กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

The Primary Health Care Journal (Central Edition)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2568
ISSN 3057-0379 (online), 3057-0352 (print)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

ที่ปรึกษา
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ
นางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ผู้ช่วยบรรณาธิการ
นางอัจจ์สุภา รอบคอบ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางเพ็ญวิภา นิลเนตร ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสาวกมลชนก สหุนาพุ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

กองบรรณาธิการ
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล สถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
ผศ.ดร.อดิศร วงศ์คงเดช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พัชนา ใจดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ณฐกร นิลเนตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร. นครินทร์ ประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ปริญญา เรืองทิพย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เพียงพร กัณหารี มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตสิรินธรราช วิทยาลัยศรีราชา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา
ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา
ดร.วนัสรา เชาวน์นิยม มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ดร.สมภพ อาจชนะศึก กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ดร.ศรัชฌา กาญจนสิงห์ ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

กองบรรณาธิการจัดการวารสาร
นางสาวจิรัชยา สารสุวรรณ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นายอภิชาติ สบายใจ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางวาริศา สนจิตร์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสาวนพวรรณ สกุณา ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสาวฉัตรฑริกา ผินจัตุรัส ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสุดารัตน์ งามสม ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางรุ่งอรุณ บูรณะ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสุวรรณี มุงคุณ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสาวจันทนีย์ นพรัตน์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางสาวชมพูนุท พวงแก้ว ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
นางกรองแก้ว นิลใน ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่เข้มแข็ง ในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 "ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง" ประเด็นคนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs) และสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยใช้กลไกการดำเนินงานของ อสม. เข้ามามีส่วนที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมทั้งดำเนินการสนับสนุนพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ อสม.และภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน, พัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยการประชาสัมพันธ์ผลงานองค์ความรู้ นวัตกรรม อสม.ดีเด่น เขตสุขภาพที่ 6 ประจำปี 2568

ในโอกาสนี้ ขอเป็นกำลังใจและขอบคุณภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมขับเคลื่อนงานสำคัญดังกล่าวให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายต่อไป วารสารฉบับนี้ มีผลงานวิชาการที่หลากหลาย ได้คัดสรรสิ่งดีๆ มานำเสนอท่านอีกเช่นเคย สำหรับผู้สนใจส่งผลงานวิจัยหรือบทความวิชาการ สามารถศึกษารายละเอียดได้ในเล่มวารสารและติดต่อสอบถามเพิ่มเติมมาที่กองบรรณาธิการวารสารฯ ด้วยความยินดียิ่ง

สารบัญ

- การพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน เขตสุขภาพที่ 6 ..... **3**
- การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

  รุ่งพร เรืองอร่าม **5**
- การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี

  กิตติ บุญรัตนเนตร **16**
- การยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง: การศึกษาเชิงคุณภาพจากมุมมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 6

  ชนิดา ศิริสวัสดิ์ **28**
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

  รตี สงวนรัตน์, รัชนีกร เครือชารี **40**
- พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

  รัก ธนะไพบูลย์ **52**

การพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน เขตสุขภาพที่ 6

รวบรวม/เรียบเรียงโดย ฉัตรฑริกา ผินจัตุรัส
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ที่มาและความสำคัญ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการจัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขตภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568 เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงการประกาศเกียรติคุณแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อุทิศตนเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยจากการจัดการประกวด อสม.ดีเด่น ดังกล่าว และการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2568 พบว่า มีการสร้างผลงาน นวัตกรรมด้านสุขภาพผ่านการปฏิบัติงานของ อสม. โดยการใช้ทรัพยากรที่หาได้ในท้องถิ่น ประยุกต์เข้ากับความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและประสบการณ์จากการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ร่วมกับภาคีต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมาหลายหน่วยงานมีการรวบรวม จัดเก็บผลงานนวัตกรรมและเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง แต่การเผยแพร่ยังอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด และยังกระจัดกระจายอยู่ตามภูมิภาค ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ร่วมกับกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน เพื่อเป็นศูนย์กลางในการรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้และจัดการความรู้เพื่อการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการสุขภาพชุมชนในวงกว้าง จุดประกายการสร้างสรรค์ต่อยอดการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อการส่งเสริม และแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงเป็นการสร้างแรงผลักดัน สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดทำเว็บไซต์ในการรวบรวมผลงานและเผยแพร่ผ่าน https://www.thaiphc-innovation.com

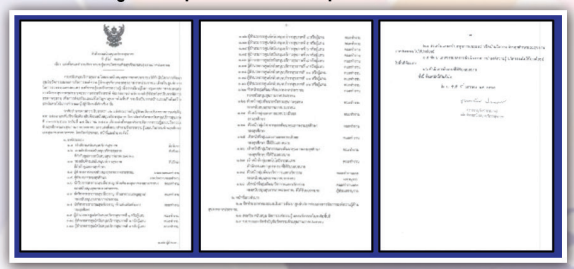
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน
2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน การจัดการองค์ความรู้ และนวัตกรรมในระดับพื้นที่
3. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาต่อยอดการนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์

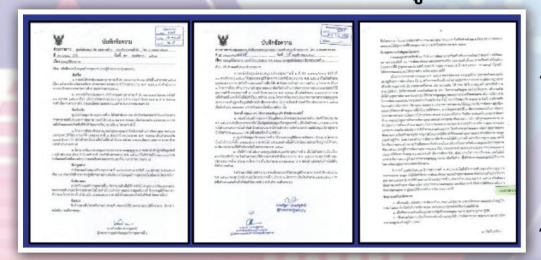
กระบวนการ/ขั้นตอนการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน เขตสุขภาพที่ 6

1. มีคำสั่งคณะทำงานการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ดำเนินการจัดตั้งคำสั่งคณะทำงานการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ในระดับกรม โดยมีคณะทำงานจากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และ ศบส.1-12



2. จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพและภาคีเครือข่ายด้านการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดี เขตสุขภาพที่ 6 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีกิจกรรม ในการศูนย์พัฒนานวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ฯ

3. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ผ่านระบบออนไลน์ Webex กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เครือข่ายผู้รับผิดชอบงานฯระดับจังหวัด อำเภอ รพ.สต.และโรงพยาบาล ร่วมหารือ และให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพภาคประชาชน

ระหว่างวันที่ 4-5 กุมภาพันธ์ 2568 ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพภาคประชาชน ณ ห้องประชุมสุขศึกษา ชั้น 9 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ศบส.1-12 และกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

5. ดำเนินการจัดการ และสังเคราะห์องค์ความรู้นวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการจัดการ และสังเคราะห์องค์ความรู้นวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จากการจัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง, การลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับชาติ และเอกสาร รูปเล่มต่างๆ

6. เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการนำไปใช้ประโยชน์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการนำไปใช้ประโยชน์ ผ่านทาง https://www.thaiphc-innovation.com และจัดทำ one page ผ่านทางไลน์กลุ่มภาคีเครือข่าย และ facebook หน่วยงาน

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
The Primary Health Care Journal (Central Edition) Vol.39 No.2 May - August 2025
Received : 31 March 2025 Revised : 22 April 2025 Accepted : 13 May 2025

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

DEVELOPING THE PERFORMANCE CAPACITY OF HOSPITAL STAFF AT TRAT HOSPITAL

รุ่งพร เรืองอร่าม
โรงพยาบาลตราด
RUNGPORN RUANGARAM
TRAT HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Method Research) เพื่อศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานและแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 575 คน ด้วยแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร จำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน t-test (Independent Sample), F-test (One - way ANOVA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการถอดเทปและจัดกลุ่มประเด็นสาระสำคัญ (Thematic Coding)

ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80; S.D. = 0.47) โดยด้านคุณธรรมจริยธรรมอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.29; S.D. = 0.58) รองลงมาคือด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.90; S.D. = 0.62) การติดต่อประสานงาน ($\bar{X}$ = 3.76; S.D. = 0.58) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 3.56; S.D. = 0.65) ส่วนด้านทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.49; S.D. = 0.52) การศึกษาเปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราดตามลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศและอายุ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อศักยภาพในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น

ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตราด สะท้อนความต้องการการพัฒนาใน 5 ด้านหลัก ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การติดต่อประสานงาน คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน รูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม ทั้งนี้ ควรพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพโดยเฉพาะความต้องการเรียนรู้ที่เน้นการคิดวิเคราะห์ผ่านเทคโนโลยีและแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) การใช้เทคโนโลยี (e-Learning) และปัญญาประดิษฐ์ (AI) การส่งเสริมทั้ง hard skills และ soft skills และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ คือ ควรมีนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกกลุ่มตำแหน่ง เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงโอกาสพัฒนา และควรบูรณาการใช้เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์เข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เพื่อเสริมสร้างทักษะอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, ทักษะการปฏิบัติงาน, บุคลากร, การวิจัยแบบผสมผสาน, การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

Abstract

This Mixed-Method Research aimed at studying the work performance potential and developing appropriate guidelines for staff development at Trat Hospital. Data were collected from 575 samples using a validated questionnaire (content validity checked by experts) and in-depth interviews with 5 hospital executives. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (Independent Sample t-test, One-way ANOVA) with statistical significance set at .05. Qualitative data were analyzed through transcription and thematic coding.

