22	0.03	0.19	5.45	<0.001	0.63	0.63	0.634
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสื่อ	0.21	0.16	0.26	0.03	0.25	7.97	<0.001	0.74	0.74	0.101
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านชุมชนและสังคม	0.13	0.07	0.19	0.03	0.15	4.44	<0.001	0.76	0.76	0.027
ทักษะการเรียนรู้ ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะอาชีพและการเรียนรู้พึ่งพาตนเอง	0.10	0.05	0.15	0.03	0.12	3.61	<0.001	0.78	0.78	0.015
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านหน่วยงานรัฐ	0.12	0.06	0.18	0.03	0.14	4.22	<0.001	0.79	0.78	0.008
ทักษะการเรียนรู้ ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการประสานความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ	0.09	0.05	0.14	0.02	0.11	3.99	<0.001	0.79	0.79	0.006
ทักษะการเรียนรู้ ศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ	0.07	0.02	0.11	0.02	0.75	2.89	0.004	0.79	0.79	0.003
ค่าคงที่ = 0.55, F = 334.092, p – value < 0.001, R ² = 0.79, R ² adj = 0.79										

สูงกว่าด้านงานและด้านชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่า บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นงานอาสาเชิงชุมชนที่เกิดขึ้นทับซ้อนกับชีวิตจริงอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ทำให้การจัดการตนเองและการเจรจาบทบาทในครอบครัวเป็นพื้นที่หลักของการบูรณาการชีวิตมากกว่ามิติอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่มองว่าการบริหารพลังงานและคุณค่าข้ามหลายโดเมนเป็นแกนกลางของการผสมผสานชีวิต⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับแนวคิดเรื่องเส้นแบ่งเขตแดนระหว่างงานและครอบครัว^(3, 15) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลสามารถประสานการปฏิบัติงานระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัวได้ จะหันไปพัฒนาโลกกับตนเองและข้อตกลงในครอบครัวเพื่อรักษาสมดุลมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องดูแลคนอื่นควบคู่กับคนในบ้าน ซึ่งหากประสบความสำเร็จในการเจรจาต่อรองให้สมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าร่วมกัน ก็จะมีการยอมรับและ

สนับสนุนแทนความขัดแย้งเชิงบทบาท สอดคล้องแนวคิด^(4, 16) ที่อธิบายว่า การบริหารทรัพยากรส่วนบุคคล เช่น สุขภาพ เวลา พลังใจ และความสัมพันธ์ในบ้าน ช่วยให้เกิดความสามารถในการช่วยเหลือชุมชนได้อย่างยั่งยืน ขณะที่ ยังมีบางแนวคิดชี้ให้เห็นว่าความภาคภูมิใจและความหมายจากบทบาทอาสาสมัครย้อนกลับมาเสริมแรงให้เกิดการดูแลตนเองและครอบครัวอย่างตั้งใจ⁽¹⁷⁾ และแม้ภาระงานจะเพิ่มขึ้นแต่การบริหารการผสมผสานชีวิตที่ดีจะช่วยลดผลลัพธ์ทางลบต่อการทำงานและครอบครัว และช่วยส่งเสริมสุขภาวะ⁽¹⁸⁾

สำหรับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงทำหน้าที่เป็นสมรรถนะกำกับตนเองและกำกับงาน ที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวางแผนเวลาตั้งเป้าหมาย เรียนรู้ด้วยตนเอง และปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ

ของงาน และการบริหารเวลา ว่าเป็นกุญแจสำคัญในการบูรณาการงานเข้ากับวิถีชีวิตโดยไม่เสียสมดุล^(5, 19) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาหน้างาน เช่น การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ติดเตียงหรือการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย ช่วยลดความผิดพลาดและความกังวล ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและบูรณาการชีวิตได้ดีขึ้น⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่า การคิดอย่างมีวิจารณญาณช่วยคัดกรองข้อมูลและตัดสินใจเมื่อเผชิญข่าวสารสุขภาพที่ขัดแย้ง⁽²¹⁾ ขณะที่บางแนวคิดอธิบายว่าการจัดการบทบาทที่ดีขึ้นช่วยลดภาระงานที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว ส่วนการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำในระดับชุมชน^(3, 15) องค์การอนามัยโลก⁽²²⁾ ชี้ว่าช่วยกระจายภาระงานและสร้างการพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้อาสาสมัครแบ่งงาน แบ่งเวร และคงเวลาให้ครอบครัวได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁽²³⁾ ที่พบว่าการทำงานเป็นเครือข่ายแบบเครือข่ายติและเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยป้องกันภาวะหมดไฟที่มีประสิทธิภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคมในส่วนของด้านเพื่อนร่วมอาชีพ ด้านสื่อ ด้านชุมชนและสังคม และด้านหน่วยงานรัฐ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽²⁴⁾ และการศึกษาที่มองแรงสนับสนุนเป็นทรัพยากรสำคัญในการลดผลกระทบของความเครียดและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา⁽²⁵⁾ เมื่อแปลสู่บริบทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะเห็นว่าเพื่อนร่วมอาชีพช่วยให้เกิดการให้คำปรึกษาและการพึ่งพาทางอารมณ์ ลดความโดดเดี่ยว และช่วยแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติการ ทำให้ไม่ต้องแบกรับงานลำพังและเหลือพลังสำหรับครอบครัวมาก^(22, 24) ส่วนด้านสื่อชี้ว่าช่องทางสื่อสารที่รวดเร็ว เช่น แอปพลิเคชันและกลุ่มแชทสื่อสังคม ช่วยให้ข้อมูลและแนวทางปฏิบัติมาได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้นและลดเวลาสูญเสียจากความไม่แน่ชัดของข้อมูล⁽²⁵⁾ ขณะที่ชุมชนและสังคมทำหน้าที่เป็นทั้งแรงเสริมและทุนทางสังคมที่ช่วยให้งานไหลลื่นและลดความขัดแย้ง ส่วนหน่วยงานรัฐสะท้อนบทบาทการกำกับสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การอบรม นิเทศ สนับสนุนอุปกรณ์ และแรงจูงใจ ระบุชัดว่าโครงสร้างสนับสนุน นโยบาย และการบูรณาการอาสาสมัครเข้า

กับระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแกนกลางต่อการคงอยู่และการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ⁽²⁶⁾

จากผลการศึกษาี้ สามารถสะท้อนนัยสำคัญเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้อย่างชัดเจนว่าการยกระดับความสามารถในการผสมผสานบูรณาการการทำงานกับชีวิตส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ควรถูกมองเป็นเพียงประเด็นปัจเจก แต่เป็นกลไกเชิงระบบของการพัฒนากำลังคนสุขภาพระดับฐานราก โดยหน่วยงานกำหนดนโยบายควรบูรณาการการพัฒนาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ควบคู่กับการเสริมสร้างแรงบันดาลใจทางสังคมเข้าไปในนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นทักษะการพึ่งพาตนเอง การทำงานเป็นทีม การคิดวิเคราะห์เชิงสถานการณ์จริง และการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม พร้อมกับการสร้างโครงสร้างสนับสนุนในระดับพื้นที่ ทั้งจากหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อช่วยกระจายภาระงาน ลดความคลุมเครือของบทบาท เสริมพลังทางอารมณ์ และการปฏิบัติงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยให้การทำงานอาสาสมัครสามารถสอดคล้องประสานกับชีวิตครอบครัวและชุมชนได้อย่างยั่งยืน ลดความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟ ขณะเดียวกันยังเพิ่มประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในบริบทพื้นที่จริง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีภาระงานชุมชนสูง เช่น จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพ

สรุปผลการศึกษา

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลได้อย่างเหมาะสม โดยผลการศึกษาสะท้อนว่า ทั้งระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการบูรณาการงานกับชีวิตส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

ต่างอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองปัจจัยและความสามารถในการบูรณาการบทบาทอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของอาสาสมัครในชุมชนมีได้จำกัดเพียงงานด้านสุขภาพ แต่ยังเกี่ยวข้องกับชีวิตครอบครัว ชุมชน และการดูแลตนเองอย่างใกล้ชิด การมีทักษะด้านการพึ่งพาตนเอง การทำงานเป็นทีม การคิดวิเคราะห์ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมอาชีพ ชุมชน สื่อ และหน่วยงานรัฐ จึงช่วยให้อาสาสมัครสามารถบริหารบทบาทที่หลากหลาย ลดความตึงเครียดจากภาระงาน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาอาสาสมัครทั้งในมิติคนและงาน โดยบูรณาการการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และระบบแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ในนโยบายและแผนพัฒนากำลังคนระดับปฐมภูมิ พร้อมทั้งออกแบบรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบูรณาการการพัฒนาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะทักษะการพึ่งพาตนเอง การคิดวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ เข้าไปในนโยบายและแผนพัฒนากำลังคนสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการบทบาทที่ซับซ้อน และผสมผสานการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้อย่างเหมาะสมในบริบทชุมชน
2. ควรเสริมสร้างระบบแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งจากเพื่อนร่วมอาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน โดยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เครือข่ายการเรียนรู้ และช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อน เพิ่มการแบ่งปันทรัพยากร และเสริมพลังทางอารมณ์ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบรูปแบบการทำงานและการมอบหมายภารกิจในพื้นที่ที่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสนับสนุนการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการประสานงานและสื่อสารสุขภาพ เพื่อลดความตึงเครียดจากภาระงาน และส่งเสริมความยั่งยืนในการปฏิบัติงานอาสาสมัคร

4. ควรขยายขอบเขตพื้นที่การศึกษาไปยังจังหวัดหรือภูมิภาคอื่น เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างตามบริบทเชิงพื้นที่ และเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชน: บทบาทและความท้าทายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
2. กฤษฎา คำชื่น, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2568;39(1):44-58.
3. Clark SC. Work/family border theory: A new theory of work/family balance. Hum Relat. 2000;53(6):747-770.
4. Friedman SD. Leading the life you want: Skills for integrating work and life. Boston: Harvard Business Press; 2014.
5. Trilling B, Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco: John Wiley & Sons; 2009.
6. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
7. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน. ระบบฐานรายงานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2567

- [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
8. วิริยะ พานิชกิจ, เฉลิมพร เย็นเยือก. ผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19: กรณีศึกษาเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารบริหารการพัฒนานวัตกรรมเชิงบูรณาการ. 2567;4(1):1-12.
 9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 10. ณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล, ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(2):314-322.
 11. Lohr SL. Sampling: Design and analysis. 2nd ed. Boston, MA: Brooks/Cole; 2010.
 12. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
 13. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990.
 14. Friedman SD. Be a better leader, have a richer life. In: The essential guide to leadership. Boston: Harvard Business School Publishing; 2009.
 15. Ashforth BE, Kreiner GE, Fugate M. All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. Acad Manage Rev. 2000;25(3):472-491.
 16. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. 1989;44(3):513-524.
 17. Greenhaus JH, Powell GN. When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. Acad Manage Rev. 2006;31(1):72-92.
 18. Amstad FT, Meier LL, Fasel U, Elfering A, Semmer NK. A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. J Occup Health Psychol. 2011;16(2):151-169.
 19. Friedman SD. Work + home + community + self. Harv Bus Rev. 2014;92(9):111-114.
 20. Suwannarong K, Bumrerraj S. Health literacy and eHealth literacy in the prevention and control of COVID-19 among village health volunteers in area health region number 7 of Thailand. J Health Res. 2024;38(3):7.
 21. Facione PA. Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report). Millbrae, CA: The California Academic Press; 1990.
 22. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018.
 23. Nak-Ai W, Kitphati R, Wicharit L, Suphaudomphon T, Khotmanee S, Chantachon S. Kinship and Containment: A Qualitative Study of Village Health Volunteers' Roles in Community-Based COVID-19 Response in Thailand. Open Public Health J. 2025;18(1):e18749446271018.
 24. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-357.
 25. Samutachak B, Ford K, Tangcharoensathien V, Satararuj K. Role of social capital in response to and recovery from the first wave of COVID-19 in Thailand: a qualitative study. BMJ Open. 2023;13(1):e061647.
 26. Nida S, Tyas AS, Putri NE, Larasanti A, Widoyopi AA, Sumayyah R, et al. A systematic review of the types, workload, and supervision mechanism of community health workers: lessons learned for Indonesia. BMC Primary Care. 2024;25(1):82.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับคุณภาพการบริการจากศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชน (ศสมช.)

Development of Standard Criteria for Non-Communicable
Disease Operation Centers, upgrading the quality of service
from Community Primary Health Care Centers

รัชนิกร เครือชาลี (วท.ม)*, จิรัชญา บัวเพียน (วท.บ.)*, กนกวรรณ ท่าดี (วท.บ.)*,

สุพิชชา เนตรทิพย์ (วท.บ.)*, วันเฉลิม รัตพร (วท.ม.)* และคณะ

Ratchaneekon Khueacharee (M.Sc.)*, Chiratchaya Buaphian (B.Sc.)*, Kanokwan Thadee (B.Sc.)*,

Suphitcha Netthip (B.Sc.)*, Wanchaloem Rattaporn (M.Sc.)* et.al

* กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

* Primary Health Care Division

** กองสุขศึกษา

** Health Education Division

ชื่อผู้ประสานงาน: นางสาวรัชนิกร เครือชาลี อีเมลผู้ประสานงาน: Ratchaneekon3535@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	6 ก.พ. 2569
วันแก้ไข:	15 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	22 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้เครื่องมือแบบผสมวิธี (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับการยกระดับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในพื้นที่ที่มี ศสมช. ยกระดับฯ จำนวน 76 แห่ง เลือกมาแบบสุ่มอย่างง่าย และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,200 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นต่อเกณฑ์มาตรฐานฯ ในแต่ละหมวดและข้อบ่งชี้ ในระดับเห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 4.36 – 4.46 คะแนน วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยสถิติ Confirmatory Factor Analysis พบว่า ข้อคำถามในแต่ละหมวด (Observed Variable) เป็นข้อบ่งชี้ของเกณฑ์มาตรฐานฯ (Latent Variable) p-value of Chi-square = 0.077, TLI = 0.999, CFI = 0.999, RMSEA = 0.012 และ SRMR = 0.007 ยืนยันเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 2 การพัฒนาและจัดอัตรากำลังของผู้ให้บริการสุขภาพ (แกนนำ

สุขภาพ) หมวดที่ 3 การจัดการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 4 การสนับสนุนบริการสุขภาพ และ หมวดที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ เกณฑ์ตัดสินคะแนนมาตรฐานใช้วิธีวิเคราะห์เส้นโค้ง พบว่า ค่าความไว เท่ากับ ร้อยละ 92.31 ค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 66.67 ค่าความถูกต้อง เท่ากับ ร้อยละ 84.21 มีจุดตัดคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 22 คะแนน และร่วมกับการกำหนดสัดส่วน จึงจัดลำดับมาตรฐานของศูนย์ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับเพชร (Diamond) 22 คะแนนขึ้นไป ระดับทองคำขาว (Platinum) 16 - 21 คะแนน ระดับทอง (Gold) 11 - 15 คะแนน ระดับเงิน (Silver) 6 - 10 คะแนน และระดับทองเหลือง (Bronze) 1-5 คะแนน การศึกษาในอนาคต ควรศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระยะยาวร่วมกับการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพัฒนา แบบประเมินตนเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน; สาธารณสุขมูลฐาน; เกณฑ์มาตรฐาน

Abstract

This study is a research and development using a mixed-methods approach. The aim was to develop and validate the quality of the standard criteria for Non-Communicable Diseases (NCDs) Operation Centers to enhance the quality of services provided by Community Primary Health Care Centers. The study was conducted in 76 selected areas using simple random sampling techniques, with a total sample size of 1,200 participants.

The results showed that most participants strongly agreed with the standard criteria across all components and indicators, with mean scores ranging from 4.36 to 4.46. Structural validity of the criteria was confirmed using Confirmatory Factor Analysis, yielding acceptable fit indices p-value of Chi-square = 0.077, TLI = 0.999, CFI = 0.999, RMSEA = 0.012, and SRMR = 0.007. Five latent variables were confirmed as key components of the standard criteria: (1) management of the NCD Operation Center, (2) development and allocation of health care providers, (3) provision of NCD prevention and control services, (4) health service support, and (5) evaluation of outcomes.

ROC curve analysis was used to determine the cut-off point for classification. The findings revealed sensitivity of 92.31 percent, specificity of 66.67 percent, and an overall correct classification rate of 84.21percent. The cut-off point was set at 22, and based on proportional thresholds, five performance levels were established: Diamond (22 points or more), Platinum (16–21 points), Gold (11–15 points), Silver (6–10 points), and Bronze (1–5 points).

Future research should explore long-term health outcomes in relation to the implementation of these standards and encourage Community Primary Health Care Centers to develop self-assessment practices to ensure sustainability and continuous quality improvement.

Keywords: Non-Communicable Disease Operation Centers; Primary Health Care; standard Criteria

บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสำคัญต่อการสูญเสียชีวิต จากการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยในปี 2562 ของประชากรไทยทุกอายุ พบว่าเพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12 ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมาอีก 4 อันดับ คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.7 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.8 การบาดเจ็บทางถนน ร้อยละ 7.8 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด เช่นเดียวกับเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.8 โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ ร้อยละ 7.1 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 6.4 และการบาดเจ็บทางถนน ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ⁽¹⁾

จากแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาการวิเคราะห์ที่สำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานช่วงทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2530 – 2539) โดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้เล็งเห็นปัญหาสมรรถนะการทำงานของผู้นิเทศสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีแนวคิดจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นสถานที่ทำงานของ อสม. ที่จะมาให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในหมู่บ้าน เช่น ให้บริการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดัน จำยาสามัญประจำบ้าน รวมถึงเป็นต้นแบบในการจัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อประชาชน และประชาสัมพันธ์ความรู้ ด้านสุขภาพอนามัย โดยในปี พ.ศ. 2539 มีการจัดตั้ง ศสมช. จำนวน 67,682 แห่ง⁽²⁾ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังโรค การให้สุขศึกษา และการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทปัญหา

สุขภาพของประเทศในช่วงเวลานั้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ การดำเนินงานด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การติดตามต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน ส่งผลให้บทบาทของ อสม. จำเป็นต้องได้รับการยกระดับให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการทบทวนเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเดิม ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2563 เป็นเวลา 5 ปี นับถึงปีปัจจุบัน (พ.ศ. 2568) โดยการพัฒนามาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในอดีต พบว่าเมืองประกอบ 5 หมวด ได้แก่ (1) การบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (2) การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากร (3) การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ (4) การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน (5) การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน โดยรูปแบบในการพัฒนาเกณฑ์ใช้วิธีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และขอมติที่ประชุมในการกำหนดเกณฑ์ โดยผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนั้น ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับจังหวัด ผู้แทนศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค และกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน⁽³⁾

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ได้มุ่งเน้นนโยบาย NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม. โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนเป็นหน่วยงานหลักในการดูแล อสม. ได้ดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงยกระดับจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. ให้เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน) มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดการสูญเสียจากการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต⁽⁴⁾ การยกระดับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สู่ศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ประจำหมู่บ้าน เป็นการขยายบทบาทการดำเนินงาน ให้ครอบคลุมภารกิจที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การคัดกรอง และจำแนกกลุ่มเสี่ยง การจัดการข้อมูลสุขภาพของ ประชาชน การติดตามและสนับสนุนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตาม เกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันได้รับการพัฒนาภายใต้บริบทและภารกิจเดิม จึงยังไม่ครอบคลุม บทบาทและสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานด้าน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนา เกณฑ์มาตรฐานใหม่ที่สะท้อนภารกิจและตัวชี้วัดที่ สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ชัดว่า การได้มาซึ่งเกณฑ์ มาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเดิม ไม่ได้มี ขั้นตอนหรือเป็นรูปแบบที่เป็นวิจัยที่ชัดเจน อาจทำให้ ขาดความน่าเชื่อถือและความเชื่อมั่นจากผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการใน ศสมช. รวมถึงไม่มีเกณฑ์ตัดสิน สำหรับจัดระดับ หรือมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ชุมชน ทำให้ยากต่อการบริหารจัดการ และการคงสภาพ เป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่มีมาตรฐานให้ ต่อเนื่อง งานวิจัยนี้จึงประยุกต์การวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง⁽⁵⁾ และการวิเคราะห์เส้นโค้ง⁽⁶⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและปฏิบัติการดูแลโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเกณฑ์ มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับการยกระดับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยกำหนด ขอบเขตประชากรคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบการ ดำเนินงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ครอบคลุม 76 จังหวัดใน 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ แบ่งขั้นตอน การดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบ การดำเนินงาน: ใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานของ ศสมช. ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน โดย ออกแบบเกณฑ์มาตรฐานฯ จากผลการศึกษาระยะที่ 1 และพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานฯ เพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบ สำนวณความคิดเห็นต่อเกณฑ์มาตรฐานฯ ในรูปแบบ ออนไลน์ เก็บตัวอย่างจำนวน 1,200 คน ซึ่งคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่าพารามิเตอร์เพื่อทดสอบความสอดคล้องของ โมเดล (Goodness-of-Fit Test) ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.22 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 องศาอิสระ (Degree of freedom) = 220 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ ง่าย (Simple Random Sampling) จากเจ้าหน้าที่และ อาสาสมัครในพื้นที่ 76 จังหวัด ครอบคลุมทั้ง 12 เขต สุขภาพ

ระยะที่ 3 การพัฒนาเกณฑ์ตัดสินมาตรฐาน ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 24 แห่ง (สุ่มแบบโควตาแบ่งชั้น ภูมิภาคตามเขตสุขภาพ จาก 12 เขตสุขภาพ เขตละ 2 แห่ง) โดยให้พื้นที่นำร่องประเมินตนเองเพื่อเป็นการทดสอบ การใช้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ควบคู่กับการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข มูลฐานประเมินผลมาตรฐานของพื้นที่

ระยะที่ 4 การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะและจัดทำคู่มือ เป็นการสรุปบทเรียนและจัดทำแนวทางการใช้เกณฑ์มาตรฐาน ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของเกณฑ์มาตรฐานด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis :CFA) โดยอธิบายด้วยค่า Chi-square (χ^2) , Root mean square error approximation (RMSEA), Comparative fit index (CFI), Standardized root mean square residual (SRMR), และ Tucker lewis index (TLI) ตรวจสอบคุณภาพของตัวแปรแฝงด้วย Average Variance Extracted (AVE) และ Composite Reliability (CR) พร้อมทั้งหาจุดตัดคะแนนมาตรฐาน (Cut-off point) ที่เหมาะสมด้วยการวิเคราะห์ ROC Curve (χ^2)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานของ ศสมช. ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ผลการศึกษาจากการทบทวนเอกสารและนโยบายที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดำเนินงานของ ศสมช. มีการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของปัญหาสุขภาพ และนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ในอดีต ศสมช. จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน โดยมี อสม. เป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อม การดูแลอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการให้บริการสุขภาพเบื้องต้น เช่น การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน

และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประเทศในช่วงเวลานั้น

ปัจจุบัน สถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ส่งผลให้บทบาทของ ศสมช. และ อสม. ต้องปรับเปลี่ยนจากการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นไปสู่การดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้นโยบายการยกระดับ ศสมช. เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน โดยมีการกิจเพิ่มเติม ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การประเมินปัจจัยเสี่ยง การติดตามและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การจัดเก็บและใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการประสานการดูแลร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า แม้ ศสมช. ยังคงเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพระดับชุมชนเช่นเดิม แต่บทบาทการดำเนินงานได้เปลี่ยนจากการให้บริการพื้นฐานและการควบคุมโรคติดต่อ ไปสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะของ อสม. ระบบข้อมูล เครื่องมือ และเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานที่สอดคล้องกับภารกิจใหม่

2. ผลของการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับคุณภาพการบริการจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

2.1 การวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยระดับมากต่อเกณฑ์มาตรฐานฯ ในแต่ละหมวด ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 4.36 – 4.46 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.78 – 0.84)

2.2 การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 1,200 คน ผู้วิจัย

นำมาวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยข้อคำถามในแต่ละหมวด (Observed Variable) เป็นข้อบ่งชี้ที่มีนัยสำคัญของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำหมู่บ้าน (Latent Variable) โดยยืนยันจากค่า χ^2 p-value = 0.077, TLI = 0.999, CFI = 0.999, RMSEA = 0.012 และ SRMR = 0.007 โดยมีค่า AVE ระหว่าง 0.66 – 0.78 และค่า CR ระหว่าง 0.86 – 0.95 ซึ่งผ่านเงื่อนไขทุกค่า^(7, 8)

โดยข้อบ่งชี้ของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำหมู่บ้านในแต่ละหมวด มีค่า

น้ำหนัก (Loading Factor) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และภาพที่ 1

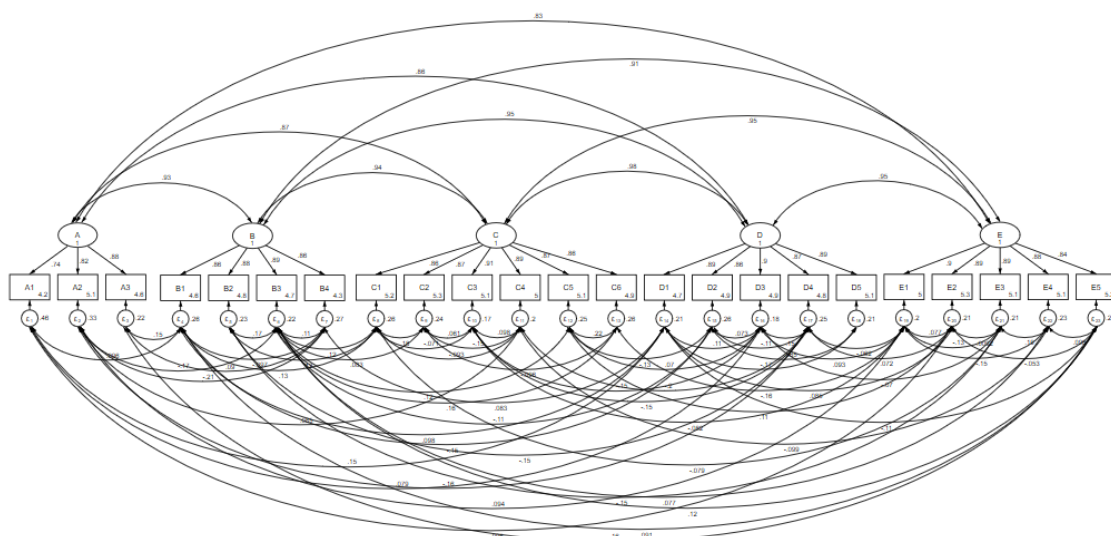
3. การพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้วิจัยพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินเกณฑ์มาตรฐาน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบประเมินตัวเองตามแบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำหมู่บ้านในแต่ละหมวด และพิจารณาเปรียบเทียบจากรายงานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ยกระดับคุณภาพบริการจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ประเมินโดย Gold Standard รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนัก (Loading Factor) แต่ละข้อบ่งชี้ต่อเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำหมู่บ้านในแต่ละหมวด (n=1,200)

Latent variable	Observable variable	Loading Factor	p-value	AVE	CR
หมวดที่ 1 การบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. มีสถานที่ตั้งเป็น ศสมช. ที่ตั้งอยู่ในชุมชน	0.74	<0.001	0.66	0.86
	2. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล เทอร์โมสแกน/ปรอทวัดไข้ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล และสายวัดรอบเอว เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) เป็นต้น	0.82	<0.001		
	3. มีการออกแบบกระบวนการ การดูแลสุขภาพประชาชน ภายใต ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน	0.88	<0.001		
หมวดที่ 2 การพัฒนาและจัดอัตรากำลังของผู้ให้บริการสุขภาพ	1. มีคณะกรรมการ/ทีมงานในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (NCDs) ตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน	0.86	<0.001	0.76	0.93
	2. มีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการคัดกรองโรค (NCDs) และให้บริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	0.88	<0.001		
	3. มีกระบวนการพัฒนาความรู้ และทักษะแกนนำสุขภาพ เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่ตามบริบท	0.89	<0.001		
	4. มีการกำหนดตาราง/เวลาดำเนินงานในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน	0.86	<0.001		

Latent variable	Observable variable	Loading Factor	p-value	AVE	CR
หมวดที่ 3 การจัดบริการ ป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	1. มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพให้กับประชาชน	0.86	<0.001	0.77	0.95
	2. มีการคัดกรอง NCDs เบื้องต้น ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตามแผนที่กำหนดไว้	0.87	<0.001		
	3. มีการแนะนำ ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับ NCDs และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ประชาชน ตามแผนที่กำหนดไว้	0.91	<0.001		
	4. มีการสร้าง หรือ พัฒนาความรู้ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว ในครอบครัวที่มีผู้ป่วย NCDs ตามแผนที่กำหนดไว้	0.89	<0.001		
	5. มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่/ส่งต่อ NCDs คลินิก ตามแผนที่กำหนดไว้	0.87	<0.001		
	6. มีการร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/ประเพณีชุมชน ปลอด NCDs ตามแผนที่กำหนดไว้	0.86	<0.001		
หมวดที่ 4 การสนับสนุน บริการ สุขภาพ	1. มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารชุมชน เช่น แผนที่ชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน และบริบทชุมชน ข้อมูลสุขภาพประชาชน ข้อมูลประวัติผู้มารับบริการที่ศูนย์ฯ	0.89	<0.001	0.78	0.95
	2. มีการบันทึกผลการปฏิบัติงาน ในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ อย่างเป็นระบบสามารถเข้าถึงและค้นหาได้ สะดวก พร้อมใช้ และมีการรายงานผ่านแอปสมาร์ต อสม.	0.86	<0.001		
	3. มีการนำข้อมูลผลการคัดกรอง NCDs ที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนสุขภาพ	0.90	<0.001		
	4. มีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชน	0.87	<0.001		
	5. มีการสนับสนุนสื่อความรู้/แนวทางในการปฏิบัติงาน NCDs สำหรับ อสม. และประชาชน	0.89	<0.001		
หมวดที่ 5 การประเมิน ผลลัพธ์	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน ได้รับการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงการเกิดโรค NCDs ครบถ้วนทุกคน	0.90	<0.001	0.77	0.95
	2. ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากการรับบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ	0.89	<0.001		
	3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพ ในศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน	0.89	<0.001		
	4. ผู้ให้บริการสามารถทำงานได้เต็มขีดความสามารถและมี ความสุขในการทำงาน	0.88	<0.001		
	5. ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุน มีความ ร่วมมือและร่วมรับผิดชอบของ รพ.สต. หน่วยบริการปฐมภูมิ ท้องถิ่น/ชุมชน ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	0.84	<0.001		

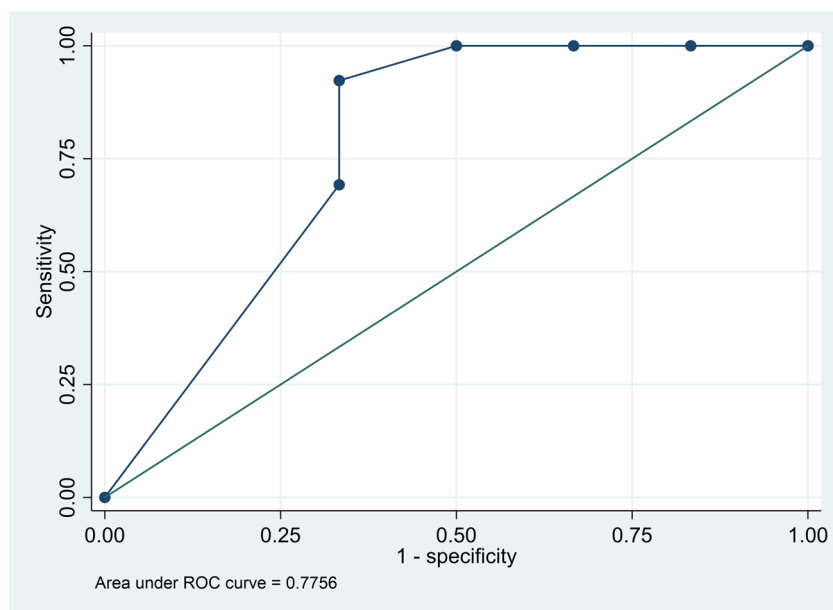


ภาพที่ 1 องค์ประกอบเชิงยืนยันของเกณฑ์มาตรฐานฯ (χ^2 p-value = 0.077, TLI = 0.999, CFI = 0.999, RMSEA = 0.012, SRMR = 0.007)

ผลการพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ตัดสิน ด้วยการวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC Curve พบว่า ค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.31 ค่าจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 66.67 และค่าความถูกต้อง (Correctly classified) ร้อยละ 84.21 โดย Cut-off point = 22 คะแนน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เกณฑ์การประเมิน ศสมช. ที่พัฒนาขึ้นนี้ หากใช้ที่จุดตัด 22 คะแนน จะมีประสิทธิภาพสูงในการ

ดำเนินงาน โดย ร้อยละ 92.31 ของ ศสมช. ที่ทำได้ตามมาตรฐานจริง ๆ จะถูกระบุว่าผ่านเกณฑ์ และร้อยละ 66.67 ของ ศสมช. ที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานจริงๆ จะถูกระบุว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ภาพรวมแล้วเกณฑ์นี้มีความถูกต้องในการจำแนก ศสมช. ได้ถึงร้อยละ 84.21

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดระดับผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน



ภาพที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินด้วยการวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC Curve

ยกระดับคุณภาพการบริการจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดย Applied to the analysis of proportions ดังนี้ 22 คะแนนขึ้นไป ระดับเพชร (Diamond) ระดับทองคำขาว (Platinum) 16 - 21 คะแนน ระดับทอง (Gold) 11 - 15 คะแนน ระดับเงิน (Silver) 6 - 10 คะแนน และระดับทองเหลือง (Bronze) 1 - 5 คะแนน

4. คู่มือการใช้เกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ผลจากการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะนำไปสู่การจัดทำคู่มือการใช้เกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1 เล่ม ประกอบด้วย (1) ที่มาของการพัฒนา (2) นิยามและรายละเอียดของเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละหมวด (3) วิธีและแบบฟอร์มการให้คะแนน (4) การติดตามผลการประเมิน เพื่อสนับสนุนการนำเกณฑ์มาตรฐานไปใช้ได้อย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกัน

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน พบว่า โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถยืนยันองค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานได้จำนวน 5 หมวด 23 ข้อบ่งชี้ แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบและข้อบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นสามารถสะท้อนโครงสร้างของมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาเกณฑ์ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ ตั้งแต่การทบทวนเอกสาร การสังเคราะห์องค์ความรู้ การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) จึงทำให้เกณฑ์มาตรฐานมีความสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีความน่าเชื่อถือในเชิงโครงสร้าง สอดคล้องกับแนวคิด ที่เสนอว่า โมเดลที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดสามารถยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดได้ โดย 5 หมวด 23 ข้อบ่งชี้ ได้แก่ หมวดที่ 1

การบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 2 การพัฒนาและจัดอัตรากำลังของผู้ให้บริการสุขภาพ (แกนนำสุขภาพ) หมวดที่ 3 การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 4 การสนับสนุนบริการสุขภาพ และหมวดที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ สอดรับกับมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในปี 2563 ที่ประกอบด้วย 5 หมวด 22 ข้อบ่งชี้ ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมวดที่ 2 การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากร หมวดที่ 3 การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ หมวดที่ 4 การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน และหมวดที่ 5 การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน⁽⁹⁾ นอกจากนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน / สุขศาลา / ศาลาสุขภาพชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่ามี 5 หมวด 49 ข้อ ได้แก่ หมวดที่ 1 โครงสร้างอาคารและสถานที่ หมวดที่ 2 การบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม หมวดที่ 3 การจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ หมวดที่ 4 วิชาการ (ข้อมูลสุขภาพ) และหมวดที่ 5 ผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพ ซึ่งในเกณฑ์ดังกล่าวมีการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมด้วย⁽¹⁰⁾ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ข้อบ่งชี้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหมวดที่ 3 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด (0.91) สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุสำคัญจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ World Health Organization ที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

และการดำเนินงานระดับชุมชนเป็นกลไกหลักในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

หากพิจารณาในส่วนของหน่วยบริการใกล้เคียง เช่น มาตรฐานงานสุขศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย พบว่า มาตรฐานประกอบด้วย 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 16 ตัวชี้วัด 39 เกณฑ์ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการองค์กร หมวดที่ 2 กระบวนการดำเนินงาน หมวดที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงาน หมวดที่ 4 ผลลัพธ์การดำเนินงาน⁽¹¹⁾ และมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่ามี 5 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านสุขภาพ 3) สิทธิและความคุ้มครอง 4) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย 5) ด้านระบบมาตรฐานภายใน⁽¹²⁾ ซึ่งเห็นได้ว่า เกณฑ์มาตรฐานและองค์ประกอบของแต่ละหน่วยบริการหรือศูนย์ดำเนินงานแตกต่างกันไป ทั้งนี้ ขึ้นกับขอบเขตการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานรวมถึงบทบาทการดำเนินงานที่กำหนดไว้ ดังนั้น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ที่ยกระดับเป็นศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน จะต้องกำหนดขอบเขตการดำเนินงานและบทบาทให้ชัดเจนเพื่อสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานใน 5 หมวด และเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้นำไปใช้ต่อไป นอกจากนี้ ผลการกำหนดจุดตัดคะแนนด้วยการวิเคราะห์เส้นโค้ง ROC พบว่า 22 คะแนน เป็นจุดตัดที่สามารถจำแนกศูนย์ที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงมีความตรงเชิงโครงสร้างเท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปใช้ในการจำแนกและประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกณฑ์มาตรฐานมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้านได้ในทางปฏิบัติจริง