The results revealed that the overall work performance potential of staff was at a high level ($\bar{X}$ = 3.80; S.D. = 0.47). The highest aspect was ethics and morality ($\bar{X}$ = 4.29; S.D. = 0.58), followed by development methods and activities ($\bar{X}$ = 3.90; S.D. = 0.62), coordination ($\bar{X}$ = 3.76; S.D. = 0.58), and motivation ($\bar{X}$ = 3.56; S.D. = 0.65), while practical skills were at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.49; S.D. = 0.52). The comparison by personal factors showed no significant difference in gender and age, but education level significantly affected all aspects ($p < .05$), with higher education showing higher averages.

The study identified five key areas for development: practical skills, work motivation, coordination, ethics and morality, and models/methods/activities. It is recommended that development strategies emphasize analytical thinking through technology, individual development plans (IDP), e-Learning, artificial intelligence (AI), promotion of both hard and soft skills, and organizational knowledge-sharing forums, aligning with lifelong learning and comprehensive human resource development concepts.

Key policy recommendations include establishing clear, inclusive staff development policies for all job categories to ensure equal access to development opportunities and integrating technology and AI into the organization's strategic plan for sustainable skill enhancement.

Keywords : Staff Capacity Development, Work Skills, Staff, Mixed-Method Research, Hospital Work Performance

บทนำ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรภาครัฐ ซึ่งมีบทบาทโดยตรงต่อการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบาย เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี หน่วยงานจึงจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Raymond, 2020; Dessler, 2020) ทั้งนี้ การพัฒนาตนเองของบุคลากรยังส่งผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพและความสามารถในการแข่งขันในโลกการทำงานที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาองค์กรที่มีบุคลากรพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องย่อมเกิดประสิทธิภาพในการทำงานและสะท้อนถึงความสำเร็จขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบราชการที่ซับซ้อน ผู้บริหารต้องมีบทบาทในการประเมินและส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรให้เหมาะสมกับหน้าที่ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิผล

โรงพยาบาลตราด เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไปประจำจังหวัดที่มีบทบาทในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ชายแดน มีขนาด 312 เตียง ให้บริการจริง 395 เตียง ภายใต้โครงสร้าง 6 กลุ่มภารกิจ และมีภารกิจหลากหลาย มีการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท รวมถึงนักท่องเที่ยวและผู้ป่วยจากประเทศกัมพูชา ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลตราดเป็นองค์กรที่มีโครงสร้างที่ซับซ้อน บุคลากรต้องพร้อมรับการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของงานทั้งด้านการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลตราด, 2567) ซึ่งผู้บริหารต้องคำนึงถึงความรู้สึกของบุคลากรและคุณภาพชีวิตในการทำงาน เพราะสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการและความสำเร็จขององค์กรโดยตรง นอกจากนี้ ยังมีลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และระดับการศึกษา ที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรม ทัศนคติ และแรงจูงใจในการทำงาน มีผลต่อความสัมพันธ์ภายในองค์กร ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และความสำเร็จขององค์กรในภาพรวม (กรกมล ธาราพิตรกิจชัย และนฤมล อนุสนธิ์พัฒน์, 2566; เอกชัย มโนวรกลุ และประภัสสร วิเศษประภา, 2564) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด โดยใช้กรอบแนวทาง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิบัติงาน 2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 3) การติดต่อประสานงาน 4) คุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และ 5) รูปแบบวิธีการ และกิจกรรมในการพัฒนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและบริหารจัดการบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

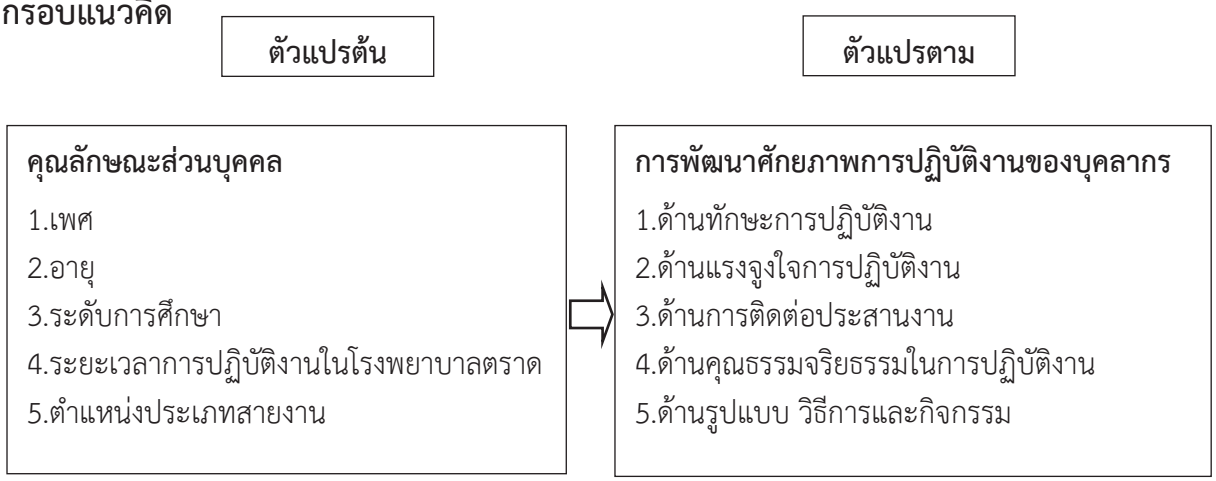
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ศักยภาพการปฏิบัติงาน หมายถึง ระดับความคิดเห็นต่อศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด โดยแบ่งการพัฒนาศักยภาพเป็น 5 ด้าน คือ ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ด้านการติดต่อประสานงาน ด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน และด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด สามารถนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริหารบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตราดต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในสังกัดโรงพยาบาลตราด ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 575 คน จากประชากร 1,080 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane (1973) ที่ความเชื่อมั่น 95% โดยสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายในแต่ละชั้น สำหรับกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ผู้กำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร จำนวน 5 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นต่อศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด 5 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ลำดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) และผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์แนวทางในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราดแบบเจาะลึก ตรวจความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดตราด

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์โดยใช้ Google Forms ซึ่งจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ความหมาย การพิทักษ์สิทธิก่อนส่งแบบสอบถามและขณะเข้าสัมภาษณ์ พร้อมลงลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสและนำแบบสอบถามรวมทั้งประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึกไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน t-test (Independent Sample) และ F-test (One – way ANOVA) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพถอดเทปและจัดกลุ่มประเด็นสาระสำคัญ (Thematic Coding) เพื่อสังเคราะห์แนวทางในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 42.26 รองลงมาคืออายุ 30-45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.87 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 55.30 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.21 สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.95 รองลงมาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 23.00 เมื่อจำแนกตามตำแหน่งประเภทสายงาน พบว่าเป็นข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 47.66 รองลงมาคือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 37.91

2. ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

2.1 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80 ; S.D. = 0.47) โดยด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม ด้านการติดต่อประสานงาน ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และด้านทักษะการปฏิบัติงาน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด โดยรวมและรายด้าน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	แปล
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.49	0.52	ปานกลาง
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.56	0.65	มาก
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.76	0.58	มาก
ด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน	4.29	0.58	มาก
ด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม	3.90	0.62	มาก
รวม	3.80	0.47	มาก

2.2 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกตามเพศ พบว่าโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ เพศหญิงและเพศชายมีศักยภาพการปฏิบัติงานในทุกๆ ด้านที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ที่มีเพศแตกต่างกัน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	ชาย			หญิง			t	Sig
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.48	.56	ปานกลาง	3.49	.51	ปานกลาง	0.13	0.897
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.51	.69	มาก	3.57	.64	มาก	0.92	0.357
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.73	.67	มาก	3.76	.55	มาก	0.40	0.689
ด้านคุณธรรมจริยธรรมฯ	4.24	.64	มาก	4.30	.57	มาก	0.97	0.33
ด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม	3.83	.59	มาก	3.92	.62	มาก	1.26	0.21
รวม	3.76	.49	มาก	3.81	.46	มาก	0.97	0.33

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกตามอายุ โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ช่วงอายุที่แตกต่างกัน มีศักยภาพการปฏิบัติงานด้านทักษะการปฏิบัติงานและด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ด้านการติดต่อประสานงาน และด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม มีศักยภาพการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ที่มีอายุแตกต่างกัน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 30 ปี			30 – 45 ปี			มากกว่า 45 ปีขึ้นไป			f	Sig
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.65	0.54	มาก	3.47	0.59	ปานกลาง	3.43	0.51	ปานกลาง	7.70	.001*
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.67	0.67	มาก	3.50	0.66	มาก	3.55	0.62	มาก	2.43	.089
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.84	0.58	มาก	3.71	0.60	มาก	3.75	0.55	มาก	2.02	.133
ด้านคุณธรรมจริยธรรมฯ	4.15	0.60	มาก	4.29	0.58	มาก	4.36	0.57	มาก	5.45	.005*
ด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม	3.94	0.67	มาก	3.90	0.61	มาก	3.89	0.60	มาก	0.31	.737
รวม	3.85	0.59	มาก	3.77	0.47	มาก	3.80	0.46	มาก	1.02	.361

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกตามการศึกษา โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า บุคลากรในช่วงการศึกษาแตกต่างกัน มีศักยภาพการปฏิบัติงานในทุกๆ ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการติดต่อประสานงานที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	ต่ำกว่าปริญญาตรี			ปริญญาตรี			สูงกว่าปริญญาตรี			f	Sig
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.42	0.52	ปานกลาง	3.52	0.51	มาก	3.83	0.57	มาก	7.38	.001*
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.52	0.64	มาก	3.56	0.64	มาก	3.93	0.70	มาก	3.71	.025*
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.71	0.61	มาก	3.77	0.55	มาก	4.01	0.62	มาก	2.67	.070
ด้านคุณธรรมจริยธรรมฯ	4.18	0.61	มาก	4.35	0.56	มาก	4.63	0.43	มากที่สุด	9.12	.000*
ด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม	3.82	0.60	มาก	3.94	0.62	มาก	4.25	0.65	มาก	5.54	.004*
รวม	3.73	0.46	มาก	3.83	0.46	มาก	4.13	0.51	มาก	8.20	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกตามระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีศักยภาพการปฏิบัติงาน ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน ด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนด้านการติดต่อประสานงาน และด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 5 ปี			5-10 ปี			10-15 ปี			15 ปีขึ้นไป			t	Sig
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.60	0.55	มาก	3.46	0.48	ปานกลาง	3.39	0.51	ปานกลาง	3.49	0.52	ปานกลาง	3.18	.024*
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.69	0.67	มาก	3.49	0.65	ปานกลาง	3.39	0.59	ปานกลาง	3.59	0.64	มาก	4.54	.004*
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.82	0.63	มาก	3.73	0.59	มาก	3.64	0.60	มาก	3.78	0.53	มาก	2.07	.103
ด้านคุณธรรมจริยธรรมฯ	4.23	0.63	มาก	4.19	0.58	มาก	4.26	0.57	มาก	4.40	0.55	มาก	4.35	.005*
ด้านรูปแบบวิธีการ และกิจกรรม	3.98	0.64	มาก	3.86	0.62	มาก	3.78	0.59	มาก	3.93	0.61	มาก	2.05	.106
รวม	3.86	0.50	มาก	3.74	0.46	มาก	3.69	0.44	มาก	3.84	0.45	มาก	3.41	.017

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ผลการศึกษาศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกตามตำแหน่งประเภทสายงาน โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า บุคลากรในตำแหน่งประเภทสายงานแตกต่างกัน มีศักยภาพการปฏิบัติงานในทุกๆ ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านทักษะการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราด ที่มีตำแหน่งประเภทสายงานที่แตกต่างกัน

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	ต่ำกว่าปริญญาตรี			ปริญญาตรี			สูงกว่าปริญญาตรี				
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	f	Sig
ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	3.42	0.52	ปานกลาง	3.52	0.51	มาก	3.83	0.57	มาก	7.38	.001*
ด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน	3.52	0.64	มาก	3.56	0.64	มาก	3.93	0.70	มาก	3.71	.025*
ด้านการติดต่อประสานงาน	3.71	0.61	มาก	3.77	0.55	มาก	4.01	0.62	มาก	2.67	.070
ด้านคุณธรรมจริยธรรมฯ	4.18	0.61	มาก	4.35	0.56	มาก	4.63	0.43	มากที่สุด	9.12	.000*
ด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม	3.82	0.60	มาก	3.94	0.62	มาก	4.25	0.65	มาก	5.54	.004*
รวม	3.73	0.46	มาก	3.83	0.46	มาก	4.13	0.51	มาก	8.20	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตราดจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า บุคลากรมีความรู้วิชาชีพที่ดีแต่ยังขาดทักษะเชิงพฤติกรรม (soft skills) เช่น การคิดวิเคราะห์ ภาวะผู้นำ และการใช้เทคโนโลยี แรงจูงใจมาจากคำชื่นชม ความ ก้าวหน้า และบรรยากาศการทำงาน แต่ยังมีข้อจำกัดจากความเครียดและระบบสนับสนุนไม่ทั่วถึง ด้านการสื่อสารแม้มีระบบสนับสนุนที่ดี แต่ยังขาดความชัดเจนและความต่อเนื่องในการประสานงาน ส่วนคุณธรรมจริยธรรมได้รับความสำคัญแต่ยังมีปัญหาการละเมิดสิทธิผู้ป่วยบางกรณี ด้านรูปแบบวิธีการและกิจกรรมพบว่ามีความหลากหลาย แต่ยังขาดการออกแบบที่ตอบโจทย์เฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้าง ทั้งนี้ผู้บริหารเสนอให้จัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP) และใช้เทคโนโลยี เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และการเรียนรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยี (e-Learning) เพื่อให้เข้าถึงได้ทั่วถึงและยั่งยืนมากขึ้น

3.2 ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตราด

3.2.1 ด้านทักษะการปฏิบัติงาน : ส่งเสริมให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มศักยภาพที่เน้นการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการใช้เทคโนโลยี พร้อมทั้งพัฒนาทักษะเชิงพฤติกรรม (Soft Skills)

3.2.2 ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน : เสริมแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ระบบรางวัล คำชมเชย การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ชัดเจน

3.2.3 ด้านการติดต่อประสานงาน : ปรับระบบการสื่อสารให้ชัดเจน รวดเร็ว และเหมาะสมกับบริบทงาน ควรมีการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการประสานงาน และ

ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดใจ รับฟัง และมีความร่วมมือระหว่างสายงาน

3.2.4 ด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน : สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นคุณธรรมผ่านกิจกรรมส่งเสริมจริยธรรม การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ และระบบประเมินผลด้านจริยธรรม พร้อมทั้งยกย่องผู้มีพฤติกรรมดีเด่นอย่างต่อเนื่อง