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยกระดับจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยผลการศึกษายืนยันเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 2 การพัฒนาและจัดอัตรากำลังของผู้ให้บริการสุขภาพ (แกนนำสุขภาพ) หมวดที่ 3 การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมวดที่ 4 การสนับสนุนบริการสุขภาพ และหมวดที่ 5 การประเมินผลลัพธ์ โดยทุกหมวดรวมกันจะประกอบด้วย 23 ข้อบ่งชี้ เพื่อสำหรับใช้ประเมินต่อไป โดยมีลำดับมาตรฐานของศูนย์ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ Diamond 22 คะแนนขึ้นไป ระดับ Platinum 16 - 21 คะแนน ระดับ Gold 11 - 15 คะแนน ระดับ Silver 6 - 10 คะแนน และ ระดับ Bronze 1-5 คะแนน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์ NCDs กับดัชนีชี้วัดความสำเร็จทางสุขภาพของชุมชน เพื่อยืนยันว่าการยกระดับคุณภาพศูนย์ปฏิบัติการสามารถนำไปสู่การลดภาระโรคและเพิ่มอัตราการควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน
2. ส่งเสริมให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนพัฒนาแบบประเมินตนเอง เพื่อใช้ควบคู่กับเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนา ซึ่งจะช่วยให้ศูนย์แต่ละแห่งสามารถประเมินตนเองและวางแผนการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ
3. ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จของศูนย์ที่ได้รับระดับ Diamond เพื่อจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ
4. ควรมีการพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมสำหรับผู้ประเมินหรือแกนนำสุขภาพ ที่จะใช้เกณฑ์ดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ลดความคลาดเคลื่อนในการประเมิน และส่งเสริมให้การใช้เกณฑ์มีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย. นนทบุรี: บริษัท แฮนด์ เพรส; 2562.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. วิชาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานการพัฒนาต่อบริการคุณภาพชีวิตต่อยอดสู่ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโควิด-19. ชลบุรี: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง; 2564.
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการดำเนินงาน งานสุขภาพภาคประชาชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน; 2568.
5. Tavakol M, Wetzel A. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. Int J Med Educ. 2020;11:245-7.
6. Nahm FS. Receiver operating characteristic curve: overview and practical use for clinicians. Korean J Anesthesiol. 2022;75(1):25-36.
7. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. J Mark Res [Internet]. 1981 [Cited 2025 Aug 15];18(1):39-50. Available from: <https://doi.org/10.2307/3151312>
8. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. Methods of Psychological Research Online. 2003;8:23-74.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.)/สุขศาลา/ศาลาสุขภาพชุมชน. ขอนแก่น; 2560.
11. กองสุศึกษา. มาตรฐานงานสุศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนามัย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2552.
12. พิสิทธิ์ พิริยาพรรณ, เวธกา กลิ่นวิจิต, พงทอง อินใจ, รัชนิกร ทรัพย์กรานนท์, วารี กังใจ. การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง. บุรพาเวชสาร; 2558;2(1):34-50.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข

The Development of Organizational Health Strategic Plan Formulation Models with the Participation of Public Health Strategists

เกษมศานต์ ชัยศิลป์ (ส.บ., ศศ.ม.)*, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (พย.บ., วท.ม., วท.ด.)*

Kasamsan Chaisil (B.P.H., M.A.)*, Wilailuk Ruangrattana-trai (B.N.S., M.S., Ph.D.)*

* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

* Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary

ชื่อผู้ประสานงาน: เกษมศานต์ ชัยศิลป์ อีเมลผู้ประสานงาน: chaisil@hotmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	8 เม.ย. 2569
วันแก้ไข:	13 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	20 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ 2) ประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการ และ 3) ประเมินเบื้องต้นผลการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้ การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 และแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 การศึกษารูปแบบและพัฒนาร่างคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ (R1 - D1) ขั้นตอน R1 ศึกษาแบบโดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย นักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนยุทธศาสตร์ ขั้นตอน D1 พัฒนาเป็นร่างคู่มือเชิงปฏิบัติการและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินคุณภาพของรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการ (R2) ขั้นตอน R2.1 การทดลองใช้เบื้องต้น (Pilot Test) กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกลยุทธ์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) จำนวน 32 คน ขั้นตอน R2.2 ทดลองใช้ภาคสนาม (Field Test) กับบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขตสุขภาพ จำนวน 96 คน และระยะที่ 3 เป็นการปรับปรุงคู่มือเชิงปฏิบัติการฉบับสมบูรณ์ (D2) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการ แบบทดสอบความรู้ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กร และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพและคู่มือเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นจากระบวนการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม 2) การกำหนดกลยุทธ์ 3) การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ 4) การประเมินและควบคุมกลยุทธ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยประเมินว่าคู่มือมีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ทั้งในด้านรูปแบบ ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และการนำไปใช้ นอกจากนี้ ภายหลังการใช้คู่มือร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือในระดับสูง ซึ่งเห็นว่ารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเป็นแนวทางปฏิบัติที่สนับสนุนกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ในองค์กรด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำไปใช้ในระยะยาว และตรวจสอบความเหมาะสมของการประยุกต์ใช้ในบริบทขององค์กรที่หลากหลาย

คำสำคัญ: การจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพ; การมีส่วนร่วม; นักยุทธศาสตร์สาธารณสุข

Abstract

This research and development (R&D) study employed a mixed-methods research design. The objectives were to: 1) develop a model and practical manual for formulating strategic plans for health organizations; 2) assess the appropriateness of the practical manual; and 3) preliminarily evaluate the effects of using the practical manual on users' knowledge and satisfaction. The study was conducted from February 2025 to January 2026 and consisted of three phases. Phase 1 involved studying the model and developing a draft practical manual for strategic plan formulation in health organizations (R1 - D1). In the R1 stage, the model was studied through a literature review and focus group discussions with 30 key informants, comprising public health strategists and experts in strategic planning. In the D1 stage, a draft practical manual was developed and its content validity was examined by three experts. Phase 2 involved piloting and evaluating the quality of the model and practical manual (R2). The R2.1 stage consisted of a pilot test with 32 personnel involved in strategic planning at the central level of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The R2.2 stage consisted of a field test with 96 personnel from the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, at the health regional level. Phase 3 involved revising and finalizing the practical manual (D2). The research instruments included focus group discussion guidelines, an appropriateness assessment form for the practical manual, a knowledge test on organizational strategic plan formulation, and a user satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, specifically the paired t-test, were used to examine differences in mean scores. The findings revealed that the developed model for organizational health strategic plan formulation and its

practical manual, developed through the participatory process of public health strategists, consisted of four key components: 1) environmental scanning 2) strategic formulation 3) strategic implementation and 4) evaluation and control. The participants rated the appropriateness of the practical manual at a high level in terms of format, content accuracy, language, and applicability. In addition, after using the manual in combination with practical training, participants' knowledge scores increased significantly, and their satisfaction with the manual was at a high level. These findings indicate that the developed model and practical manual have the potential to serve as practical guidelines for supporting the strategic planning process in health organizations. However, further studies should be conducted to evaluate the long-term outcomes of implementation and to examine the appropriateness of applying the model in diverse organizational contexts.

Keywords: Organizational health strategic planning; Participation; Public health strategists

บทนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี โครงสร้างประชากร ตลอดจนภาระโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น⁽¹⁾ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้องค์กรด้านสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และต้องมีระบบการวางแผนที่สามารถตอบสนองต่อความไม่แน่นอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำแผนกลยุทธ์จึงเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานขององค์กรให้สอดคล้องกับภารกิจ เป้าหมาย และความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร แผนกลยุทธ์มิได้เป็นเพียงเอกสารเชิงนโยบาย แต่เป็นเครื่องมือทางการบริหารที่ช่วยเชื่อมโยงทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์ขององค์กรเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ⁽²⁾ ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาองค์กรด้านสุขภาพ แผนกลยุทธ์จึงเปรียบเสมือนการมีจุดเริ่มต้นของธรรมาภิบาลและการบริหารกิจการที่ดี (Good Governance) เป็นรายละเอียดการดำเนินการต่าง ๆ ล่วงหน้าให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้ก่อนการดำเนินงาน⁽³⁾

อย่างไรก็ตาม แม้องค์กรด้านสุขภาพจะมีการจัดทำแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดสำคัญ เช่น การขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การเลือกใช้เครื่องมือวิเคราะห์ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร การจัดทำแผนที่ไม่เชื่อมโยงกับการนำไปปฏิบัติ และการขาดแนวทางเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้รับผิดชอบ ส่งผลให้การจัดทำแผนกลยุทธ์ในบางหน่วยงานยังไม่สามารถสะท้อนศักยภาพ ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงขององค์กรได้อย่างครบถ้วน⁽⁴⁾ นักยุทธศาสตร์สาธารณสุขจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กรด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทในการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลงข้อมูลเชิงนโยบายและข้อมูลเชิงบริหารไปสู่ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างคุณภาพของการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้มีความเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทขององค์กรสุขภาพมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังมีข้อจำกัดของแนวทางหรือคู่มือที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการจัดทำแผนกลยุทธ์ในองค์กรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะคู่มือที่พัฒนาจากกระบวนการมีส่วนร่วมและได้รับการประเมินผลเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ ในขณะที่หน่วยงานสุขภาพมีความแตกต่างกันทั้งด้านบทบาท ภารกิจ และระดับการดำเนินงาน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบริบท จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งประเมินความเหมาะสมของคู่มือ และประเมินผลการใช้ประโยชน์ในเบื้องต้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ
3. เพื่อประเมินผลเบื้องต้นของการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ใช้

วิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) แบบผสมวิธี (Mixed Method Research) ในครั้งนี้ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในนครมหาวิทยาลัยการแพทย์ (รหัสโครงการ 10/2568 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2568) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁽⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษารูปแบบและพัฒนาร่างคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ (R1 - D1) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยขั้นตอน R1 ศึกษาข้อมูลผ่านการทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แกนนำคณะกรรมการเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์จากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนกลยุทธ์มากกว่า 10 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอน D1 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์เป็นร่างคู่มือ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินคุณภาพของรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการ (R2) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย โดยกำหนดคุณสมบัติร่วมของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหรือมีประสบการณ์ด้านยุทธศาสตร์ แผนงาน หรือการประเมินผลไม่น้อยกว่า 3 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ขั้นตอน R2.1 การทดลองใช้เบื้องต้น (Pilot Test): ดำเนินการกับบุคลากรส่วนกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 32 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมเบื้องต้นของคู่มือและคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขั้นตอน R2.2 การทดลองใช้ภาคสนาม (Field Test): ดำเนินการกับบุคลากรระดับเขตสุขภาพจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 96 คน เพื่อประเมินความรู้ก่อน - หลังการใช้คู่มือร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้

ระยะที่ 3 การปรับปรุงคู่มือเชิงปฏิบัติการฉบับสมบูรณ์ (D2) เป็นการนำผลการตรวจสอบความเหมาะสมของคู่มือ ผลการทดลองทั้งสองภาคส่วน การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน - หลังการใช้คู่มือ ความพึงพอใจในการใช้คู่มือ ตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย มาวิเคราะห์และปรับปรุงคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพให้มีความสมบูรณ์

เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทขององค์กรด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ดังนี้

1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับใช้ในการระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการ
2) แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านรูปแบบ ความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา และการนำไปใช้ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินและควบคุมกลยุทธ์ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้คู่มือ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับครอบคลุมด้านรูปแบบ ความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา และการนำไปใช้ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.99 สำหรับแบบทดสอบความรู้ พบว่า มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.44 - 0.75 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.22 - 0.68 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้วยวิธี KR - 20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ส่วนการทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha Coefficient แบบสอบถามคุณภาพของคู่มือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้คู่มือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและบันทึกภาคสนาม เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบและพัฒนาเป็นคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์

สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลจากการทดลองใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการและการประเมินความเหมาะสมของคู่มือ รวมทั้งทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย (แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้คู่มือ) ก่อนการนำไปใช้จริง ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วยแบบทดสอบความรู้ และเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการภายหลังสิ้นสุดกระบวนการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ สังเคราะห์ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม และเชื่อมโยงร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วย Paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁽⁶⁾

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนารูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยแกนนำคณะกรรมการเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์ ทำให้ได้รูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Scanning) 2) ด้านการกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation) 3) ด้านการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ

(Strategic Implementation) 4) ด้านการประเมินและควบคุมกลยุทธ์ (Evaluation and Control) และนำไปสู่การพัฒนาเป็นคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ที่มีขั้นตอนสำคัญเพื่อการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ จำนวน 15 ขั้นตอนดังนี้

1.1 ด้านการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตขององค์กร (SWOT Analysis) (2) การคัดเลือกโดยจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลที่ดำเนินการวิเคราะห์ SWOT Analysis ในแต่ละด้านให้เหลือปัจจัยที่สำคัญ 5 ปัจจัย (จุดแข็ง 5 จุดอ่อน 5 โอกาส 5 อุปสรรคและภัยคุกคาม 5) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแผนกลยุทธ์

1.2 ด้านการกำหนดกลยุทธ์ ได้แก่ (3) การนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในเชิงบวกทั้งปัจจัยที่เป็นจุดแข็ง (Strengths) ภายในองค์กร และปัจจัยที่เป็นโอกาส (Opportunities) จากภายนอกกำหนดเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors : CSF) (4) การนำข้อมูลปัจจัยแห่งความสำเร็จกำหนดเป็นวิสัยทัศน์ขององค์กร (5) การจัดทำพันธกิจที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร (6) การกำหนดกลุ่มผลสัมฤทธิ์หลัก (Key Result Area : KRA) ที่สอดคล้องกับพันธกิจ (7) การใช้กลุ่มผลสัมฤทธิ์หลัก กำหนดเป้าประสงค์องค์กร (8) การใช้กลุ่มผลสัมฤทธิ์หลักกำหนดเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จหลักขององค์กรที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์องค์กร (9) การจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กรโดยการให้ค่าน้ำหนัก และคะแนน เพื่อกำหนด “ตำแหน่งกลยุทธ์องค์กร” (10) การพิจารณาตำแหน่งกลยุทธ์ขององค์กร (11) การกำหนดกลยุทธ์องค์กรโดยวิธีการ TOWS Matrix

1.3 ด้านการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (12) การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) (13) การเขียนโครงการ

1.4 ด้านการประเมินและควบคุมกลยุทธ์ ได้แก่ (14) การควบคุมกลยุทธ์ (15) การประเมินผล

นอกจากนี้ ผลจากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักยังสะท้อนว่า การเลือกใช้เครื่องมือในการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร ซึ่งเป็นขั้นตอนการเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดทำแผนกลยุทธ์ ควรมีความยืดหยุ่นตามภารกิจขององค์กรด้านสุขภาพ โดยอาจเลือกใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันตามลักษณะขององค์กร เช่น องค์กรด้านบริหาร องค์กรด้านวิชาการ หรือองค์กรด้านบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า SWOT Analysis และ TOWS Matrix เป็นกรอบที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นฐานในการกำหนดแผนกลยุทธ์ขององค์กรด้านสุขภาพ เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงปัจจัยภายในและภายนอกขององค์กรเข้ากับการกำหนดกลยุทธ์ได้อย่างชัดเจน และเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน

2. ผลการตรวจสอบความเหมาะสมเบื้องต้นของคู่มือเชิงปฏิบัติการและการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการทดลองใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ และการประเมินความเหมาะสมของคู่มือ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคู่มือเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข มีความเหมาะสมต่อการใช้ประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 111.5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.9 ของคะแนนเต็ม (คะแนนเต็ม 120.0 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความเหมาะสมต่อการใช้ประโยชน์อยู่ในระดับสูงทั้งในด้านรูปแบบ ด้านความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ด้านการใช้ภาษา และด้านการนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 93.2 92.8 92.6 และ 92.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ (รายด้าน)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของคู่มือ	$\bar{X}$	S.D	Min	Max	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม
ด้านรูปแบบ	37.3	2.9	32.0	40.0	93.2
ด้านความถูกต้อง เหมาะสม ของเนื้อหา	41.8	3.3	37.0	45.0	92.8
ด้านการใช้ภาษา	18.5	1.7	16.0	20.0	92.5
ด้านการนำไปใช้	13.9	1.3	11.0	15.0	92.6

(n=32: คะแนนเฉลี่ยรวม 111.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.3 คะแนนรวมต่ำสุด 97.0 คะแนนรวมสูงสุด 120.0)

ทั้งนี้ ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนว่า ในเบื้องต้น คู่มือเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะการนำเสนอ และเนื้อหาที่ผู้ใช้ประโยชน์เห็นว่ามี ความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการจัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานด้านสุขภาพได้ เนื่องจากคู่มือเชิงปฏิบัติการในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยภาพ ตาราง และมีการแสดงตัวอย่างที่ชัดเจน จึงน่าจะเอื้อต่อประโยชน์ในการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติที่จะส่งผลให้ผู้ใช้เกิดความรู้ความเข้าใจ ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การประเมินผลการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์ องค์กรด้านสุขภาพ ภายหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ จัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ของบุคลากรระดับเขตสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ แผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้ คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ในทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ สูงที่สุด คือ ด้านการกำหนด กลยุทธ์ คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมา ได้แก่ ด้านการประเมิน และควบคุมกลยุทธ์ ด้านการทบทวนและวิเคราะห์ สภาพแวดล้อม และด้านการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 83.7 82.5 และ 81.2 ตามลำดับ (ตาราง ที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ แผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ก่อนและหลัง การใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้ คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีคะแนน เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กร ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก 21.1 คะแนน เป็น 26.8 คะแนน (คะแนนเต็ม 32.0 คะแนน) (ตารางที่ 3)

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า ในเบื้องต้น การใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการระดมการฝึกปฏิบัติ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผน กลยุทธ์ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

3.2 ความพึงพอใจการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ จัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพ ภายหลัง การใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ในกลุ่ม บุคลากรระดับเขตสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนความพึงพอใจการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ เฉลี่ย เท่ากับ 112.6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.8 (คะแนนเต็ม 120.0 คะแนน) และเมื่อพิจารณาคะแนนความพึงพอใจ เป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม ความพึงพอใจด้านความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.0 รองลงมา ได้แก่ ด้านรูปแบบ ด้านการนำไปใช้ และด้านการใช้ภาษา คิดเป็นร้อยละ 93.8 93.3 และ 93.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม จำแนกตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์ สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย จากคะแนนเต็ม
ก่อนการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ					
ด้านการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	5.8	1.6	0.0	8.0	72.5
ด้านการกำหนดกลยุทธ์	5.5	1.7	1.0	8.0	68.7
การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	5.2	1.3	1.0	8.0	65.0
ด้านการประเมินและควบคุมกลยุทธ์	4.6	1.2	1.0	7.0	65.7
(n=96: คะแนนเฉลี่ยรวม 21.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.2 คะแนนรวมต่ำสุด 8.0 คะแนนรวมสูงสุด 28.0)					
หลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ					
ด้านการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	6.6	0.4	4.0	8.0	82.5
ด้านการกำหนดกลยุทธ์	7.0	1.0	5.0	8.0	87.5
การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	6.5	1.3	1.0	8.0	81.2
ด้านการประเมินและควบคุมกลยุทธ์	6.7	1.1	4.0	8.0	83.7
(n=96: คะแนนเฉลี่ยรวม 26.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.3 คะแนนรวมต่ำสุด 19.0 คะแนนรวมสูงสุด 30.0)					

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัย (บุคลากรระดับเขตสุขภาพ) จำแนกตามคะแนนก่อนและหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ

คะแนน	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	t
ก่อนการใช้คู่มือฯ	21.1	4.2	96.0	- 12.0
หลังการใช้คู่มือฯ	26.8	2.3	96.0	

p-value < 0.01

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม จำแนกตามคะแนนความพึงพอใจการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย จากคะแนนเต็ม
ด้านรูปแบบ	37.4	3.4	29.0	40.0	93.8
ด้านความถูกต้อง เหมาะสม ของเนื้อหา	42.3	3.8	33.0	45.0	94.0
ด้านการใช้ภาษา	18.6	1.8	15.0	20.0	93.0
การนำไปใช้	14.0	1.2	12.0	15.0	93.3
(n=96 คะแนนเฉลี่ยรวม 112.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.7 คะแนนรวมต่ำสุด 90.0 คะแนนรวมสูงสุด 120.0)					

ซึ่งผลของความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการ จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่สนับสนุนว่าคู่มือเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้น มีศักยภาพในการนำไปใช้ในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานด้านสุขภาพได้

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ก่อให้เกิดรูปแบบการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ที่พัฒนาเป็นคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ และมีการพัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้เชี่ยวชาญด้านยุทธศาสตร์ ทำให้ได้รอบการดำเนินงาน 4 องค์ประกอบที่มีความครอบคลุมทั้งมิติของการทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินและควบคุมกลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Basic Elements of the Strategic Management Process) ที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างการวิเคราะห์บริบทและการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นระบบ⁽⁷⁾ จากข้อค้นพบที่ได้รูปแบบของการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ทั้ง 4 องค์ประกอบ และคู่มือเชิงปฏิบัติการที่ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญเพื่อการเรียนรู้และการใช้ประโยชน์ 15 ขั้นตอน อาจอธิบายได้ว่า ลักษณะของกระบวนการพัฒนาในงานวิจัยนี้ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีประสบการณ์ด้านยุทธศาสตร์สุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะอย่างใกล้ชิด ทำให้สาระสำคัญของรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการมีความสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของหน่วยงานสุขภาพภาครัฐ และสามารถประยุกต์หลักการเชิงแนวคิดไปสู่ขั้นตอนปฏิบัติที่นำไปสู่การใช้งานได้มากขึ้น เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนของคู่มือเชิงปฏิบัติการ มีภาพ ตาราง และตัวอย่างประกอบที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้ใช้สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น สอดคล้องกับเทคนิคการเขียนและผลิตตำรา ที่กำหนดว่าลักษณะ

ของคู่มือที่ดีต้องเรียงลำดับกิจกรรม ขั้นตอน เนื้อหา สาระจาก ง่ายไปยาก และเขียนให้เข้าใจได้ง่าย โดยใช้เทคนิคอื่น ๆ ประกอบ เช่น การใช้ภาพประกอบ การใช้ตาราง การยกตัวอย่าง เนื้อหามีความถูกต้อง ทันสมัย⁽⁸⁾

ผลการประเมินความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพที่พบว่าอยู่ในระดับสูง ครอบคลุมทั้งด้านรูปแบบ เนื้อหา การใช้ภาษา และการนำไปใช้ ซึ่งเป็นการประเมินความเหมาะสมเบื้องต้นของคู่มือเชิงปฏิบัติการ โดยการประเมินของผู้เข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนของการทดลองใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ สะท้อนให้เห็นว่าความเหมาะสมของคู่มือเชิงปฏิบัติการดังกล่าว อาจเป็นผลมาจากการออกแบบและพัฒนาคู่มือที่เชื่อมโยงกับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานจริง ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการที่พบว่า องค์ประกอบของคู่มือที่สำคัญ ประกอบด้วย รูปเล่มของคู่มือ เนื้อหาของคู่มือ และการนำไปใช้⁽⁹⁾ ทั้งนี้ ภายหลังจากการประเมินการใช้คู่มือของผู้ที่นำไปใช้ในการบริหารจัดการงานวิชาการ พบว่า คู่มือมีคุณภาพอยู่ในระดับดีในทุกด้าน เช่นกัน ดังนั้น คู่มือที่ดีจึงต้องเป็นหนังสือหรือเอกสารที่ใช้ควบคู่กับการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเอกสารที่ให้แนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ใช้คู่มือ โดยอธิบายหรือให้รายละเอียดของการดำเนินงานอย่างชัดเจน ผ่านขั้นตอนหรือกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และเหมาะสม⁽¹⁰⁾

ส่วนผลประเมินการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากที่ได้มีการพัฒนาและทดลองใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการ จนนำไปสู่การใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการให้เกิดประโยชน์ในการเรียนรู้จริงร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ของผู้ร่วมการวิจัยในกลุ่มของบุคลากรระดับเขตสุขภาพ ในส่วนของการประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กร โดยใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ พบว่า คะแนนความรู้ ภายหลังจากการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าการใช้คู่มือ

เชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการฝึกปฏิบัติ มีส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพได้ดีในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการใช้คู่มือการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจหลังการใช้คู่มือสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้คู่มือที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05⁽¹¹⁾ และผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้ด้านการเขียนรายงานการวิจัยในชั้นเรียน หลังได้รับการนิเทศและใช้คู่มือสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศและใช้คู่มือ โดยความรู้เกี่ยวกับการเขียนรายงานการวิจัยในชั้นเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01⁽¹²⁾ ทั้งนี้ สำหรับการประเมินผลความพึงพอใจภายหลังการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ที่พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการ ซึ่งภายหลังการใช้คู่มือ พบว่า ผู้ใช้คู่มือมีความพึงพอใจต่อคู่มืออยู่ในระดับมาก⁽⁹⁾ และผลการวิจัยที่พบว่า ภายหลังการใช้คู่มือการเรียนรู้ เรื่อง พลังงานทดแทนสำหรับชุมชนในจังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มชุมชนผู้ใช้คู่มือเพื่อการเรียนรู้มีความพึงพอใจต่อคู่มือการเรียนรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹³⁾

ข้อจำกัดในการศึกษา

การประเมินผลใช้รูปแบบการวัดก่อนและหลังในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการใช้คู่มือเพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น กระบวนการฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์เดิมของผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกระบวนการ ประกอบกับการประเมินผลเป็นการวัดความรู้และความพึงพอใจในระยะสั้น ยังไม่ได้ประเมินการนำคู่มือไปใช้จริงในหน่วยงานหรือการติดตามผลในระยะยาว ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และติดตามผลการใช้คู่มือในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาแบบผสมวิธีครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนและวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินและควบคุมกลยุทธ์ โดยผลการประเมินเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการประเมินว่าคู่มือมีความเหมาะสมต่อการใช้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง และการใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนกลยุทธ์องค์กรด้านสุขภาพ และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรนำรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการจัดทำแผนกลยุทธ์ในองค์กรด้านสุขภาพโดยเฉพาะภาครัฐ เนื่องจากมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ และพัฒนาภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้แผนกลยุทธ์ขององค์กรมีคุณภาพและเกิดความเป็นเอกภาพของระบบสุขภาพ

1.2 ควรนำคู่มือเชิงปฏิบัติการไปใช้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ ไม่ควรใช้เพียงการแจกคู่มือให้ผู้ปฏิบัติศึกษาเอง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การใช้คู่มือร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้อย่างมีนัยสำคัญ

1.3 ควรปรับใช้คู่มือเชิงปฏิบัติการให้เหมาะสมกับลักษณะขององค์กรด้านสุขภาพแต่ละประเภท เช่น องค์กรด้านบริหาร องค์กรด้านวิชาการ หรือองค์กรด้านบริการสุขภาพ โดยคงโครงสร้างหลักของคู่มือไว้ แต่สามารถปรับรายละเอียด เครื่องมือวิเคราะห์ และแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับภารกิจและบริบทของหน่วยงาน

1.4 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำรูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้น บรรจุเป็นหลักสูตรหรือชุดการเรียนรู้สำหรับพัฒนาศักยภาพนักยุทธศาสตร์สาธารณสุข ทั้งในระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้การจัดทำแผนมีความเป็นระบบเชื่อมโยงกับการปฏิบัติ และเกิดประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2. การวิจัยในอนาคต

2.1 ควรนำเนื้อหาและสาระสำคัญของคู่มือเชิงปฏิบัติการ พัฒนาต่อยอดให้สามารถเรียนรู้ในรูปแบบดิจิทัลเพิ่มเติม เช่น ระบบ E-Learning หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงการเรียนรู้ด้วยตนเองและขยายการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

2.2 ควรมุ่งศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบและคู่มือเชิงปฏิบัติการ เช่น ความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนกลยุทธ์และประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร และขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังองค์กรด้านสุขภาพนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรนอกภาครัฐ เปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความเหมาะสมความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และศักยภาพในการขยายผลในระดับที่กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากมูลนิธิ (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณคณะกรรมการเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขและบุคลากรนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูล

ที่เป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. ดำรง วัฒนา. การจัดทำยุทธศาสตร์ (Strategic Planning). พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2562.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. ผลการสำรวจการใช้ประโยชน์คู่มือเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) สำหรับองค์กรด้านสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.
6. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวสู่การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ. ขอนแก่น: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
7. Wheelen TL, Hunger JD. Strategic management and business policy: toward global sustainability. 13th ed. London: Pearson; 2012.

8. ปรีชา ช่างขวัญยืน. เทคนิคการเขียนและผลิตตำรา. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
9. สุเทพ ไชยวุฒิ, เกตุมณี มากมี, ศิริมาศ โกศลย์พิพัฒน์. การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการของคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. พิษณุเวชสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 2560;13(2):129-47.
10. นภลัย สุวรรณธาดา, ธิดา โมสิรัตน์, สุมาลี สังข์ศรี. การเขียนผลงานวิชาการและบทความ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์; 2553.
11. วรณรี ปานศิริ. การพัฒนาคู่มือการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2557.
12. อุเทน วีระคำ. การพัฒนาคู่มือการเขียนรายงานการวิจัยในชั้นเรียนสำหรับครูผู้สอนการศึกษาพิเศษ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแพร่ เขต 1. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการศึกษา สมาคมนักวิชาการไทย. 2567;2(2):11-24.
13. จามจุรี จุลพล, อาเร้ง รอแม, ประภัสสร หะยะมิน. การพัฒนาคู่มือการเรียนรู้เรื่องพลังงานทดแทนสำหรับชุมชนในจังหวัดชายแดนใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2565;9(1):187-201.



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

Determinants of fertility decline in developing countries: A Scoping Review

Nga Tran Thi Tuyet*, Orawan Prasitsiriphon*

* College of Population Studies, Chulalongkorn University

Correaponding author: Orawan Prasitsiriphon Email: orawan.pr@chula.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 13 เม.ย. 2569
วันแก้ไข: 18 ส.ค. 2569
วันตอบรับ: 25 ส.ค. 2569

Abstract

The decline in fertility rates is a phenomenon observed in nearly all countries worldwide, regardless of their level of economic development, and represents a key driver of population aging. This scoping review aimed to systematically synthesize evidence on factors influencing fertility decline among women in developing countries and identify research gaps to inform future studies in similar contexts.

A literature search was conducted through online databases covering publications from 1999 to December 2, 2024, following the PRISMA - ScR guidelines. After screening 4,581 records, 24 studies meeting the inclusion criteria were selected, comprising 19 national - level and 5 international - level studies.

The synthesis identified that fertility decline is determined by multidimensional factors, categorized into four thematic areas: (1) education and socio - economic status, (2) urbanization and living environment, (3) contraceptive use and intermediate determinants, and (4) population policies and cultural influences. Within diverse demographic contexts, these factors contribute to delayed childbearing, reduced total fertility rates, and shifts in reproductive behavior. The identified themes provide a comprehensive overview of the determinants of fertility decline in developing countries and may inform future research and policy development aimed at responding to sustained low fertility.

Keywords: fertility; reproductive health; population; PRISMA - ScR; scoping review

Introduction

Fertility decline is a global trend.^(1 - 4) When fertility remains below replacement level for a prolonged period, successive birth cohorts become smaller, gradually transforming the population age structure from a broad - based pyramid into a top - heavy or potentially inverted pyramid. This demographic shift contributes to population ageing and may eventually reduce the size of the working - age population while increasing the old - age dependency ratio. Consequently, a shrinking labor force and contribution base may have to support a growing older population, placing increasing pressure on economic productivity, pension and social security systems, healthcare services, and long - term care provision. These pressures may become particularly pronounced in countries where fertility decline and population ageing occur rapidly, leaving limited time for institutions and social protection systems to adapt. Therefore, understanding the factors driving fertility decline is important for providing countries with an evidence base for developing timely and effective population and family policies.

Many developing countries, in particular, have experienced rapid fertility decline alongside accelerated socioeconomic development and urbanization.^(5, 6) The decline in fertility is driven not only by increasing contraceptive use but also by a complex interplay of cultural, social, economic, and individual factors. A comprehensive analysis of these factors is therefore crucial for

understanding demographic shifts in these countries and informing policies that respond to their long - term consequences.

To date, several studies have explored the relationship between socioeconomic factors and reproductive behavior.⁽³⁾ Many studies have concluded that fertility is not only affected by one factor, but by a complex combination of economic, cultural, and social factors, and population policies.^(3, 7) These factors shape the reproductive behavior of couples. However, due to the broad scope and multidimensional nature of the issue, studies on fertility often focus on a single or a few factors. This results in a lack of a comprehensive overview of fertility - related factors at the individual, population (national), and population (state) levels. A scoping review is appropriate for reviewing, synthesizing, and systematically classifying existing evidence, thereby identifying research gaps to guide future research. The goal of this scoping review is to synthesize evidence related to fertility decline in developing countries in order to advance the scientific basis for future research. The findings may inform future research and policy in developing countries undergoing similar demographic transitions.

Objectives

This scoping review systematically mapped and synthesized existing evidence on the determinants of fertility decline among women in developing countries to inform further research. The following research

question was formulated: What is known about the determinants of fertility decline in developing countries?

Methods

Protocol and Registration

We developed the protocol following the PRISMA - ScR guidelines. The protocol was developed jointly by the authors and registered with the Open Science Framework (OSF) to ensure transparency and reproducibility. A preliminary version of the protocol is available at <https://osf.io/vfhyd/>. All significant revisions to the project were recorded and dated on the OSF registration page.

Eligibility Criteria

Inclusion criteria: Publications released from January 1, 1999, to December 02, 2024. Developing countries were defined according to the World Bank income classification at the time of the review. Only studies conducted in countries classified as low - , lower - middle - , or upper - middle - income economies were eligible. The publication also had to be in English and address factors influencing fertility, such as social, economic, policy, geographical, and educational. Exclusion criteria: Publications from non - peer - reviewed journals and grey literature such as conference abstracts, theses, reports, and similar materials.

Search Strategy

We conducted a search across multiple databases, including PubMed, Scopus, Cochrane Library, and ScienceDirect, to identify potentially

relevant studies. The publications were released from January 1, 1999, to December 02, 2024. The search strategy included geographic terms related to Southeast Asia, and developing countries. Although Africa was not specified as a search term, eligible studies from African countries were retrieved by the databases and met the predefined inclusion criteria. The final search was imported into the Rayyan tool, where duplicate articles were removed. The articles of interest were imported into EndNote for full - text search and screening.

Ethical Approval

Not applicable because this study is a secondary analysis of published literature and did not involve human participants.

Results

Study Selection

In the process of screening and selecting publications, we applied the PRISMA - ScR flow diagram. Figure 1 illustrates the entire screening process. At each stage, two authors conducted independent screening, and discrepancies or inconsistencies were resolved via discussion. The screening and data management process was primarily supported by EndNote.

A standardized data - charting form was developed to extract relevant information from each included study. Extracted data included author, publication year, country, data source, study population, sample size, determinants of fertility decline, and key findings. Data extraction was performed by the first author.