3.2.5 ด้านรูปแบบ วิธีการและกิจกรรม : ควรมีการพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่ตอบโจทย์รายบุคคล โดยจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) และใช้เทคโนโลยี เช่น e-Learning, Digital Learning และ AI เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมถึงการสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มวิชาชีพ (Community of Practice : CoP)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลตราดอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านคุณธรรมจริยธรรมในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับธนภรณ์ พรรณราย (2565) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากองค์กมีมาตรการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร ประกอบกับบุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพและสะท้อนถึงจิตสำนึกความรับผิดชอบและการยึดมั่นในจรรยาบรรณของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ขณะที่ด้านทักษะการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมทักษะที่เกี่ยวข้องกับการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการใช้เทคโนโลยีให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Boyatzis (1982) ที่ระบุว่าประสิทธิผลในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับทักษะ ความเข้าใจบทบาท แรงจูงใจ และโอกาสที่ได้รับ สอดคล้องกับ ธัญภา หมั่นจิตร (2565) ที่พบว่า บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสุดใจ จีนศาสตร์ (2563) ที่พบว่าทักษะที่องค์กรต้องการพัฒนานั้นไม่เพียงแต่เป็นทักษะทางวิชาชีพ (Hard Skills) เท่านั้น แต่รวมถึงทักษะเชิงพฤติกรรม (Soft Skills) ด้วย นับว่าเป็นหัวใจสำคัญขององค์กรสมัยใหม่ เมื่อเปรียบเทียบตามลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศและอายุไม่ส่งผลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกมล ธาราพิตรกิจชัย และนฤมล อนุสนธิ์พัฒน์ (2566) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าเพศและอายุแตกต่างกัน มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล เขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านการฝึกอบรม ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพ และด้านความจำเป็นความต้องการพัฒนาของบุคลากรไม่แตกต่างกัน แต่จากงานวิจัยพบความแตกต่างในบางด้าน โดยเฉพาะระดับการศึกษาซึ่งมีผลต่อทักษะในการปฏิบัติงาน คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับเอกชัย มโนวรกลุ และประภัสสร วิเศษประภา (2564) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน สะท้อนว่าการศึกษาอาจช่วยส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลได้

ผลการศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลตราด จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ควรจัดอบรมที่เน้นการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การใช้เทคโนโลยี พัฒนาทักษะเชิงพฤติกรรม (Soft Skills) ที่จำเป็น ใช้ระบบ “พี่เลี้ยง” และลงมือทำ 2) ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ควรสร้างระบบการให้รางวัลหรือแรงจูงใจเชิงบวก เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วม มีเส้นทางความก้าวหน้าชัดเจน 3) ด้านการติดต่อประสานงาน ควรปรับขั้นตอนให้กระชับ มีระบบการตอบกลับ สร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบเปิดใจรับฟัง 4) ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ควรมีการปลูกฝังจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินพฤติกรรมด้านคุณธรรม 5) ด้านรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม ควรมีแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา ใช้เทคโนโลยีหรือปัญญาประดิษฐ์ที่ทันสมัย

สนับสนุนการเรียนรู้เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มงานภายในองค์กร สอดคล้องกับแนวคิดด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของ Armstrong (2020) ซึ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพรายบุคคลโดยใช้แนวทางที่หลากหลาย เข้าถึงได้และเชื่อมโยงกับบริบทของการทำงาน และสอดคล้องกับสุดใจ จีนศาสตร์ (2563) พบว่า การพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมทั้ง hard skills และ soft skills โดยใช้เทคโนโลยีเป็นตัวเสริม รวมทั้ง ธนภรณ์ พรรณราย (2565) ที่เสนอว่า องค์การใดที่มีการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ย่อมส่งผลให้องค์กรนั้นๆ บรรลุเป้าหมายที่ต้องการมีความเจริญก้าวหน้า เพราะบุคลากรดังกล่าวจะทุ่มเทพลังงานและความสามารถอย่างเต็มที่ และโดยไม่รู้เหน็ดเหนื่อย เพื่อให้ผลงานสำเร็จตามนโยบายและเป้าหมายขององค์กร รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิด “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” (Lifelong Learning) ของ UNESCO (2022) ที่ระบุว่า องค์กรควรจัดการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร และเข้าถึงได้ทุกระดับ

สรุปผล

บุคลากรโรงพยาบาลตราดมีศักยภาพในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านคุณธรรมจริยธรรมที่โดดเด่นที่สุด ส่วนด้านทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และพบข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี ภาวะผู้นำ และการคิดวิเคราะห์เชิงระบบ อีกทั้งสะท้อนแนวทางในการพัฒนาใน 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การติดต่อประสานงาน คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน รูปแบบ วิธีการ และกิจกรรม โดยควรมีแนวทางการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะความต้องการเรียนรู้ที่เน้นการคิดวิเคราะห์ผ่านเทคโนโลยีและแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) การใช้เทคโนโลยี (e-Learning) และปัญญาประดิษฐ์ (AI) ส่งเสริมทั้ง hard skills และ soft skills และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร สอดคล้องแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีนโยบายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกกลุ่มตำแหน่ง เพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงโอกาสพัฒนา และควรบูรณาการใช้เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์เข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ขององค์กร เพื่อเสริมสร้างทักษะอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) ให้ตรงกับความจำเป็นของแต่ละบุคคล พร้อมระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยและพัฒนาโมเดลหรือรูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

กรกมล ธาราพิตรกิจชัย และนฤมล อนุสนธิ์พัฒน์. (2566). การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น, 9*(7), 544-558.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2564). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย ฉบับปรับปรุง*. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์.

ธนภรณ์ พรรณราย. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา* (สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ธัญภา หมั่นจิตร. (2565). *การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ: กรณีศึกษากองบริการงานอนุญาตโรงงาน1 กรมโรงงานอุตสาหกรรม* (วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลตราด. (2566). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลตราด พ.ศ.2566-2570.* ตราด: โรงพยาบาลตราด.

โรงพยาบาลตราด. (2567). *เอกสารประกอบการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2567 รอบที่ 2.* ตราด: โรงพยาบาลตราด.

สุดใจ จีนศาสตร์ (2566). *พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพและเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนสายงานภายในองค์กรของบริษัทผลิตไฟฟ้าแห่งหนึ่ง* (งานนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

เอกชัย มโนวรกลุ และประภัสสร วิเศษประภา. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร ประจำสำนักงานสรรพากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร 22* (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

Armstrong, M., & Taylor, S. (2020). *Human Resource Management Practice (15th ed.).* London: Kogan Page Publishers.

Boyatzis, R.E. (1982). *The Competent Manager: A model of Effective Performance.* New York : John Wiley and Sons Inc.

Dessler, G. (2020). *Human Resource Management (16th ed.).* New Jersey: Pearson Education, Inc.

Raymond, A.N. (2020). *Employee Training and Development (8th ed.).* New York: McGraw-Hill Education.

UNESCO. (2022). *Making Lifelong Learning a Reality: A Handbook.* Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning.

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
The Primary Health Care Journal (Central Edition) Vol.39 No.2 May - August 2025
Received : 6 May 2025 Revised : 4 June 2025 Accepted : 20 June 2025

การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี

A SYNTHESIS OF A MANAGEMENT MODEL FOR THE DISTRICT HEALTH SYSTEM AFTER THE DEVOLUTION OF SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITALS TO PROVINCIAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATION : A CASE STUDY CHONBURI PROVINCE

กิตติ บุญรัตนเนตร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
KITTI BUNRATNET
BANGLAMUNG DISTRICT PUBLICc HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวิจัยแบบผสม เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม 130 คน ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ กลุ่มตัวอย่าง มีการทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และดำเนินงานตามนโยบาย ร้อยละ 100 ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 100 ประสานการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย ร้อยละ 100 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรับบทบาทจากการสั่งการเป็นการประสานงาน เกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน แต่มีข้อจำกัดด้านการติดตามและประเมินผล การจัดบริการเปลี่ยนจากการให้บริการตรงเป็นการกำกับดูแลสนับสนุน ส่งผลต่อมาตรฐานบริการ เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร แพทย์แผนไทย และงบประมาณที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะคือ ควรส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรในการประเมินมาตรฐานบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ และพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง เพื่อยกระดับการบริหารระบบสุขภาพอำเภอให้มีคุณภาพภายใต้บริบทใหม่อย่างมืออาชีพ

คำสำคัญ : รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This research aimed to synthesize of a management model for district health system after the devolution of Sub-district Health Promotion Hospitals to the Chonburi Provincial Administrative Organization. The objective were to study the current situation of district health system management, to synthesize an effective management model, and develop the district health system after the devolution. The research employed participatory action research and mixed-methods approaches. Data were collected from both quantitative and qualitative sources, involving 130 participants, including district public health officers, directors of Sub-district Health Promoting Hospitals, directors of community hospitals, and operational staff from the District Public Health Office. Quantitative findings revealed that, after the transfer of responsibilities, all respondents (100%) annually reviewed their strategic plans, implemented policies, jointly drove the operations of the District Health Coordinating Committee (DHCC), and coordinated with Sub-district Health Promoting Hospitals and other networks. Qualitative data from interviews indicated that the District Public Health Office shifted its role from command and control to coordination, creating flexibility in operations. However, challenges remained in monitoring and evaluation. Service provision transformed from direct provision to oversight and support roles, which affected service quality standards. Contributing factors included a shortage of specialized personnel—such as legal officers, pharmacists, and traditional medicine practitioners—and limited budgets, leading to reduced capacity in quality control. The study recommends enhancing personnel competencies in systematically evaluating the quality standards of primary care services and developing the District Public Health Office into a consultant and mentoring body to elevate the quality of district health system management under the new context with professionalism.