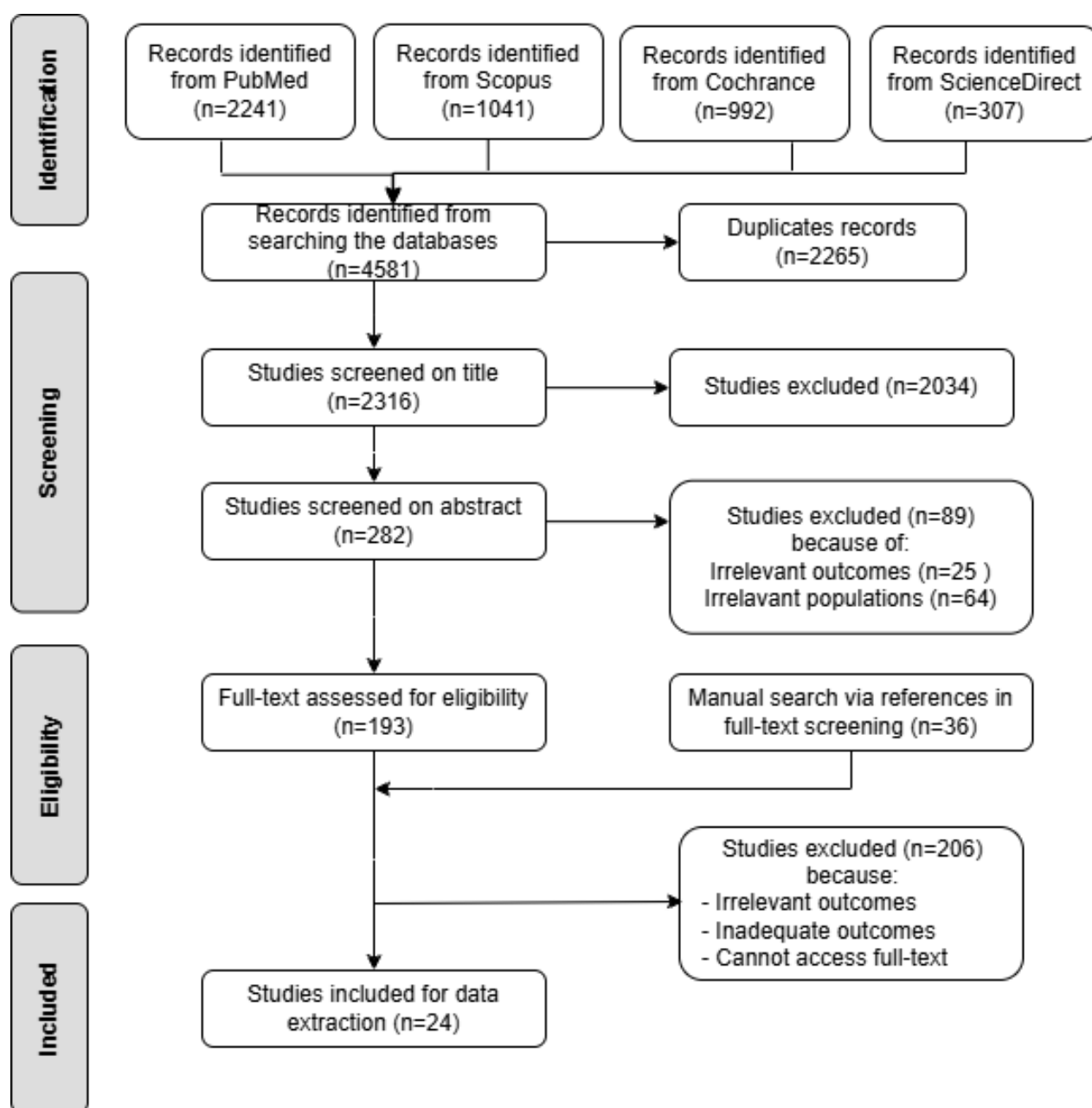


Figure 1. PRISMA - ScR flow diagram of the selection process

Extracted findings were analyzed using an inductive thematic synthesis approach. Determinants identified across studies were coded and grouped into similar categories. Through iterative discussion among the reviewers, these categories were refined into

four overarching themes representing the major determinants of fertility decline (Table 1). Within each theme, we summarized the outcomes of studies conducted across various countries to highlight patterns and key factors influencing fertility

Table 1. Ecological factors related to fertility changes

Theme	Main issues/factors	Relevant studies
Education and socioeconomic status	1) Women with higher education tend to have fewer children 2) Higher education associated with late marriage and better job opportunities 3) Economic development enables women to have more options in their careers and limits family size. 4) Education enhancement are correlated with the fertility rate	Yirsaw, Taye⁽⁸⁾ Boateng, Oppong⁽⁹⁾ Panopoulou and Tsakloglou⁽¹⁰⁾ Rad, Tavakkoli⁽¹¹⁾ Ali, Ali⁽¹²⁾ Atama, Ebimbo⁽¹³⁾ Masih and Masih⁽¹⁴⁾ Orwa, Gatimu⁽¹⁵⁾ Shekhar, Das⁽¹⁶⁾ Nega, Assefa Hailemariam⁽¹⁷⁾ Paulino and Abel⁽¹⁸⁾ Gurmu and Mace⁽¹⁹⁾ Hasan, Islam⁽²⁰⁾ Shen, Zhao⁽²¹⁾ Bradshaw, Perry⁽²²⁾ Nyarko⁽²³⁾
Urbanization and Living Environment	1) Women in urban areas tend to have fewer children than those in rural areas. 2) The cost of child - rearing, work pressure, and health care assessment motivate women to have fewer children 3) Types of work also affect the number of children. 4) Urbanization enhancement are correlated with the fertility rate	Orwa, Gatimu⁽¹⁵⁾ Shekhar, Das⁽¹⁶⁾ Nega, Assefa Hailemariam⁽¹⁷⁾ Paulino and Abel⁽¹⁸⁾ Gurmu and Mace⁽¹⁹⁾ Hasan, Islam⁽²⁰⁾ Shen, Zhao⁽²¹⁾ Nyarko⁽²³⁾ White, Muhidin⁽²⁴⁾ Keskin and Çavlin⁽²⁵⁾ Agadjanian⁽²⁶⁾ Timæus and Moultrie⁽²⁷⁾
Contraceptive use and mediating factors	1) Contraceptive use helps women control their childbearing time. 2) Unmet need for contraception, frequency of contraceptive use, and women's age are intermediate to the fertility rate.	Masih and Masih⁽¹⁴⁾ Orwa, Gatimu⁽¹⁵⁾ Shekhar, Das⁽¹⁶⁾ Paulino and Abel⁽¹⁸⁾ Hasan, Islam⁽²⁰⁾ Shen, Zhao⁽²¹⁾ Bradshaw, Perry⁽²²⁾ Nyarko⁽²³⁾ Timæus and Moultrie⁽²⁷⁾ Muza⁽²⁸⁾ Abdelghany, El Abbassy⁽²⁹⁾ Onagoruwa and Wodon⁽³⁰⁾
Influence of policies and cultural factors	1) Population policies and cultural environment are linked to the fertility trend 2) The combination of population and education improvement decreases the fertility rate 3) Lack of relative policies might lead to a tendency towards voluntary childlessness or a one - child family.	Rad, Tavakkoli⁽¹¹⁾ Masih and Masih⁽¹⁴⁾ Orwa, Gatimu⁽¹⁵⁾ Shekhar, Das⁽¹⁶⁾ Nega, Assefa Hailemariam⁽¹⁷⁾ Hasan, Islam⁽²⁰⁾ Shen, Zhao⁽²¹⁾ Bradshaw, Perry⁽²²⁾ Nyarko⁽²³⁾ Keskin and Çavlin⁽²⁵⁾ Timæus and Moultrie⁽²⁷⁾ Bora, Saikia⁽³¹⁾

Source: Authors' synthesis

As shown in Table 1, socioeconomic status and education have an impact on fertility. Numerous studies show a negative connection between fertility and women's education. Similar patterns have been found in Ethiopia, Iran, Ghana, and Bangladesh. ^(8, 9, 11, 31) Higher educational attainment was associated with later marriage, greater access to reproductive health resources, and better job opportunities. In addition, socio - economic conditions were also reported to influence couples' childbearing decisions. ^(12, 13)

Women who live in urban areas typically have fewer children than those who live in rural areas. Studies reported that higher child - rearing cost, work obligations, and better access to family planning and healthcare services were associated with lower fertility. These patterns have been found in Ghana, Turkey, and Mozambique. ^(24 - 26)

Proximate and intermediate determinants of fertility, such as contraceptive use and marriage - related exposure, were commonly identified across the reviewed studies. A study from Zimbabwe found that contraceptive use enabled women to control the timing of childbearing. ⁽²⁸⁾ Evidence from Egypt showed that intermediate factors - particularly unmet need for family planning, discontinuation of contraceptive methods, the number of discontinuations, and under - five child mortality - had stronger total effects on recent births than direct factors such as exposure to family - planning messages, women's employment status, wealth, and age. ⁽²⁹⁾

In addition, a multi - country study across 15 African and South Asian countries reported that later marriage was significantly associated with lower fertility. ⁽³⁰⁾ Collectively, these findings underscore the more direct and immediate roles of proximate and reproductive - timing factors in translating broader socioeconomic conditions into fertility outcomes. In particular, contraceptive behavior and the timing of marriage and first birth shape whether and when childbearing occurs and therefore constitute key pathways of fertility decline. By contrast, distal socioeconomic factors generally operate indirectly by influencing these reproductive behaviors and life - course transitions.

A study in Iran found that women's fertility patterns differed according to religion, socioeconomic status, and place of residence. ⁽¹¹⁾ In Bangladesh, the rapid fertility decline between 1980 and 2014 was associated with the combined effects of population policies and improvements in women's education. ⁽³¹⁾ A study in Turkey showed that declining fertility may increase the proportion of women having only one child or remaining childless in the absence of pronatalist policies. ⁽²⁵⁾

Figure 2 provides a descriptive visualization of the determinants identified across the included studies. Socioeconomic status; education; urbanization and living conditions; contraceptive use, and other mediating factors; demographic policies; and cultural influences were among the most frequently reported themes.

Figure 2. Word cloud of determinants of fertility decline in developing countries

Discussion

Women's education and socioeconomic conditions emerge as core determinants, with a consistent association between higher

difficult. Fertility decisions in these contexts are shaped not only by the direct financial costs of raising children but also by opportunity costs, work–family incompatibility, housing and employment uncertainty, and the unequal distribution of caregiving responsibilities. Evidence indicates that cash benefits alone generally have no or only modest and often temporary effects on fertility, sometimes changing the timing of births rather than increasing completed family size.^(37, 38) Consequently, sustained fertility recovery is likely to require comprehensive and long - term structural support rather than financial incentives alone.

Urbanization and mass media also play supporting roles by improving access to reproductive health services and promoting small - family norms through the “diffusion of innovations” process.^(32, 39) Beyond disseminating reproductive health information, mass media and urban social networks expose individuals to lifestyles in which later marriage, fewer children, and greater investment in each child are increasingly portrayed as markers of modernity, personal autonomy, and upward social mobility. Through repeated exposure, social learning, and interaction with urban peer networks, small - family preferences may gradually become socially accepted and even aspirational norms. Urban environments may further reinforce fertility decline through multiple pathways. Compared with rural areas, urban households generally face higher housing and child - rearing costs, while women are more likely to pursue higher education and employment. These conditions

increase the opportunity costs of childbearing and encourage the postponement or limitation of births. In addition, better access to reproductive health services in urban settings facilitates the adoption of modern contraceptive methods. At the same time, enduring cultural influences, particularly Confucian values, continue to shape reproductive behavior through their effects on the timing of marriage, contraceptive practices, and family - size preferences.^(34, 40)

Taken together, these findings show that reproductive behavior is shaped by both individual circumstances and broader policy environments. Family planning, comprehensive sexuality education, childcare, parental leave, and employment protection can help couples achieve their desired timing and family size, whereas inadequate support may contribute to delayed or forgone births and unintended childlessness. Responses to persistent low fertility should therefore address structural barriers rather than rely solely on short - term financial incentives.

Regional differences highlight the importance of sociocultural context. In Asia, economic development, women’s education, and effective family - planning policies have been associated with more rapid fertility decline. By contrast, early marriage, polygyny, and high child mortality have tended to sustain higher fertility and slow the fertility transition in parts of sub - Saharan Africa.⁽⁴¹⁾ These regional differences indicate that fertility change results from multiple interacting determinants operating at the individual, household, community, and policy levels. Population

policies alone are therefore unlikely to be sufficient. In countries experiencing persistent low fertility, cash transfers and pronatalist appeals may have limited effects unless they are combined with investments in women's education and economic opportunities, affordable childcare, parental leave, employment protection, and a more equitable distribution of caregiving responsibilities. Such measures can reduce the pressure on women to choose between employment and parenthood and therefore require a coordinated, multidimensional policy response. In Vietnam, evidence remains limited, particularly regarding the effectiveness of fertility - related policies. Most existing studies have used cross - sectional data, limiting causal inference and highlighting the need for further quantitative research using longitudinal or intervention designs.

Limitations

This scoping review was conducted with careful adherence to the standard PRISMA - ScR guidelines. Our study has some limitations. First, although we aimed to comprehensively identify studies on the determinants of the fertility decline, the literature search was conducted up to early December 2024; therefore, studies published after this date were not included. Second, we only selected and extracted data from published studies written in English, which may have introduced language and publication bias and excluded relevant evidence in other languages or in the grey literature. Third, our search strategy was limited to the selected databases and

predefined search terms. Consequently, some relevant studies may have been missed. Therefore, the findings should be interpreted with caution and may not fully represent the entire body of fertility decline in developing countries.

Conclusion

This scoping review indicates that fertility decline in selected developing countries is a result of the interaction between various factors such as women's education levels, socio - economic status, urbanization, contraceptive use, and policy contexts. Education and economic opportunities enable women to delay childbearing, and urban residents and family planning services support smaller family sizes. These findings highlight the need for integrated, context - specific population and reproductive health policies. Strengthening women's education and equitable access to family planning services may help countries respond more effectively to changing fertility patterns.

Recommendation

Future research should clarify how specific cultural contexts shape reproductive behavior and examine younger generations' motivations for having children, fertility intentions, preferred family size, and reasons for postponing or foregoing births. Such research is particularly needed in Vietnam, where evidence on the reproductive preferences of younger adults remains limited. Longitudinal and mixed - methods studies are also needed

to distinguish voluntary childlessness from unrealized fertility intentions and to evaluate the long - term effects of pronatalist policies under conditions of persistently low fertility. Governments should consider policies that reduce the costs of family formation and child - rearing, such as affordable childcare, housing support, parental leave, and employment protection, thereby enabling individuals who desire children to realize their reproductive intentions.

Acknowledgement

The authors thank Huynh Giao (University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam), Araba O. Gyan (Henry Ford Health System, Detroit, Michigan, USA), and Hoang Thi Nam Giang (The University of Da Nang, Vietnam) for reviewing the manuscript and providing helpful comments.

References

1. Aitken RJ, Norman RJ. Epidemiology of falling fertility: the contribution of social, environmental, and genetic forces. *Fertility and Sterility*. 2025;125(2):187–96.
2. Bhattacharjee NV, Schumacher AE, Aali A, Abate YH, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2024;403(10440):2057–99.
3. Pourreza A, Sadeghi A, Amini - Rarani M, Khodayari - Zarnaq R, Jafari H. Contributing factors to the total fertility rate declining trend in the Middle East and North Africa: a systemic review. *J Health Popul Nutr*. 2021;40(1):11.
4. Lyngdoh T, Kandpal V, Shukla V, Priyanka KY, Mukherjee R, Kulkarni B. Declining fertility trends: a cause for concern. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2024;12(1):592–7.
5. Bongaarts J, Hodgson D. Fertility Trends in the Developing World, 1950–2020. In: Bongaarts J, Hodgson D, editors. *Fertility Transition in the Developing World*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 1–14.
6. Rahman A, Akhtarul I, Samia Y. Influencing Factors of Fertility in Developing Countries: Evidence from 16 DHS Data. *Journal of International Women's Studies*. 2020;21(6):416–26.
7. Borzoiepour S, Alizadeh G, Jafary H, Zarnaq RK. Identify Affecting Factors on Total Fertility Rate: A Systematic Review. *Health Scope*. 2024;13(3):e139351.
8. Yirsaw BG, Taye BA, Seretew WS, Belete AK, Tesfie TK. Determinants of fertility experience among reproductive women age (15 - 49) in Ethiopia: Application of count regression models. *PLoS ONE*. 2024;19(10).
9. Boateng D, Oppong FB, Senkyire EK, Logo DD. Socioeconomic factors associated with the number of children ever born by married Ghanaian females: A cross - sectional analysis. *BMJ Open*. 2023;13(2).
10. Panopoulou G, Tsakloglou P. Fertility and economic development: theoretical considerations and cross - country evidence. *Applied Economics*. 1999;31:1337–51.

11. Rad EH, Tavakkoli M, Moghadamnia M, Ghanbari A. Fertility and Minority: A Study in Two Provinces of Iran Using Matching Estimator Technique. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2016;18(3):660–5.
12. Ali N, Ali S, Rabbi F, Bilal H. On the interaction between socioeconomic development and fertility rate: A cross - country analysis. *Journal of Public Affairs*. 2022;22(2).
13. Atama CS, Ebimngbo SO, Uzoma CC, Iwuagwu TE, Asadu N. Socio - economic status of women and fertility outcome in Benue State, North - Central, Nigeria. *Health Care for Women International*. 2023;44(2):126–44.
14. Masih AM, Masih R. Is a significant socio - economic structural change a pre - requisite for "initial" fertility decline in the LDCs? Evidence from Thailand based on a multivariate cointegration/vector error correction modelling approach. *J Popul Econ*. 1999;12(3):463–87.
15. Orwa J, Gatimu SM, Ariho P, Temmerman M, Luchters S. Trends and factors associated with declining lifetime fertility among married women in Kenya between 2003 and 2014: an analysis of Kenya demographic health surveys. *BMC Public Health*. 2023;23(1):718.
16. Shekhar C, Das K, Nguyen TNL. Proximate determinants and their influences on fertility reduction in Viet Nam. *Asia - Pacific Population Journal*. 2014;28(2):5–25.
17. Nega A, Assefa Hailemariam K, Mengistu M, Gelaye K. Age at First Marriage and Fertility Decline in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, Northwest Ethiopia: Decomposition Analysis. *International Journal of Women's Health*. 2021;13:1197–206.
18. Paulino A, Abel N. Determinants of Change in Fertility among Women in Rural Areas of Uganda. *Journal of Pregnancy*. 2019;2019:13.
19. Gurmu E, Mace R. Fertility decline driven by poverty: The case of Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Biosocial Science*. 2008;40(3):339–58.
20. Hasan M, Islam M, Md. Saifullah S, Md. Iqramul H. Influences of Proximate Determinates on Fertility Among Urban and Rural Women in Bangladesh. *The Dhaka University Journal of Science*. 2018;66(1):49–54.
21. Shen Z, Zhao Z, Ren Q, Yan M. Female Off - Farm Employment and Fertility Timing in Rural China. *Frontiers in Public Health*. 2022;10.
22. Bradshaw CJA, Perry C, Judge MA, Saraswati CM, Heyworth J, Le Souëf PN. Lower infant mortality, higher household size, and more access to contraception reduce fertility in low - and middle - income nations. *PLoS ONE*. 2023;18(2).
23. Nyarko SH. Socioeconomic determinants of cumulative fertility in Ghana. *PLoS ONE*. 2021;16(6).
24. White MJ, Muhidin S, Andrzejewski C, Tagoe E, Knight R, Holly R. Urbanization and fertility: An event - history analysis of coastal Ghana. *Demography*. 2008;45(4):803–16.
25. Keskin F, Çavlin A. Cohort fertility heterogeneity during the fertility decline period in Turkey. *Journal of Biosocial Science*. 2023;55(4):779–94.

26. Agadjanian V. Women's work and fertility in a sub - Saharan urban setting: A social environment approach. *Journal of Biosocial Science*. 2000;32(1):17–35.
27. Timæus IM, Moultrie TA. Pathways to Low Fertility: 50 Years of Limitation, Curtailment, and Postponement of Childbearing. *Demography*. 2020;57(1):267–96.
28. Muza C. The fertility revolution in Zimbabwe with special regards to proximate determinants of fertility. *Acta Universitatis Carolinae, Geographica*. 2019;54(2):182–93.
29. Abdelghany A, El Abbbasy AM, Shabrawy AE. Structural equations modelling to quantify the effect of direct and intermediate factors on fertility changes in Egypt during 2000 – 2014. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(10):1210–7.
30. Onagoruwa A, Wodon Q. Measuring the impact of child marriage on total fertility: a study for fifteen countries. *Journal of Biosocial Science*. 2018;50(5):626–39.
31. Bora JK, Saikia N, Kebede EB, Lutz W. Revisiting the causes of fertility decline in Bangladesh: the relative importance of female education and family planning programs. *Asian Population Studies*. 2023;19(1):81–104.
32. Lal S, Singh R, Makun K, Chand N, Khan M. Socio - economic and demographic determinants of fertility in six selected Pacific Island Countries: An empirical study. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257570.
33. Woldeamanuel BT, Gessese GT, Demie TG, Handebo S, Biratu TD. Women's education, contraception use, and high - risk fertility behavior: A cross - sectional analysis of the demographic and health survey in Ethiopia. *Front Glob Womens Health*. 2023;4:1071461.
34. Nguyen YTH, Sukontamarn P. Women's education and desire for additional children in Vietnam: regional differences and the role of son preference. *Journal of Biosocial Science*. 2022;54(6):1047–66.
35. Hu L - C, Chiang Y - L. Having Children in a Time of Lowest - Low Fertility: Value of Children, Sex Preference and Fertility Desire among Taiwanese Young Adults. *Child Indicators Research*. 2021;14(2):537–54.
36. Aitken RJ. The global decline in human fertility: The Post - transition trap hypothesis. *Life*. 2024;14(3):369.
37. OECD. Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators. OECD Publishing, Paris 2024.
38. Bokun A. Cash transfers and fertility: Evidence from Poland's Family 500+ Policy. *Demographic Research*. 2024;51(28):855–910.
39. Bougma M, Adjiwanou V, Kobiané JF. Does sex composition of offspring relate to fertility in urban areas? The case of Ouagadougou, Burkina Faso. *J Biosoc Sci*. 2022;54(2):279–94.
40. Vu TM, Yamada H. The impacts of Confucianism on gender inequality in Vietnam. *The Journal of Economic Inequality*. 2024;22(1):165–84.
41. Dörflinger M, Loichinger E. Fertility decline, changes in age structure, and the potential for demographic dividends: A global analysis. *Demographic Research*. 2024;50(9):221–90.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับความถูกต้องของการสรุป วินิจฉัยโรคและหัตถการ ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การวิจัยแบบผสมผสาน

Quality of Medical Record Documentation and Accuracy of Diagnosis and Procedures for Health Service Reimbursement at a Tertiary Hospital in Northeastern Thailand:

A Mixed Methods Research.

กนกรัตน์ ไสยเลิศ (ค.บ.)*, อีรศักดิ์ พาจันท์ (ส.ด.):**

Kanokrat Sailert (B.Ed.)*, Teerasak Phajan (Dr.P.H.):**

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

* Student of the Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

ชื่อผู้ประสานงาน: ผศ.ดร.อีรศักดิ์ พาจันท์ อีเมลผู้ประสานงาน: teerasak@scphkk.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 5 พ.ค. 2569

วันแก้ไข: 13 ส.ค. 2569

วันตอบรับ: 19 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานชนิดต่อเนื่องเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Mixed Methods Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit: MRA) และความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ (Summary Assessment: SA) ศึกษาความสัมพันธ์ และจัดทำแนวทางพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะเชิงปริมาณศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย

ใน 400 ฉบับ (1,625 รายการ) ในปีงบประมาณ 2568 โดยสุ่มแบบกลุ่ม วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression ระยะเชิงคุณภาพให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 25 คน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระและบูรณาการด้วย Joint Display Matrix ผลการศึกษาพบว่า MRA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 72.75 (95% CI: 68.19–76.88) โดยเวชระเบียนถูกต้องระดับฉบับร้อยละ 55.75 (95% CI: 50.85–60.54) และความถูกต้องระดับการวินิจฉัยโรคและหัตถการ (Dx-level) อยู่ที่ร้อยละ 69.29 (95% CI: 67.01–71.49) คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเวชระเบียนที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มีโอกาสที่จะสรุปวินิจฉัยได้ถูกต้องเป็น 22.95 เท่าของกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (Adjusted OR=22.95, 95% CI: 10.58–49.77, $p<0.001$) เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มงานและจำนวนวินิจฉัย ส่วนผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบ 5 ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัย ได้แก่ (1) ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ (2) ภาระงานและทรัพยากรไม่สมดุล (3) ช่องว่างด้านความรู้เชิงปฏิบัติ (4) ระบบสะท้อนข้อมูลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และ (5) การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล การบูรณาการผลทั้งสองระยะด้วย Joint Display Matrix นำไปสู่ข้อสรุปจากการบูรณาการ (Meta-inferences) 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การผ่านเกณฑ์รูปแบบไม่ใช่คุณภาพเชิงลึก (2) ปัญหาเป็นเชิงโครงสร้าง ไม่ใช่บุคคล (3) ฐานความสำเร็จยังเปราะบางจากระบบที่เลี้ยวที่เสื่อมสลาย (4) เทคโนโลยีเป็นเงื่อนไขจำเป็นแต่ไม่เพียงพอ และ (5) ระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ยังขาดการวิเคราะห์รากของปัญหา (Root Cause Analysis) อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบาย กำหนด KPI รายการกลุ่มงาน (2) ด้านบุคลากร จัดระบบพี่เลี้ยงและหลักสูตรเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน และ (3) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาระบบ AI Alert และ Real-time Dashboard โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้การวิจัยในอนาคตควรติดตามประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้จริงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริบทหลากหลาย ทั้งในด้านประสิทธิผลของระบบ AI Alert Real-time Dashboard และความยั่งยืนของระบบพี่เลี้ยง

คำสำคัญ: คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน; ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ; การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข; การวิจัยแบบผสมผสาน

Abstract

This explanatory sequential mixed methods study aimed to evaluate medical record audit (MRA) quality and Summary Assessment (SA) accuracy of diagnosis and procedure coding, examine their relationship, and develop quality improvement guidelines at a tertiary care hospital in Northeast Thailand. The quantitative phase analyzed 400 inpatient records (1,625 items) from fiscal year 2025, selected through cluster random sampling and analyzed using Multiple Logistic Regression. The qualitative phase engaged 25 key informants, analyzed through thematic analysis and integrated with the quantitative findings via a Joint Display Matrix.

The results showed that 72.75 % of records met the MRA criterion (95% CI: 68.19 – 76.88), while chart - level SA accuracy was 55.75 % (95% CI: 50.85 – 60.54). Diagnosis - and procedure - level (Dx - level) analysis revealed 69.29 % accuracy (95% CI: 67.01 – 71.49). Documentation quality was significantly associated with coding accuracy. Records meeting the quality criterion had 22.95 - fold higher odds of correct coding (Adjusted OR = 22.95, 95% CI: 10.58 – 49.77, $p < 0.001$), when controlling

for clinical departments and the number of diagnoses. The qualitative findings revealed five key themes: (1) policy-to-practice gap, (2) workload-resource imbalance, (3) practical knowledge gap, (4) ineffective feedback system, and (5) digital technology integration. Joint Display integration of both phases yielded five meta-inferences: (1) MRA passing reflects format compliance rather than substantive quality; (2) problems are structural, not individual; (3) the foundation of success remains fragile due to eroding mentorship systems; (4) technology is a necessary but insufficient condition; and (5) the Continuous Quality Improvement (CQI) system still lacks systematic Root Cause Analysis (RCA).

Recommendations include integrated quality improvement across three dimensions: (1) policy - establishing department-specific KPIs, (2) personnel - structured mentorship systems and pre-practice preparation curricula, and (3) digital technology - AI Alert systems and Real-time Dashboards developed by a multidisciplinary team. Future research should evaluate the outcomes of implementing these guidelines across tertiary hospitals in diverse contexts, including the effectiveness of AI Alert systems, Real-time Dashboards, and the sustainability of mentorship systems.

Keywords: Medical record documentation quality; Diagnosis and procedure coding accuracy; Healthcare reimbursement claims; Mixed methods research

บทนำ

เวชระเบียนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพตามกรอบหกเสาหลัก (Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพตามมาตรฐานคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน⁽²⁾ ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย แต่ยังเป็นพื้นฐานของการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในของประเทศไทย ข้อมูลสำหรับการจัดกลุ่ม DRGs ได้จากการสรุปวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม/โรคแทรก และหัตถการโดยแพทย์ และการให้รหัสตามมาตรฐาน ICD โดยผู้ให้รหัสทางการแพทย์ เพื่อบำเหน็จค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ที่ใช้กำหนดวงเงินชดเชย⁽³⁾ หากการบันทึกไม่สมบูรณ์ อาจทำให้การสรุปวินิจฉัยและการให้รหัสคลาดเคลื่อน มีผลต่อค่า RW โดยตรง จากการศึกษาพบว่าเมื่อมีการตรวจสอบแก้ไขคุณภาพการสรุปวินิจฉัย ทำให้ค่า Adj.RW เพิ่มขึ้น

ส่งผลให้เงินชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 53.03⁽⁴⁾

ความคลาดเคลื่อนในการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ ยังพบได้ทั้งระดับสากลและในประเทศไทย โดยพบอัตราความผิดพลาดร้อยละ 6.70 ในระดับโลก⁽⁵⁾ ร้อยละ 10.60 ในสหรัฐอเมริกาและยุโรป⁽⁶⁾ และร้อยละ 10.00 – 20.00 ในประเทศไทย⁽⁷⁾ ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2567 พบความผิดพลาดด้านการสรุปโรคหลัก ร้อยละ 13.24⁽⁸⁾ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งยังพบความผิดพลาดสูงกว่าเป้าหมายกำหนด ไม่เกินร้อยละ 5.00 การศึกษาในประเทศไทยพบว่าคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นพื้นฐานสนับสนุนความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัย⁽⁹⁾ และระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีระบบแจ้งเตือนช่วยให้การสรุปวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำมากขึ้น⁽¹⁰⁾

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งใหญ่กว่า 1,000 เตียง ซึ่งกำลังประสบปัญหาเวชระเบียนถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย (C - Deny) ที่ส่งผลกระทบต่อรายรับอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ แม้ที่ผ่านมา

จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน แต่ส่วนใหญ่ยังคงใช้หน่วยวิเคราะห์ที่ไม่ชัดเจน โดยนำตัวแปรลักษณะของแพทย์ผู้บันทึกมาวิเคราะห์ร่วมกับหน่วยระดับเวชระเบียน ทั้งที่เวชระเบียน 1 ฉบับอาจมีแพทย์หลายท่านร่วมบันทึก ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลผล อีกทั้งยังขาดข้อมูลที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มงานได้อย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ โดยใช้หน่วยวิเคราะห์ที่ชัดเจน แม่นยำ และเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อผสมผสานข้อมูลเชิงคุณภาพในการอธิบายกลไกเชิงสาเหตุและเข้าใจทั้งขนาดของปัญหาควบคู่กันไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยควบคุมตัวแปรกลุ่มงานและจำนวนการวินิจฉัยโรคและหัตถการ
3. เพื่อจัดทำแนวทางพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบต่อเนื่องเชิงอธิบาย (Explanatory

Sequential Design)⁽¹²⁾ โดยดำเนินการเชิงปริมาณก่อน จากนั้นนำผลที่ได้มาใช้ออกแบบและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายและขยายผลให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 79,079 ฉบับ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร⁽¹³⁾ เพื่อพิจารณาความแตกต่างของสัดส่วนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$), อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับร้อยละ 90.00 ($Z_{1-\beta} = 1.28$) สัดส่วนของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลเท่ากับ 0.50 ($B = 0.50$) และค่าสัดส่วนการบันทึกที่มีคุณภาพจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ค่าสัดส่วนกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.48 (P_0) และกลุ่มใช้โปรแกรมเท่ากับ 0.71 (P_1) คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 204 ฉบับ จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple Logistic Regression) เพื่อควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factors) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (ρ) ที่ระดับ 0.70 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมและมีอำนาจในการทดสอบสถิติพหุคูณในระดับสูง ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 ฉบับ (คิดเป็นหน่วยการวินิจฉัยโรคและหัตถการรวมทั้งสิ้น 1,625 รายการ) การคัดเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยกำหนดให้กลุ่มงานทางคลินิกเป็นกลุ่ม (Clusters) จำนวน 5 กลุ่มงานซึ่งในการนำเสนอผลใช้รหัส Department A, B, C, D และ E ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ตามคู่มือ พ.ศ. 2563⁽²⁾ (2) แบบประเมินความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ ตามคู่มือ สปสช. ปี 2562⁽¹⁴⁾ ทดสอบความสอดคล้องของผู้ประเมิน Internal Audit จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเวชระเบียนเดียวกัน จำนวน 30 ฉบับ

เปรียบเทียบความเห็นของผู้ประเมิน ด้วย Kappa Coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.85⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับเวชระเบียน (Chart - level, n = 400) และระดับการวินิจฉัยโรค/ หัตถการ (Dx - level, n = 1,625) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้หน่วยวิเคราะห์ระดับเวชระเบียน (Chart - level, n = 400) เพื่อให้ตัวแปรอิสระ (คุณภาพ MRA, กลุ่มงาน, จำนวน Dx) เป็นลักษณะของฉบับเวชระเบียนทั้งหมด วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression ใช้เทคนิค Backward Elimination นำเสนอ Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อม 95% CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหาร 2 คน แพทย์ 9 คน พยาบาล 9 คน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ 2 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ 3 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวทาง 7 ขั้นตอน⁽¹⁶⁾

การบูรณาการข้อมูล

ผสานผลการวิจัยทั้งสองระยะตามแนวทาง Explanatory Sequential Mixed Methods Design⁽¹²⁾ โดยใช้ Joint Display Matrix เป็นเครื่องมือนำเสนอผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กัน⁽¹⁷⁾ เพื่ออธิบายกลไกเชิงสาเหตุและสรุปข้อสรุปจากการบูรณาการ (Meta - inferences) ตามแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน⁽¹⁸⁾

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รับรองเลขที่ HE681041 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2568 เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและสถาบันตามมาตรฐานของ International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) และ Committee on Publication Ethics (COPE)

คณะผู้วิจัยจึงปกปิดชื่อโรงพยาบาล ตัวเลขที่ระบุได้เฉพาะ และใช้รหัส Department A - E แทนชื่อกลุ่มงาน รวมถึงรหัสตัวอักษรแทนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1. ลักษณะทั่วไปและคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)

เวชระเบียนผู้ป่วยใน 400 ฉบับ ผลการประเมินภาพรวมพบเวชระเบียนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.75 (95% CI: 68.19 - 76.88) (เกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 85.00 ขึ้นไป) เมื่อจำแนกรายกลุ่มงาน พบ Department C, D และ E ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 88.89, 86.84 และ 85.42 ตามลำดับ) ส่วน Department A และ B ยังต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 65.68 และ 66.00) ดังตารางที่ 1

2. ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการ

2.1 ความถูกต้องระดับเวชระเบียน (Chart - level) จากเวชระเบียน 400 ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนที่สรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการถูกต้องตามเกณฑ์ (ร้อยละ 85.00 ขึ้นไป) จำนวน 223 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 55.75 (95% CI: 50.85 - 60.54) ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 ความถูกต้องระดับการวินิจฉัยโรคและหัตถการ (Dx - level) การวิเคราะห์ระดับการวินิจฉัยโรคและหัตถการ จำนวน 1,625 รายการ พบว่ามีรายการที่ถูกต้อง 1,126 รายการ คิดเป็นร้อยละ 69.29 (95% CI: 67.01 - 71.49) และรายการที่มีข้อผิดพลาด 499 รายการ คิดเป็นร้อยละ 30.71 เมื่อจำแนกตามประเภทของข้อผิดพลาด พบว่าข้อผิดพลาดด้านการวินิจฉัยโรคร่วมโรคแทรก (Secondary Diagnosis: SDx) เป็นประเภทที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะข้อผิดพลาดรหัส 2a คือ การสรุปวินิจฉัยโรคร่วมโรคแทรกไม่ครบถ้วน ซึ่งพบจำนวน 224 รายการ คิดเป็นร้อยละ 13.78 ของข้อผิดพลาดทั้งหมด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเวชระเบียนและสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ MRA จำแนกตามตัวแปร (n=400)

กลุ่มงาน	n	ผ่านเกณฑ์ n (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ n (ร้อยละ)	95% CI ของร้อยละที่ผ่าน
Department A	169	111 (65.68)	58 (34.32)	58.25 – 72.42
Department B	100	66 (66.00)	34 (34.00)	56.28 – 74.54
Department C	45	40 (88.89)	5 (11.11)	76.50 – 95.16
Department D	38	33 (86.84)	5 (13.16)	72.67 – 94.25
Department E	48	41 (85.42)	7 (14.58)	72.83 – 92.75
รวม	400	291 (72.75)	109 (27.25)	68.19 – 76.88

ตารางที่ 2 ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการระดับเวชระเบียน (n = 400)

ระดับความถูกต้อง	จำนวน (n)	ร้อยละ	95% CI
ถูกต้อง (≥85%)	223	55.75	50.85 – 60.54
ไม่ถูกต้อง (<85%)	177	44.25	39.46 – 49.15

ตารางที่ 3 ประเภทข้อผิดพลาดของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการระดับการวินิจฉัย (n = 1,625)

รหัส	ประเภทข้อผิดพลาด	จำนวน (n)	ร้อยละของ Dx ทั้งหมด (n=1,625)
0	ถูกต้อง (ไม่มีข้อผิดพลาด)	1,126	69.29
1b	PDx ไม่ถูกต้อง	45	2.77
1c	PDx ไม่เฉพาะเจาะจง	32	1.97
2a	SDx ไม่ครบถ้วน	224	13.78
2b	SDx ไม่ถูกต้อง	19	1.17
2c	SDx ไม่เฉพาะเจาะจง	23	1.42
2d	SDx เกินโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	98	6.03
3a	Op ไม่ครบถ้วน	46	2.83
3b	Op ไม่ถูกต้อง	3	0.18
3c	Op ไม่เฉพาะเจาะจง	6	0.37
3d	Op เกินโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	3	0.18
รวม	วินิจฉัย/ หัตถการทั้งหมด	1,625	100.00
รวมข้อผิดพลาด	PDx+SDx+Op	499	30.71

หมายเหตุ : PDx (Principal diagnosis) หมายถึง การสรุปวินิจฉัยโรคหลัก, SDx (Secondary diagnosis) หมายถึง การสรุปวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และ Op (Procedure) หมายถึง การสรุปวินิจฉัยหัตถการและการผ่าตัด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการบันทึก เวชระเบียน (MRA) กับความถูกต้องของการสรุป วินิจฉัยโรคและหัตถการ (SA)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ
ตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) พบว่า
ทั้ง 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง SA อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน (MRA) เป็นปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์สูงที่สุดคือ เวชระเบียนที่ MRA ผ่านเกณฑ์มี
โอกาสสรุปวินิจฉัยและหัตถการถูกต้องเป็น 14.32 เท่า
ของเวชระเบียนที่ MRA ไม่ผ่านเกณฑ์ (Crude OR =
14.32, 95% CI: 7.95 - 25.78, $p < 0.001$) และผลการ

วิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ที่ระดับ
เวชระเบียน (Chart - level, $n = 400$) เมื่อควบคุม
ตัวแปรกลุ่มงานและจำนวนรายการวินิจฉัย พบว่า
เวชระเบียนที่ MRA ผ่านเกณฑ์ มีโอกาสสรุปวินิจฉัยโรค
และหัตถการถูกต้องสูงกว่าเวชระเบียนที่ MRA ไม่ผ่าน
เกณฑ์ถึง 22.95 เท่า (Adjusted OR = 22.95, 95% CI:
10.58 - 49.77, $p < 0.001$) นอกจากนี้เวชระเบียนที่มี
5 รายการวินิจฉัยขึ้นไป มีโอกาสสรุปถูกต้องลดลงเหลือ
เพียง 0.14 เท่า (95% CI: 0.04 - 0.41,
 $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนที่มี 1 - 2
รายการวินิจฉัย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับ SA ถูกต้อง ($n=400$)

ปัจจัย	จำนวน	การสรุปวินิจฉัยโรค		Crude OR	Adjusted OR	95% CI of Adj. OR	p-value
		และหัตถการ					
		ไม่ถูกต้อง n (ร้อยละ)	ถูกต้อง n (ร้อยละ)				
คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน							
ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	109	93 (85.32)	16 (14.68)	1	1	-	-
ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	291	84 (28.87)	207 (71.13)	14.32	22.95	10.58–49.77	<0.001
กลุ่มงาน							
Department A	169	112 (66.27)	57 (33.73)	1	1	-	-
Department B	100	28 (28.00)	72 (72.00)	5.02	9.34	4.01–21.76	<0.001
Department C	45	7 (15.56)	38 (84.44)	10.66	4.14	1.30–13.14	0.016
Department D	38	8 (21.05)	30 (78.95)	7.36	4.93	1.73–14.03	0.003
Department E	48	22 (45.83)	26 (54.17)	2.32	1.48	0.70–3.08	0.296
จำนวนวินิจฉัย							
1–2 วินิจฉัย	77	8 (10.39)	69 (89.61)	1	1	-	-
3–4 วินิจฉัย	179	73 (40.78)	106 (59.22)	0.16	0.22	0.08–0.61	0.004
5 วินิจฉัยขึ้นไป	144	96 (66.67)	48 (33.33)	0.05	0.14	0.04–0.41	<0.001

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 25 คน จาก 5 กลุ่มวิชาชีพ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) พบแก่นสาระหลัก 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ (Policy – to – Practice Gap) แม้โรงพยาบาลจะมีนโยบายพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนที่ชัดเจน แต่ยังขาดกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง “มีการถ่ายทอดนโยบาย... แต่ยังขาดการกำกับ ติดตาม และประเมินผล... ยังขาดความต่อเนื่อง” (ADM01)

ประเด็นที่ 2 ภาระงานและทรัพยากรที่ไม่สมดุล (Workload - Resource Imbalance) ภาระงานทางคลินิก งานบริหาร และงานวิชาการที่หนาแน่น ส่งผลให้การสรุปวินิจฉัยต้องทำหลังเสร็จงานหลัก ทำให้เกิดความล่าช้าและโอกาสผิดพลาดสูงขึ้น “แพทย์เจ้าของไข้มีภาระงานเยอะ... ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ” (DR03)

ประเด็นที่ 3 ช่องว่างความรู้และหลักสูตรการศึกษา (Knowledge Gap and Curriculum Deficit) แพทย์ในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนตรงกันว่าในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน ยังไม่เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการบันทึกเวชระเบียน การสรุปวินิจฉัยกับระบบ DRGs ความรู้ส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ที่ไม่มีสอนอย่างเป็นทางการในห้องเรียน แต่เป็นสิ่งที่เรียนรู้ดำเนินรอยตามหรือบอกต่อ ๆ กันมาผ่านวัฒนธรรมองค์กรและการทำงานจริง (Hidden Curriculum)⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ระบบพี่เลี้ยงที่เคยมีบทบาทกำลังเสื่อมสลาย (Inductive Finding) “ทราบว่ามีเกณฑ์การประเมิน... แต่ยังทราบไม่ครอบคลุมทุกโรค...” (DR02)

ประเด็นที่ 4 ระบบการสะท้อนข้อมูลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Feedback System) ระบบสะท้อนข้อมูลปัจจุบันเป็นแบบเชิงรับ แจ้งผลเป็นรายกรณีขาดระบบแสดงผลภาพรวมแบบเรียลไทม์ (Real - time Dashboard) และยังไม่มีการประเมินผู้ตรวจสอบเวชระเบียนด้วยตนเอง เพื่อควบคุมมาตรฐานการตรวจสอบ (Internal Auditor Reliability) (Inductive Finding) “การสะท้อนข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะการแจ้งผล... ส่งผลให้ไม่สามารถนำผลการประเมินไปใช้พัฒนาคุณภาพ” (MR01)

ประเด็นที่ 5 การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health Technology Integration) แพทย์และนักวิชาการคอมพิวเตอร์เน้นความจำเป็นในการพัฒนาระบบ AI Alert ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ระบบ IT แต่อยู่ที่การทำงานแยกส่วนระหว่างทีมคลินิกกับทีม IT (Inductive Finding)

ข้อสรุปจากการบูรณาการ (Meta-inferences) การวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายตามลำดับมีจุดเด่นที่การสร้าง Meta - inferences ตามแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน⁽¹⁸⁾ ซึ่งหมายถึงข้อสรุปภาพรวมที่ได้จากการบูรณาการผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน อันเป็นข้อสรุปที่ไม่อาจได้มาจากการวิเคราะห์ระยะใดระยะหนึ่งเพียงอย่างเดียว⁽¹²⁾ ผลการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการออกแบบคำถามสัมภาษณ์ในระยะที่ 2 โดยพบปรากฏการณ์ที่ต้องการคำอธิบายจากระยะที่ 1 จำนวน 7 ประการ ซึ่งนำไปสู่การวิเคราะห์แก่นสาระเชิงคุณภาพ 5 ประการ นำเสนอด้วย Joint Display Matrix ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการบูรณาการผลการวิจัยแบบผสมผสาน⁽¹⁷⁾ เพื่อให้เห็นภาพรวมความเชื่อมโยงระหว่างข้อค้นพบทั้งสองระยะ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Joint Display Matrix: การบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ข้อค้นพบเชิงปริมาณ (F)	ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ Theme (T)	Quote ตัวแทน	ประเภท บูรณาการ	Meta-inference
F1: MRA ร้อยละ 72.75 SA ร้อยละ 55.75 (ผลต่างร้อยละ 17.00)	T1: Policy - Practice Gap	"...ผ่าน MRA = ปฏิบัติเชิงรูปแบบ" (ADM01)	Confirmation + Mechanism	Form Compliance ≠ Deep Quality ต้องกลไกกำกับต่อเนื่อง
F2: Paradox: Dept A vs B MRA ร้อยละ 65.68/66.00 (คล้าย) SA ร้อยละ 33.73/72.00 (ห่างเท่าตัว) เลี่ยงถดถอย (Inductive)	T2: Workload + T3 Knowledge + ระบบพี่เลี้ยงถดถอย (Inductive)	"คนที่มีความรู้ย้ายออก คนใหม่เรียนรู้เอง" (NS - FGD)	Divergence + Expansion	Tacit Knowledge สำคัญกว่า Explicit ต้องพิจารณาความซับซ้อนของโรค
F3: SDx errors ร้อยละ 72.95 ของข้อผิดพลาดทั้งหมด (รหัส 2a ร้อยละ 13.78)	T3: Knowledge Gap + Hidden Curriculum	"PRC แต่ไม่สรุป Anemia" (NS - FGD)	Confirmation + Mechanism	ปัญหาเชิงระบบของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ใช่ความบกพร่องรายบุคคล
F4: SA ถูกต้องร้อยละ 55.75 ก่อน Internal Audit	T4: Feedback + T5 Digital	"แจ้งผลรายฉบับ "ไม่นำไปพัฒนาภาพรวม" (MR01)	Convergence + Complementarity (Inductive)	CQI ยังไม่ครบกระบวนการ ขาด Real-time Dashboard
F5: SA ร้อยละ 33.73 - ร้อยละ 84.44 ระหว่างกลุ่มงาน	T1: Policy + T3 Knowledge	"ควรมี KPI ระดับกลุ่มโรค ยุทธศาสตร์" (DR02)	Convergence + Expansion	ต้องมี KPI รายการกลุ่มงาน ในกลุ่มโรคยุทธศาสตร์
F6: รายการวินิจฉัย 5 รายการขึ้นไป AOR=0.14 (เทียบ 1 - 2 รายการ)	T2: Workload	"สรุปวินิจฉัยจัดทำหลังเสร็จงานหลัก เพิ่มความผิดพลาด" (DR03)	Convergence + Explanation	ความซับซ้อนของโรคขยายผลการงานต้องอาศัย Real-time Concurrent Review
F7: AOR ของ MRA = 22.95 (95% CI: 10.58 - 49.77) Crude OR = 14.32 AOR = 22.95 (Positive Confounding)	T1 - T5: ทุก Themes + 3 ปัจจัย (ครบถ้วน, ชัดเจน, น่าเชื่อถือ)	"ภาระงานเยอะ ไม่มีเวลาสรุป วินิจฉัย" (DR03)	Confirmation + Mechanism	MRA = ปัจจัยเดียวที่แข็งแกร่งที่สุด ปรับปรุง MRA เพื่อ SA ดีขึ้นโดยตรง

หมายเหตุ: F1-F7 = ข้อค้นพบเชิงปริมาณ; T1-T5 = แก่นสาระเชิงคุณภาพ; ADM = ผู้บริหาร, DR = แพทย์,
MR = เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ, NS-FGD = สันทนาการกลุ่มพยาบาล

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในมีคุณภาพการบันทึกผ่านเกณฑ์ร้อยละ 72.75 ต่ำกว่าเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งที่กำหนดร้อยละ 95.00 และความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยระดับฉบับเพียงร้อยละ 55.75 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือการสรุปโรคร่วม/ โรคแทรกไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 13.78) ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ “ปรากฏการณ์ขัดแย้ง (Paradox)” ระหว่างกลุ่มงานที่ Department A และ Department B มีคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนใกล้เคียงกัน แต่ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมาก ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายว่าการผ่านเกณฑ์อาจสะท้อนเพียงการปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงรูปแบบ (Form Compliance) มากกว่าคุณภาพเชิงลึก (Deep Quality) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบรูปแบบความผิดพลาดคล้ายคลึงกัน⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเมื่อตรวจสอบแก้ไขแล้ว Adj.RW เพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ส่งผลให้เงินชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 53.03 เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูล C - Deny ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สะท้อนว่าปัญหาคุณภาพการสรุปวินิจฉัยมีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนทางการเงินของโรงพยาบาลโดยตรง และคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัย โดย AOR = 22.95 (95% CI: 10.58 - 49.77, $p < 0.001$) ค่า AOR ที่เพิ่มขึ้นจาก Crude OR (14.32) สะท้อน Positive Confounding เมื่อควบคุมตัวแปรกวนแล้วความสัมพันธ์ที่แท้จริงปรากฏชัด สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความสมบูรณ์ของเอกสารกับความถูกต้องของรหัส ICD⁽²⁰⁾ ดังตัวอย่างจากกลุ่มสหสาขาพยาบาล (NS - FGD) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับเลือด PRC แต่ไม่มีการสรุป Anemia เป็นโรคร่วม/โรคแทรก ทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่าความเป็นจริง และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้การบันทึกข้อมูลครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น⁽¹⁰⁾

ความสัมพันธ์แบบ dose - response ระหว่างจำนวนวินิจฉัยกับโอกาสของการสรุปวินิจฉัย ถูกต้อง

ที่ AOR ลดเหลือ 0.14 เมื่อมี 5 รายการวินิจฉัยขึ้นไป สะท้อนว่าความซับซ้อนของโรคเป็นความท้าทายเฉพาะที่ระบบ Retrospective audit แบบเดิม ไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบ Real - time Concurrent Review ตามที่พบใน Department C และ Department D สอดคล้องกับแนวคิด CQI⁽²¹⁾ ที่เน้นการพัฒนาทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ

การผสมผสานการวิจัยทั้งสองระยะ นำไปสู่ข้อสรุปจากการบูรณาการ (Meta - inferences) ที่สำคัญ 3 ประการ (1) การผ่านเกณฑ์ MRA ไม่ใช่คุณภาพเชิงลึก ต้องเปลี่ยนทัศนคติจากการบันทึก เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ ไปสู่การบันทึกเพื่อคุณภาพการดูแลรักษา (2) ปัญหาเป็นเชิงโครงสร้างไม่ใช่ปัญหารายบุคคล ภาระงาน ช่องว่างความรู้ และระบบที่เล้าที่ถดถอย สะท้อนข้อจำกัดเชิงระบบที่ต้องแก้ไขในระดับนโยบาย (3) การพัฒนาคุณภาพต้องบูรณาการระบบติดตามและเทคโนโลยี โดยอาศัย Real - time Concurrent Review สำหรับผู้ป่วยซับซ้อน บูรณาการการทำงานระหว่างทีมคลินิกและทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนาระบบ CQI ที่มีการวิเคราะห์รากของปัญหา (Root Cause Analysis) อย่างเป็นระบบ

สรุปผลการศึกษา

คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งนี้นี้นส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ขณะที่ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการยังเป็นพื้นที่ที่มีโอกาสพัฒนาต่อ โดยเฉพาะการสรุปโรคร่วมและโรคแทรกซึ่งเป็นจุดที่ต้องเสริมสร้างคุณภาพ คุณภาพการบันทึกเป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยความซับซ้อนของโรคร้อยสูง โอกาสในการสรุปถูกต้องยิ่งลดลง ผลการบูรณาการชี้ว่าการผ่านเกณฑ์เชิงรูปแบบยังไม่เพียงพอต่อคุณภาพเชิงลึก และปัญหาเป็นเชิงโครงสร้างไม่ใช่ปัญหารายบุคคล การพัฒนาจึงต้องดำเนินการแบบบูรณาการทั้งด้านนโยบาย บุคลากร และเทคโนโลยีดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1.1 ด้านนโยบาย ควรกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยเป็นตัวชี้วัดระดับกลุ่มงาน พัฒนาระบบกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และทบทวนนโยบายการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางในแผนกที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะ

1.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดหลักสูตรเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน จัดตั้งระบบพี่เลี้ยง (Mentorship System) อย่างเป็นทางการ และจัดทำคู่มือการสรุปวินิจฉัยฉบับใช้งานง่าย

1.3 ด้านเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล ควรจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพบูรณาการทำงานร่วมกัน พัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ (AI Alert) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเหตุการณ์อัตโนมัติ และหน้าจอแสดงผลข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (Real - time Dashboard)

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ขยายขอบเขตการศึกษา ไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นในเขตสุขภาพที่ 7 หรือภูมิภาคอื่น เพื่อยืนยันและเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังการนำแนวทางพัฒนาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้จริง ทั้งในด้านคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน ความถูกต้องของการสรุปวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ ผลกระทบทางการเงิน รวมถึงประสิทธิผลของระบบ AI Alert และ Real-time Dashboard ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบริบทหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Mutale W, Bond V, Mwanamwenge MT, Mlewa S, Balabanova D, Spicer N, et al. Systems thinking in practice: the current status of the six WHO building blocks for health system strengthening in three BHOMA intervention districts of Zambia: a baseline qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):291.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2563.
3. สัมพันธ์ ศรีหนูขำ, วราภรณ์ ปานเงิน, ธาณี รักนาม, ยุพาพร วัฒนกุล. การศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการมหาวิทยาลัยมหิดล. 2557;1(2):125-43.
4. กมลวรรณ วงษ์ฝุง. การศึกษาผลการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ และการผ่าตัดของสาขาศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565;7(2):18-30.
5. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. BMJ Qual Saf. 2017;26(6):484-94.
6. Gunderson CG, Bilan VP, Holleck JL, Nickerson P, Cherry BM, Chui P, et al. Prevalence of harmful diagnostic errors in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis. BMJ Qual Saf. 2020;29(12):1008-18.
7. อุทัย ทับทอง, พิชญ์วรา จันท์แย้ม, วัชรวัลย์ อีร์วัฒน์, เอกชัย ใจมุข. การศึกษาผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2567;13(1):17-28.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7. CODING AUDIT การตรวจสอบเวชระเบียนหลังการจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน DRGs [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ก.พ. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://>

- lookerstudio.google.com/reporting/cf408cfe-605b-44ba-8d2f-f377b03a0f01/page/1M
9. อรพรรณ มณีเนตร, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2566;6(1):73-88.
 10. วิสิทธิ์ เสถียรวันทนีย์, อภัย อินดี, รัตนาพร เชียงทา, ธนวิทย์ วิจิตสกุลชัย. การพัฒนาโปรแกรมเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์. วารสารสมาคมเวชสารสนเทศไทย. 2566;9(2):53-62.
 11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศข้อมูลปฏิเธรการจ่าย (C-Deny). นนทบุรี: สปสช.; 2568.
 12. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2018.
 13. 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.
 14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562. นนทบุรี: บริษัท สมมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2562.
 15. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-74.
 16. จำเนียร จวงตระกูล, อรพินท์ บุญสิน, จารุกัญญา อุดานนท์, ลัดดาวัลย์ สำราญ. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์แก่นสาระ: แนวทางปฏิบัติสำหรับนักวิจัยใหม่. วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2567;6(2):15-29.
 17. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. Health Serv Res. 2013;48(6 Pt 2):2134-56.
 18. Tashakkori A, Johnson RB, Teddlie C. Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2021.
 19. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998;73(4):403-7.
 20. Farzandipour M, Sheikhtaheri A, Sadoughi F. Effective factors on accuracy of principal diagnosis coding based on International Classification of Diseases, the 10th revision (ICD-10). Int J Inf Manag. 2010;30(1):78-84.
 21. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) The Development of Strategic Health Risk Management Knowledge Sets and Assessment Tools for NCDs Prevention: A Case Study of the Ministry of Public Health.

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (วท.ด.)*, ธิดารัตน์ บุญโชติ (ศศ.ม.)*

Wilailuk Ruangrattanatrai (Ph.D.)*, Thidarath Boonchot (M.A.)*

* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

* Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary

ชื่อผู้ประสานงาน: วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย อีเมลผู้ประสานงาน: moph.planning01@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	11 พ.ค. 2569
วันแก้ไข:	13 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	16 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) พัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 3) ประเมินประสิทธิผลของชุดความรู้และแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความรู้ โดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 23 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด COSO ERM 2017 และกรอบการแปลความรู้สู่การปฏิบัติ และตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ และระยะที่ 3 ทดลองใช้ชุดความรู้และแบบประเมินกับบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ จำนวน 30 คน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (paired t-test) และขนาดอิทธิพล Cohen's d_2 ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยต้องการความรู้เกี่ยวกับการทบทวนข้อมูลและบริบท แนวทางและหลักการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ตลอดจน

การติดตามและรายงานผล และต้องการให้แบบประเมินครอบคลุม 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดตัวชี้วัด การวิเคราะห์สถานการณ์ การระบุความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดทำตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล 2) ชุดความรู้และแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ความรู้ แนวทาง และขั้นตอนการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยเชื่อมโยงหลักการบริหารความเสี่ยงกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และ 3) ภายหลังการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.17 ± 1.95 คะแนน เป็น 18.67 ± 1.77 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 4.50 คะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 13.31, p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen's $d_z = 2.43$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดความรู้และแบบประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.28 ± 0.50 คะแนน) สะท้อนว่า ชุดความรู้และแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้และบูรณาการกับกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและลดความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมายขององค์กร

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ชุดความรู้; แบบประเมินการจัดการความเสี่ยง; การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research and development study aimed to: 1) investigate the problems and knowledge needs related to strategic health risk management, 2) develop a strategic health risk management knowledge package and assessment tool for noncommunicable disease prevention within the Ministry of Public Health, and 3) evaluate the effectiveness of the developed knowledge package and assessment tool. The study was conducted from April 2025 to April 2026 and comprised three phases. Phase 1 investigated the problems and knowledge needs through focus group discussions involving 23 experts and relevant stakeholders. The qualitative data were analyzed using content analysis. Phase 2 involved the development of the knowledge package and assessment tool based on the COSO Enterprise Risk Management 2017 framework and the Knowledge - to - Action framework, followed by expert review. Phase 3 employed a quasi - experimental, one-group pretest – posttest design involving 30 public health personnel responsible for strategic planning. Data were collected using a strategic health risk management knowledge and skills test and a satisfaction questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, a paired - samples t - test, and Cohen's d_z effect size. The findings revealed that: 1) all participants reported limitations in their knowledge and skills related to strategic health risk management. The identified knowledge needs included reviewing relevant information and contextual factors, understanding strategic risk management guidelines and principles, implementing the strategic risk management process, and monitoring and reporting strategic risks. The participants also indicated that the assessment tool

should include eight components: objective setting, indicator development, situation analysis, risk and risk-factor identification, risk assessment, risk analysis matrix development, risk treatment, and monitoring and evaluation. 2) The developed knowledge package and assessment tool incorporated knowledge, practical guidelines, and procedures for developing strategic health risk management plans by integrating risk management principles with knowledge application in practice. 3) Following the intervention, the participants' mean knowledge and skills score increased from 14.17 ± 1.95 to 18.67 ± 1.77 , with a mean difference of 4.50 points. The post-intervention score was significantly higher than the pre-intervention score ($t(29) = 13.31, p < .001$), with a large effect size (Cohen's $d_z = 2.43$). Overall satisfaction with the knowledge package and assessment tool was rated at a high level, with a mean score of 4.28 ± 0.50 .

The findings indicate that the developed knowledge package and assessment tool effectively enhanced public health personnel's knowledge and skills in strategic health risk management. The package and tool should therefore be promoted and integrated into the strategic planning processes of public health organizations to support systematic risk management and reduce the risk of failing to achieve organizational goals.

Keywords: strategic risk management; noncommunicable diseases; knowledge package; risk management assessment tool; research and development

บทนำ

การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่มุ่งยกระดับหน่วยงานภาครัฐสู่องค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization: HPO) โดยให้ความสำคัญกับการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ และการสร้างคุณค่าให้แก่ประชาชน การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถระบุ ประเมิน และจัดการปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562 และเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) หน่วยงานภาครัฐจึงต้องบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการกำหนดยุทธศาสตร์ การจัดทำแผน และการบริหาร

ผลการดำเนินงาน^(1,2) การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ (Strategic Risk Management) มุ่งจัดการความไม่แน่นอนและปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ขององค์กร โดยประยุกต์ใช้กรอบการบริหารความเสี่ยงองค์กรของ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) ซึ่งมุ่งบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการกำหนดยุทธศาสตร์และบริหารผลการดำเนินงาน^(3,4) สำหรับระบบสุขภาพ ซึ่งมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน แนวคิดการอภิบาลความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk Governance) ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วม การสื่อสารความเสี่ยง ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการประสานความร่วมมือ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ^(5,6)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ต้องเร่งบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนลดความเสี่ยงของการไม่บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ รวมทั้งยังขาดชุดความรู้และเครื่องมือประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่มีกรอบและมาตรฐานเดียวกัน แนวคิดการแปลความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge Translation: KT) เป็นกระบวนการเชื่อมโยงองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และบริบทของผู้ใช้ความรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและการปฏิบัติงาน^(7,8) การศึกษานี้จึงพัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากร ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 23 คน ประกอบด้วย คณะทำงานบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง/กรม ผู้ปฏิบัติงานด้าน NCDs ส่วนภูมิภาค และผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คำถามปลายเปิด กึ่งโครงสร้าง (Semi - structured Interview) เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การเก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง มีการขออนุญาตบันทึกเสียงและถ่ายภาพระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยได้จัดบันทึกและสรุปประเด็นเป็นระยะเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการถอดเทป จากนั้นจัดระบบความหมายของข้อความ และจัดกลุ่มข้อความ

ระยะที่ 2 พัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

1) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์สรุปประเด็นร่วมกับการศึกษาทบทวน

วรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด COSO ERM 2017 และวงจร KTA Framework มาประกอบการจัดทำร่างชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2) นำร่างชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ กองในส่วนกลาง ร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ ความยากง่าย และประโยชน์ที่จะนำชุดความรู้ไปใช้ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของชุดความรู้ด้วยวิธี (Delphi Technique) และให้ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพนำมาปรับปรุงแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการทดลองในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และความพึงพอใจ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบความรู้ก่อนและหลัง (one group pretest - posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ในส่วนภูมิภาค (แบ่งเป็น 4 ภาค) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Power = 0.80, Effect Size = 0.50) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 27 คนและสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10.00 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน เป็นตัวแทนภาคละ 4 - 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ 2) บุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ แต่มีประสบการณ์การพัฒนายุทธศาสตร์ด้านการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs อย่างน้อย 2 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ชุดความรู้และแบบประเมินการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) บทนำ (2) ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ความหมาย คำจำกัดความ กระบวนการบริหารความเสี่ยง (3) แนวทางการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ขั้นตอนและวิธีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและแบบประเมินความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม มี 2 ส่วน

(1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน เกณฑ์การจำแนกเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0 - 6 ระดับปานกลางอยู่ระหว่าง 7 - 13 ระดับสูงอยู่ระหว่าง 14 - 20 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.94 และค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.41 - 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที่แบบจับคู่ (paired t - test, One group pretest - posttest design)

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ที่มีลักษณะมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) คะแนน 1 น้อยที่สุด คะแนน 5 มากที่สุด มีเกณฑ์จำแนกคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเฉลี่ย

ดัชนีความสอดคล้อง content validity index: CVI) เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยุทธศาสตร์สุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.94 ค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.41 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ≥ 0.20 ขึ้นไป

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้ค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้อง (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนทดลอง จัดส่งเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และลงนามยินยอมการเข้าร่วมกิจกรรม เตรียมจัดการอบรม กำหนดแนวทางการอบรม วัน เวลา และสถานที่

ระยะทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพก่อนการอบรม (pretest) 2) จัดอบรม 2 วัน รวม 12 ชั่วโมง มีการแจกชุดความรู้และแบบประเมินความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ บรรยายเนื้อหาตามชุดความรู้ จากนั้นแบ่งกลุ่มตามภาคเพื่อลงมือปฏิบัติจริงในการจัดทำแผนความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ระยะหลังทดลอง ทดสอบความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์คะแนนความรู้และความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามชุดความรู้ โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ทั้งการตรวจสอบข้อตกลง

เบื้องต้นด้านการแจกแจงปกติ ของค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนหลังและก่อนการอบรมด้วย shapiro Wilk หากพบว่าค่าความแตกต่างมีการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย OPSEC MOPH 68 - 005 ลงวันที่ 18 เมษายน 2568 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและทำลายภายใน 1 ปีหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหาการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ขาดความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100.00 โดยมีความต้องการความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์อย่างครบวงจร ประกอบด้วย (1) การทบทวนข้อมูลและบริบทที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (2) แนวทางและหลักการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (3) กระบวนการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (4) การติดตามและรายงานผลความเสี่ยงยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ ต้องการให้บรรจุหัวข้อในแบบประเมินความเสี่ยงทั้ง 8 หัวข้อ ประกอบด้วย (1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ (2) การกำหนดตัวชี้วัด (3) การวิเคราะห์สถานการณ์ (4) การระบุความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง (5) การประเมินความเสี่ยง (6) ตารางการวิเคราะห์ความเสี่ยง (7) การจัดการความเสี่ยง (8) การติดตาม ประเมินผล อีกทั้งชุดคู่มือควรมีเนื้อหาชัดเจน

ครบถ้วน ทันสมัย ครอบคลุมทุกกิจกรรมในการบริหาร ความเสี่ยงยุทธศาสตร์ ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในองค์กร รูปเล่มควรมีภาพและสีที่ชัดเจนด้วยภาพ (Infographic/ E-book) เพื่อสะดวกในการใช้ในการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและภูมิภาคได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบบริหารจัดการ ความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่าการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเผชิญกับข้อจำกัด 4 ประการ ได้แก่ 1) การขาดการผลักดันเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร 2) ข้อจำกัดของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HDC) และข้อมูลกฎหมาย (PDPA) ที่อุปสรรคต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก 3) ความตระหนักของบุคลากรที่ยังสับสนระหว่างความเสี่ยง

ยุทธศาสตร์ (Strategic Risk) และความเสี่ยงเชิงกระบวนการ (Operational Risk) และ 4) ความไม่แน่นอนของทรัพยากรและปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก

2. การพัฒนาชุดความรู้และแบบประเมิน ความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิด COSO ERM 2017 และวงจร KTA Framework โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 มาประกอบการจัดทำชุดความรู้และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยวิธี (Delphi Technique) ที่มีการปรับแก้ไขคู่มือตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

3. การทดลองใช้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	20.00
หญิง	24	80.00
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับอายุ 25 ปี	2	6.70
อายุ 26 ปี - 35 ปี	11	36.70
อายุ 36 ปี - 45 ปี	6	20.00
อายุ 46 ปี - 55 ปี	9	30.00
ตั้งแต่อายุ 56 ปี ขึ้นไป	2	6.70
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	15	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	15	50.00
ประสบการณ์		
น้อยกว่า 2 ปี	9	30.00
2-5 ปี	14	46.70
มากกว่า 5 ปี	7	23.30

3.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) ช่วงอายุที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ 26 - 35 ปี (ร้อยละ 36.7) โดยทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 และสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 50.0) ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 กลุ่มใหญ่ที่สุดมีประสบการณ์ 2 - 5 ปี ร้อยละ 46.7 ตามตารางที่ 1

3.2 ความรู้และทักษะของผู้ใช้ชุดความรู้และแบบประเมินในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้การประเมินก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลองใช้ชุดความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมหลังการทดลองเท่ากับ 18.67 คะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ย 14.17 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 4.50 คะแนน ผลการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กันพบว่า คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(29) = -13.31, p < 0.001$ และมีขนาดอิทธิพล Cohen's $d_z = 2.43$ ซึ่งอยู่ในระดับใหญ่ แสดงว่าชุดความรู้มีผลต่อการ

เพิ่มความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของบุคลากรอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุด ได้แก่ การทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยง ($d_z = 2.60$) รองลงมาคือ การกำหนดวิธีการตอบสนองความเสี่ยง ($d_z = 1.37$) ส่วนด้านการประเมินและติดตามผลมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($d_z = 0.61$) และด้านการนำแผนบริหารความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติมีขนาดอิทธิพลเล็กน้อยถึงปานกลาง ($d_z = 0.43$) ตามตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงก่อนและหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเท่ากับ 18.06 คะแนน (S.D. = 1.77) สูงกว่าก่อนการอบรม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.17 คะแนน (S.D.=1.95) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.45 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 13.31, p < 0.05$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่มาก (Cohen's $d_z = 2.43$) สะท้อนว่าการอบรมมีอิทธิพลต่อการเพิ่มระดับความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่างชัดเจนตามตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลองใช้ชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n = 30)

ความรู้และทักษะ	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง $\bar{x} \pm S.D.$	หลังทดลอง $\bar{x} \pm S.D.$	ผลต่างเฉลี่ย	t	p-value	Cohen's d_z	ขนาดอิทธิพล
การทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยง	8	5.60 ± 0.77	7.73 ± 0.52	2.13	-14.26	<0.001	2.60	ใหญ่
การกำหนดวิธีการตอบสนองความเสี่ยง	5	2.80 ± 1.06	4.43 ± 0.82	1.63	-7.53	<0.001	1.37	ใหญ่
การประเมินและติดตามผลการบริหารความเสี่ยง	3	2.20 ± 0.66	2.70 ± 0.47	0.50	-3.34	0.002	0.61	ปานกลาง
การนำแผนบริหารความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติ	4	3.57 ± 0.82	3.87 ± 0.35	0.30	-2.34	0.026	0.43	เล็กน้อยถึงปานกลาง
คะแนนรวม	20	14.17 ± 1.95	18.67 ± 1.77	4.50	13.31	<0.001	2.43	ใหญ่

หมายเหตุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้และทักษะ จำแนกตามคะแนนก่อนและหลังการอบรม ($n = 30$)

ระดับความรู้และทักษะ	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	Std. Deviation of Difference	t	df	p	Cohen's d_z
แบบทดสอบก่อน	14.17	1.949	4.50	1.85	-13.31	29	< 0.05	2.43
แบบทดสอบหลัง	18.67	1.768						

หมายเหตุ วิเคราะห์ด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และคำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d_z

3. ความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้และแบบประเมินในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้ในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยอยู่

ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, S.D.=0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาของเนื้อหาชุดความรู้ ($\bar{X} = 4.34$, S.D.=0.50) รองลงมา ได้แก่ ด้านการนำชุดความรู้ไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X} = 4.32$ S.D. = 0.38) และด้านรูปแบบของชุดความรู้ ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.51) และด้านการใช้ภาษาในชุดความรู้ ($\bar{X} = 4.19$ S.D. = 0.61) ตามลำดับ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้ในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมทุกด้าน ($n = 30$)

ความพึงพอใจต่อการใช้ชุดความรู้ในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านรูปแบบของชุดความรู้	4.31	0.51	มาก
2. ด้านความถูกต้อง เหมาะสม ของเนื้อหาชุดความรู้	4.34	0.50	มาก
3. ด้านการใช้ภาษาในชุดความรู้	4.19	0.61	มาก
4. ด้านการนำชุดความรู้ไปใช้ประโยชน์	4.32	0.38	มาก
รวมทุกด้าน	4.28	0.50	มาก

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยพัฒนาชุดความรู้จัดการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. สภาพปัญหาและความต้องการความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยมีความต้องการความรู้ที่ครอบคลุมกระบวนการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และมีความต้องการให้แบบประเมินครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดตัวชี้วัด การวิเคราะห์สถานการณ์การระบุและประเมินความเสี่ยง การจัดทำตารางวิเคราะห์ การกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง จนถึงติดตามและประเมินผล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด COSO ERM 2017^(3,4) ซึ่งให้ความสำคัญกับการบูรณาการการบริหารความเสี่ยงเข้ากับการกำหนดยุทธศาสตร์และการบริหารผลการดำเนินงาน โดยองค์กรควรพิจารณาความเสี่ยงตั้งแต่การกำหนดวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตลอดจนติดตามผลการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการบูรณาการ COSO ERM เข้ากับการกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กรบริการสุขภาพช่วยลดความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ สะท้อนว่าบุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้และเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาจากข้อมูลและปัญหาความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด COSO ERM 2017

และกรอบการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge to Action Framework: KTA) ทำให้เนื้อหาของชุดความรู้มีความสอดคล้องกับหลักวิชาการและบริบทการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานได้จริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด KTA Framework ที่ให้ความสำคัญกับการปรับองค์ความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้ การประเมินปัญหาอุปสรรคต่อการนำความรู้ไปใช้ ตลอดจนการพัฒนาแนวทางหรือเครื่องมือสนับสนุนการนำความรู้ไปปฏิบัติ การพัฒนาความรู้แบบมีส่วนร่วม จึงช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้ทางวิชาการกับการปฏิบัติงานและเพิ่มโอกาสในการนำองค์ความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการและติดตามผลการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการพัฒนาระบบสารสนเทศ ตั้งแต่การศึกษาปัญหา วิเคราะห์ ออกแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล ทำให้ระบบที่พัฒนาสามารถใช้งานได้จริงและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่เริ่มจากการศึกษาความต้องการของผู้ใช้พัฒนาชุดความรู้และแบบประเมินตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ก่อนนำไปประยุกต์ใช้จริง

3. ประสิทธิภาพของชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลองใช้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 18.67 คะแนน สูงกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองซึ่งเท่ากับ 14.17 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 4.50 คะแนนและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบอิทธิพลในระดับใหญ่ (Cohen's $d_z = 2.43$) แสดงให้เห็นว่าชุดความรู้ร่วมกับกระบวนการอบรมและการฝึกปฏิบัติมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของบุคลากรอย่างชัดเจน ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดความรู้และแบบประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $S.D. = 0.05$) โดยด้านความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา

ได้แก่ ด้านการนำชุดความรู้ไปใช้ประโยชน์ ด้านรูปแบบชุดความรู้ และด้านการใช้ภาษาตามลำดับสะท้อนว่าชุดความรู้มีเนื้อหาถูกต้อง ครบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าการนำกรอบ COSO ERM ไปใช้กับองค์กร จำเป็นต้องให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้ ความเข้าใจ ในความหมายและขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงต้องมีการพัฒนาและทบทวนองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความรู้ พัฒนาชุดความรู้และแบบประเมิน และศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และมีความต้องการองค์ความรู้ที่ครอบคลุมตั้งแต่การทบทวนข้อมูลและบริบท การกำหนดแนวทางและหลักการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง ตลอดจนการติดตามและรายงานผล โดยต้องการให้แบบประเมินครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดตัวชี้วัด การวิเคราะห์สถานการณ์ การระบุความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดทำตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ได้ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาความต้องการ การทบทวนวรรณกรรม กรอบแนวคิด COSO ERM 2017 และ KTA

Framework โดยผ่านการพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

ผลการศึกษาระยะที่ 3 พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้ชุดความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นจาก 14.17 คะแนน เป็น 18.67 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 4.50 คะแนน คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (Cohen's $d_z = 2.43$) แสดงว่าชุดความรู้ร่วมกับกระบวนการอบรมและการฝึกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อชุดความรู้และแบบประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.50$) โดยมีความพึงพอใจด้านความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาสูงที่สุด ทั้งนี้ประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดที่สุด คือ ความรู้จากคู่มือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ด้วยตนเอง

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน สามารถเพิ่มความรู้และทักษะของบุคลากร และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้นำชุดความรู้และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปบูรณาการกับกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแผนบริหารความเสี่ยงประจำปีของหน่วยงาน เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ

2. ควรเพิ่มการติดตาม สนับสนุน และให้คำปรึกษาภายหลังการอบรม โดยเฉพาะด้านการนำแผนบริหารความเสี่ยงไปสู่การปฏิบัติ และด้านการติดตามประเมินผล เนื่องจากเป็นด้านที่มีขนาดอิทธิพลต่ำกว่าด้านอื่น และจำเป็นต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติและการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารควรสนับสนุนและกำกับติดตามการบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์และตัดสินใจ เพื่อสร้างวัฒนธรรมการบริหารความเสี่ยงให้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารองค์กร

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของชุดความรู้โดยใช้การวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างการใช้ชุดความรู้กับการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทักษะ

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมหน่วยงานสาธารณสุขในระดับกรม เขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของชุดความรู้ในบริบทที่หลากหลาย

3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และทักษะ รวมทั้งประเมินการนำชุดความรู้และแบบประเมินไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

4. ควรพัฒนาและประเมินระบบดิจิทัลหรือแพลตฟอร์มสนับสนุนการประเมิน การติดตาม และการรายงานความเสี่ยงยุทธศาสตร์ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยการพัฒนาชุดความรู้การบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน) เป็นเงินอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดร.พรรคพงศ์ วุฒินันท์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นายวรรัตน์ วาจานนท์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผศ.ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้บริหารและบุคลากรของกรมวิชาการ กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ได้ให้ข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการคลัง. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง; 2562.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2562.
3. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Enterprise risk management: integrated framework. New York: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission; 2004.

4. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). Enterprise risk management: integrating with strategy and performance. New York: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO); 2017.
5. World Health Organization. Health systems governance for universal health coverage: action plan. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. World Health Organization. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
7. Canadian Institutes of Health Research. Knowledge translation strategy 2004–2009: innovation in action. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2004.
8. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):13–24.
9. Zhang, Y., Li, M., & Wang, H. (2019). Enterprise risk management and firm performance: Evidence from health service organizations in China. Risk Management and Healthcare Policy, 12, 209–220. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S201486>
10. อารี อยู่ภู, สมชาย ดีใจ, สมศรี มีสุข. การพัฒนารูปแบบรายงานและติดตามผลการดำเนินงาน (PA) ออนไลน์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยมหิดล. 2017;10(2):15-25.
11. อัญชลี พิพัฒน์เสริญ. (2559). การนำกรอบการบริหารความเสี่ยงไปใช้ในองค์กร. วารสารวิชาชีพบัญชี. 12 (33) : หน้า 123-133.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

A Practical Guide for NCDs Prevention: Developing Six Behavioral Science Techniques for Village Health Volunteers.