Keywords : District Health System Management Model, District Public Health Office, Health of Devolution, Sub-district Health Promotion Hospitals, Provincial Administrative Organization.

บทนำ

การกระจายอำนาจในประเทศไทยนั้นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและการจัดการในพื้นที่ของตนเอง เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิ ต่อการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่นงบประมาณ กำลังคน และการประสานงาน (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 , จำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2555 , จำนวน 4 แห่งในปี พ.ศ. 2557, จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2559, จำนวน 6 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ ส่วนการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มีที่ถ่ายโอนจำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.50 จากทั้งหมด 6,872 แห่งใน 49 จังหวัด และคิดเป็นร้อยละ 33.39 ของจำนวน 9,775 แห่งทั้งประเทศ บุคลากร รวม 21,829 ราย ประกอบด้วยข้าราชการ 11,992 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 ราย โดยที่บางจังหวัดมีการถ่ายโอน ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและความสมัครใจ และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมด จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

ในปีงบประมาณ 2567 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนไปแล้ว จำนวน 4,450 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46 จาก ทั้งหมด 9,756 แห่ง และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดเพิ่มอีกจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ แพร่ กาญจนบุรี ชลบุรี ระยอง ภูเก็ต ปัตตานี ในส่วนของจังหวัดชลบุรี ดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ซึ่งเป็นไปตามมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี มีการถ่ายโอน จำนวน 118 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบด้วยข้าราชการ 535 ราย พนักงานราชการ 2 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 118 ราย ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 27 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 199 ราย รวมทั้งหมด 881 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2566)

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพโดยรวม โดยมีผลในด้านบวก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจของท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน และยังพบความท้าทายในการประสานงาน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ในปัจจุบันนี้ พบว่า การบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ เช่น การขาดความชัดเจนด้านอำนาจหน้าที่ระหว่าง อบจ. และ สสอ. ความซ้ำซ้อนและช่องว่างในระบบรายงานและการสั่งการ การขาดบุคลากรเฉพาะด้าน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินงานที่จำเป็น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2566)

สรุปความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังการถ่ายโอน จังหวัดชลบุรีมีการปรับตัวได้ดี พัฒนากลไกความร่วมมือ จนเกิดรูปแบบการบริหารที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการจัดระบบความรู้หรืองานวิจัยที่สังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นระบบและใช้ได้ทั่วไปในพื้นที่อื่น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและปรับใช้ได้จริง ในบริบทพื้นที่ต่างๆ ลดปัญหาความไม่ชัดเจนและความซ้ำซ้อนในระบบการบริหารเสริมความเข้มแข็งให้ระบบปฐมภูมิ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการบริหารระบบสุขภาพ นำไปสู่สุขภาวะที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด โดยการประยุกต์แนวทางจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานและพัฒนารูปแบบการบริหารงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Design) ในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานเชิงบรรจบ (Convergent Design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือเสริมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้าน (Creswell & Plano Clark, 2018)

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้บริหารระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการบริหารของ (Gulick & Urwick, 1937) (POSDCoRB) เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบละเอียด (Verbatim) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ (Miles & Huberman, 1994) ได้แก่ การย่อข้อมูล (Data Reduction) การจัดแสดงข้อมูล (Data Display) การสรุปผลและการตรวจสอบข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 99 คน ซึ่งใช้การสุ่มแบบกลุ่มประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 44 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) มากกว่า 0.72 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability): ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.8

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.1 เตรียมความพร้อมและประสานการวิจัย (กันยายน 2567) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 31 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Saturation) ใช้เวลาสัมภาษณ์รายบุคคล 30-40 นาที บันทึกเสียงและถอดเทปคำสัมภาษณ์ภายใน 3 วันทำการ

3.3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (ตุลาคม 2567 - มกราคม 2568) โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง 99 คน และรวบรวมแบบสอบถามภายใน 1 เดือน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568 โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลในสามมิติ ได้แก่ วิธีการ (Methodological Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับแบบสอบถาม ด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่ง

ข้อมูลต่างระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล หน่วยงาน และช่วงเวลาก่อน - หลังการถ่ายโอนภารกิจ

3.5 การตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเดือนเมษายน 2568 ดำเนินการจัดเวทีอภิปรายแบบมีส่วนร่วม (Focus Group Discussion) เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้นต่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็น ตอบกลับ หรือยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

งานวิจัยนี้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความเป็นเอกสิทธิ์ ปกปิดความลับ คำนึงถึงประโยชน์และไม่เพิ่มความเสี่ยง โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67-045 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

1. ด้านการวางแผนงาน (Planning) การวางแผนงานด้านสุขภาพระดับอำเภอเป็นหน้าที่ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับนโยบายดำเนินงานแบบบูรณาการ ยึดหลักการบริหารจัดการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (RBM) โดยวางแผนจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งมีการกำหนดภาระงานตามกรอบวิชาชีพและวางแผนด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปี จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า หน่วยงานในระดับอำเภอมีการจัดทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และขับเคลื่อนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ และดำเนินงานตามนโยบาย (Policy implementation) ของกระทรวงและกรม

2. ด้านการจัดองค์กร (Organizing) โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังคงใช้กรอบจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความยืดหยุ่นโดยสามารถรับบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นักวิชาการการเงิน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าพนักงานธุรการ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้างองค์กรให้สอดรับกับภารกิจที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาลและการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การจัดตำแหน่งนิติกรหรือเภสัชกรเพื่อควบคุมคลินิก ร้านยา และกิจการที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และร้อยละ 98.98 มีส่วนร่วมในกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) สะท้อนถึงการเป็นหน่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) ดำเนินการจัดบุคลากรตามกรอบโครงสร้าง โดยส่วนใหญ่เป็นการสอบบรรจุเป็นพนักงานกระทรวง และมีการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการสัมภาษณ์พบว่าการควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสม จึงมีข้อเสนอให้กำหนดเกณฑ์ขนาดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามภาระงานและจำนวนบุคลากร ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.98 เป็นพนักงานตามกฎหมายราชการ รองลงมา ร้อยละ 97.97 สนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) ได้เปลี่ยนจากการสั่งการแบบลำดับขั้น มาเป็นการควบคุม กำกับ และสนับสนุน โดยเน้นการประสานงานกับภาคี

เครือข่ายผ่านกลไกความร่วมมือ เช่น MOU ในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 98.98 ร่วมดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และร้อยละ 97.97 มีบทบาทในการกำกับติดตามคุณภาพบริการ

5. ด้านการประสานงาน (Coordinating) ได้ปรับเปลี่ยนเป็นการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย การประสานงานในลักษณะนี้ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน ลดความขัดแย้งและเพิ่มความมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ระบุว่าได้ดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เพื่อผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

6. ด้านการรายงาน (Reporting) การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเครื่องมือแดชบอร์ด HDC ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพงานได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า การขาดสายบังคับบัญชาโดยตรงส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นศูนย์กลางของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล และสรุปผลงานตามภารกิจด้านสาธารณสุข และส่งข้อมูลย้อนกลับ มากที่สุด ร้อยละ 90.90

7. ด้านงบประมาณ (Budgeting) ไม่สามารถบริหารงบประมาณในรูปแบบเครือข่ายได้เช่นเดิม ทำให้การบริหารงบประมาณกลายเป็นความท้าทายใหม่ จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีช่องทางหลักในการรับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวง การสนับสนุนจากผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ การขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) มากที่สุด ร้อยละ 87.87 รองลงมาต้องจัดบริการร่วมทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นการจัดหารายได้ของหน่วยงาน ร้อยละ 77.77