ธัญชนก ขุมทอง (ปร.ด.)*, กรวิกา คตอินทร์ (วท.ม.)*

Thanchanok Khumthong (Ph.D)*, Kornwika Kotin (M.Sc)*

* กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

* Health Education Division, Department of Health Service Support

ชื่อผู้ประสานงาน: ธัญชนก ขุมทอง อีเมลผู้ประสานงาน: thanchanok139@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	28 พ.ค. 2569
วันแก้ไข:	26 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	30 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและยกร่างคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และปรับปรุงคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมพัฒนาสื่อประกอบ 3) ประเมินผล การนำคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมสื่อประกอบไปใช้ประโยชน์ โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 สังเคราะห์วรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึก อสม. แกนนำ ยกร่างคู่มือ 6 เทคนิค และประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ระยะที่ 2 ทดสอบความเป็นไปได้และความพึงพอใจใน อสม. ต.บ้านท่าทราย จ.นครนายก (n = 30) พร้อมทั้งเก็บข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ และระยะที่ 3 ประเมินการนำไปใช้ประโยชน์ ผ่านระบบออนไลน์ใน อสม. ทั่วประเทศ (n = 307) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 การสังเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การพัฒนา 6 เทคนิคปฏิบัติที่ใช้ได้จริง ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายย่อย การใช้ตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม การเตือนตนเอง และการเสริมแรงทางบวก โดยมีความตรงเชิงเนื้อหา 0.80 – 1.00 พร้อมปรับบทบาท อสม.เป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ระยะที่ 2 อสม. (n = 30) มีความพึงพอใจต่อคู่มือภาพรวมระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 0.46) นำไปสู่การปรับภาษาพูด ชุมชน เพิ่มภาพประกอบ เนื้อหาโภชนาการ และวิดีโอสั้นสาธิต 6 เทคนิค ระยะที่ 3 อสม.ทั่วประเทศ (n = 307) ประเมินว่า ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง ร้อยละ 70.03 ($\bar{x}$ = 3.97, S.D. = 0.79) และเห็นด้วยว่าลำดับ

เนื้อหาเรียนรู้ง่าย ร้อยละ 97.72 ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.50) สรุปผลการศึกษา คู่มือที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง อสม. มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และมีรายงานการนำไปใช้ประโยชน์เชิงบวกทั้งด้านการเรียนรู้ง่ายและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมศาสตร์; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs); คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This Research and Development study aimed to: 1) develop and draft a manual featuring 6 behavioral science techniques for health behavior modification to prevent non - communicable diseases (NCDs) for Village Health Volunteers (VHVs); 2) test the feasibility of and refine the manual, alongside developing supporting media; and 3) evaluate the utilization of the manual and its supporting media in practical implementation. The study was conducted in 3 phases: Phase 1 involved synthesizing literature, conducting in - depth interviews with key VHVs to draft the 6 - technique manual, and evaluating content validity (IOC) by 3 experts. Phase 2 tested feasibility and satisfaction among VHVs in Ban Tha Sai Sub - district, Nakhon Nayok Province (n = 30), alongside collecting qualitative feedback. Phase 3 evaluated nationwide utilization among VHVs (n = 307) via an online system. Data were analyzed using percentages, mean ($\bar{X}$), standard deviation (S.D.), and content analysis. The results revealed that: In Phase 1, data synthesis led to the development of 6 practical techniques: motivational interviewing, small - goal setting, peer modeling, social support, self - monitoring, and positive reinforcement. Content validity was high 0.80 – 1.00, alongside shifting the role of VHVs toward providing health behavior change counseling and support. In Phase 2, the VHV sample (n = 30) reported the highest level of overall satisfaction ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.46), prompting manual refinements into accessible community language, visual guides, nutrition content, and 6 short skill - demonstration videos. In Phase 3, the nationwide VHV sample (n = 307) reported that the manual and media enhanced their work confidence frequently to constantly at 70.03% ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.79), and 97.72% agreed that the content sequencing facilitated easy learning ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.50). In conclusion, the developed manual demonstrated high content validity, achieved maximum satisfaction among VHVs, and showed positive utilization outcomes in terms of ease of learning and boosting confidence for proactive community fieldwork.

Keywords: Behavioral Science; Non - Communicable Diseases (NCDs); Manual for Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก (ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) โดย WHO รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 43 ล้านคน และเป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ต่ำกว่า 70 ปี) ถึง 18 ล้านคน ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อวัยแรงงานและเศรษฐกิจ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยโรค NCDs ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์⁽²⁾ สอดคล้องกับข้อมูลกรมควบคุมโรค ที่พบผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน – ความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิในท้องถิ่นต้องแบกรับภาระงานดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สาเหตุสำคัญของโรค NCDs เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การขยับร่างกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะเครียดสะสม⁽²⁾ การป้องกันและควบคุมโรค NCDs ให้มีประสิทธิภาพ จึงต้องเปลี่ยนจากการให้ความรู้ทางเดียว มาเป็นการใช้เทคนิคพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อช่วยให้ผู้สื่อสารสุขภาพเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้สั่งสอน" เป็น "ผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุน" ผ่าน 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ ทฤษฎีปัญหา ปฏิสัมพันธ์สังคม (SCT) เน้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบแรงสนับสนุนทางสังคม และการสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self - Efficacy)⁽⁴⁾ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) กระตุ้นแรงจูงใจภายใน ให้ประชาชนตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง⁽⁵⁾ ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self - Regulation) ใช้การตั้งเป้าหมายย่อย การติดตามตนเอง และการเสริมแรงทางบวก⁽⁶⁾

ในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิของไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในฐานะ "หมอประจำบ้าน" ที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมบริการสุขภาพสู่ครัวเรือน⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ปัญหาการทำงานในอดีต พบข้อจำกัดสำคัญของคู่มือสุขภาพสำหรับ อสม. ในปัจจุบัน คือ 1) ด้านวิธีการสื่อสาร เน้นการสั่งหรือสอนความรู้ทางเดียว

มากกว่าการใช้ทักษะสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 2) ด้านเครื่องมือปฏิบัติงาน ขาดเครื่องมือเชิงพฤติกรรมศาสตร์ และแนวทางการติดตามพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้อสม. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และประชาชนรู้สึกต่อต้านหรือไม่พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ดังนั้น งานวิจัยและพัฒนา เรื่อง การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงจัดทำขึ้นเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว โดยแปลงทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เป็น 6 เทคนิคปฏิบัติที่ใช้ภาษาชุมชน เข้าใจง่าย และใช้ได้จริง ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ ต.บ้านท่าทราย อ.เมืองนครนายก จ.นครนายก เป็นพื้นที่ศึกษาและทดสอบความเป็นไปได้ เนื่องจากมีความเหมาะสม 2 ประเด็น คือ 1) เป็นตัวแทนระบบปฐมภูมิไทยที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเผชิญปัญหากลุ่มเสี่ยง NCDs เพิ่มขึ้นตามแนวโน้มระดับประเทศ⁽³⁾ แต่ยังขาดเครื่องมือสื่อสารเชิงพฤติกรรมศาสตร์เชิงรุก 2) ความพร้อมของเครือข่าย ทั้ง อสม. และ รพ.สต. มีความเข้มแข็ง พร้อมร่วมพัฒนา ทดสอบ และขับเคลื่อนงานในชุมชน⁽⁷⁾ ด้วยเหตุนี้ การทดสอบในพื้นที่ตัวแทนที่มีความพร้อมดังกล่าว จึงให้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบเพื่อขยายผลสู่ รพ.สต. ทั่วประเทศได้จริง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนาและยกร่างคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. ทดสอบความเป็นไปได้ และปรับปรุงคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมพัฒนาสื่อประกอบ
3. ประเมินผลการนำคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมสื่อประกอบไปใช้ประโยชน์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาและประเมินผลคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์^๓ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการนำไปใช้ดำเนินงานในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 การพัฒนาและยกร่างคู่มือเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(1) การศึกษาเอกสารและการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 25 เรื่อง นำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของสถาบันโจอันนาบริกส์^(๘) ดังนี้ ระดับ 1.1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จำนวน 3 เรื่อง, ระดับ 1.2 การวิจัยเชิงทดลอง (RCTs) จำนวน 4 เรื่อง, ระดับ 2.3 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) จำนวน 11 เรื่อง และระดับ 3.1 การวิจัยเชิงสำรวจ/พรรณนา จำนวน 7 เรื่อง (รวม 25 เรื่อง) และศึกษาสถานการณ์และบริบทการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาประกอบการจัดทำคู่มือ โดยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. แก่นนำที่มีประสบการณ์ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน

จนสำเร็จในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี (ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิใกล้เคียงและเชื่อมโยงกับปริมาณ) จำนวน 6 ท่าน เพื่อศึกษาเทคนิคและช่องว่างการทำงานจริง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ เพื่อกำหนดโครงสร้างคู่มือให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน

(2) การยกร่างและตรวจสอบคุณภาพคู่มือ นำผลการสังเคราะห์วรรณกรรมและข้อมูลเชิงคุณภาพมายกร่างคู่มือ ประกอบด้วย 6 เทคนิคหลัก ได้แก่ 1) สร้างแรงจูงใจ 2) การตั้งเป้าหมาย 3) การเสนอตัวแบบ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) การเตือนตนเอง และ 6) การเสริมแรงทางบวก โดยปรับภาษาเป็นภาษาพูดชุมชน มีภาพประกอบ และเน้นบทบาท อสม. ในฐานะผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(3) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อาจารย์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน, อาจารย์ด้านสุขศึกษา 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ 1 ท่าน) ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและโดยรวม (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 โดยมีข้อคำถามที่ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 เกือบทุกข้อ ซึ่งสะท้อนถึงความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และแสดงให้เห็นว่าคู่มือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคู่มือเพื่อใช้กับ อสม. ได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 1 : การพัฒนาและยกร่างคู่มือเชิงพฤติกรรมศาสตร์

- 1.ศึกษาข้อมูลและสังเคราะห์วรรณกรรม
- 2.ยกร่างคู่มือ 6 เทคนิค



ระยะที่ 2 : การทดสอบความเป็นไปได้ ปรับปรุงพัฒนาสื่อประกอบ

- 1.จัดอบรมปฏิบัติทดสอบคู่มือ (30 คน)
- 2.ปรับปรุงคู่มือและพัฒนาสื่อประกอบ



ระยะที่ 3 : การประเมินผลการนำคู่มือไปใช้ประโยชน์

- 1.เผยแพร่คู่มือผ่านเว็บไซต์ และ YouTube
- 2.ประเมินผล อสม.ผู้คู่มือ ผ่าน Google form

ภาพที่ 1 แผนผังกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคู่มือและประเมินผล

ระยะที่ 2 การทดสอบความเป็นไปได้และ ปรับปรุงคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อม พัฒนาสื่อประกอบ

(1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ต.บ้านท่าทราย อ.เมืองนครนายก จ.นครนายก รวม 70 คน

(2) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน ซึ่งเป็นขนาดที่เหมาะสม⁽⁹⁾ สำหรับการทดสอบความเป็นไปได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะเชิงลึกตามทฤษฎีบทขีดจำกัดส่วนกลาง (Central Limit Theorem)⁽¹⁰⁾

(3) เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

(3.1) คู่มือเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ (ฉบับทดสอบ)

(3.2) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ($IOC = 0.80 - 1.00$) และนำไปทดลองใช้ กับ อสม. ในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.92 การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁽¹¹⁾ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับมาก 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

(3.3) การดำเนินงานและการปรับปรุง ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทดลองใช้คู่มือเป็นเวลา 2 วัน (10 – 11 มีนาคม 2568) และเก็บรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาปรับปรุงคู่มือให้เป็นภาษาพูดชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาสื่อประกอบ ได้แก่ วิดีโอสั้นสาธิตทักษะนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เล่าเรื่องผ่านตัวละครที่คุ้นเคย เพื่อเสริมการเรียนรู้ของ อสม.

(4). การวิเคราะห์ข้อมูล

(4.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความพึงพอใจต่อคู่มือ โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

(4.2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากการนำคู่มือไปทดลองใช้ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และนำมาปรับปรุงพร้อมพัฒนาสื่อประกอบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนำคู่มือเทคนิค เชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมสื่อประกอบไปใช้ประโยชน์

(1) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ทั่วประเทศที่ดาวน์โหลดคู่มือรับชมคลิปวิดีโอสาธิต นำเทคนิคไปทดลองประยุกต์ใช้ในพื้นที่จริง และตอบแบบประเมินผ่านระบบออนไลน์ (Google Forms) ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) รวมทั้งสิ้น 307 คน (คิดเป็นร้อยละ 76.75 จากกลุ่มเป้าหมาย 400 คน) ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่าง $n = 307$ มีค่าความคลาดเคลื่อน (Margin of Error) อยู่ที่ $\pm$ ร้อยละ 5.6 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

(2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทั้งนี้ เนื่องจาก $n = 307$ ($n > 30$) ซึ่งเป็นไปตาม Central Limit Theorem⁽¹⁰⁾ ข้อมูลจึงมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติโดยอนุโลม เหมาะสมต่อการวิเคราะห์สรุปผลเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการดำเนินงานย้อนหลังการปฏิบัติงานด้านนโยบายของสุขภาพภาคประชาชน (Routine to Research: R2R) เพื่อให้ อสม. ได้มีเครื่องมือเชิงพฤติกรรมศาสตร์รองรับคณะผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์และขอเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed Consent) จากผู้เข้าร่วมทุกท่านก่อนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งปกปิดตัวตน รหัสอ้างอิง และรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด โดยนำเสนอผลลัพธ์ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาและยกย่องคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์ฯ (ระยะที่ 1)

1.1 ผลการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจากการสังเคราะห์เอกสาร ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ 25 เรื่อง (แบ่งตามเกณฑ์ JBI: ระดับ 1.1 จำนวน 3 เรื่อง, 1.2 จำนวน 4 เรื่อง, 2.3 จำนวน 11 เรื่อง และ 3.1 จำนวน 7 เรื่อง) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ผู้มีผลงานเชิงประจักษ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน 6 ท่าน ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี (บริบทปริมณฑล) ออกมาเป็น "แนวทางปฏิบัติ 6 เทคนิคที่เข้าใจง่ายและมีขั้นตอนปฏิบัติชัดเจน" ให้ อสม. นำไปใช้ขับเคลื่อนงานป้องกันโรค NCDs ในชุมชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

1.2 ผลการยกย่องและประเมินคุณภาพคู่มือผู้วิจัยยกย่องคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 4 ส่วน ได้แก่ บทนำ หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เทคนิคการปรับพฤติกรรม 6 เทคนิค และความรู้ตามหลัก 3อ. 2ส. ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ในภาพรวมและรายข้อมีค่าเท่ากับ 0.80 - 1.00 (มีค่าเท่ากับ 1.00 เกือบทุกข้อ) แสดงว่าคู่มือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่น่าเชื่อถือสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคือ การปรับภาษาให้เนื้อหาไม่สอคล้องเชื่อมโยงกันทั้งฉบับ เพื่อทำหน้าที่ประเมินและแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของประชาชนแต่ละราย แทนการถ่ายทอดข้อมูลแบบเดิม และเพิ่มส่วนเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.

2. ผลการทดสอบความเป็นไปได้และปรับปรุงคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมพัฒนาสื่อประกอบ (ระยะที่ 2)

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลองใช้คู่มือกับกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 30 คน ณ รพ.สต. บ้านท่าทราย อ.เมือง จ.นครนายก ได้รับแบบประเมินคืนครบถ้วนทั้ง 30 ฉบับ (คิดเป็นร้อยละ 100) พบข้อมูลดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของอสม. พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.40) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 28.60) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ

39.40) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.00) และเป็น อสม. มามากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 46.40)

2.2 ในภาพรวม อสม. มีความพึงพอใจต่อคู่มืออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60, S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ได้รับคะแนนสูงสุด คือ ด้านการนำคู่มือไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.62, S.D. = 0.46) ตามด้วยด้านรูปแบบของคู่มือ ($\bar{X}$ = 4.59, S.D. = 0.47) และด้านเนื้อหาในคู่มือ ($\bar{X}$ = 4.58, S.D. = 0.42) ตามลำดับ

2.3 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและการปรับปรุงคู่มือพร้อมพัฒนาสื่อประกอบ จากการสังเคราะห์ข้อมูลการสอบถามระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ และข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพของ อสม. ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงคู่มือฉบับสมบูรณ์ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ผลการประเมินการนำคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์พร้อมสื่อประกอบไปใช้ประโยชน์ (ระยะที่ 3)

จากการประเมินผลการนำคู่มือและสื่อประกอบที่เผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์ไปใช้ประโยชน์ ในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั่วประเทศ (n = 307) พบผลการศึกษาดังนี้

3.1 ความคิดเห็นต่อองค์ความรู้และเครื่องมือกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อองค์ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.53) โดยประเด็นที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ องค์ประกอบของคู่มือมีความสมบูรณ์ ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = 0.59) และการลำดับเนื้อหาง่ายต่อการเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.50) ซึ่งมีผู้เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 97.72) รายละเอียดดังตารางที่ 3

3.2 การประเมินการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

ภายหลังจากการศึกษานำคู่มือและสื่อประกอบไปใช้ อสม. ประเมินตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.81) โดยประเด็นการนำความรู้ไปช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงาน/ช่วยการตัดสินใจในหน้าที่ พบว่า มี อสม. นำไปปฏิบัติเป็นประจำ (บ่อยครั้ง - ทุกครั้ง) ร้อยละ 70.03 (215 คน) แบ่งเป็น ทุกครั้งร้อยละ 28.01 (n = 86) และบ่อยครั้งร้อยละ 42.02 (n = 129) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการสังเคราะห์แนวทางการปฏิบัติ 6 เทคนิค

เทคนิคปฏิบัติที่ อสม. แกนนำ (n=6) นำไปใช้ จริงจนประสบความสำเร็จ	ปัญหา/ข้อจำกัดของ คู่มือเดิมที่พบในพื้นที่	ทฤษฎี/แนวคิดพฤติกรรม ศาสตร์ที่รองรับ	การยกเว้นเนื้อหาและแนวทาง ปฏิบัติในคู่มือ 6 เทคนิค
1. เทคนิคสร้างแรงจูงใจ (ชวนคุย รับฟัง ไม่บังคับ)	คู่มือเดิมเน้นการสั่ง หรือสอนความรู้ ทางเดียว (Direct Education) ทำให้ชาวบ้านไม่ค่อย ปฏิบัติ	Motivational Interviewing (MI) การกระตุ้นแรงจูงใจภายใน และการตัดสินใจปรับ พฤติกรรมด้วยตนเอง	เทคนิคที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ เปลี่ยนบทบาท อสม. จาก "ผู้สอน" เป็น "ผู้รับฟังและตั้งคำถามเชิง บวก" ชวนคุยถึงสิ่งที่ชาวบ้านรัก หรือกังวลเพื่อกระตุ้นใจ
2. เทคนิคการตั้งเป้าหมาย (เริ่มจากเรื่องเล็กๆ ที่ ทำได้จริง)	การตั้งเป้าหมายตาม หลักการแพทย์ซับซ้อน และยากเกินไป ทำให้ ชาวบ้านท้อแท้	Self - Regulation Theory การตั้งเป้าหมายย่อย (Goal Setting) ที่ทำได้ง่าย เพื่อสร้างความสำเร็จ เบื้องต้น	เทคนิคที่ 2 การตั้งเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายขนาดเล็ก ในชีวิตประจำวัน (เช่น ลดหวาน วันละ 1 ช้อน) ที่วัดผลได้ชัด เพื่อสร้างกำลังใจ
3. เทคนิคการใช้ตัวแบบ (ยกตัวอย่างคนใกล้ตัว ที่ทำสำเร็จ)	ขาดตัวอย่างที่เป็น รูปธรรม ประชาชน มองว่าการป่วยเป็นเรื่อง ปกติและเปลี่ยนยาก	Social Cognitive Theory (SCT) การเรียนรู้ ผ่านตัวแบบ เพื่อเพิ่มความ เชื่อมั่นในตนเอง	เทคนิคที่ 3 การเสนอตัวแบบ แนะนำบุคคลในชุมชนที่มีบริบท ใกล้เคียงกันและปรับพฤติกรรม สำเร็จ มาถ่ายทอดประสบการณ์ สร้างแรงบันดาลใจ
4. เทคนิคการสนับสนุน ทางสังคม (ให้ ครอบครัวมีส่วนร่วม)	ประชาชนปรับ พฤติกรรมคนเดียว แต่คนในบ้านยังกิน / ใช้ชีวิตแบบเดิม ทำให้ ล้มเหลว	Social Cognitive Theory (SCT) แรง สนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลรอบข้าง	เทคนิคที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม สร้างการมีส่วนร่วมของคนใน ครอบครัวและเพื่อนบ้านในการ ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการ เปลี่ยนพฤติกรรม
5. เทคนิคการเตือนตนเอง (ชวนดูและติดตาม ตัวเลข)	ไม่มีการติดตาม พฤติกรรมอย่างเป็น ระบบ ทั้ง อสม. และชาวบ้านไม่เห็น ความก้าวหน้า	Self - Regulation Theory การเตือนตนเอง ผ่านการ ประเมินและป้อนข้อมูลกลับ	เทคนิคที่ 5 การเตือนตนเอง ใช้ตารางหรือเครื่องมือช่วยบันทึก ติดตามตัวเลขพฤติกรรม (เช่น ค่าน้ำตาล/ความดัน) เพื่อประเมิน ตนเองอย่างสม่ำเสมอ
6. เทคนิคการเสริมแรง ทางบวก (ให้กำลังใจ และคำชม)	ขาดการกระตุ้นเจตคติ บวก เมื่อชาวบ้านทำได้ ดีแต่ไม่มีใครรับรู้ ทำให้ เลิกปฏิบัติไป	Self - Regulation Theory การเสริมแรงทางบวก เพื่อ รักษาพฤติกรรมระยะยาว	เทคนิคที่ 6 การเสริมแรงทางบวก การกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจ หรือ ยกย่องในกิจกรรมชุมชนเมื่อเกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ข้อเสนอแนะ และแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคู่มือและสื่อประกอบ

ประเด็นการปรับปรุง	ข้อเสนอแนะ/ผลการวิเคราะห์	แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาคู่มือ/สื่อ
1. การเพิ่มสื่อภาพประกอบ	อสม. ผู้สูงอายุต้องการสื่อที่เข้าใจง่าย	เพิ่มภาพประกอบขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้ อสม. ผู้สูงอายุทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น
2. การปรับเพิ่มเนื้อหาโภชนาการ	ต้องการเนื้อหาอาหารเฉพาะโรคที่นำไปใช้จริง	เพิ่มเทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรต (Carb Counting) และการคำนวณพลังงานแคลอรีต่อวันอย่างง่าย
3. การปรับปรุงภาษา	ภาษาเดิมมีความเป็นวิชาการ และทฤษฎีมากเกินไป	ย่อทฤษฎีทางวิชาการให้เป็น ภาษาพูดชุมชน เพื่อให้สื่อสารและเข้าใจได้ง่ายขึ้น
4. การพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย	ต้องการสื่อที่ทบทวนทักษะได้สะดวกด้วยตนเอง	พัฒนาสื่อวิดีโอสั้นสาธิตทักษะการเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 6 เทคนิค เล่าเรื่องผ่านตัวละครที่คุ้นเคย สำหรับเปิดดูทบทวนผ่านสมาร์ตโฟนได้ทุกที่ทุกเวลา

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อองค์ความรู้และเครื่องมือเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. (n=307)

ประเด็น	ความคิดเห็นต่อองค์ความรู้					$\bar{x}$ (S.D.)	แปลผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง		
1. องค์ประกอบของคู่มือ ได้แก่ คำนำ สารบัญ เนื้อเรื่อง แหล่งอ้างอิง	97 (31.60)	198 (64.50)	8 (2.60)	3 (0.98)	1 (0.32)	4.26 (0.59)	ระดับมากที่สุด
2. เนื้อหาแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กับชื่อเรื่อง	85 (27.69)	210 (68.40)	10 (3.26)	2 (0.65)	0 (0)	4.23 (0.53)	ระดับมากที่สุด
3. ความเหมาะสมของการกำหนดเนื้อหาในแต่ละส่วน	82 (26.71)	213 (69.38)	11 (3.58)	0 (0)	1 (0.33)	4.22 (0.53)	ระดับมากที่สุด
4. การลำดับเนื้อหาต่อการเรียนรู้	86 (28.01)	214 (69.71)	6 (1.95)	1 (0.33)	0 (0)	4.25 (0.50)	ระดับมากที่สุด
5. ความเหมาะสมในการใช้ภาษา	82 (26.71)	215 (70.03)	8 (2.61)	2 (0.65)	0 (0)	4.22 (0.52)	ระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4 การประเมินตนเองภายหลังจากนำองค์ความรู้ ไปใช้ประโยชน์ (n=307)

ประเด็น	การประเมินตนเองในพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ ไปใช้ประโยชน์					$\bar{x}$ (S.D.)	แปลผล
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ		
1. นำไปใช้ต่อยอดการพัฒนาตัวเอง ให้เป็นผู้ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น	88 (28.70)	122 (39.70)	96 (31.30)	0 (0)	1 (0.30)	3.96 (0.79)	ระดับมาก
2. การนำความรู้ไปช่วยเสริม สร้างความมั่นใจในการ ทำงาน /หรือช่วยการตัดสินใจ ในงานในหน้าที่	86 (28.01)	129 (42.02)	90 (29.31)	0 (0)	2 (0.66)	3.97 (0.79)	ระดับมาก
3. การนำความรู้ไปถ่ายทอด ให้ กับเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน	82 (26.60)	118 (38.40)	105 (34.30)	0 (0)	1 (0.70)	3.91 (0.81)	ระดับมาก
4. การนำความรู้ไปช่วยสนับสนุน ให้เกิดประสิทธิผลในงาน	74 (24.00)	127 (41.40)	103 (33.60)	0 (0)	3 (1.00)	3.88 (0.81)	ระดับมาก
5.สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ใน การพูดคุย / ให้คำแนะนำแก่ ชาวบ้านได้	76 (24.80)	116 (37.80)	109 (35.40)	0 (0)	6 (2.10)	3.83 (0.87)	ระดับมาก

การอภิปรายผลการศึกษา

การพัฒนาและยกร่างคู่มือเทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ผลการศึกษาพบว่า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 25 เรื่อง (หลักฐาน JBI 1.1 – 3.1) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. แกนนำ 6 ท่าน ถูกนำมาออกแบบเพื่อปิดช่องว่างระบบเดิมที่เน้นสอนความรู้ทางเดียวจนทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกลดต่อต้านไม่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแปลงทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เป็น 6 เทคนิคที่ใช้ได้จริงในชีวิตจริง อสม. ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย NCDs ดังนี้ เทคนิคที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ มุ่งเน้นการสื่อสารเชิงบวกโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจภายในและการรับรู้สมรรถนะตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยในไทย⁽¹²⁻¹³⁾ ที่พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและควบคุมความดัน

โลหิต (SBP) ได้ดีกว่าวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียว กับวรรณกรรมต่างประเทศ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ที่ยืนยันว่าส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคที่ 2 การกำหนดเป้าหมายย่อย มุ่งเน้นการเริ่มจากกิจกรรมขนาดเล็กที่ทำได้จริงตามทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self - Regulation Theory)⁽⁴⁾ การใช้เครื่องมือสะท้อนคิด ร่วมกับครอบครัวและการประเมินด้วย "ไม้บรรทัดความพร้อม" ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ที่ยืนยันว่าการตั้งเป้าหมายแบบค่อยเป็นค่อยไปช่วยกระตุ้นความตั้งใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างคงทน เทคนิคที่ 3 การเสนอตัวแบบ มุ่งเน้นการยกตัวอย่างบุคคลใกล้ชิดในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากสังเกตตัวแบบที่มีบริบททางสังคมคล้ายคลึงกันช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy)

ได้ดีที่สุด และเพิ่มแนวโน้มการปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹⁹⁻²²⁾ เทคนิคที่ 4 การสร้างการมีส่วนร่วมจากคนใกล้ชิด: มุ่งเน้นแรงสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลจากครอบครัวหรือเพื่อนที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดดัชนีมวลกาย (BMI) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁻²⁴⁾ เทคนิคที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้และเฝ้าระวังตนเอง มุ่งเน้นการบันทึกและติดตามค่าวัดสุขภาพผ่านสมุดบันทึกหรือแอปพลิเคชันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างวงจรการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับพฤติกรรมได้ทันทั่วทั้ง⁽²⁵⁻²⁶⁾ และเทคนิคที่ 6 การเสริมแรงทางบวกและสร้างคุณค่าในตนเอง มุ่งเน้นการให้คำชื่นชมและสนับสนุนทางอารมณ์เมื่อทำสำเร็จ ซึ่งช่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืนตามทฤษฎีการกำกับตนเอง^(4,27-28) และมีประสิทธิภาพสูงกว่าการบังคับหรือใช้แรงเสริมทางลบ⁽²⁹⁾

การทดลองใช้คู่มือกับ อสม. (n = 30) ณ รพ.สต. บ้านท่าทราย สะท้อนถึงความเป็นไปได้สูงในการนำไปใช้จริง และได้รับการยอมรับในระดับดีเยี่ยม โดยมีคะแนนความพึงพอใจภาพรวมระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 0.46) โดยด้านการนำไปใช้ประโยชน์ได้รับคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.62, S.D. = 0.46) แม้มีสัดส่วน อสม. ผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) สูงถึงร้อยละ 39.40 แต่การย่อยเนื้อหาเป็นภาษาพูดชุมชนร่วมกับการใช้สื่อวิดีโอสั้นสาธิต 6 เทคนิค สามารถปิดช่องว่างด้านภาษาและช่วยเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดการสื่อสารสุขภาพในชุมชนที่เน้นการปรับสารให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นผ่านสื่อประสมที่เข้าใจง่าย⁽³⁰⁻³¹⁾ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสูงวัยเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และช่วยยกระดับความมั่นใจในการทำงานเยี่ยมบ้านเชิงรุก เพื่อขยายขีดความสามารถระบบดูแลตนเองระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่า สื่อภาพและวิดีโอที่เข้าใจง่ายช่วยพัฒนาการทำงานเชิงรุกในชุมชนได้จริง⁽³²⁻³⁴⁾

การประเมินการนำคู่มือและสื่อประกอบไปใช้ประโยชน์จาก อสม. ทั่วประเทศ (n = 307) ผ่านระบบออนไลน์พบว่าความคิดเห็นต่อองค์ความรู้ในภาพรวมระดับมากที่สุด

($\bar{x}$ = 4.24, S.D. = 0.53) โดยร้อยละ 97.72 (n = 300) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าคู่มือมีองค์ประกอบสมบูรณ์และลำดับเนื้อหาเรียนรู้ง่าย ($\bar{x}$ = 4.26, S.D. = 0.59 และ $\bar{x}$ = 4.25, S.D. = 0.50 ตามลำดับ) ขณะที่การนำไปใช้ประโยชน์ในงานจริงอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.91, S.D. = 0.81) โดยเฉพาะการเสริมความมั่นใจในการทำงานเชิงรุก ($\bar{x}$ = 3.97, S.D. = 0.79 และการนำไปสื่อสารแนะนำประชาชน ($\bar{x}$ = 3.83, S.D. = 0.87) สะท้อนว่า การย่อยทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ช่วยลดข้อจำกัดในการทำความเข้าใจเนื้อหา และยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽³⁰⁾ ส่งผลให้ อสม. เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self - Efficacy)⁽²²⁾ ในการนำทักษะไปปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันตรงกันว่า เครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับวิถีชุมชนเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจยกระดับการยอมรับ และเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิทำให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมาย^(32,34)

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ได้ดำเนินการพัฒนา “คู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับ อสม.” เพื่อแก้ข้อจำกัดของคู่มือเดิมที่เน้นเนื้อหาวิชาการที่ซับซ้อนและใช้การสั่ง/สอนความรู้ทางเดียว ซึ่งขาดเทคนิคการสื่อสารทางพฤติกรรมศาสตร์ กระบวนการพัฒนาในงานวิจัยนี้จึงได้สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการศึกษาบริบทชุมชน แล้วเพิ่มเติม 6 เทคนิคปฏิบัติทางพฤติกรรมศาสตร์ (ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ การเตือนตนเอง การใช้ตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมแรงทางบวก) พร้อมทั้งปรับเนื้อหาเข้าใจง่าย คู่มือฉบับนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง (IOC = 0.80 - 1.00) และเมื่อนำไปทดสอบกับ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคู่มือและสื่อประกอบในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 0.46) และมีข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับปรุง

โดยการเพิ่มสื่อวิดีโอสั้นสาธิตทักษะการเป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้คู่มือที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความชัดเจนและเป็นเครื่องมือปฏิบัติการที่สอดคล้องกับวิธีการทำงานจริงของ อสม. นอกจากนี้ผลการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ของ อสม. ในวงกว้าง อสม. ส่วนใหญ่เห็นว่าการลำดับเนื้อหาต่อการเรียนรู้ และระบุว่าคู่มือและสื่อประกอบช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ให้คำแนะนำประชาชนในชุมชน

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่างและระเบียบวิธีการทดลองในระยะที่ 2 มีขนาดเล็ก ($n = 30$) ในบริบทพื้นที่เดียว ส่วนระยะที่ 3 เป็นการสุ่มแบบสะดวกออนไลน์แบบสมัครใจ ซึ่งอาจเกิดอคติจากการเลือกตนเอง (Self - Selection Bias) จาก อสม. ที่สนใจแรงจูงใจสูง หรือมีทักษะดิจิทัลมากกว่า อสม. ผู้สูงอายุทั่วไปจึงส่งผลต่อการสรุปอ้างอิง (Generalizability) ไปยังประชากร อสม. ทั่วประเทศ

2. ข้อจำกัดด้านตัวชี้วัด การศึกษานี้มุ่งวัดเพียงความเป็นไปได้ ความยอมรับ ความรับรู้ความสามารถตนเอง และความพึงพอใจ โดยยังไม่มีกลุ่มควบคุมการเปรียบเทียบก่อน - หลัง หรือตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ ผลประเมินระดับสูงจึงสะท้อนเพียง "ความเป็นไปได้สูงในการนำคู่มือไปใช้จริง" แต่ยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนได้

3. ข้อจำกัดด้านจริยธรรม การศึกษานี้เป็นการนำงานประจำมาพัฒนางานวิจัยย้อนหลัง (R2R) จึงไม่ได้ยื่นขอรับรองจริยธรรมในมนุษย์แบบมุ่งหน้า (Prospective IRB) แต่ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมเคร่งครัด ทั้งการขอความยินยอม (Informed Consent) การปกปิดตัวตน และรักษาความลับข้อมูลผู้ร่วมวิจัย

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อจำกัดดังกล่าวจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ โดยเฉพาะประสิทธิผลเชิงพฤติกรรม และผลลัพธ์สุขภาพ ยังจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบในการวิจัยระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อสม. ควรใช้ทั้ง 6 เทคนิคควบคู่กันอย่างบูรณาการ ไม่แยกส่วน โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายย่อยที่ทำได้จริง ร่วมกับการเสนอตัวแบบการสนับสนุนทางสังคม การเตือนตนเอง และการเสริมแรงทางบวก เพื่อปรับบทบาทจากการให้ความรู้ทางเดียวสู่การเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง NCDs

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดควรร่วมนำคู่มือและสื่อประสมไปใช้พัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่อื่น ตามผลประเมินเชิงบวกด้านความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน

1.3 เนื่องจาก อสม. ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 39.40) การนำคู่มือไปใช้ฝึกอบรมควรเน้นรูปแบบที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ อ่านง่าย พร้อมทั้งเปิดใช้สื่อวิดีโอสั้นสาธิตทักษะ ควบคู่กัน เพื่อช่วยลดอุปสรรคการอ่าน และสร้างความเข้าใจในขั้นตอนปฏิบัติต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Experimental Study) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้คู่มือกับกลุ่มปฏิบัติงานปกติ เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลต่อการปรับพฤติกรรมของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง NCDs ระยะยาว (6 เดือน - 1 ปี) โดยวัดตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ ได้แก่ HbA1c ความดันโลหิต และ BMI

2.3 ควรพัฒนาระบบจากคู่มือไปสู่การประยุกต์ใช้ Mobile Application เพื่อให้ อสม. สามารถบันทึกตัวเลขการติดตามพฤติกรรมสุขภาพแบบ Real - time ซึ่งจะช่วยให้ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามทิศทางพฤติกรรมของประชาชนร่วมกันได้สะดวกยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Aug 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570). นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศไทย. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2012.
- Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
- The Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual 2001 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2001.
- Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. Pharm Stat. 2005;4(4):287-91.
- Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2016. p. 182-90.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
- จุรีพร ทิพย์ประคอง. ผลของโปรแกรมการสร้างความสนใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(2):45-58.
- โสภา ไชยแก้ว. ประสิทธิภาพของการสร้างแรงจูงใจรายบุคคลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):89-101.
- Zhu X, Zhang Y, Wang L, Li H. Effectiveness of motivational interviewing-based health behavior interventions on reducing sedentary time: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2024;21(1):34.
- Sheeran P, Wright CE, Avishai A, Villegas ME, Lindemans JW, Klein WMP, et al. Self-determination theory interventions for health behavior change: A meta-analysis. Health Psychol. 2020;39(12):1070-85.
- ทรงกรกฎ ศฤงคาร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(2):45-58.
- พงศกร ห้วนนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นฐาน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2564;13(2):91-115.
- สุนันทา คำเพชรดี. รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):139-48.
- รัตนาวลี รักดีสมัย. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน

- ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเป็น
ฐาน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.
2566;8(2):268-72.
20. สุรีย์พร ปัญญาเลิศ. การกำกับตนเองในการส่งเสริม
พฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสาร
สุขภาพศึกษา. 2560;40(1):69-81.
21. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying
theory of behavioral change. Psychol Rev.
1977;84(2):191-215.
22. Kedia S. The influence of peer modeling
on health behavior decision-making in
community-based interventions. J Health
Psychol. 2019;24(8):1102-15.
23. นวลนิตย์ ไชยเพชร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบล
บางกุ้ง อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข
ภาคใต้. 2560;4(2):45-62.
24. อรอนงค์ สุทธิ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์
สุขภาพชุมชนโพรงงาม จังหวัดอุบลราชธานี.
วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.
2565;7(3):54-9.
25. สมศรี เสนาพันธ์. แนวทางการจัดการตนเองเพื่อลด
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของชุมชนบ้าน
ปากทอน อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1):801-12.
26. เพ็ญญา บุญพุด. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ
จัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบา
หวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอมือง
จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่
10 อุบลราชธานี. 2567;12(1):17-26.
27. นพพร ทพอยู่. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ
ระดับไขมันในช่องท้อง และดัชนีมวลกายของ
บุคลากรโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ด้วย
กระบวนการกำกับตนเองและการเสริมแรงตนเอง
ทางบวก. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ
คุณภาพชีวิต. 2565;2(2):8-11.
28. ประสิทธิ์ หาแก้ว. โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนา
เจริญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและ
การดูแลสุขภาพ. 2566;41(1):32-41.
29. Gebauer A, Muller K, Schmidt H. Positive
reinforcement systems versus negative
reinforcement in long-term health behavior
change: A randomized controlled trial.
Behav Med. 2023;49(2):145-56.
30. Nutbeam D. The evolving concept of health
literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
31. Schiavo R. Health communication: From
theory to practice. 2nd ed. San Francisco:
Jossey-Bass; 2013.
32. ปราณีต สิงห์ทอง. โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ
ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
บุคลากรกลุ่มป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต
สูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช. วารสาร
สุขภาพศึกษา. 2557;37(126):36-48.
33. ฌอนมทรัพย์ สกุนทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำเหน็จ
จังหวัดอ่างทอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและ
สุขภาพชุมชน. 2568;10(4):677-88.
34. ชุติลักษณ์ หนูเสน. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด “PE DM
KHWAO Model”. วารสารวิจัยและพัฒนา
นวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(3):131-45



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

กลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:

การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

Nursing Strategies for Patients with Coronary Heart Disease: An Integrative Review.

ปริญญญา ยอดอาษา (พย.ม)*, กฤษณา อุไรศรีพงศ์ (พย.ม)*, ศุภกร หวานกระโทก (พย.ม)*

Parinya Yodasa (M.N.S)*, Kritsana Uraisriping (M.N.S)*, Suppakorn Wankrathok (M.N.S)*

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing,
Phraboromarajchanok Institute

ชื่อผู้ประสานงาน: กฤษณา อุไรศรีพงศ์ อีเมลผู้ประสานงาน: krisana@bnc.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 12 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 24 ส.ค. 2569

วันตอบรับ: 27 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ลักษณะ รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 2) เพื่อสังเคราะห์กลยุทธ์ทางการพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นระบบ 5 ขั้นตอน และรายงานกระบวนการคัดเลือกตาม PRISMA 2020 สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2017 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2026 จาก CINAHL, MEDLINE Complete, Academic Search Ultimate, PsycINFO และ PubMed และประเมินคุณภาพด้วย Mixed Methods Appraisal Tool version 2018 ได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ 10 เรื่อง ประกอบด้วย การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง การศึกษาเชิงทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาเชิงพรรณนา 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ 1 เรื่อง และการศึกษาความเป็นไปได้ 3 เรื่อง ผลการวิเคราะห์พบว่ากลยุทธ์ทางการพยาบาลมุ่งผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยา ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต และความต่อเนื่องของการดูแล โดยสังเคราะห์ได้ 5 ประเด็น ได้แก่ การให้ความรู้เฉพาะบุคคล การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การส่งเสริมการจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยา การวางแผนจำหน่ายและเชื่อมโยงสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการใช้เทคโนโลยีร่วมกับการดูแลแบบประสานความร่วมมือ ผลการทบทวนเสนอว่า พยาบาลควรประเมินความต้องการเรียนรู้และสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล วางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะรักษาจนถึงหลังจำหน่าย ส่งเสริมการเข้าสู่โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของบริการ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ; กลยุทธ์ทางการพยาบาล; การจัดการตนเอง; การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ; การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ

Abstract

Coronary artery disease is a major health problem associated with morbidity, mortality, impaired quality of life, and hospital readmission. This integrative review aimed to: (1) collect and analyze the characteristics, designs, components, and outcomes of empirical evidence on nursing strategies for patients with coronary artery disease; and (2) synthesize nursing strategies applicable to patient care. This integrative review was conducted in accordance with a systematic five-stage methodological framework, and the study selection process was reported in accordance with PRISMA 2020. Studies published between May 2017 and May 2026 were searched in CINAHL, MEDLINE Complete, Academic Search Ultimate, PsycINFO, and PubMed, and methodological quality was appraised using the Mixed Methods Appraisal Tool version 2018. Ten studies met the inclusion criteria: four randomized controlled trials, one quasi-experimental study, one descriptive study, one comparative study, and three feasibility studies. The findings showed that nursing strategies mainly addressed knowledge and health behaviors, self-management and medication adherence, psychological well-being, quality of life, and continuity of care. Five major areas were synthesized: individualized education; psychological and emotional support; promotion of self-management and medication adherence; discharge planning and linkage to cardiac rehabilitation; and the use of technology integrated with coordinated care. The findings suggest that nurses should assess patients' learning needs and psychological status individually, plan continuous care from the treatment period through post-discharge follow-up, facilitate participation in cardiac rehabilitation programs, and use technology to support follow-up care according to patients' needs and the healthcare context.

Keywords: coronary heart disease; nursing strategies; self - management; cardiac rehabilitation; integrative review

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease: CHD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก และเป็นปัญหาทางด้านระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁻²⁾ พยาธิสรีรวิทยาหลักเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงแข็ง การอักเสบ และภาวะออกซิเดชัน ส่งผลให้หลอดเลือดโคโรนารีตีบแคบและเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง⁽³⁾

อาการและความรุนแรงมีได้หลากหลาย โดยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างทันด่วนที่ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงครอบคลุมตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน การรักษาในโรงพยาบาล การป้องกันการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจซ้ำ ไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามต่อเนื่องหลัง

จำหน่าย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมการประเมินและควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรักษาด้วยยา การเปิดหลอดเลือดหัวใจในรายที่มีข้อบ่งชี้ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ⁽⁴⁾ พยาบาลมีบทบาทตั้งแต่การประเมินอาการ การให้ความรู้ การสนับสนุนการใช้ยา การให้คำปรึกษา การวางแผนจำหน่าย และการประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยหลักฐานชี้ว่าการดูแลที่นำโดยพยาบาลสามารถสนับสนุนการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตและความต่อเนื่องของการดูแลได้⁽⁵⁻⁶⁾ ขณะเดียวกัน การให้ความรู้ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และเทคโนโลยีสุขภาพ เช่น Telehealth และ Mobile Health มีบทบาทเพิ่มขึ้นในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจซ้ำ และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย⁽⁷⁻¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม หลักฐานเกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการพยาบาลยังมีความหลากหลายทั้งด้านประชากร รูปแบบการศึกษา องค์ประกอบของโปรแกรม และผลลัพธ์ที่ประเมินทำให้การนำผลไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติยังขาดภาพรวมที่เชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลถึงระยะหลังจำหน่าย ในประเทศไทย ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่าอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจากการวินิจฉัยหลักเพิ่มจากร้อยละ 207.57 เป็นร้อยละ 224.76 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราตายเพิ่มจากร้อยละ 31.80 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 35.10 ใน พ.ศ. 2565 ต่อประชากร 100,000 คน โดยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มการวินิจฉัยสำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด⁽¹¹⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการดูแลที่เชื่อมต่อการรักษาระยะเฉียบพลัน การลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจซ้ำ และการติดตามหลังจำหน่าย ขณะที่งานทบทวนเดิมมักมุ่งกลยุทธ์เฉพาะด้าน เช่น การให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรือเทคโนโลยีแยกจากกัน⁽⁶⁻¹⁰⁾ จึงยังขาดการสังเคราะห์ที่เปรียบเทียบรูปแบบองค์ประกอบและผลลัพธ์ของกลยุทธ์ทางการพยาบาลหลายมิติร่วมกัน การทบทวนครั้งนี้ใช้กรอบกระบวนการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการของ Whitemore และ Knafl เป็นกรอบกำกับการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐาน และจัดกลุ่มข้อค้นพบตามลักษณะกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ที่รายงาน

เพื่อให้ได้ข้อเสนอที่สามารถนำไปพิจารณาประยุกต์ใช้กับบริบทบริการได้ชัดเจนขึ้น

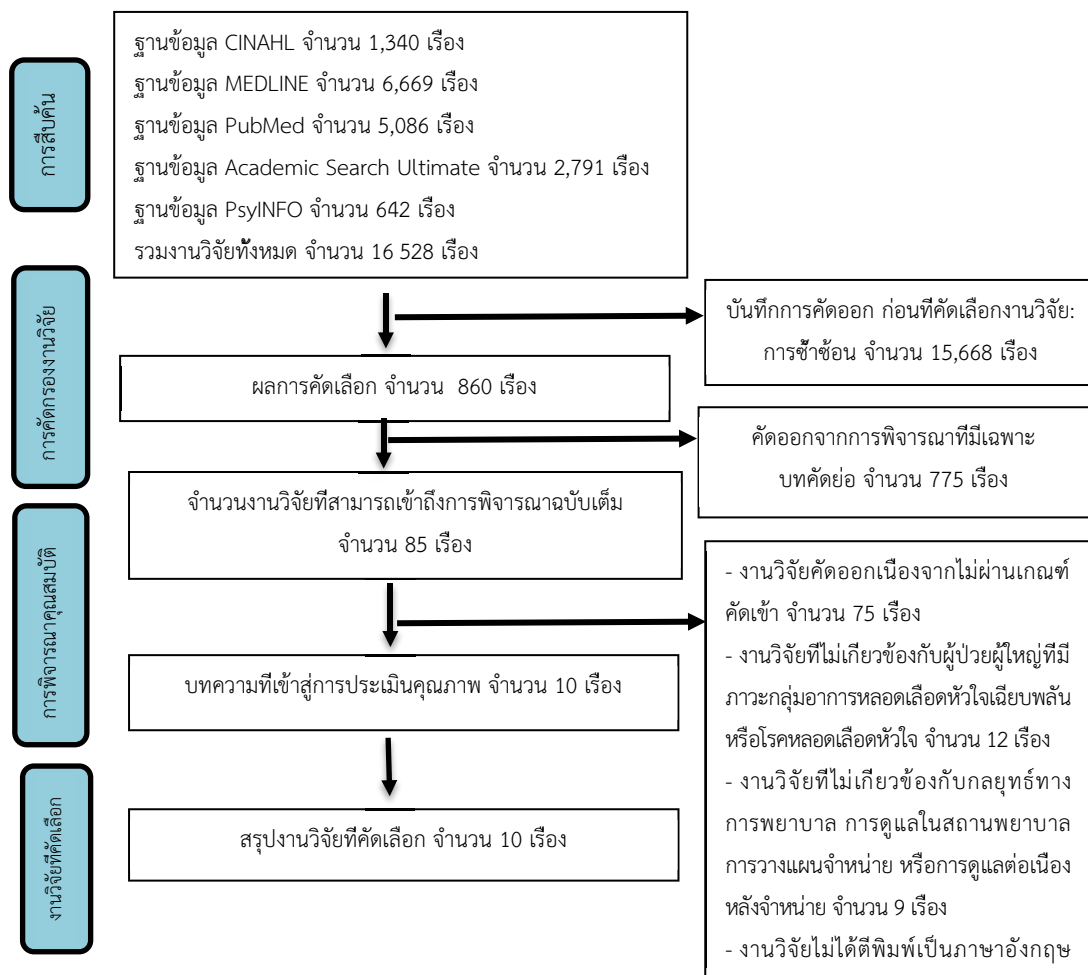
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ลักษณะ รูปแบบ องค์ประกอบและผลลัพธ์ของหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อสังเคราะห์กลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากหลักฐานที่คัดเลือกเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นระบบ 5 ขั้นตอน⁽¹²⁾ และรายงานกระบวนการสืบค้น คัดกรอง และคัดเลือกตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020 (PRISMA 2020)⁽¹³⁾ เพื่อเพิ่มความโปร่งใสของการทบทวนการสืบค้นดำเนินการจนถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2026 ครอบคลุมบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2017 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2026 จากฐานข้อมูล CINAHL, MEDLINE Complete, Academic Search Ultimate, PsycINFO และ PubMed โดยใช้คำสำคัญที่ครอบคลุมร่วมกับคำที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ บทความวิจัยฉบับเต็มผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ ศึกษาผู้ใหญ่ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งครอบคลุมกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือด และศึกษากลยุทธ์ ทางการพยาบาลหรือรูปแบบการดูแลที่เกี่ยวข้องกับช่วงการรักษาในโรงพยาบาล การเตรียมจำหน่าย หรือการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยรายงานผลลัพธ์ด้านความรู้ การตอบสนองต่ออาการ การใช้ยา การจัดการตนเอง ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การใช้บริการสุขภาพ หรือการฟื้นตัว เกณฑ์คัดออก ได้แก่ งานวิจัยในเด็ก งานที่ไม่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 1 แผนภาพ PRISMA 2020 ของกระบวนการคัดเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กับโรคหลอดเลือดหัวใจหรือบทบาทพยาบาล งานที่ไม่
 รายงานผลลัพธ์ด้านการดูแลหรือการฟื้นตัว บทความ
 ที่ไม่ใช่งานวิจัย และบทความที่ไม่สามารถเข้าถึง
 ฉบับเต็มได้

รายการเอกสารที่สืบค้นได้ถูกนำเข้าสู่วิธีการ
 จัดการเอกสารอ้างอิงและตัดรายการซ้ำก่อนคัดกรอง
 ผู้ทบทวน 3 คนคัดกรองชื่อเรื่อง บทความ และบทความ
 ฉบับเต็มอย่างเป็นอิสระ หากมีความเห็นไม่ตรงกันได้ใช้การ
 อภิปรายจนได้ข้อสรุปเป็นฉันทามติ จนได้งานวิจัยสำหรับ
 การสังเคราะห์จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทคัดย่อ
 แบบสุมมีกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง การศึกษาเชิงทดลอง 1 เรื่อง
 การศึกษาเชิงพรรณนา 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ 1
 เรื่อง และการศึกษาความเป็นไปได้/แบบผสมผสานหรือ
 หลายวิธี 3 เรื่อง การสกัดข้อมูลใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน
 ครอบคลุมผู้แต่ง ประเทศ รูปแบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง

องค์ประกอบของกลยุทธ์ ผลลัพธ์ และข้อค้นพบหลัก
 รายละเอียดประเภทการศึกษาและผลการประเมินคุณภาพ
 ของแต่ละเรื่องแสดงในตารางที่ 1 คุณภาพเชิงระเบียบวิธี
 ประเมินด้วย Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)
 version 2018⁽¹⁴⁾ โดยเลือกเกณฑ์ให้สอดคล้องกับรูปแบบ
 การศึกษาของแต่ละเรื่อง ครอบคลุมความเหมาะสมของ
 คำถามวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวัดผล
 การจัดการปัจจัยแทรกแซงหรือการเปรียบเทียบกลุ่ม ความ
 ครบถ้วนของข้อมูล และความสอดคล้องขององค์ประกอบ
 ในการศึกษาแบบผสมผสาน ผลการประเมินใช้ประกอบ
 การตีความความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยไม่มีงานวิจัยใด
 ถูกคัดออกด้วยเหตุผลด้านคุณภาพ ระดับคุณภาพของ
 แต่ละการศึกษาแสดงในตารางที่ 1 การสังเคราะห์ใช้การ
 เปรียบเทียบข้อค้นพบและจัดกลุ่มตามลักษณะกิจกรรม
 การพยาบาลและผลลัพธ์ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 สรุปคุณลักษณะ รูปแบบ องค์ประกอบ ผลลัพธ์ และคุณภาพของงานวิจัยที่คัดเลือกจำนวน 10 เรื่อง

ผู้แต่ง (ปี)	ประเทศ	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	แนวทาง/โปรแกรม	ผลลัพธ์และข้อค้นพบหลัก	คุณภาพงานวิจัย
Ni et al. (2018) ⁽¹⁵⁾	จีน	การพัฒนาและทดสอบ ความเป็นไปได้ของ โปรแกรม/แนวทางการ ดูแลแบบสองระยะ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ มารับบริการในแผนกโรคหัวใจของ โรงพยาบาลในประเทศจีน โดยระยะ ที่ 2 มีผู้เข้าร่วม 72 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่ม ควบคุม 36 ราย	โปรแกรมสุขภาพผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยผสมผสานการให้ความรู้ผ่าน WeChat กับแอป BB Reminder เพื่อเตือนการ รับประทานยา ระยะแรกทดสอบการเตือนทุก มื้อยา และส่งความรู้ทุก 2 วัน ส่วนระยะที่ 2 ปรับเป็นการส่งความรู้ทุก 5 วัน และเตือน รับประทานยาวันละครั้ง	โปรแกรมมีความเป็นไปได้ใน การนำไปใช้ และช่วยให้ความ ร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นในระยะ ติดตาม 30 วัน โดยกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่ม ควบคุม	สูง
Zhang & Zhang (2022) ⁽¹⁶⁾	จีน	การศึกษาเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรม/ แนวทางการดูแล	ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ 1,088 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลแบบครอบคลุม พื้นฐานการเปิดเผยตนเอง 540 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 548 ราย	การพยาบาลแบบครอบคลุมบนพื้นฐาน การเปิดเผยตนเอง โดยเน้น การสนับสนุน จากทีมสหวิชาชีพการส่งเสริมการแสดงออก ทางอารมณ์ การให้คำแนะนำด้านพฤติกรรม สุขภาพและการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	โปรแกรม/แนวทางการดูแล ช่วยเพิ่มคุณภาพ การนอนหลับ คุณภาพชีวิต และกิจกรรมทาง กาย รวมทั้งลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตเมื่อ เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ	ปานกลาง
Santiago de Araújo Pio et al. (2020) ⁽¹⁷⁾	แคนาดา	การศึกษาแบบหลายวิธี เป็นลำดับขั้นประกอบ ด้วย การสังเกต การทดสอบนักร้อง การสัมภาษณ์ เชิงคุณภาพ และการ สำรวจก่อนและ หลังเรียน	บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรค หัวใจในโรงพยาบาลศึกษาการ 2 แห่ง ประกอบด้วยพยาบาลที่ฝึกสังเกต 7 ราย บุคลากรที่ทดสอบหลักสูตร 5 ราย และผู้ตอบแบบสอบถาม ก่อนเรียน 24 ราย	หลักสูตรออนไลน์สำหรับบุคลากรสุขภาพ ในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ช่วยเข้าร่วม การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่าย โดยมี เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการฟื้นฟูหัวใจ และเอกสารประกอบการสื่อสาร ณ จุดดูแล	หลังเข้าร่วมหลักสูตร บุคลากร มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ ในการตอบคำถามเกี่ยวกับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจดีขึ้น สะท้อนว่าการเตรียมความพร้อม บุคลากรสามารถสนับสนุนการ สนทนาและการแนะนำผู้ป่วย เข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ ก่อนจำหน่ายได้	ปานกลางถึงสูง

ผู้แต่ง (ปี)	ประเทศ	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	แนวทาง/โปรแกรม	ผลลัพธ์และข้อค้นพบหลัก	คุณภาพงานวิจัย
Jiang et al. (2020) ⁽⁵⁾	จีน	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมและวัดผลซ้ำ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 144 ราย จากศูนย์สุขภาพชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิชาชีพที่นำโดยพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการโรค การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยพยาบาล 72 ราย และกลุ่มดูแลตามปกติ 72 ราย	โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิชาชีพที่นำโดยพยาบาล มุ่งเน้นการจัดการโรค การจัดการอารมณ์ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยพยาบาล 72 ราย และกลุ่มดูแลตามปกติ 72 ราย	โปรแกรมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองและคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงลดการใช้บริการสุขภาพโดยไม่ได้วางแผน	ปานกลางถึงสูง
Chang et al. (2020) ⁽¹⁸⁾	จีน	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคงที่ในพื้นที่ชนบทและห่างไกลที่ได้รับการรักษาด้วยการ PCI จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย	การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลที่มีคุณสมบัติด้านจิตวิทยาการบำบัดและการให้คำปรึกษา ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที ก่อนทำ PCI 1 วัน และหลังทำ PCI 24 ชั่วโมง ร่วมกับการดูแลตามปกติ	การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มคุณภาพชีวิตหลัง PCI แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหัวใจที่รักษาในโรงพยาบาล	ปานกลาง
Sun et al. (2021) ⁽¹⁹⁾	จีน	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเดือนเมษายน 2019 ถึงเมษายน 2020 จำนวน 104 ราย แบ่งเป็นกลุ่มดูแลตามปกติ 52 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบสุขภาพตามรูปแบบการดูแลร่วมมือ 52 ราย	การดูแลแบบสุขภาพบนพื้นฐานรูปแบบการดูแลร่วมมือ ประกอบด้วย การให้ความรู้ สุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการดูแลที่เน้นความสุขสบายของผู้ป่วย	เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ โปรแกรม/แนวทางการดูแลช่วยเพิ่มความรู้ ด้านสุขภาพ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพิ่มความร่วมมือในการรักษา เสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และเพิ่มความสุขสบายของผู้ป่วย	ปานกลาง
Huriani (2019) ⁽²⁰⁾	อินโดนีเซีย	การศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจ	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 288 ราย สมาชิกครอบครัว 145 ราย และพยาบาลหน่วยโรคหัวใจ 40 ราย	ไม่มีการทดสอบโปรแกรมการดูแล แต่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยในระยะเวลาพยาบาล กังวลพยาบาล และหลังระยะเฉียบพลัน โดยใช้แบบประเมิน Cardiac Patient Learning Need Inventory	ผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลต่างรายงานว่ามีความต้องการเรียนรู้ในระดับสูง แต่ให้ความสำคัญกับหัวข้อแตกต่างกัน จึงสนับสนุนการประเมินความต้องการการเรียนรู้เฉพาะรายก่อนให้สยศึกษา	ปานกลาง

ผู้แต่ง (ปี)	ประเทศ	รูปแบบการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	แนวทาง/โปรแกรม	ผลลัพธ์และข้อค้นพบหลัก	คุณภาพงานวิจัย
Fernandes et al. (2019) ⁽²¹⁾	โปรตุเกส	การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม	ผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 121 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลกลาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 65 ราย และกลุ่มควบคุม 56 ราย	โปรแกรม/แนวทางการดูแลด้านจิตศึกษาแบบสั้นระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ในโรงพยาบาล โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับ ACS และการช่วยชีพเพื่อฟื้นคืนชีพการฟื้นคืนชีพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม	โปรแกรม/แนวทางการดูแลช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ ACS อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในระยะติดตาม สนับสนุนการใช้ชีวิตศึกษาแบบสั้นในโรงพยาบาลหลังเกิด ACS	ปานกลางถึงสูง
Darsin Singh et al. (2018) ⁽²²⁾	มาเลเซีย	การศึกษาทั้งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 60 ราย จากโรงพยาบาลตติยภูมิ	โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยพยาบาลเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติ และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการของ ACS และการตอบสนองเพื่อรับมารับการรักษา	หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้ทัศนคติ และความรู้เกี่ยวกับ ACS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยเน้นบทบาทของพยาบาลในการลดความล่าช้าในการรับรู้การและการมารับการรักษา	ปานกลางถึงสูง
Chen et al. (2018) ⁽²³⁾	จีน	การศึกษาความเป็นไปได้แบบผสมผสานวิธี ร่วมกับการวัดก่อนและหลังการวิจัย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 190 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรม mHealth 12 สัปดาห์ จากศูนย์ตติยภูมิ และศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองรวมทั้งมีการสัมภาษณ์แพทย์และ ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้โปรแกรม	โปรแกรม/แนวทางการดูแลผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมโยงทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยแพทย์ใช้แอปบันทึกข้อมูลและส่ง ยาตามหลักฐาน ส่วนผู้ป่วยได้รับข้อความหรือเสียงอัตโนมัติ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อสนับสนุนการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพ	โปรแกรมมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเช่น ลดการสูบบุหรี่ เพิ่มการบริโภคผัก และเพิ่มการมารับบริการสุขภาพ	สูง

ผลการศึกษา

ผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 จากงานวิจัยที่คัดเลือก 10 เรื่อง พบว่า หลักฐานมีความหลากหลายด้านรูปแบบการศึกษา ประชากร และองค์ประกอบของการดูแล ประกอบด้วย การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม 4 เรื่อง การศึกษากึ่งทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาเชิงพรรณนา 1 เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบ 1 เรื่อง และการศึกษาความเป็นไปได้ 3 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วย ACS/ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยหลังการทำการบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ตลอดจนบุคลากรและครอบครัวที่เกี่ยวข้องผลลัพธ์ที่รายงานส่วนใหญ่ ได้แก่ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต การเข้าร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการใช้บริการสุขภาพ รายละเอียดรูปแบบ องค์ประกอบผลลัพธ์ และคุณภาพของแต่ละการศึกษาแสดงในตารางที่ 1

ผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การสังเคราะห์กลยุทธ์ทางการพยาบาลจำแนกได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล มุ่งเน้นการประเมินความต้องการเรียนรู้ก่อนให้สุขศึกษา ครอบคลุมเรื่องโรค อาการเตือน การตอบสนองเมื่อเกิดอาการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งช่วยพัฒนาความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁽²⁰⁻²²⁾ 2) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ใช้กระบวนการให้คำปรึกษา การดูแลแบบสุขสบาย และการพยาบาลแบบครอบคลุมที่มีองค์ประกอบด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลดีต่อการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มความสุขสบายและคุณภาพชีวิต^(16,18,19) 3) การส่งเสริมการจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยา สนับสนุนการดำเนินการผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองที่นำโดยพยาบาล การดูแลแบบร่วมมือ และระบบเตือนหรือให้ความรู้ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ ซึ่งช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา คุณภาพชีวิต

และช่วยลดการใช้บริการสุขภาพ^(5,15,19) 4) การวางแผนจำหน่ายและเชื่อมโยงสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เน้นการเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากรและผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การให้จิตศึกษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการสนับสนุนการเชื่อมต่อเข้าสู่บริการฟื้นฟู ซึ่งส่งผลดีครอบคลุมทั้งความรู้ ความมั่นใจของบุคลากร และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย^(17,21,23) 5) การใช้เทคโนโลยีร่วมกับการดูแลแบบประสานความร่วมมือ เป็นการประยุกต์ใช้เครื่องมือ mHealth, แอปพลิเคชัน WeChat, ระบบเตือนรับประทานยา และรูปแบบการดูแลร่วมมือเพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ส่งผลดีต่อความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และความต่อเนื่องของการดูแล^(5,15,19,23)

เมื่อพิจารณาร่วมกัน กลยุทธ์ทั้ง 5 ประเด็น มีองค์ประกอบบางส่วนเชื่อมโยงกัน แต่มีจุดเน้นต่างกัน ได้แก่ การให้ความรู้เน้นความต้องการเรียนรู้และการตัดสินใจของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านจิตใจเน้นการประเมินและผลลัพธ์ทางอารมณ์ การจัดการตนเองเน้นพฤติกรรมและความร่วมมือระยะยาว การวางแผนจำหน่ายเน้นการเปลี่ยนผ่านและการเชื่อมต่อบริการ และเทคโนโลยีทำหน้าที่เป็นช่องทางสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล การศึกษาที่คัดเลือกมีความแตกต่างทั้งรูปแบบการวิจัย เครื่องมือ ตัวชี้วัด และช่วงเวลาติดตาม อีกทั้งหลายการศึกษาไม่ได้รายงานขนาดอิทธิพลหรือช่วงความเชื่อมั่นในรูปแบบที่เปรียบเทียบกันได้ จึงไม่เหมาะต่อการรวมขนาดอิทธิพลเป็นค่าเดียว การสังเคราะห์ครั้งนี้จึงรายงานจำนวนงานที่สนับสนุนแต่ละประเด็นและทิศทางของผลลัพธ์ตามข้อมูลที่ รายงานในงานต้นฉบับ และตีความร่วมกับคุณภาพของแต่ละการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการทบทวนแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ได้เป็นกิจกรรมเดียว แต่เป็นชุดการดูแลที่เชื่อมโยงความรู้ ภาวะจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องของบริการเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับหลักฐานด้านการดูแล

ต่อเนื่อง การให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการติดตามด้วยเทคโนโลยี ที่เน้นการประเมินความต้องการรายบุคคลและการสนับสนุนต่อเนื่องมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว⁽⁶⁻¹⁰⁾ เมื่อพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ประเทศไทยที่อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดยังคงเป็นภาระสำคัญ⁽¹¹⁾ บทบาทพยาบาลในการเชื่อมการดูแลตั้งแต่ระยะรักษา การเตรียมจำหน่าย การลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจซ้ำ และการติดตามจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างไรก็ตามความแตกต่างของประชากรและรูปแบบการศึกษาในงานที่คัดเลือกทำให้ความเข้มแข็งของหลักฐานในแต่ละประเด็นไม่เท่ากัน จึงควรพิจารณาความเหมาะสมของบริบทก่อนนำไปใช้ ดังนี้ 1) การให้ความรู้เฉพาะบุคคล เนื่องจากความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วยครอบครัว และพยาบาลอาจไม่ตรงกัน⁽²⁰⁾ การประเมินความต้องการก่อนให้สุขศึกษาจึงช่วยให้เนื้อหาตรงกับปัญหาและช่วงเวลาของผู้ป่วยมากขึ้น ขณะเดียวกันการศึกษาที่ใช้สุขศึกษาและจิตศึกษาในผู้ป่วย ACS รายงานผลดีต่อความรู้ เจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ^(21,22) ซึ่งสนับสนุนการจัดการเรียนรู้ที่เน้นอาการเตือน การตอบสนองเมื่อมีอาการและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แต่หลักฐานยังไม่เพียงพอที่จะสรุปโดยตรงว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวลดปัญหาได้ 2) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การให้คำปรึกษา การดูแล และการพยาบาลแบบครอบคลุมช่วยลดความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มความสุขสบาย และคุณภาพชีวิต^(16,18,19) สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรประเมินภาวะอารมณ์ควบคู่กับอาการทางกาย โดยเฉพาะช่วงก่อนและหลังหัตถการหรือระยะฟื้นตัว ทั้งนี้อาจประกอบด้านจิตใจปรากฏร่วมกับกลยุทธ์อื่นหลายรูปแบบ จึงควรมองเป็นองค์ประกอบข้ามช่วงการดูแล ไม่ใช่กิจกรรมที่แยกออกจากการให้ความรู้หรือการจัดการตนเอง 3) การจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยา เป็นกลไกสำคัญของการดูแลระยะต่อเนื่อง โปรแกรมที่นำโดยพยาบาลและการดูแลแบบร่วมมือ ส่งผลดีต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะ

แห่งตน คุณภาพชีวิต และการใช้บริการสุขภาพ^(5,19) ขณะที่เครื่องมือ mHealth และระบบเตือนช่วยสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา^(15,23) จุดร่วมของหลักฐานเหล่านี้ คือ การติดตามและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าทำไมโปรแกรมหลายองค์ประกอบจึงให้ผลครอบคลุมกว่าการให้คำแนะนำครั้งเดียว 4) การวางแผนจำหน่ายและการเชื่อมต่อสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่พยาบาลสามารถลดช่องว่างระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลต่อเนื่องได้ การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และความมั่นใจในการแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ⁽¹⁷⁾ และการให้จิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู⁽²¹⁾ สนับสนุนให้การวางแผนจำหน่ายมีเนื้อหามากกว่าการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน แต่รวมถึงการประสานส่งต่อและการติดตามความพร้อมของผู้ป่วยด้วย 5) การใช้เทคโนโลยีร่วมกับการดูแลแบบประสานความร่วมมือทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเสริมการดูแล ไม่ใช่ทดแทนบทบาทพยาบาล หลักฐานจากเครื่องมือ mHealth, แอปพลิเคชัน WeChat และระบบสื่อสารอัตโนมัติ ซึ่งถึงความเป็นไปได้ในการสนับสนุนการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพ^(15,23) เมื่อใช้ร่วมกับการดูแลแบบร่วมมือหรือการจัดการตนเองที่นำโดยพยาบาล^(5,19) เทคโนโลยีจึงมีศักยภาพในการขยายความต่อเนื่องของบริการ แต่การนำไปใช้ควรคำนึงถึงความสามารถด้านดิจิทัล การเข้าถึงอุปกรณ์ และความเหมาะสมกับระบบบริการ

ข้อจำกัดในการศึกษา

งานวิจัยที่คัดเลือกมีความหลากหลายของประชากร ตั้งแต่ ACS กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจคงที่ และผู้ป่วยหลัง PCI รวมทั้งมีรูปแบบการศึกษา เครื่องมือ และตัวชี้วัดต่างกัน หลายการศึกษาไม่ได้รายงานขนาดอิทธิพลและช่วงความเชื่อมั่นในรูปแบบที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ จึงไม่เหมาะต่อการสรุปขนาดผลร่วมกัน นอกจากนี้ หลักฐานบางประเด็นมาจากงานวิจัยจำนวนน้อยและดำเนินการในบริบทต่างประเทศ แม้สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดของประเทศไทยสะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาการ

ดูแลต่อเนื่อง⁽¹¹⁾ แต่การนำกลยุทธ์ที่สังเคราะห์ได้ไปใช้ ควรมีการปรับให้เหมาะกับระบบบริการทรัพยากร และลักษณะผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน พร้อมติดตาม ผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ

สรุปผลการศึกษา

งานวิจัยที่คัดเลือก 10 เรื่อง มีความหลากหลาย ด้านรูปแบบ ประชากร องค์ประกอบ และผลลัพธ์ แต่สามารถสังเคราะห์กลยุทธ์ทางการพยาบาลได้ 5 ประเด็น ได้แก่ การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การส่งเสริมการจัดการตนเองและความร่วมมือในการใช้ยา การวางแผน จำหน่ายและเชื่อมโยงสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และ การใช้เทคโนโลยีร่วมกับการดูแลแบบประสาน ความร่วมมือ กลยุทธ์เหล่านี้สนับสนุนผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษา ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต และความต่อเนื่องของการดูแล ตามที่รายงานในแต่ละการศึกษา อย่างไรก็ตาม ไม่ควรสรุปผลเกินขอบเขตหลักฐาน และการนำไปใช้ควรเลือก ให้เหมาะกับประชากร บริบทบริการ และคุณภาพของ หลักฐาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้ประโยชน์ พยาบาลและหน่วยบริการควรประเมินความต้องการเรียนรู้ และภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จัดการให้ความรู้ และการสนับสนุนการจัดการตนเองตั้งแต่ระยะรักษา วางแผนจำหน่ายโดยเชื่อมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และพิจารณาใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการติดตามและความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้ควรกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ ชัดเจนและประเมิน ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วย บริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการหลายองค์ ประกอบในผู้ป่วย ACS หรือกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ

ที่กำหนดขอบเขตชัดเจนโดยใช้การออกแบบที่มีกลุ่ม เปรียบเทียบ รายงานขนาดอิทธิพลและช่วงความเชื่อมั่น ติดตามผลระยะยาว และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกการกลับ เข้ารักษาซ้ำ คุณภาพชีวิต และความคุ้มค่า รวมถึงศึกษา ความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้ในบริบทระบบสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. *J Epidemiol Glob Health*. 2021;11(2):169-177. doi:10.2991/jegh.k.201216.001.
2. Bauersachs R, Zeymer U, Brière JB, Marre C, Bowrin K, Hulsebeck M. Burden of coronary artery disease and peripheral artery disease: a literature review. *Cardiovasc Ther*. 2019;2019:8295054. doi:10.1155/2019/8295054.
3. Shao C, Wang J, Tian J, Tang YD. Coronary artery disease: from mechanism to clinical practice. *Coron Artery Dis*. 2020;31(7):639-648. doi:10.1097/MCA.0000000000000852.
4. Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(2):e21-e129. doi:10.1016/j.jacc.2021.09.006.
5. Jiang W, Zhang Y, Yan F, Liu H, Gao R. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2020;103(4):854-863. doi:10.1016/j.pec.2019.11.001.

6. Posadas-Collado G, Membrive-Jiménez MJ, Romero-Béjar JL, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Suleiman-Martos N. Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):3000. doi:10.3390/ijerph19053000.
7. Anderson L, Brown JP, Clark AM, Dalal H, Rossau HKK, Bridges C. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(6):CD008895. doi:10.1002/14651858.CD008895.pub3.
8. Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2023;44(6):452-469. doi:10.1093/eurheartj/ehac747.
9. Jin K, Khonsari S, Gallagher R, Gallagher P, Clark AM, Freedman B, et al. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;18(4):260-271. doi:10.1177/1474515119826510.
10. Sua YS, Jiang Y, Thompson DR, Wang W. Effectiveness of mobile phone-based self-management interventions for medication adherence and change in blood pressure in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(3):192-200. doi:10.1177/1474515119893071.
11. Sukpatthanakul K. Analysis of trends in ischemic heart disease occurrence [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2024 [cited 2026 Aug 17]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/09/Analysis-of-Trends-in-Ischemic-Heart-Disease-Occurrence.pdf>
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
14. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf*. 2018;34(4):285-291. doi:10.3233/EFI-180221.
15. Ni Z, Liu C, Wu B, Yang Q, Douglas C, Shaw RJ. An mHealth intervention to improve medication adherence among patients with coronary heart disease in China: development of an intervention. *Int J Nurs Sci*. 2018;5(4):322-330. doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.003.
16. Zhang W, Zhang H. Effects of comprehensive nursing intervention based on self-disclosure on improving alexithymia in elder patients with coronary heart disease. *BMC Nurs*. 2022;21(1):216. doi:10.1186/s12912-022-01006-w.

17. Santiago de Araújo Pio C, Gagliardi A, Suskin N, Ahmad F, Grace SL. Implementing recommendations for inpatient healthcare provider encouragement of cardiac rehabilitation participation: development and evaluation of an online course. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):768. doi:10.1186/s12913-020-05619-2.
18. Chang Z, Guo AQ, Zhou AX, Sun TW, Ma LL, Zhang Q. Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *Aust J Rural Health.* 2020;28(2):124-131. doi:10.1111/ajr.12587.
19. Sun C, Jia M, Wu H, Wang Q, Li J, Li Y, et al. The effect of comfort care based on the collaborative care model on the compliance and self-care ability of patients with coronary heart disease. *Ann Palliat Med.* 2021;10(1):501-508. doi:10.21037/apm-20-2520.
20. Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: perceptions of patients, family members and nurses. *Int J Nurs Sci.* 2019;6(3):294-299. doi:10.1016/j.ijnss.2019.05.001.
21. Fernandes AC, McIntyre T, Coelho R, Prata J, Maciel MJ. Impact of a brief psychological intervention on lifestyle, risk factors and disease knowledge during phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol.* 2019;38(5):361-368. doi:10.1016/j.repc.2018.09.009.
22. Darsin Singh SK, Ahmad A, Rahmat N, Hmwe NTT. Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome. *Nurs Crit Care.* 2018;23(4):186-191. doi:10.1111/nicc.12240.
23. Chen S, Gong E, Kazi DS, Gates AB, Bai R, Fu H, et al. Using mobile health intervention to improve secondary prevention of coronary heart diseases in China: mixed-methods feasibility study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2018;6(1):e9. doi:10.2196/mhealth.7849.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชากรไทยและปัจจัยกำหนด ในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566

Utilization of Diabetes and Hypertension Screening among
the Thai Population and Determining Factors
in 2019 and 2023.