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

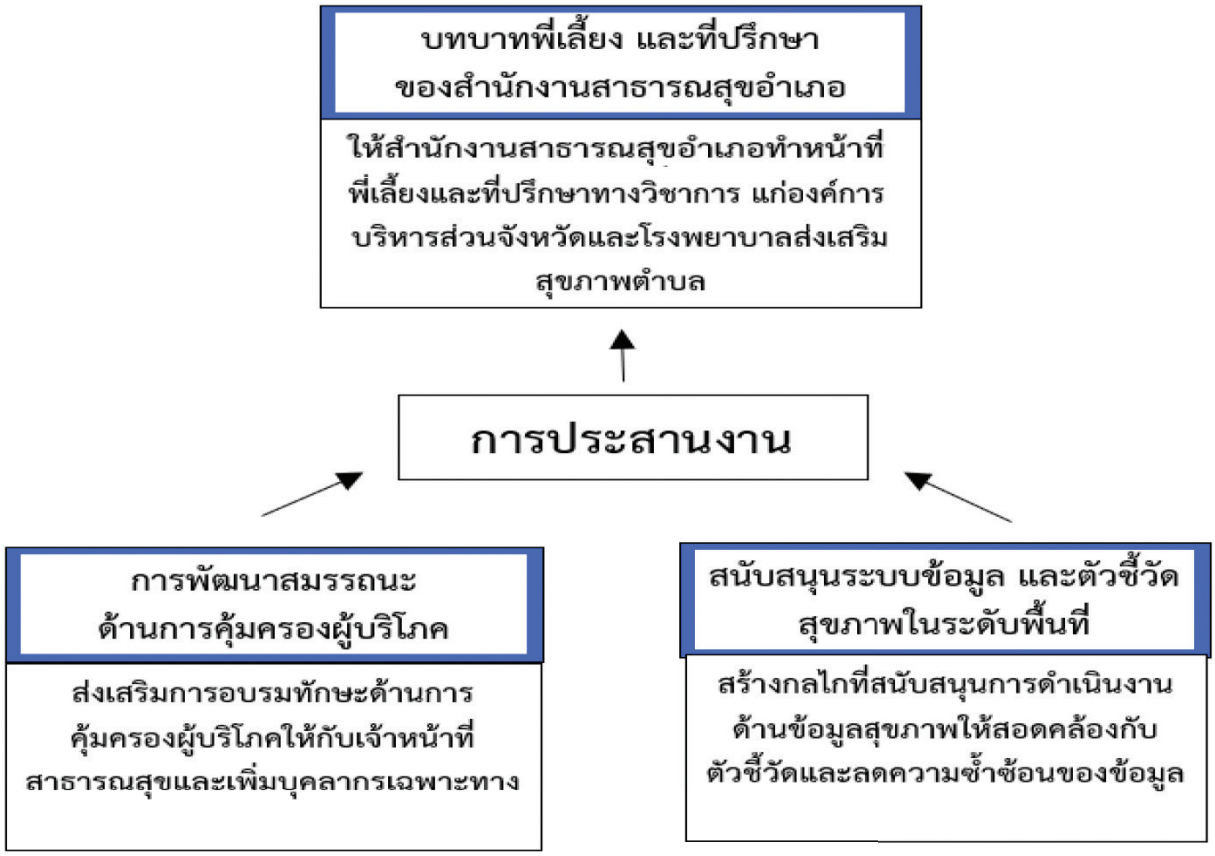
จากการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ได้ตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) พบว่า บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปลี่ยนจากการสั่งการเป็นการประสานความร่วมมือ ส่งผลให้การควบคุมงานสุขภาพบางด้านขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการติดตามตัวชี้วัดและคุณภาพบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันภาระงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้น แต่ขาดกลไกที่ทันสมัย การควบคุมโรคล่าช้า เสี่ยงต่อการระบาด และบริการสุขภาพเชิงรุกลดลง จากการสังเคราะห์ผู้วิจัยเสนอให้ปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยประสานและสนับสนุนวิชาการอย่างเป็นระบบ พัฒนากลไกประสานงานร่วม และปรับระบบติดตามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) เกิดการขาดแคลนบุคลากรอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีกรอบโครงสร้างบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย ที่มีความสำคัญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมาย จากการสังเคราะห์ผู้วิจัย เสนอแนะให้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนตลอดจนเพิ่มตำแหน่งบุคลากรเฉพาะทาง

3. ด้านงบประมาณ (Budgeting) พบว่า ปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเหมือนที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการจัดการงบประมาณในระดับอำเภอ จากการสังเคราะห์ของผู้วิจัย เสนอแนะให้มีกลไกสนับสนุนช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน เช่น งบประมาณเฉพาะกิจ หรือการปรับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ต้องปรับตัวในหลายมิติ ด้านการวางแผนงาน พบว่าส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ที่เสนอให้การวางแผนสาธารณสุขควรใช้ข้อมูลเชิงระบบร่วมกับ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอผ่านความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นบทบาทการประสานงาน เสริมสมรรถนะบุคลากรด้านกฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภค เพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง สนับสนุนระบบข้อมูลและตัวชี้วัดสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ลดความซ้ำซ้อนข้อมูล และส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมและการวิจัยในพื้นที่

กระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และส่งเสริมการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการจัดองค์การ ที่ยืดหยุ่นเพื่อรองรับภารกิจใหม่ โดยหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับภารกิจของส่วนกลาง ซึ่งสะท้อนแนวคิดการกระจายอำนาจเชิงโครงสร้าง ที่สอดคล้องกับ ณัฐพล สมบูรณ์ (2564) ระบุว่าหน่วยงานที่สามารถจัดโครงสร้างองค์กรให้ชัดเจนและตอบสนองต่อบทบาทใหม่ จะสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านการจัดบุคลากรยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในสายงานวิชาชีพที่จำเป็น เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ที่พบว่า หน่วยงานระดับอำเภอมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานเชิงวิชาการและการควบคุมมาตรฐาน เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอ ด้านอำนวยการหรือการสั่งการ พบบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยยึดหลักความเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ และคณะ (2565) ที่ชี้ว่า ผู้นำแบบเอื้ออำนวย Facilitative Leadership มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้านการประสานงาน พบว่ามีการใช้กลไกการประชุม เวทีแลกเปลี่ยน การสื่อสารออนไลน์ และการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Governance) อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานของ สุรเดช หงษ์ทอง และคณะ (2564) กล่าวว่า การประสานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอระหว่างภาครัฐและชุมชน เป็นหัวใจของการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านการรายงาน พบว่าการใช้ HDC Dashboard เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การติดตามตัวชี้วัดมีความแม่นยำและโปร่งใสมากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-Driven Management) ด้านงบประมาณ พบว่ามีความพยายามบริหารงบประมาณอย่างคุ้มค่า แต่การพึ่งพางบประมาณจากส่วนกลางยังคงเป็นข้อจำกัดการสร้างทางเลือกทางการเงิน เช่น การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อเพิ่มรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) กล่าวว่า งบประมาณดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ แม้จะมีความท้าทาย แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยการบูรณาการระหว่างนโยบายกลางกับภาคท้องถิ่นอย่างสมดุล ผ่านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำหน้าที่ประสาน เชื่อมโยง และสนับสนุนเชิงวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในระยะยาว

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเน้นการบริหารแบบประสานงาน (Facilitative Leadership) มากกว่าการสั่งการแบบเดิม ซึ่งช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) ชี้ว่าแม้ว่าการประสานงานจะช่วยสร้างความร่วมมือในระยะเริ่มต้น แต่ในระยะยาวอาจทำให้การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ตามที่คาดหวัง อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังขาดอำนาจควบคุมดูแล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารลดลงในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ กวี ชิ้นจอหอ (2567) ที่พบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับบทบาทในการเป็นหน่วยงานหลักระดับอำเภอที่ประเมินคุณภาพมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามกฎหมาย จึงควรส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างองค์กรให้ยืดหยุ่นและลดความซ้ำซ้อนกับส่วนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ (2566) กล่าวว่า ควรเพิ่ม

บุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร และเภสัชกร เพื่อรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และออกแบบงบประมาณที่มีความยืดหยุ่นเพื่อรองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ทันเวลา