รุ่งทิพย์ เลิศนิทัศน์ (ศศ.ม)*, รักษ์ชนก คชานูบาล (ปร.ด)*

Rungtip Lertnithus (M.A.)*, Rukchanok Karcharnubarn, (Ph.D.)*

* วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* College of Population Studies, Chulalongkorn University

ชื่อผู้ประสานงาน: รุ่งทิพย์ เลิศนิทัศน์ อีเมลผู้ประสานงาน: rungtip.lert@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	19 มิ.ย. 2569
วันแก้ไข:	25 ส.ค. 2569
วันตอบรับ:	29 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression) และ Pooled Binary Logistic Regression บนชุดข้อมูลภาคตัดขวางที่รวมสองรอบการสำรวจ (Pooled Repeated Cross - Sections) ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของประชากรไทยที่ไม่ได้เจ็บป่วยและเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2562 (OR = 0.61) ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคพบว่าปัจจัย อายุ เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในปี พ.ศ. 2562 และ 2566 ในขณะที่ปัจจัย เพศและสถานภาพสมรส พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 เท่านั้น โดยอายุ และสวัสดิการสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละปีเปรียบเทียบกัน พบว่า ปัจจัยที่มีทิศทางของความสัมพันธ์แตกต่างกันระหว่างปี พ.ศ. 2562 และ ปี 2566 คือ ภาคที่อยู่อาศัย ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชากรเข้ารับ

การตรวจคัดกรองให้มากขึ้นและทำอย่างต่อเนื่อง ควรมุ่งเน้นส่งเสริมประชากรในกลุ่มเพศชาย ผู้ที่มีอายุ 15 - 34 ปี ผู้ที่มีสถานภาพโสด อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคกลาง มีการศึกษาระดับกลาง กลุ่มอาชีพลูกจ้างรัฐบาล/ รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน อีกทั้งส่งเสริมให้สวัสดิการด้านสุขภาพครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในทุกประเภทสวัสดิการ

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง; เบาหวาน; ความดันโลหิตสูง; การเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the utilization of screening services for diabetes and hypertension, and the factors associated with service utilization among the Thai population aged 15 years and older who underwent screening for preventive purposes rather than due to illness in 2019 and 2023, representing the periods before and after the COVID - 19 pandemic. The study uses data from the Health and Welfare Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. Data were analyzed using descriptive statistics, binary logistic regression, and pooled binary logistic regression on pooled repeated cross - sectional data. The results showed that the proportion of the Thai population without illness who received diabetes and hypertension screening services in 2023 was significantly lower than that in 2019 (OR = 0.61). The binary logistic regression analysis indicates that gender, age, marital status, region of residence, educational level, occupation, and health welfare were statistically significantly associated with diabetes and hypertension screening utilization among the Thai population aged 15 years and older in both 2019 and 2023. Meanwhile, gender and marital status exhibited statistically significant associations only in 2023, and age and health welfare demonstrated strong associations with diabetes and hypertension screening. Furthermore, comparisons of the direction of association across the two years revealed differences in the region of residence. Therefore, promoting accessibility to diabetes and hypertension screenings service among the Thai population is a crucial policy measure. Efforts should focus on promoting screening utilization among males, aged 15 – 34 years, individuals who are single, municipal residents - particularly in Bangkok and the Central region, those with a medium level of education, and government, state enterprise and private employees. In addition, promoting diabetes and hypertension screening coverage across all categories of health welfare.

Keywords: Mass Screening, Diabetes Mellitus, Hypertension, Health Services Accessibility

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) ซึ่งเกิดจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น⁽¹⁾ และสาเหตุการเสียชีวิตที่เปลี่ยนไป จากโรคติดต่อเป็นโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในปัจจุบัน โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องใช้วิธีการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรืออาจจะต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ

เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวยังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา

สำหรับประชากรไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยสูงอายุ โดยประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกว่า 14 ล้านคน และเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 400,000 คน⁽²⁾ โดยโรคเรื้อรังมักจะไม่ได้แสดงอาการ แต่จะแสดงออกเมื่อเป็นมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะหากรักษาอาการล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา อีกทั้งแม้ว่าหน่วยงานของรัฐบาลได้มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ หากแต่แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้น ประชากรส่วนมากยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ⁽³⁾ ได้รายงานว่าการระบาดของโรคโควิด - 19 ในปี พ.ศ. 2562 และมาตรการการควบคุมป้องกันการระบาดต่าง ๆ ได้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ทั้งในแง่การส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษา การควบคุมโรคไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงได้ถูกจำกัดลง การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยในการเข้ารับบริการด้านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญในกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้เจ็บป่วย และเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนและหลังการระบาดของโควิด - 19 ว่ามีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่างกันหรือไม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ประชากรไทยเข้ารับบริการเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 เพราะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ตั้งแต่เริ่มต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และการตรวจ

สุขภาพคัดกรองโรคเป็นประจำ เพื่อป้องกันและรับมือกับปัญหาสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อเปรียบเทียบการเข้ารับบริการในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด - 19 ประชากรเป้าหมาย คือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค โดยไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งสิ้น 6,665 คนในปี พ.ศ. 2562 และ 21,185 คนในปี พ.ศ. 2566 เมื่อคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ตอบข้อมูลครบถ้วนตามตัวแปรที่ศึกษา (Complete Case Analysis) ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์จำนวน 4,469 คน และ 15,464 คน ตามลำดับ โดยมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูลด้วยวิธี Normalizing Weights เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวเป็นตัวแทนของประชากร ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรตาม คือ การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใน 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ (1 = เข้ารับบริการ, 0 = ไม่เข้ารับบริการ) และตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส) 2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค) และ 3) ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน

คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression) สำหรับ วิเคราะห์ปัจจัยแยกรายปี และใช้ Pooled Binary Logistic Regression บนฐานข้อมูลภาคตัดขวางที่รวม สองรอบการสำรวจ (Pooled Repeated Cross - Sections) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และเปรียบเทียบการเข้ารับบริการระหว่าง 2 ช่วงปี โดยนำเสนอผลด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2562 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,469 คน และ พ.ศ. 2566 จำนวน 15,464 คน ดังตารางที่ 1 พบว่า การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ ร้อยละ 46.99 แต่ในปี พ.ศ.2566 ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 31.89 โดยมีลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ช่วงปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยส่วนมากเป็นเพศ หญิง อายุ 35-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพ สมรส ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และใช้ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของประชากร	ปี พ.ศ. 2562 (n = 4,469)		ปี พ.ศ. 2566 (n = 15,464)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการส่งเสริมสุขภาพ				
เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	2,100	46.99	4,925	31.89
เพศ				
ชาย	1,523	34.08	6,551	42.36
หญิง	2,946	65.92	8,913	57.64
อายุ				
15-34 ปี	503	11.26	2,788	18.03
35-59 ปี	2,096	46.90	6,761	43.72
60 ปีขึ้นไป	1,870	41.84	5,915	38.25
สถานภาพสมรส				
โสด	435	9.73	2,752	17.80
สมรส	3,105	69.48	9,877	63.87
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	929	20.79	2,835	18.33
อาชีพ				
ไม่ทำงาน	1,539	34.44	5,349	34.59
ธุรกิจส่วนตัว	1,891	42.31	6,490	41.97
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	463	10.36	1,249	8.08
ลูกจ้างเอกชน	576	12.89	2,376	15.36

ลักษณะของประชากร	ปี พ.ศ. 2562 (n = 4,469)		ปี พ.ศ. 2566 (n = 15,464)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1,226	27.43	2,158	13.95
ประถมศึกษา	1,556	34.82	6,124	39.60
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	973	21.77	5,024	32.49
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	714	15.98	2,158	13.95
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	2,510	56.16	8,574	55.44
นอกเขตเทศบาล	1,959	43.84	6,890	44.56
ภูมิภาค				
กรุงเทพฯ	149	3.33	527	3.41
ภาคกลาง	1,068	23.90	4,356	28.17
ภาคเหนือ	1,166	26.09	3,793	24.53
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,371	30.68	5,149	33.30
ภาคใต้	715	16.00	1,639	10.60
ลักษณะทางด้านสวัสดิการสุขภาพ				
ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้	276	6.18	1,333	8.62
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2,971	66.48	10,331	66.81
ประกันสังคม	335	7.50	1,584	10.24
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	795	17.79	1,983	12.82
สิทธิบริษัทเอกชน	92	2.06	233	1.51

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression Analysis ในตารางที่ 2 พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค และสวัสดิการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ประชากรที่มีอายุ 35 - 59 ปี และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรอายุ 15 - 34 ปี (OR = 5.25 และ 8.04) ประชากรที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (OR = 1.29) และผู้ประกอบอาชีพลูกจ้างเอกชน มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (OR = 0.72) ประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา มี

การเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (OR = 0.60) และ ประชากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (OR = 0.48) ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีการเข้ารับบริการ มากกว่าในเขตเทศบาล (OR = 1.45) ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (OR = 2.76, 2.21, 2.04 และ 2.59 ตามลำดับ) ประชากรที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคมมีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (OR = 3.66, 2.26 และ 1.72 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ กับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566

ปัจจัย	ปี พ.ศ. 2562 (n = 4,469)			ปี พ.ศ. 2566 (n = 15,464)		
	Odds	95% C.I.		Odds	95% C.I.	
	Ratio	Lower	Upper	Ratio	Lower	Upper
ปัจจัยทางประชากร						
1.เพศ						
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)						
หญิง	0.99	0.86	1.15	1.24**	1.14	1.36
2.อายุ						
15-34 ปี (กลุ่มอ้างอิง)						
35-59 ปี	5.25**	3.90	7.05	9.27**	7.54	11.39
60 ปีขึ้นไป	8.04**	5.80	11.15	18.61**	14.95	23.16
3.สถานภาพสมรส						
โสด (กลุ่มอ้างอิง)						
สมรส	0.89	0.68	1.18	1.16*	1.00	1.35
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1.13	0.82	1.55	1.20*	1.01	1.42
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม						
4.อาชีพ						
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)						
ธุรกิจส่วนตัว	1.29*	1.08	1.54	1.03	0.92	1.14
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	0.80	0.54	1.17	0.76*	0.60	0.97
ลูกจ้างเอกชน	0.72*	0.54	0.95	0.78*	0.67	0.95
5.การศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)						
ประถมศึกษา	1.16	0.97	1.38	1.21*	1.07	1.36
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	0.60**	0.47	0.75	0.84*	0.73	0.97
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.48**	0.35	0.67	0.50**	0.41	0.62
6.เขตที่อยู่อาศัย						
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)						
นอกเขตเทศบาล	1.45**	1.24	1.69	1.24**	1.13	1.36
7.ภูมิภาค						
กรุงเทพฯ (กลุ่มอ้างอิง)						
ภาคกลาง	2.76**	1.88	4.06	0.71**	0.60	0.85
ภาคเหนือ	2.21**	1.49	3.27	1.46**	1.21	1.75

ปัจจัย	ปี พ.ศ. 2562 (n = 4,469)			ปี พ.ศ. 2566 (n = 15,464)		
	Odds	95% C.I.		Odds	95% C.I.	
	Ratio	Lower	Upper	Ratio	Lower	Upper
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.04**	1.38	3.02	1.15	0.96	1.37
ภาคใต้	2.59**	1.71	3.90	2.14**	1.74	2.63
ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ						
8.ประเภทสวัสดิการสุขภาพ						
ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้						
(กลุ่มอ้างอิง)						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.66**	2.54	5.27	11.19**	8.23	15.21
ประกันสังคม	1.72*	1.07	2.77	5.17**	3.64	7.34
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.26**	1.49	3.43	10.06**	7.21	14.04
สิทธิบริษัทเอกชน	0.54	0.22	1.36	2.63*	1.42	4.90

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

ในปี พ.ศ. 2566 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค สวัสดิการสุขภาพ โดย ประชากรเพศหญิง มีการเข้ารับบริการ มากกว่าเพศชาย (OR = 1.24) ประชากรที่มีอายุ 35 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรอายุ 15 - 34 ปี (OR = 9.27 และ 18.61) ประชากรที่สมรส หรือเคยผ่านการสมรส มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (OR = 1.16 และ 1.20) ประชากรที่ประกอบอาชีพลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ และผู้ประกอบอาชีพลูกจ้างเอกชน มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (OR = 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ) ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (OR = 1.21) แต่ประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (OR = 0.84 และ 0.50 ตามลำดับ) ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขต

เทศบาล มีการเข้ารับบริการ มากกว่า ในเขตเทศบาล (OR = 1.24) ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคใต้ มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (OR = 1.46 และ 2.14 ตามลำดับ) แต่ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง มีการเข้ารับบริการน้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (OR = 0.71) ประชากรที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิของบริษัทเอกชน มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (OR = 11.19, 5.17, 10.06 และ 2.63 ตามลำดับ)

การเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562 และ 2566 โดยใช้วิธี Pooled Binary Logistic Regression ดังตารางที่ 3 พบว่า ประชากรเพศหญิง มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากกว่าเพศชาย (OR = 1.18) ประชากรที่มีอายุ 35 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรอายุ 15 - 34 ปี (OR = 7.80 และ 14.48 ตามลำดับ) ประชากรที่มีสถานะหม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (OR =

1.22) ประชากรที่ประกอบอาชีพลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ และผู้ประกอบการอาชีพลูกจ้างเอกชน มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (OR = 0.75 และ 0.76 ตามลำดับ) ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา (OR = 1.19) แต่ประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา และประชากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา (OR = 0.77 และ 0.50 ตามลำดับ) ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (OR = 1.29) ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (OR = 1.50, 1.26 และ 2.06 ตามลำดับ) ประชากรที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการเข้ารับบริการ มากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (OR = 7.47, 3.43 และ 5.92 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562 และ 2566 โดยใช้วิธี Pooled Binary Logistic Regression

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ (n = 19,933)		
	Odds Ratio	95% C.I.	
		Lower	Upper
ปัจจัยทางประชากร			
1.เพศ			
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)			
หญิง	1.18**	1.10	1.27
2.อายุ			
15-34 ปี (กลุ่มอ้างอิง)			
35-59 ปี	7.80**	6.60	9.21
60 ปีขึ้นไป	14.48**	12.11	17.31
3.สถานภาพสมรส			
โสด (กลุ่มอ้างอิง)			
สมรส	1.13	0.99	1.28
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1.22*	1.05	1.42
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม			
4.อาชีพ			
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)			
ธุรกิจส่วนตัว	1.08	0.99	1.18
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	0.75*	0.62	0.92
ลูกจ้างเอกชน	0.76**	0.66	0.89

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ (n = 19,933)		
	Odds Ratio	95% C.I.	
		Lower	Upper
5.การศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)			
ประถมศึกษา	1.19**	1.08	1.31
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส/อนุปริญญา	0.77**	0.68	0.87
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.50**	0.42	0.59
6.เขตที่อยู่อาศัย			
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)			
นอกเขตเทศบาล	1.29**	1.19	1.39
7.ภูมิภาค			
กรุงเทพฯ (กลุ่มอ้างอิง)			
ภาคกลาง	0.95	0.81	1.12
ภาคเหนือ	1.50**	1.27	1.77
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.26*	1.07	1.48
ภาคใต้	2.06**	1.72	2.47
ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ			
8.ประเภทสวัสดิการสุขภาพ			
ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.47**	5.96	9.36
ประกันสังคม	3.43**	2.62	4.48
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5.92**	4.61	7.60
สิทธิบริษัทเอกชน	1.43	0.81	2.37
9. ช่วงปีที่เปรียบเทียบ			
พ.ศ. 2562 (กลุ่มอ้างอิง)			
พ.ศ. 2566	0.61**	0.56	0.66

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

จากการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน 2 ช่วงปี พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง น้อยกว่าปี พ.ศ. 2562 (OR = 0.61) จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรอง

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เพศหญิง มีแนวโน้มการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มมากขึ้น

รวมถึงประชากรที่มีสถานภาพสมรส และกลุ่มประชากรที่มีสถานะหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีแนวโน้มในการเข้ารับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง มีแนวโน้มในการเข้ารับบริการ น้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในทั้ง 2 ปี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และ สวัสดิการสุขภาพ

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านสวัสดิการสุขภาพ ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 โดยพบว่าหลังการระบาด ประชากรเพศหญิงมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเพศหญิงเข้าร่วมการคัดกรองโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย⁽⁴⁾ และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่า⁽⁵⁾ สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่าทั้งสองช่วงปีประชากรกลุ่มที่มีอายุมากกว่าเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสูงกว่า เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾ ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่าประชากรที่สมรสหรือเคยสมรสมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่โสด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าบทบาทและการสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายและจิตใจระหว่างกัน⁽⁷⁻⁸⁾

ปัจจัยด้านอาชีพ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าผู้ประกอบการอาชีพธุรกิจส่วนตัวเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ไม่ทำงาน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีรายได้และความสะดวกในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับรายได้ที่เพียงพอต่อเดือนมีผลเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ในทั้งสองช่วงปีพบว่ากลุ่มอาชีพลูกจ้าง

รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างเอกชน มีการตรวจคัดกรองน้อยกว่าผู้ไม่ได้ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มแม่บ้านหรือผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ประกอบการอาชีพหรือผู้มีรายได้สูง⁽⁷⁾ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีเวลาดูแลตนเอง และตระหนักถึงค่าใช้จ่ายหรือค่าเสียโอกาสจากการทำงานหากเกิดการเจ็บป่วยด้านระดับการศึกษา พบว่าทั้งสองช่วงปี ผู้ที่มีการศึกษาระดับกลางและระดับสูงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้จบการศึกษาระดับกลางเข้ารับบริการคัดกรองเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดำกว่า⁽¹⁰⁾ เนื่องจากสถานะการทำงานและรายได้ อำนวยให้มีตัวเลือกในการรับบริการสาธารณสุขช่องทางอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชน ประกอบกับผู้มีการศึกษาดำส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายบริการเชิงรุกของรัฐบาลในพื้นที่ห่างไกล โดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้ความรู้และกระตุ้นการคัดกรองโรคในชุมชน⁽¹¹⁾ สำหรับปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่าทั้งสองช่วงปี ประชากรนอกเขตเทศบาลมีการตรวจคัดกรองมากกว่าในเขตเทศบาล สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ระบุว่า การคัดกรองโรคเกิดจากการขับเคลื่อนเชิงรุกของ อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นอกเขตเทศบาล ซึ่งมีจุดแข็งในการเข้าถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวกในการบริการคัดกรองถึงชุมชน ส่วนปัจจัยด้านภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรในทุกภูมิภาคมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากรุงเทพมหานคร^(10, 12) แต่ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าภาคกลางเป็นเพียงภูมิภาคเดียวที่มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ การที่ภูมิภาคส่วนใหญ่มีอัตราการตรวจคัดกรองสูงกว่ากรุงเทพมหานคร เกิดจากจุดแข็งของการให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ที่ครอบคลุมระดับชุมชน ในขณะที่กรุงเทพฯ มีสถานพยาบาลหลากหลาย รูปแบบการให้บริการจึงกระจายตัวไปตามทางเลือกที่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾

ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ พบว่าประชากรที่มีสวัสดิการสุขภาพทุกประเภทเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีแต่ไม่ได้ใช้ เนื่องจากสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพครอบคลุมการคัดกรอง

ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยไม่มีค่าใช้จ่าย กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและเข้าใช้สิทธิ โดยหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 สิทธิประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทมากขึ้น จากความตื่นตัวต่อโรคระบาดและการเห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พบแนวโน้มการใช้สิทธิตรวจคัดกรองสูง สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽¹³⁾ ที่ระบุว่าบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผู้ได้รับการคิดเป็นร้อยละ 96.30 ของเป้าหมาย ซึ่ง สปสช. ได้ครอบคลุมสิทธิตรวจคัดกรองสำหรับคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปปีละ 1 ครั้งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกับสำนักงานประกันสังคม⁽¹⁴⁾ ที่ขยายสิทธิการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเพิ่มรายการตรวจสุขภาพพื้นฐานและเพิ่มความถี่ตามช่วงอายุ รวมถึงกรมบัญชีกลาง⁽¹⁵⁾ ที่ครอบคลุมสิทธิตรวจคัดกรองและรักษาโรคของบุคลากรภาครัฐ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายปี พบว่าการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนน้อยกว่าปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นผลกระทบสืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่ส่งผลให้ประชาชนวิตกกังวลในการเดินทางไปสถานพยาบาล สอดคล้องกับรายงานของกรมโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค⁽³⁾ ที่ระบุว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชนถูกจำกัดลงเพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาลในช่วงดังกล่าว

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นผลกระทบสืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานพยาบาล และการชะลอตัวของกิจกรรมคัดกรองเชิงรุก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสวัสดิการสุขภาพ ยังคงมีความสัมพันธ์กับการ

เข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองช่วงเวลา โดยพบการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเพศหญิง ผู้ที่ผ่านการสมรส และผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชนที่มีแนวโน้มเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มประชากรเพศชาย วัยแรงงานตอนต้น (15 – 34 ปี) ผู้ที่เป็นโสด ผู้มีการศึกษาระดับกลาง กลุ่มอาชีพลูกจ้าง และผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลหรือกรุงเทพมหานคร ยังคงเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเข้ารับบริการคัดกรองต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรมุ่งเน้นส่งเสริมประชากรในกลุ่มเพศชาย ผู้ที่มีอายุ 15 - 34 ปี มีสถานภาพโสด และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยเฉพาะกรุงเทพฯ และมีการศึกษาระดับกลาง กลุ่มอาชีพลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างเอกชน อีกทั้งการจัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรจุอยู่ในสวัสดิการสุขภาพทุกประเภท และส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ประชากรเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากข้อจำกัดของชุดข้อมูล ที่มีการใช้ตัวแปรอิสระเพื่อศึกษาได้เพียง 8 ตัวแปร ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังมีตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ หรือทัศนคติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายได้ เป็นต้น เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมในการเข้ารับบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น และการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 เพียง 2 - 3 ปี จึงอาจเป็นผลกระทบระยะสั้น หากศึกษาในช่วงเวลาหลังจากนี้ เพื่อศึกษาผลระยะยาวของการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ต่อการเข้ารับบริการที่อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี 2562 และ 2566 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รักษนก คชานุกูล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้แนะนำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยและปัจจัยกำหนดในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 ในงานประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2569

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2569. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2569.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
3. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานผลการทบทวน ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
4. สิริวัฒน์ आयวัฒน์, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์, นิดา มีทิพย์. การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชาชน เขต อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(ฉบับพิเศษ):131–46.
5. ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์, อุบล จันทรเพชร. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15–59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารช่อพะยอม. 2562;30(1):153–64.
6. ภฤดา แสงสินศรี. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2564;2(2):43–54.
7. ดวงพร กัตถุณตานนท์, วัชณีย์ จันทรปัญญา, และคณะ. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(2):53–62.
8. นวลอนงค์ ศรีสุกใส. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23(1):60–9.
9. ภูริวัฒน์ โสนารณ, สิทธิชัย สิงห์สุ, ปรีดา มุสิกรักษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวาง ตำบลท่าซึก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา. 2566;10(2):67–80.
10. วศิน เลาหวินิจ. ความไม่เท่าเทียมด้านการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566. [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2023.678>
11. กรมอนามัย. คู่มือหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้ว

- เจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562.
12. ธีรชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(6):67-85.
 13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
 14. สำนักงานประกันสังคม. ประกันสังคม ดูแลผู้ประกันตนทุกช่วงวัย [อินเทอร์เน็ต]. วารสารประกันสังคม. 2568;ฉบับไตรมาสที่ 1 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/243e874b0e15666af231a16bf9e789d5.pdf
 15. กรมบัญชีกลาง. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง; 2561 [สืบค้นเมื่อ 13 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hwd.nmd.go.th/wp-content/uploads/2019/10/สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ-9ตค.pdf>



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินผลกระบวนการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติของกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ระหว่างปีงบประมาณ 2564 – 2568 Process Evaluation of the Knowledge Transfer Training Program in the National Herb Expo, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Fiscal Years B.E. 2564 – 2568

มนทิพา ทรงพานิช (ศศ.ม)*, ปารณัฐ สุขสุทธิ์ (วท.บ, วท.ม.)*,
อัจจิมา เรืองประดิษฐ์ (พทป.บ.)*, ปัทมวรรณ เรืองเดช (พทป.บ.)*
Monthipa Songpanich (M.A.)*, Paranut Suksut (B. Sc., M. Sc.)*,
Ajjima Ruengpradit (B.ATM.)*, Pattamawan Ruangdet (B.ATM.)*

* กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

* Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health

ชื่อผู้ประสานงาน: มนทิพา ทรงพานิช อีเมลผู้ประสานงาน: montipason3@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	10 ก.ค. 2569
วันแก้ไข:	31 ก.ค. 2569
วันตอบรับ:	11 ส.ค. 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีหลายระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินกระบวนการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ และสังเคราะห์ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในระยะ 5 ปี พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย ระยะที่ 1 สํารวจผู้เข้าร่วมงาน 400 คน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก 19 คน และการสนทนากลุ่ม 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 ใช้เทคนิค EDFR จำนวน 3 รอบกับผู้เชี่ยวชาญ 21 คน วิเคราะห์ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และเมตริกซ์ความสำคัญ-ความเป็นไปได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34) ด้านวิทยากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.53) และการออกแบบกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (4.42) ไม่พบความแตกต่างของความพึงพอใจตามเพศ

($p=0.869$) และอาชีพ ($p=0.103$) ผลเชิงคุณภาพชี้ถึงความต้องการกิจกรรมฝึกปฏิบัติ การจำแนกผู้เรียนตามพื้นฐาน และระบบเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ผลการวิจัย EDFR สังเคราะห์ได้ 47 ประเด็นใน 6 มิติ โดย 43 ประเด็น (ร้อยละ 91.5) ได้รับการสนับสนุนระดับสูงถึงสูงมาก มิติระบบสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณได้รับการสนับสนุนสูงที่สุด เมทริกซ์ความสำคัญ-ความเป็นไปได้จำแนกเป็นประเด็นเร่งดำเนินการ 19 ประเด็น ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ 7 ประเด็น มาตรการเสริมระบบ 13 ประเด็น และประเด็นทดลองหรือพัฒนาหลักฐาน 8 ประเด็น นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย 7 ข้อ ผลการศึกษาชี้ว่า งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติควรพัฒนาจากกิจกรรมที่จัดเป็นช่วงเวลาไปสู่ระบบนิเวศ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื่อมโยงหลักสูตรที่อิงหลักฐาน การเรียนรู้แบบผสมผสาน ระบบดิจิทัล กลไกสนับสนุน และการประเมินผล ทั้งนี้ ควรทดลองและประเมินผลก่อนขยายการดำเนินงานในระดับประเทศ

คำสำคัญ: การประเมินกระบวนการ; การถ่ายทอดความรู้; งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ; การวิจัยอนาคต; EDFR

Abstract

This multiphase mixed-methods study aimed to evaluate the knowledge-transfer training process at the National Herb Expo and synthesize a preferred five-year future with policy recommendations. Phase 1 included a survey of 400 participants, 19 in-depth interviews, and focus group discussions with 30 participants. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics and content analysis. Phase 2 employed three rounds of Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) with 21 experts. Medians, interquartile ranges, and an importance–feasibility matrix were used for analysis. Participants reported high overall satisfaction (mean 4.50, SD 0.34). Instructors received the highest mean score (4.53), whereas instructional activity design received the lowest (4.42). Satisfaction did not differ significantly by sex ($p = 0.869$) or occupation ($p = 0.103$). Qualitative findings highlighted the need for more practice-based activities, learner segmentation, and continuous learning beyond the event. The EDFR process generated 47 statements across six dimensions, of which 43 (91.5%) received high or very high support. The policy and funding support dimension received the strongest support. The importance–feasibility matrix identified 19 priority actions, seven strategic investments, 13 system-enhancing measures, and eight issues requiring piloting or further evidence, leading to seven policy recommendations. The findings suggest that the National Herb Expo should evolve from a time-limited event into a continuous learning ecosystem integrating evidence-based curricula, blended and experiential learning, digital support, enabling governance, and outcome evaluation. The proposed measures should be piloted and evaluated before nationwide implementation.

Keywords: process evaluation; knowledge transfer; National Herb Expo; futures research; EDFR

บทนำ

ระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเข้าสู่สังคมสูงวัย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน การแพทย์แผนดั้งเดิมและสมุนไพรได้รับความสนใจมากขึ้นในฐานะส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาพ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดยุทธศาสตร์การแพทย์แผนดั้งเดิม พ.ศ. 2568 - 2577 โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ ความปลอดภัย คุณภาพ และการบูรณาการการแพทย์แผนดั้งเดิมเข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้และพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 การบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีมูลค่า 56,994 ล้านบาท⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ระบบสมุนไพรไทยยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน และการเชื่อมโยงองค์ความรู้และหลักฐานจากการวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ในบริการสุขภาพและในประชาชน⁽³⁾

งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติเป็นกลไกสำคัญของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการเผยแพร่และถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกแก่บุคลากรสุขภาพ ผู้ประกอบการ และประชาชน โดยจัดต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี⁽⁴⁾ ภายในงานมีการถ่ายทอดความรู้หลายรูปแบบ ทั้งการบรรยาย การสาธิต และกิจกรรมฝึกปฏิบัติ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2568 รูปแบบการจัดกิจกรรมต้องปรับตัวจากสถานการณ์โรคโควิด - 19 การขยายตัวของเทคโนโลยีดิจิทัล และพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การจัดอบรมไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการเรียนรู้ในสถานที่ แต่ขยายไปสู่รูปแบบออนไลน์และแบบผสมผสาน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้จำเป็นต้องประเมินกระบวนการจัดอบรมอย่างเป็นระบบ เพื่อพิจารณาทั้งจุดแข็ง ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทในอนาคต

การศึกษาประเมินการฝึกอบรมในระบบสุขภาพของไทยที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมเป็นหลัก⁽⁵⁻⁶⁾ ซึ่งสะท้อนผลในระดับปฏิกิริยาของผู้เรียน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะอธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การนำความรู้ไปใช้ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระดับระบบ แนวคิดการประเมินการฝึกอบรมของ Kirkpatrick เสนอให้พิจารณาผลการฝึกอบรม 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิกิริยา การเรียนรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์⁽⁷⁾ ขณะที่ CIPP Model ให้กรอบสำหรับพิจารณาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ⁽⁸⁾ การใช้กรอบแนวคิดทั้งสองร่วมกันจึงช่วยให้การประเมินไม่จำกัดอยู่เพียงความพึงพอใจ แต่สามารถอธิบายเงื่อนไขและองค์ประกอบของระบบที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมได้ชัดเจนขึ้น

นอกจากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันแล้ว การพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้จำเป็นต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี รูปแบบการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมาย และกลไกสนับสนุนเชิงนโยบายในอนาคต เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ผสมผสานการรวบรวมมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับภาพอนาคตตามแนวทาง Ethnographic Futures Research กับกระบวนการสร้างฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญตามเทคนิค Delphi⁽⁹⁻¹⁰⁾ ขณะเดียวกัน หลักฐานจากงานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการและกำลังคนสุขภาพชี้ให้เห็นความสำคัญของปัจจัยบริบท บทบาท และอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนการติดตามผลลัพธ์ของนโยบายอย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁻¹³⁾ อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่บูรณาการการประเมินกระบวนการจัดอบรมเข้ากับการสังเคราะห์ภาพอนาคตในบริบทการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรยังมีจำกัด

การวิจัยนี้จึงมุ่งประเมินกระบวนการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ และสังเคราะห์ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในระยะ 5 ปี โดยประยุกต์แนวคิดการประเมินการฝึกอบรมของ Kirkpatrick⁽⁷⁾ และ CIPP Model⁽⁸⁾ ร่วมกับเทคนิค EDFR⁽⁹⁻¹⁰⁾ เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บน

ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมอบรม ผู้จัดกิจกรรม และผู้เชี่ยวชาญ และสามารถนำไปใช้ปรับปรุงระบบการถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อประเมินกระบวนการจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติในปัจจุบัน
- 2) เพื่อสังเคราะห์ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในรอบเวลา 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2569 - 2573) และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีหลายระยะตามแนวคิดของ Creswell และ Plano Clark⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินกระบวนการอบรมด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และระยะที่ 2 การวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) จำนวน 3 รอบ โดยนำผลระยะที่ 1 มาใช้กำหนดประเด็นและสังเคราะห์ภาพอนาคตที่พึงประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2568 จำนวน 400 คน คำนวณด้วยสูตรของ Cochran⁽¹⁵⁾ และสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยแบ่งชั้นตามปีประเภทกิจกรรม และกลุ่มเป้าหมาย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้บริหาร ผู้จัดการงานวิชาการ และผู้เข้าร่วมอบรม ประกอบด้วยผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก 19 คน และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 30 คน

ระยะที่ 2 คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจงจำนวน 21 คน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยสมุนไพร การจัดการเรียนรู้ ระบบสุขภาพ หรือนโยบายไม่น้อยกว่า 5 ปี แบ่งเป็นผู้บริหารระดับนโยบาย 6 คน ผู้บริหารเชิงปฏิบัติการ 9 คน และนักวิชาการ 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรู้ ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ โดยการรับรู้ความรู้และความพึงพอใจใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย 0.93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 รอบที่ 1 ใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดตามกรอบฉากทัศน์ของ Textor⁽¹⁰⁾ รอบที่ 2 ใช้แบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับเพื่อประเมินความสำคัญและความเป็นไปได้ และรอบที่ 3 ใช้แบบสอบถามชุดเดิมพร้อมแสดงคำมัยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และคะแนนเดิมให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2568 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในเดือนกรกฎาคม 2568

ระยะที่ 2 ดำเนินการ EDFR จำนวน 3 รอบ ได้แก่ รอบที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในเดือนพฤษภาคม 2569 รอบที่ 2 ประเมินความสำคัญและความเป็นไปได้ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 และรอบที่ 3 ส่งข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างเพศด้วย independent samples t-test และระหว่างกลุ่มอาชีพด้วย one - way analysis of variance กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman⁽¹⁶⁾ โดยผู้วิจัย 2 คน เข้ารหัสอย่างเป็นอิสระ ตรวจสอบความสอดคล้องด้วย

Cohen's kappa และตรวจสอบสามเส้าตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba⁽¹⁷⁾

ข้อมูล EDRF วิเคราะห์ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ เปรียบเทียบค่าตอบระหว่างรอบด้วย Wilcoxon signed-rank test ประเมินความสอดคล้องด้วย Kendall's coefficient of concordance และเปรียบเทียบผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่มด้วย Kruskal-Wallis test โดยปรับค่า p ด้วยวิธี Holm จากนั้นจัดลำดับข้อเสนอด้วยเมทริกซ์ความสำคัญ - ความเป็นไปได้

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินกระบวนการอบรม ระยะที่ 1

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 มีอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 27.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.0 และประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว หรือวิชาชีพอิสระ ร้อยละ 26.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สนใจหรือกำลังศึกษาด้านสมุนไพร ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 47.8 เคยเข้าร่วมงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติมากกว่า 5 ครั้ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทั้งผู้ที่มีความสนใจด้านสมุนไพรและผู้ที่มีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.2 การรับรู้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาการอบรม

ผู้เข้าร่วมประเมินการรับรู้ความรู้ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับเนื้อหาการอบรมในระดับสูงทุกประเด็น โดยหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.98$, $SD = 0.13$) อย่างไรก็ตาม คะแนนดังกล่าวสะท้อนการรับรู้ความรู้ของผู้เข้าร่วมภายหลังการอบรม ไม่ใช่คะแนนจากแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม จึงไม่สามารถใช้สรุปการเปลี่ยนแปลงของความรู้หรือประสิทธิผลด้านการเรียนรู้ได้โดยตรง

1.3 ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดอบรม

ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดอบรมโดยรวมเฉลี่ย 4.50 คะแนน ($SD = 0.34$) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านวิทยากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.34$) รองลงมาคือรูปแบบการจัดอบรม ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.45$) ส่วนวิธีการออกแบบกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.42$, $SD = 0.49$) แม้คะแนนยังอยู่ในระดับสูง ในด้านผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับการอบรม ข้อคำถามเกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการทำงานหรือชีวิตประจำวันมีค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน ($SD = 0.55$) ผลดังกล่าวสะท้อนความตั้งใจหรือการรับรู้ของผู้เข้าร่วมว่าจะนำความรู้ไปใช้ ไม่ใช่การวัดพฤติกรรมการนำไปใช้ที่เกิดขึ้นจริงภายหลังการอบรม

1.4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามเพศและอาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามเพศ พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ย 4.49 คะแนน ($SD = 0.34$) และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ย 4.50 คะแนน ($SD = 0.34$) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศชายกับเพศหญิงเท่ากับ -0.01 คะแนน โดยช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 อยู่ระหว่าง -0.08 ถึง 0.07 ซึ่งครอบคลุมค่าศูนย์ ผลการทดสอบจึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(398) = -0.16$, $p = 0.869$) และมีขนาดอิทธิพลต่ำมาก (Cohen's $d = -0.02$) ดังตารางที่ 1

สำหรับการเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มอาชีพ 7 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(6,393) = 1.773$, $p = 0.103$) โดยอาชีพอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจได้ประมาณร้อยละ 2.6 ($\eta^2 = 0.026$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับต่ำ ดังตารางที่ 2 ผลดังกล่าวสรุปได้ว่า การศึกษานี้ยังไม่พบหลักฐานเพียงพอว่าความพึงพอใจแตกต่างกันตามอาชีพ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย (95% ช่วงเชื่อมั่น)	t (df)	p
ชาย	108	4.49	0.34	-0.01	-0.16	0.869
หญิง	292	4.50	0.34	(-0.08 ถึง 0.07)	(398)	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความพึงพอใจต่อการจัดอบรมจำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	η^2
ระหว่างกลุ่ม (Between Groups)	1.232	6	0.205	1.773	0.103	0.026
ภายในกลุ่ม (Within Groups)	45.484	393	0.116			
รวม (Total)	46.716	399				

1.5 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก 19 คน และการสนทนากลุ่ม 30 คน พบข้อค้นพบสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่

เป้าหมายเน้นการใช้ประโยชน์และความปลอดภัย เนื้อหาต้องถูกต้อง มีหลักฐานรองรับ และนำไปใช้ได้จริง ดังคำกล่าวว่า “สิ่งที่เราจะถ่ายทอดออกไป...ต้องมั่นใจว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง มีความปลอดภัย และมีคุณภาพมาตรฐานรองรับ”

วิทยาการเป็นจุดแข็งสำคัญ เนื่องจากมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ตรง สามารถเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติได้ สอดคล้องกับผลเชิงปริมาณที่ด้านวิทยาการได้รับความพึงพอใจสูงสุด

ข้อจำกัดสำคัญคือเวลา ความแตกต่างของผู้เรียน และความไม่ต่อเนื่องของทรัพยากร ส่งผลให้การจัดกิจกรรมและการติดตามผลยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ต้องเปลี่ยนจากงานที่จัด 5 วัน เป็นระบบนิเวศการเรียนรู้ตลอด 365 วัน โดยใช้งานมหกรรมเป็นจุดเริ่มต้น”

ผู้เรียนต้องการการฝึกปฏิบัติมากขึ้น รูปแบบที่ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ กลุ่มย่อยตอบสนองความต้องการได้ดีกว่าการบรรยายทางเดียว

ควรพัฒนาระบบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

โดยแบ่งระดับผู้เรียน เพิ่มกิจกรรมฝึกปฏิบัติ จัดทำคลังความรู้ออนไลน์ และติดตามการนำความรู้ไปใช้ภายหลังการอบรม

โดยสรุป กระบวนการอบรมมีจุดแข็งด้านวิทยาการและความหลากหลายของการถ่ายทอด แต่ควรพัฒนาการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะกับพื้นฐานผู้เรียน เพิ่มการฝึกปฏิบัติ และจัดระบบติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปใช้กำหนดประเด็นการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค EDFR ในระยะที่ 2

2. ผลการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค EDFR (ระยะที่ 2)

2.1 คุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญและผลการสัมภาษณ์รอบที่ 1

ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 21.2 ปี และร้อยละ 61.9 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก ทุกคนเข้าร่วมครบทั้ง 3 รอบ คิดเป็นอัตราคงอยู่ร้อยละ 100

การสัมภาษณ์รอบที่ 1 ใช้เวลาเฉลี่ย 78 นาทีต่อคน ผลการวิเคราะห์เนื้อหาโดยผู้วิจัย 2 คน มีความสอดคล้องระหว่างผู้วิเคราะห์ในระดับสูง (Cohen's kappa = 0.84) และสังเคราะห์ได้ 47 ประเด็น ใน 6 มิติ ได้แก่ เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย 7 ประเด็น เนื้อหา

และหลักสูตร 9 ประเด็น รูปแบบและวิธีการถ่ายทอด 8 ประเด็น เทคโนโลยีและแพลตฟอร์ม 8 ประเด็น ระบบสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ 8 ประเด็น และการประเมินและประกันคุณภาพ 7 ประเด็น

ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าการกำหนดเป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ เนื่องจากเชื่อมโยงกับการออกแบบเนื้อหา ระดับหลักสูตร รูปแบบการถ่ายทอด และเทคโนโลยีที่เหมาะสม พร้อมทั้งเสนอให้เนื้อหาอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรฐาน และตอบสนองความแตกต่างของผู้เรียน

2.2 ผลการประเมินความสำคัญและความเป็นไปได้ในรอบที่ 2 และ 3

ผู้เชี่ยวชาญประเมินทั้ง 47 ประเด็นด้านความสำคัญและความเป็นไปได้ในรอบที่ 2 และทบทวนคำตอบหลังได้รับข้อมูลสะท้อนกลับในรอบที่ 3 ผลรอบที่ 3 พบว่า 26 ประเด็น (ร้อยละ 55.3) ได้รับการสนับสนุนระดับสูงมาก และ 17 ประเด็น (ร้อยละ 36.2) ได้รับการสนับสนุนระดับสูง รวม 43 จาก 47 ประเด็น (ร้อยละ 91.5) ส่วนอีก 4 ประเด็น (ร้อยละ 8.5) มีคะแนนสูงอย่างน้อยหนึ่งด้าน แต่ความคิดเห็นยังมีการกระจาย จึงจัดเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ดังตารางที่ 3

มิติระบบสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ มีสัดส่วนประเด็นที่ได้รับการสนับสนุนระดับสูงมากสูงที่สุด

จำนวน 7 จาก 8 ประเด็น (ร้อยละ 87.5) สะท้อนการสนับสนุนทั้งด้านความสำคัญและความเป็นไปได้ของกลไก นโยบาย การบริหาร และการจัดสรรทรัพยากร ขณะที่มิติเทคโนโลยีและแพลตฟอร์มมีสัดส่วนประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมสูงที่สุด จำนวน 2 จาก 8 ประเด็น (ร้อยละ 25.0) เนื่องจากความคิดเห็นด้านความสำคัญหรือความเป็นไปได้อาจมีการกระจาย โดยไม่ได้หมายความว่าผู้เชี่ยวชาญไม่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีโดยรวม

2.3 ความคงที่ของคำตอบและความสอดคล้องของความคิดเห็น

คะแนนระหว่างรอบที่ 2 และ 3 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 6 มิติ (Wilcoxon signed-rank test, $p = 0.158-0.655$) แต่ยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันความคงที่ของคำตอบ การจัดลำดับทั้ง 47 ประเด็นมีความสอดคล้องระหว่างผู้เชี่ยวชาญในระดับต่ำ (Kendall's $W = 0.164$, $\chi^2 158.34$, $df = 46$, $p < 0.01$) แม้หลายประเด็นได้รับคะแนนสนับสนุนสูง

พบ 6 ประเด็นที่คะแนนกระจุกตัวสูง (IQR = 0) ได้แก่ เนื้อหาอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากสมุนไพร การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง แพลตฟอร์มการเรียนรู้ด้านสมุนไพรระดับชาติ คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ และการทดสอบก่อน-หลังอบรม โดยค่า IQR เท่ากับ 0 ไม่ได้ยืนยันว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้คะแนนตรงกันทั้งหมด

ตารางที่ 3 ผลการประเมินประเด็นอนาคตในรอบที่ 3 จำแนกตามมิติการพัฒนา (n = 21)

มิติการพัฒนา	จำนวน ประเด็น	ฉันทามติสูงมาก n (ร้อยละ)	ฉันทามติสูง n (ร้อยละ)	ฉันทามติปานกลาง n (ร้อยละ)
1. เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย	7	3 (42.9)	3 (42.9)	1 (14.3)
2. เนื้อหาและหลักสูตร	9	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)
3. รูปแบบและวิธีการถ่ายทอด	8	4 (50.0)	4 (50.0)	0 (0.0)
4. เทคโนโลยีและแพลตฟอร์ม	8	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25.0)
5. ระบบสนับสนุนเชิงนโยบาย	8	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)
6. การประเมินและประกันคุณภาพ	7	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)
รวม	47	26 (55.3)	17 (36.2)	4 (8.5)

หมายเหตุ: ฉันทามติสูงมาก = Median ≥ 4.50 และ IQR ≤ 1.00 ในทั้งสองมิติ; ฉันทามติสูง = Median ≥ 3.50 และ IQR ≤ 1.50 ; ฉันทามติปานกลาง = Median ≥ 3.50 ในมิติใดมิติหนึ่งแต่ IQR > 1.00 ในอีกมิติ

2.4 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์เชิงสำรวจด้วย Kruskal - Wallis test พบคะแนนแตกต่างกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญ 3 กลุ่ม ใน 6 จาก 47 ประเด็น (ร้อยละ 12.8; $p < 0.05$ ก่อนปรับสำหรับการทดสอบหลายครั้ง) เช่น คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และหลักสูตรหมอพื้นบ้าน ผลนี้ยังเป็นข้อค้นพบเบื้องต้น ไม่สามารถระบุว่ากลุ่มใดแตกต่างกันได้ เนื่องจากยังไม่มีผลการเปรียบเทียบรายคู่และการปรับค่า p สำหรับการทดสอบหลายครั้ง

3. การจัดลำดับเชิงยุทธศาสตร์ด้วยเมทริกซ์ ความสำคัญ-ความเป็นไปได้

นำค่ามัธยฐานด้านความสำคัญและความเป็นไปได้จากการประเมินรอบที่ 3 มาจำแนก 47 ประเด็นเป็น 4 กลุ่มที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน โดยเกณฑ์ค่ามัธยฐาน ≥ 4.50 เทียบเท่ากับคะแนน 5 และเกณฑ์ $3.50 < 4.50$ เทียบเท่ากับคะแนน 4 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ 21 คนให้คะแนนเป็นจำนวนเต็มบนมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจำแนกประเด็นตามเมทริกซ์ความสำคัญและความเป็นไปได้ ($n = 47$ ประเด็น)

กลุ่มเชิงยุทธศาสตร์	เกณฑ์ ค่ามัธยฐาน	จำนวน ประเด็น n (%)	ตัวอย่างประเด็นและแนวทางดำเนินการ
กลุ่มที่ 1 เร่งดำเนินการ ความสำคัญสูงและมีความ เป็นไปได้สูง	$Mdn_i = 5$ $Mdn_F \geq 4$	19 (40.4)	คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับชาติ การเรียนรู้แบบผสมผสาน การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และการทดสอบก่อน-หลังอบรม ควรพิจารณาดำเนินการในระยะสั้น 1–2 ปี ภายหลังการประเมินความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และกฎระเบียบ
กลุ่มที่ 2 ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ ความสำคัญสูง แต่ความ เป็นไปได้ยังจำกัด	$Mdn_i = 5$ $Mdn_F \leq 3$	7 (14.9)	แพลตฟอร์มการเรียนรู้ด้านสมุนไพรระดับชาติ คลังความรู้ดิจิทัล และระบบรับรองผลการเรียนรู้ดิจิทัล ควรจัดทำแผนลงทุน พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และทดลองดำเนินการเป็นระยะ
กลุ่มที่ 3 มาตรการเสริม ระบบ ความสำคัญรองลงมา แต่มีความเป็นไปได้สูง	$Mdn_i = 4$ $Mdn_F \geq 4$	13 (27.7)	เนื้อหาการเรียนรู้ขนาดสั้น การเล่าเรื่อง และการรับฟังความคิดเห็นแบบทันเวลา สามารถดำเนินการเสริมร่วมกับมาตรการหลักตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายและทรัพยากร
กลุ่มที่ 4 ทดลองและพัฒนา หลักฐาน ความสำคัญและ ความเป็นไปได้ต่ำกว่ากลุ่มอื่น	$Mdn_i = 4$ $Mdn_F \leq 3$	8 (17.0)	เทคโนโลยีเสมือนจริง เทคโนโลยีบล็อกเชน หลักสูตรสำหรับชาวต่างชาติ และการขยายสู่ระดับนานาชาติ ควรศึกษาความต้องการ ความคุ้มค่า และทดลองในวงจำกัด ก่อนขยายผล
รวม		47 (100.0)	

หมายเหตุ: Mdn_i หมายถึง ค่ามัธยฐานของคะแนนความสำคัญ และ Mdn_F หมายถึง ค่ามัธยฐานของคะแนนความเป็นไปได้

จากทั้งหมด 47 ประเด็น พบว่า 19 ประเด็น (ร้อยละ 40.4) มีทั้งความสำคัญและความเป็นไปได้สูง จึงควรพิจารณาดำเนินการก่อน เช่น การจัดตั้งกลไก ขับเคลื่อนระดับชาติ การเรียนรู้แบบผสมผสาน การฝึกปฏิบัติ และการทดสอบก่อน-หลังอบรม ส่วนอีก 7 ประเด็น (ร้อยละ 14.9) มีความสำคัญสูง แต่ต้องเตรียมงบประมาณ บุคลากร และความร่วมมือเพิ่มเติมก่อนดำเนินการ

สำหรับ 13 ประเด็น (ร้อยละ 27.7) มีความเป็นไปได้สูง แต่มีความสำคัญรองลงมา จึงเหมาะสำหรับ สนับสนุนการดำเนินงานหลัก ส่วนอีก 8 ประเด็น (ร้อยละ 17.0) ควรทดลองและศึกษาผลก่อนขยายการดำเนินงาน

4. ภาพอนาคตที่พึงประสงค์และข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1 ภาพอนาคตที่พึงประสงค์

การสังเคราะห์ผลการประเมินระยะที่ 1 ผล EDFR และการจัดลำดับความสำคัญ ชี้ทิศทางว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติควร

พัฒนาระบบการเรียนรู้ต่อเนื่องก่อน ระหว่าง และหลังงาน โดยเชื่อมโยง 6 ด้าน ได้แก่ เป้าหมายและกลุ่มผู้เรียน หลักสูตรอิงหลักฐานและความปลอดภัย การเรียนรู้แบบผสมผสานและฝึกปฏิบัติ เทคโนโลยีดิจิทัล กลไกบริหาร และงบประมาณ และการประเมินผลและประกันคุณภาพ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้สมุนไพร อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

4.2 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย 7 ข้อ จากภาพอนาคตและผลการจัดลำดับความสำคัญ พร้อมเสนอหน่วยงานรับผิดชอบ ภาควิชาสนับสนุน และกรอบเวลาดำเนินการเบื้องต้น ดังตารางที่ 5

ระยะสั้นควรเริ่มจากกลไกกำกับทิศทาง รูปแบบการเรียนรู้ มาตรฐานหลักสูตร และระบบประเมินผล ส่วนแพลตฟอร์มระดับประเทศและงบประมาณต่อเนื่อง ต้องเตรียมทรัพยากรและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพิ่มเติม

ตารางที่ 5 ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัย EDFR และการจัดลำดับความสำคัญ - ความเป็นไปได้

ลำดับ	ข้อเสนอเชิงนโยบายและผลผลิตสำคัญ	ระดับการดำเนินการ	หน่วยงานที่เสนอให้รับผิดชอบ	กรอบเวลา
1	จัดตั้งกลไกกำกับทิศทางการพัฒนางาน มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ เป้าหมายระยะ 5 ปี และกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างชัดเจน อาจดำเนินการในรูปคณะกรรมการหรือคณะทำงานภายใต้โครงสร้างที่มีอยู่ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและไม่เพิ่มภาระทางการบริหารเกินความจำเป็น	เร่งดำเนินการ	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยความเห็นชอบของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1 ปี
2	จัดทำแผนงานและกรอบงบประมาณต่อเนื่องระยะ 3 - 5 ปี ครอบคลุมการพัฒนาหลักสูตร ระบบดิจิทัล บุคลากร การประเมินผล และการบำรุงรักษาระบบ โดยดำเนินการภายใต้กฎหมายและระเบียบด้านงบประมาณ พร้อมพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย	ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานงบประมาณ	เริ่มจัดทำภายใน 1 - 2 ปี และใช้เป็นกรอบระยะ 3 - 5 ปี

ลำดับ	ข้อเสนอเชิงนโยบายและผลผลิตสำคัญ	ระดับการดำเนินการ	หน่วยงานที่เสนอให้รับผิดชอบ	กรอบเวลา
3	พัฒนาแพลตฟอร์มการเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรระดับประเทศ เพื่อรวบรวมหลักสูตร สื่อการเรียนรู้ คลังความรู้ ระบบลงทะเบียน และข้อมูลผลการเรียนรู้ไว้ในระบบเดียวกัน ควรเริ่มจากการประเมินความต้องการและพัฒนาระบบต้นแบบ โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงของประชาชน การเชื่อมโยงกับระบบเดิม การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และการกำกับคุณภาพเนื้อหา ก่อนพิจารณาพัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะ	ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล สถาบันการศึกษา และหน่วยงานด้านเทคโนโลยีของกระทรวงสาธารณสุข	พัฒนาต้นแบบภายใน 2 ปี และขยายผลภายใน 3 ปี
4	พัฒนามาตรฐานหลักสูตรและระบบรับรองคุณภาพการอบรม โดยกำหนดสมรรถนะและผลลัพธ์การเรียนรู้ เนื้อหาที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์มาตรฐานความปลอดภัย คุณสมบัตินักเรียน และเกณฑ์ประเมินผู้เรียน สำหรับหลักสูตรวิชาชีพควรประสานสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาการรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละสภา	เร่งดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่อง	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับสถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	2 - 3 ปี
5	ปรับปรุงแบบการอบรมให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยการเรียนรู้แบบผสมผสาน การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงตามความเหมาะสม ไม่ควรกำหนดรูปแบบเดียวสำหรับทุกหลักสูตร ควรจำแนกผู้เรียนตามพื้นฐานและจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยในหัวข้อที่ต้องใช้ทักษะ	เร่งดำเนินการ	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับผู้จัดหลักสูตร วิทยากร และสถาบันการศึกษา	เริ่มภายใน 1 ปี และขยายผลใน 1 - 2 ปี
6	พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลตลอดกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้กรอบ Logic Model เชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ กำหนดให้หลักสูตรที่เหมาะสมมีการทดสอบก่อนและหลังอบรม และติดตามการนำความรู้ไปใช้ภายหลัง 3-6 เดือน พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและผู้รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน	เร่งดำเนินการ	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานวิชาการ และสถาบันการศึกษา	พัฒนาระบบภายใน 1 - 2 ปี

ลำดับ	ข้อเสนอเชิงนโยบายและผลผลิตสำคัญ	ระดับการดำเนินการ	หน่วยงานที่เสนอให้รับผิดชอบ	กรอบเวลา
7	เชื่อมโยงการพัฒนางานมหกรรมกับนโยบายสมุนไพร เศรษฐกิจสุขภาพ และความร่วมมือระดับภูมิภาค โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และมาตรฐานกับประเทศอาเซียน พัฒนาหลักสูตรหรือสื่อภาษาต่างประเทศ ในหัวข้อที่มีความพร้อม และประเมินความต้องการก่อนขยายกิจกรรมในระดับนานาชาติ	พัฒนา ระยะกลาง ถึงระยะยาว	กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร่วมกับ กระทรวงการต่างประเทศ หน่วยงานด้านเศรษฐกิจ และภาคีระดับภูมิภาค	3 - 5 ปี

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนว่า กระบวนการถ่ายทอดความรู้ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติมีจุดแข็งด้านวิทยากรและรูปแบบการจัดอบรม โดยผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง อย่างไรก็ตาม วิธีการออกแบบกิจกรรมมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น และข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่าผู้เรียนต้องการกิจกรรมฝึกปฏิบัติ การแบ่งระดับตามพื้นฐาน และการเรียนรู้ต่อเนื่องภายหลังงาน ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงว่า คุณภาพของวิทยากรเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการสร้างผลลัพธ์การเรียนรู้ หากการออกแบบกิจกรรมยังไม่สอดคล้องกับความแตกต่างของผู้เรียนและไม่มีระบบติดตามการนำความรู้ไปใช้

ประการแรก ผลการประเมินเชิงปริมาณสะท้อนผลลัพธ์ระดับปฏิบัติการ หรือระดับที่ 1 ตามแนวคิดของ Kirkpatrick⁽⁷⁾ เป็นหลัก แม้ผู้เข้าร่วมประเมินว่าตนมีความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ในระดับสูง แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นการรายงานตนเอง ไม่ใช่ผลจากการทดสอบความรู้หรือการติดตามพฤติกรรมจริง จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลของการอบรมในระดับการเรียนรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ของระบบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิมนวล บุญล้อม⁽⁵⁾ และวรางคณานาคสุข⁽⁶⁾ ซึ่งชี้ว่าการประเมินความพึงพอใจเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการฝึกอบรม ดังนั้น การประเมินในอนาคตควรเพิ่มแบบ

ทดสอบก่อนและหลังอบรม ติดตามการนำความรู้ไปใช้ภายหลัง 3 - 6 เดือน และกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละหลักสูตร

ประการที่สอง ผลการวิจัย EDR พบว่า มิติระบบสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณมีสัดส่วนประเด็นที่ได้รับการสนับสนุนระดับสูงมากที่สุด ข้อค้นพบนี้แสดงว่า การพัฒนากระบวนการถ่ายทอดความรู้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเนื้อหา วิทยากร หรือเทคนิคการสอนเท่านั้น แต่ต้องอาศัยกลไกกำกับทิศทาง ความต่อเนื่องของทรัพยากร และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้วย เมื่อพิจารณาตาม CIPP Model⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าจึงเป็นเงื่อนไขที่กำหนดคุณภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ ขณะเดียวกัน งานทบทวนของ Coles และคณะ⁽¹¹⁾ สนับสนุนว่าปัจจัยบริบทระดับองค์กรและระบบมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนางานมหกรรมจึงควรเปลี่ยนจากการบริหารเป็นกิจกรรมรายปีไปสู่การวางแผนแบบต่อเนื่อง โดยไม่จำเป็นต้องสร้างโครงสร้างใหม่ทั้งหมด หากสามารถปรับใช้กลไกที่มีอยู่ให้มีบทบาทและความรับผิดชอบชัดเจนขึ้น

ประการที่สาม มิติเทคโนโลยีและแพลตฟอร์มมีสัดส่วนประเด็นที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมสูงกว่ามิติอื่น สะท้อนช่องว่างระหว่างการเห็นความสำคัญของเทคโนโลยีกับความพร้อมในการนำไปใช้จริง โดยเฉพาะเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เทคโนโลยีเสมือนจริงและบล็อกเชน

ความไม่แน่นอนดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers⁽¹⁸⁾ ซึ่งเสนอว่าการยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่รับรู้ ความสอดคล้องกับบริบท ความซับซ้อน ความสามารถในการทดลองใช้ และผลลัพธ์ที่สังเกตได้ ดังนั้น การพัฒนาแพลตฟอร์มไม่ควรเริ่มจากการเลือกเทคโนโลยี แต่ควรเริ่มจากความต้องการของผู้ใช้ คุณภาพเนื้อหา ความสามารถในการเข้าถึง การเชื่อมโยงกับระบบเดิม และการทดลองใช้ในวงจำกัดก่อนขยายผล

ประการที่สี่ การพัฒนาระบบประเมินผลตาม Logic Model⁽¹⁹⁾ เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์เข้าด้วยกัน โดยความพึงพอใจสะท้อนปฏิกิริยาของผู้เรียนตาม Kirkpatrick ระดับที่ 1 การเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะสะท้อนระดับที่ 2 การนำความรู้ไปใช้สะท้อนระดับที่ 3 และผลที่เกิดขึ้นต่อบริการสุขภาพ ประชาชน หรือระบบสมุนไพรสะท้อนระดับที่ 4⁽⁷⁾ การบูรณาการ Logic Model กับ Kirkpatrick ช่วยให้การประเมินไม่ได้สิ้นสุดที่จำนวนผู้เข้าร่วมหรือคะแนนความพึงพอใจ แต่สามารถติดตามเส้นทางจากการจัดกิจกรรมไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างเป็นระบบ

แนวโน้มความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสะท้อนมุมมองตามบทบาทในระบบ โดยผู้บริหารระดับนโยบายให้ความสำคัญกับโครงสร้าง ผู้ปฏิบัติเน้นความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และนักวิชาการให้ความสำคัญกับหลักฐานและคุณค่าของภูมิปัญญา สอดคล้องกับงานของ Rees และคณะ⁽¹²⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าเป้าหมาย บทบาท และอิทธิพลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีผลต่อการกำหนดทิศทางของระบบกำลังคนสุขภาพ และสอดคล้องกับหลักการใช้ Delphi เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของ Adler และ Ziglio⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผลความแตกต่างระหว่างกลุ่มในการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงสำรวจและมีการทดสอบหลายประเด็น จึงควรตีความอย่างระมัดระวังจนกว่าจะมีการเปรียบเทียบรายคู่และปรับค่า p อย่างเหมาะสม

องค์ความรู้เชิงแนวคิดที่ได้จากการศึกษานี้ คือ การพัฒนางานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติควรดำเนินการผ่านระบบนิเวศการเรียนรู้ต่อเนื่อง 3 ชั้นที่เชื่อมโยงกันได้แก่ (1) ชั้นการออกแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา หลักสูตร และวิธีการถ่ายทอด (2) ชั้นระบบสนับสนุน ประกอบด้วย กลไก นโยบาย งบประมาณ ภาาีเครือข่าย และเทคโนโลยี และ (3) ชั้นความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ ประกอบด้วย การประเมินผล การประกันคุณภาพ และการนำข้อมูลกลับมาปรับปรุงระบบ การสังเคราะห์ดังกล่าวช่วยเปลี่ยนมุมมองจาก “การจัดงานเป็นครั้งคราว” ไปสู่ “ระบบการเรียนรู้ตลอดปี” โดยใช้งานมหกรรมเป็นจุดเชื่อมระหว่างองค์ความรู้ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม เมทริกซ์ความสำคัญ - ความเป็นไปได้ เป็นการจัดลำดับจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ไม่ใช่การวิเคราะห์ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าของมาตรการ จึงต้องมีการทดลอง ประเมินผล และทบทวนก่อนขยายผลในระดับประเทศ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ (1) ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นข้อมูลภาคตัดขวางและใช้การรายงานตนเอง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากอคติด้านความพึงประสงค์ทางสังคมและภาวะคะแนนกระจุกตัวในระดับสูง (2) การรับรู้ความรู้และความตั้งใจนำไปใช้ไม่สามารถใช้แทนแบบทดสอบความรู้หรือการติดตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงได้ (3) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเคยเข้าร่วมงานมากกว่า 5 ครั้ง จึงอาจมีทัศนคติต่องานแตกต่างจากผู้เข้าร่วมครั้งแรก และจำกัดการอ้างอิงผลไปยังผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมงาน (4) ผู้เชี่ยวชาญ EDR ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและอยู่ในบริบทประเทศไทย ฉันทามติที่ได้จึงสะท้อนการตัดสินใจของคณะผู้เชี่ยวชาญชุดนี้ ไม่ใช่ข้อยืนยันว่าข้อเสนอทุกประเด็นมีประสิทธิผลหรือสามารถนำไปใช้ได้ในทุกบริบท และ (5) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มค่อนข้างน้อยและมีการทดสอบหลายครั้ง จึงควรใช้ผล

ดังกล่าวเพื่อสร้างสมมติฐานมากกว่าการสรุปเชิงยืนยัน นอกจากนี้ การอ้างถึงการยอมรับในระดับเอเชียควรถือเป็นภาพอนาคตที่พึงประสงค์ ไม่ใช่ผลลัพธ์ที่การศึกษานี้ยืนยันได้โดยตรง

สรุปผลการศึกษา

การอบรมในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติได้รับความพึงพอใจสูง โดยมีวิทยากรเป็นจุดแข็ง แต่ควรเพิ่มการฝึกปฏิบัติและติดตามการนำความรู้ไปใช้ ทั้งนี้ ยังไม่สามารถยืนยันผลการเรียนรู้และพฤติกรรมจริงได้ ผล EDR พบการสนับสนุนระดับสูงถึงสูงมากต่อ 43 จาก 47 ประเด็น (ร้อยละ 91.5) และนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย 7 ข้อ ข้อสรุปสำคัญคือ ควรพัฒนางานมหกรรมสู่ระบบการเรียนรู้ต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการออกแบบการเรียนรู้ กลไกสนับสนุน และการประเมินผล เริ่มจากมาตรการที่มีความสำคัญและความเป็นไปได้สูง พร้อมทดลองและประเมินผลก่อนขยายการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรจัดทำแผนพัฒนาการถ่ายทอดความรู้ระยะ 3–5 ปี โดยเริ่มจากมาตรการที่มีความสำคัญและความเป็นไปได้สูง เช่น กลไกกำกับทิศทาง มาตรฐานหลักสูตร การเรียนรู้แบบผสมผสาน และระบบประเมินผล พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ งบประมาณ และตัวชี้วัดที่ชัดเจน
2. ควรปรับการออกแบบการอบรมให้เหมาะสมกับพื้นฐานและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพิ่มกิจกรรมฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง รวมทั้งกำกับให้เนื้อหามีความถูกต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และคำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้สมุนไพร
3. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่ครอบคลุมตั้งแต่ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงความรู้ การนำความรู้ไปใช้ภายหลัง 3–6 เดือน และผลลัพธ์ระดับระบบ โดยเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรเริ่มจากระบบต้นแบบและประเมินผลพร้อมก่อนขยายผล

4. ควรศึกษาติดตามผู้เข้าร่วมในระยะยาวหรือใช้การวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีแบบทดสอบก่อนและหลังอบรม กลุ่มเปรียบเทียบ และตัวชี้วัดพฤติกรรม เพื่อประเมินว่าการอบรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การนำไปใช้ และผลลัพธ์สุขภาพจริงหรือไม่

5. ควรทดลองนำข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีลำดับความสำคัญสูงไปใช้ในพื้นที่หรือหลักสูตรนำร่อง และประเมินทั้งประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ ต้นทุน ความคุ้มค่า และการยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง ก่อนขยายผล พร้อมศึกษาซ้ำโดยเพิ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้เข้าร่วมรายใหม่ และผู้แทนจากภูมิภาคหรือประเทศอาเซียน เพื่อทดสอบความสอดคล้องของข้อค้นพบในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 21 ท่าน และผู้เข้าร่วมงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2566.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานสถานการณ์ตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทย ปี 2568. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2568.
4. กิตติศักดิ์ พรหมเรือน, สุพัตรา ใจดี. การทบทวนสถานการณ์ระบบผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):412-30.

5. นิมนวล บุญล้อม. การประเมินกระบวนการอบรมบุคลากรสุขภาพในระบบสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(2):88-104.
6. วรางคณา นาคสุข. การประเมินประสิทธิผลการอบรมตามแนวคิดของ Kirkpatrick: กรณีศึกษาบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47(4):324-339.
7. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
8. Stufflebeam DL, Zhang G. The CIPP evaluation model: how to evaluate for improvement and accountability. New York: Guilford Press; 2017.
9. Linstone HA, Turoff M, editors. The Delphi method: techniques and applications. Reading (MA): Addison-Wesley; 1975.
10. Textor RB. The ethnographic futures research method: an application to Thailand. Futures. 1995;27(4):461-71. doi:10.1016/0016-3287(95)00011-K.
11. Coles E, Anderson J, Maxwell M, Harris FM, Gray NM, Milner G, et al. The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: a realist review. Syst Rev. 2020;9:94. doi:10.1186/s13643-020-01344-3.
12. Rees GH, Crampton P, Gauld R, MacDonell S. Rethinking health workforce planning: capturing health system social and power interactions through actor analysis. Futures. 2018;99:16-27. doi:10.1016/j.futures.2018.03.009.
13. Putthasri W, Suphanchaimat R, Topothai T, Wisaijohn T, Thammatacharee N, Tangcharoensathien V. Thailand special recruitment track of medical students: a series of annual cross-sectional surveys on the new graduates between 2010 and 2012. Hum Resour Health. 2013;11:47. doi:10.1186/1478-4491-11-47.
14. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018.
15. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
17. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): SAGE Publications; 1985.
18. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
19. McLaughlin JA, Jordan GB. Using logic models. In: Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS, editors. Handbook of practical program evaluation. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015. p. 62-87. doi:10.1002/9781119171386.ch3.
20. Adler M, Ziglio E, editors. Gazing into the oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health. London: Jessica Kingsley Publishers; 1996.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ Journal Of Department Of Health Service Support



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ขอบเขตการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน
2. สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
3. เศรษฐกิจสุขภาพ
4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบสุขภาพ
5. วิศวกรรมทางการแพทย์
6. มาตรฐานสถานพยาบาล
7. นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article)

หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง

บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยโดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ซึ่งสามารถดูรายละเอียดได้ที่ Websiteวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

2. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาจะต้องเป็นไฟล์ Word เท่านั้น และส่งผ่านระบบ ThaiDj ได้ที่ Website <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss>

โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ

3. หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา

ผู้พิมพ์ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้พิมพ์มาด้วย

4. การประเมินบทความ (Peer Review Process)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านตอบบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือ การปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2 - 3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)

5. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้พิมพ์ปรับแก้สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้พิมพ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้พิมพ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง

6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

8. กองบรรณาธิการ

ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว

- จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง

- ไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4

3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ

- ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 ซม.

- ขอบบน 2.5 ซม. ขอบล่างประมาณ 2 ซม.

4. การตั้งระยะในเนื้อหา

- ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร

- ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า

- ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ ฟิเอสเค

(TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาด ที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้พิมพ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้พิมพ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้พิมพ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ บทนำวัตถุประสงค์ สมมติฐาน (ถ้ามี) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับดังนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด สี่ถึงแปดพยางค์ หลักของการศึกษา ควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับรัดกุม ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร

ผู้พิมพ์ ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่ชื่อย่อ) พร้อมคำย่อปริญญาหรือคุณวุฒิ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ กรณีที่ได้ปริญญาจากสถาบันต่างประเทศก็ไม่ต้องใช้ภาษาไทย

- ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้พิมพ์ทำงาน
- อีเมลล์ของผู้พิมพ์ ที่ใช้ในการติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา

ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ หรือ คำหลัก (Key words)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract)

- ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3 – 5 คำ

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความ ที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทบทวนวรรณกรรม และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

วัตถุประสงค์ (Objective) ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

สมมติฐาน (Hypotheses) คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน

ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการศึกษา (Methods) เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่ได้รับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)

เช่น descriptive, quasi - experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณ ให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือน วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ผลการศึกษา (Results) เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอภิปราย

อภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่าน

เห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้

สรุปผลการศึกษา (Conclusion) เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเรื่อง โดยใช้อ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามปรากฏในเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ ตัวเลขที่กำกับในเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

A. การอ้างอิงบทความจากวารสาร

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number) ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Sexson SB, Lehne IT. Factor affecting hip fracture mortality. J Orthop Trauma 1987;1(4):298-305.
2. สถาพร เปาอินทร์. ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ใน 2 ปีแรกหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักบริเวณส่วนคอทั้งในกลุ่มที่ใช้ซีเมนต์และกลุ่มที่ไม่ใช้ซีเมนต์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20(4):548-55.
3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical

course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361(16):1529-38.

4. วชิร สายสงเคราะห์, วิมล เพชรกาญจนางค์, ชลลดา มีทรัพย์, ศุภลักษณ์ ยะแสง, วันวิสา โกลาหล, ภาณุวัฒน์ ผุดผ่อง, และคณะ. การพัฒนาวิธีและประเมินชุดทดสอบโรคติดต่อกันจากสัตว์สู่คน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(3):621-32.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง โดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น

- ชื่อผู้แต่งเป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยให้เขียนแบบภาษาไทยโดยการเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม แต่ถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษ ก็ใช้แบบเดียวกับเอกสารที่ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ

2) ชื่อบทความ

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นคำเฉพาะ เช่น ชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายหยุด (full stop -)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3) ชื่อวารสาร

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

สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น วารสาร - วิชาการสาธารณสุข พุทธิชนราชเวชสาร จดหมายเหตุทางการแพทย์

จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสารศิริราช ฯลฯ

4) การใช้ปี พ.ศ. สำหรับวารสารภาษาไทย ค.ศ.สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ และปีที่พิมพ์ หรือ volume และฉบับที่ (number/issue) ไม่ต้องใส่เดือนหรือวันที่พิมพ์

5) เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก - หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวเลขซ้ำออก

สำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18 ใช้ 10-8.

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11.

หน้า 198-201 ใช้ 198-201.

หน้า 1045-1115 ใช้ 1048-1115.

B. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1. การอ้างอิงทั้งหมด รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1) ชื่อผู้แต่ง อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อผู้แต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร

2) ชื่อหนังสือ ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือ

3) ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้

4) เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์

5) สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;)

6) ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลข ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมายมหัพภาค หรือ full stop (.)

2. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CL, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book;1993. p. 2001-19.

2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจจินดา, วินัย สุวตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิกพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

C. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ ประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง.

ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

D. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

E. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย: ปี ที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.

2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

F. เอกสารที่เป็นกฎหมายรูปแบบพื้นฐาน

- กรณีที่เป็นพระราชบัญญัติ ให้ระบุชื่อของพระราชบัญญัตินั้น. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ซึ่งก็คือ

สารราชกิจจานุเบกษา ตามตัวอย่าง

- กรณีที่เป็นกฎกระทรวงให้ใส่ชื่อกระทรวงที่ออกกฎนั้น และระบุชื่อของกฎหมายที่ออก. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือสารราชกิจจานุเบกษาตามตัวอย่าง

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120, ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546).

2. กระทรวงศึกษาธิการ. กฎกระทรวง กำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 81 ก (ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2561).

G. ลิขสิทธิ์ (Patent) ให้เขียนรูปแบบตามตัวอย่าง

1. Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

H. บทความในหนังสือพิมพ์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่. เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

ตัวอย่าง เช่น

1. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

2. ซี12. ตุลาการศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 2).

I. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น (เช่น บทความในวารสารหรือหนังสือ) และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น

1. Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

อาจใช้คำว่า “forthcoming” ถ้าไม่แน่ว่าเอกสารนั้น ๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

J. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) วารสารอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ], ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume):[หน้า]. แหล่งข้อมูล/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง เช่น

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier-Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [สืบค้นเมื่อ/cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NE-JMp1010466>

2. ราม รังสินธ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง-สาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/downloads/24>

2) หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; วันที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http:// />.

ตัวอย่าง เช่น

1. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>
3. Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y
4. จิราภรณ์ จันทรจักร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://liblog.dpu.ac.th/analyre-source/wp-content/uploads/2010/06/refer-ence08.pdf>

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

- คำศัพท์ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

- ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure)

ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ตารางที่.....**” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ภาพที่.....**” ไว้ใต้ภาพประกอบ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ ไม่เคย ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 88/44 หมู่ 4 ซอยสาธารณสุข 8 ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000