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปสู่การเป็นหน่วยประสานงานเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นการสนับสนุนวิชาการและบทบาทพี่เลี้ยง พร้อมทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ การเสริมศักยภาพบุคลากรและเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับภารกิจที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการทบทวนและปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบกับผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง“การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่อปท.”พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพชุมชนสามารถบริหารจัดการภารกิจที่ถ่ายโอนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562) พบว่า การเพิ่มบุคลากรเฉพาะทางในระดับพื้นที่ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นิติกร และเภสัชกร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการบริหารจัดการงบประมาณ

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองประชาชนได้ดีขึ้น บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรปรับเป็นหน่วยสนับสนุนและประสานงานเชิงวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้าง อัตรากำลัง และกลไกงบประมาณให้เหมาะสม การบริหารจัดการควรสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมการทำงานร่วมระหว่างส่วนกลาง ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาจากประสบการณ์ความเข้าใจและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอบเขตการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดชลบุรี อาจมีข้อจำกัดในการขยายการศึกษาไปพื้นที่อื่นได้ ผลการศึกษาอาจขึ้นอยู่กับบริบท และช่วงระยะเวลาในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรปรับบทบาทที่เน้นการสั่งการ เป็นหน่วยสนับสนุนเชิงวิชาการและประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบ โดยพัฒนากลไกการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรักษาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ และการควบคุมโรคในระดับพื้นที่

1.2 ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรให้ชัดเจน ตามภาระงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรมีกลไกงบประมาณเฉพาะกิจในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อรองรับภารกิจหลังการถ่ายโอน เช่น งบสนับสนุนเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ หรืองบพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ รวมทั้งพิจารณาการปรับบทบาทการบริหารงบประมาณให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับผลลัพธ์และกระบวนการบริหารระบบบริการสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในบริบทของจังหวัดที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการถ่ายโอนในแต่ละบริบท และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบริหารที่มีความเหมาะสม จำเพาะต่อพื้นที่ และสามารถขยายผลได้ในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อประเมินบทบาทใหม่ของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ เช่น ระบบติดตามภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบวิเคราะห์ช่องว่างบทบาทหน้าที่ (gap analysis) หรือ dashboard สำหรับประเมินภารกิจตามกลุ่มงานที่เหลืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับตัว และกำหนดบทบาทใหม่ได้อย่างชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

กวี ชิ้นจอหอ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 10*(1), 220-243.

ณัฐพล สมบูรณ์. (2564). *การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้ภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ, สมชาย อินทร์แก้ว, และพิชญา จันทร์เรือง. (2565). ภาวะผู้นำแบบเอื้ออำนวยในองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,* 15(2), 45–60.

รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน, และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2566). *บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด.* กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.* กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). การ*ถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). *ประเด็นการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ.* การประชุมคณะกรรมการการถ่ายโอน: เรื่องการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (น.2). ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *รายงานการประเมินการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุรเดช หงษ์ทอง, ปัทมา พงษ์พานิช, และจิราพร ชูศรี. (2564). การบริหารร่วมในระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15*(1), 25-40.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

Gulick, L., & Urwick, L. (Eds.). (1937). *Papers on the science of administration.* Institute of Public Administration, Columbia University.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). SAGE Publications.

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
The Primary Health Care Journal (Central Edition) Vol.39 No.2 May - August 2025
Received : 9 June 2025 Revised : 17 June 2025 Accepted : 9 July 2025

การยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง: การศึกษาเชิงคุณภาพจากมุมมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในเขตสุขภาพที่ 6

Enhancing Quality Standards in Healthcare Facilities for Elderly and Dependent Care: A Qualitative Study of Stakeholder Perspectives in Health Service Region 6

ชนิดา ศิริสวัสดิ์
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
CHANIDA SIRISAVAD
HEALTH SERVICE SUPPORT CENTER 6

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานสถานประกอบเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถอดเทปให้รหัสจัดหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์แบบอุปนัยเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักจากข้อมูลภาคสนาม

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร พบว่าผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 2) ด้านความเข้าใจในมาตรฐาน พบว่าผู้ประกอบการขาดความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐาน 3 ด้าน คือ ด้านอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการบริการ โดยเฉพาะด้านบริการและความปลอดภัยที่มีข้อบกพร่องมากที่สุด 3) ด้านภารกิจและทรัพยากร พบว่าหน่วยงานควบคุมมีภารกิจหลากหลายไม่สอดคล้องกับทรัพยากร ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างภายใน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการกำกับดูแล 4) ด้านความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมิน พบว่าขาดความเข้าใจในข้อกฎหมายและมาตรฐานที่จำเป็นต่อการประเมิน รวมถึงความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ 5) ด้านการควบคุมกำกับและบทกำหนดโทษ พบว่าการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ยังมีจุดอ่อนด้านการควบคุมและบทลงโทษ ทำให้การดำเนินการขาดประสิทธิภาพ และ 6) ด้านการบูรณาการความร่วมมือ พบว่าขาดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลและผู้ดำเนินการให้มีมาตรฐานที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง เสริมสร้างความรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่แก่ผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง จัดสรรงบประมาณและบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสม ปรับปรุงกฎหมายให้มีความทันสมัยและครอบคลุมต่อสถานการณ์จริง รวมทั้งสร้างระบบการบูรณาการระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการเป็นไปอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุ, ผู้มีภาวะพึ่งพิง, มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to analyze factors affecting standards for establishing health services in elderly care facilities and for dependent individuals. Using purposive sampling, 15 participants were selected for semi-structured interviews. Qualitative data analysis involved transcription, coding, categorization, and inductive synthesis to identify key themes from field data.

The study findings revealed key factors impacting healthcare establishment standards: 1) Personnel factors: operators and service providers lacked awareness, knowledge, and understanding of their roles and responsibilities, with insufficient staffing; 2) Standard comprehension: operators lacked understanding of the three standard criteria—facilities, safety, and services—with service and safety aspects showing the most deficiencies; 3) Mission and resources: Regulatory agencies had diverse missions that were inconsistent with available resources in terms of personnel, budget, and internal structure, affecting supervisory efficiency. 4) Knowledge of assessment personnel: lack of understanding of necessary laws and standards for evaluation, including ability to provide consultation to operators; 5) Regulatory control and penalties: enforcement of the Healthcare Establishment Act B.E. 2559 still had weaknesses in control and penalty provisions, resulting in ineffective implementation. 6) Integration and cooperation: lack of systematic collaboration among relevant agencies at both policy and local levels.

Relevant agencies should develop standardized training curricula for caregivers and operators that align with actual practice, continuously enhance knowledge and awareness of roles and responsibilities among operators, allocate adequate and appropriate budget and personnel, update laws to be current and comprehensive for real situations, and establish integration systems among all sectors to ensure quality and sustainable elderly care in healthcare establishments.

Keywords : Elderly or dependent care business, Elderly, Dependent, Health care establishment standards

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วโดยในปี 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และคาดว่าในปี 2574 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลในระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่คาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ รัฐบาลได้บูรณาการความร่วมมือเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยเตรียมความพร้อมประชากรก่อนวัยสูงอายุในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสร้างการรับรู้ประชาชนโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต แต่การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่โรงพยาบาลรัฐยังมีข้อจำกัดในการรองรับผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการสนับสนุนจากภาคเอกชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย จากข้อมูลปี 2552 พบว่า สถานบริการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งหมด 138 แห่ง ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง พบว่ายังไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสังคมไทย, 2552) จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกำหนดมาตรฐานในการบริการและองค์กรที่รับผิดชอบในการควบคุมการขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพ

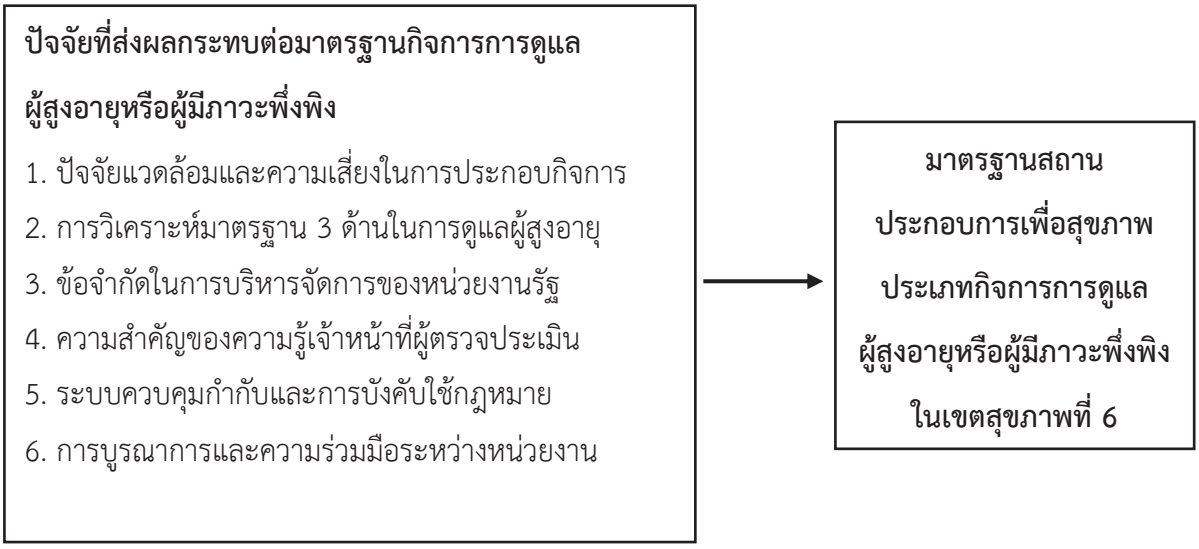
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพรวมถึงส่งเสริมให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 และประกาศให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการที่ต้องได้รับใบอนุญาตเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 ปัจจุบันมีการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ดำเนินกิจการธุรกิจบริการสุขภาพไปแล้วประมาณ 1,000 แห่งทั่วประเทศ โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพภายใต้ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้ออกใบอนุญาตในพื้นที่ 8 จังหวัด จำนวน 98 แห่ง พบว่า มีข้อร้องเรียนจำนวนมากจากญาติผู้รับบริการและประชาชนผ่านหลายช่องทาง สาเหตุสำคัญคือสถานประกอบการหลายแห่งไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายของผู้สูงอายุจนเสียชีวิต มีการกระทำที่เข้าข่ายประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาต เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะเจาะเลือด หรือให้อาหารทางสายยาง และมีสถานประกอบการที่เปิดโดยไม่ได้รับอนุญาตจำนวน 7 แห่ง ซึ่งถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่า การขาดการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและอุปสรรคทางเศรษฐกิจ ข้อมูลบุคลากรและการฝึกอบรม การใช้เทคโนโลยีในการติดตามคุณภาพ ผลกระทบทางจิตใจและบทบาทครอบครัว การประเมินประสิทธิผลของกฎหมาย และการขาดฐานข้อมูลที่ทันสมัย การเติมเต็มช่องว่างเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและยั่งยืน จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่ทำให้สถานประกอบการไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดได้ รวมถึงเสนอแนวทางการพัฒนาและกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคเป็นไปอย่างครอบคลุมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการดำเนินการของสถานประกอบเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการกำกับดูแลสถานสถานประกอบเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปพัฒนาระบบการบริหารจัดการและยกระดับมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เพิ่มความน่าเชื่อถือและสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน

2. ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน มีความมั่นใจในการเลือกใช้บริการจากสถานประกอบการที่ได้รับการรับรอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 มีแนวทางในการวางแผนการตรวจเฝ้าระวัง กำกับดูแล และส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงนโยบาย มาตรการ กฎหมาย และหลักสูตรการอบรมสอดคล้องกับบริบทและความท้าทายในการดำเนินงานจริง

4. ผู้กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เทคนิค Maximum Variation Sampling เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลายและครอบคลุม กำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 15 คน เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการ จำนวน 4 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย ดำเนินกิจการมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสถานประกอบการตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ประกอบกิจการที่มีคดีความเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิ์ผู้สูงอายุในระหว่างการดำเนินการวิจัย และผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างคล่องแคล่ว

กลุ่มที่2ผู้ให้บริการจำนวน4คนโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนตามกฎหมายปฏิบัติงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มที่ 3 ผู้รับบริการและญาติ จำนวน 4 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานประกอบการหรือญาติผู้ดูแล เข้ารับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีความสามารถในการสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรง (MMSE < 17 คะแนน) และผู้ที่มีปัญหาการได้ยินหรือการพูดอย่างรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่กลุ่มวิศวกรรมการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ที่มีประสบการณ์ในการกำกับดูแลหรือตรวจสอบสถานประกอบการไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินมาตรฐานสถานประกอบการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ อาคารสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ แบบบันทึกการสังเกตสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และอุปกรณ์ช่วย เช่น เครื่องบันทึกเสียงกล้องสมุดบันทึกภาคสนาม ตัวอย่างคำถามหลัก คือ "ท่านคิดว่าการมีกฎหมายควบคุมการดำเนินการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร" "ท่านประสบปัญหาอะไรบ้างในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด" และ "ท่านคิดว่าแนวทางการกำกับดูแลในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร"

การเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงเมษายน 2568 จากการศึกษาเอกสาร แบบประเมินมาตรฐาน การสังเกตในสถานประกอบการจริง และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครบถ้วน และตรวจสอบข้อมูลวิธีสามเส้า โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการออกใบอนุญาต จากหน่วยงานภาครัฐ คือ เจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ภาคเอกชน คือ เจ้าหน้าที่เทศบาลทับมา อ.เมือง จ.ระยอง และภาคประชาชน คือ ผู้ประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 โดยการศึกษาเอกสาร, การสัมภาษณ์, และการสังเกต เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูลยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีการ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูลตั้งแต่การเก็บรวบรวมจนถึงการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์บริบทสังคมและสภาพแวดล้อมจากข้อมูลภาคสนาม การสัมภาษณ์ และการสังเกตเพื่อเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน วิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการถอดเทป จัดหมวดหมู่ ให้รหัสข้อมูล และค้นหาแก่นสารสำคัญ วิเคราะห์แบบอุปนัยโดยตีความข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ผลประเมินมาตรฐาน 3 ด้าน และวิเคราะห์ผลการตรวจเฝ้าระวังของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 เพื่อประเมินแนวโน้มปัญหาและการปฏิบัติตามมาตรฐาน โดยรวมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การคำนวณค่าร้อยละของสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผ่านการให้รหัสข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล และการค้นหาแก่นเรื่องจากการสัมภาษณ์และการสังเกต และการประเมิน Data Saturation ผู้วิจัยจะประเมิน Data Saturation โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (ongoing analysis) หากไม่พบรหัสใหม่ที่สำคัญ แก่นเรื่องมีความชัดเจนครบถ้วน และข้อมูลใหม่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแก่นเรื่องหลัก จะถือว่าข้อมูลอิ่มตัวแล้ว

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือบริการที่จะได้รับข้อมูล

ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยใช้ระบบการเข้ารหัสข้อมูล (Data Encryption) และเก็บไฟล์ในที่ปลอดภัย มีเพียงทีมวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น และจะถูกทำลายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย 5 ปี การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจัดทำเป็นภาษาไทยที่เข้าใจง่ายและมีเวลาพิจารณาอย่างเพียงพอก่อนตัดสินใจ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และข้อมูลการขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ในปี 2565–2567 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 มีผู้ประกอบการยื่นขอใบอนุญาตประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัจจุบันได้รับใบอนุญาต 98 แห่ง โดยชลบุรี 47 แห่ง สมุทรปราการ 25 แห่ง และระยอง 15 แห่ง การเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการสะท้อนถึงความต้องการที่เพิ่มขึ้นของสังคมผู้สูงอายุในภูมิภาคเศรษฐกิจตะวันออก (EEC) ซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมที่ครอบครัวขยายแยกย้ายไปทำงาน ทำให้เกิดความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุจากสถานประกอบการเพิ่มขึ้น และหลังได้รับใบอนุญาตมีการร้องเรียนผ่านหลายช่องทาง เมื่อตรวจสอบ 13 แห่งในปี 2567 คือหลายแห่งไม่รักษามาตรฐาน เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบกล่าวว่า *"เราเข้าไปตรวจแล้วพบว่าผู้สูงอายุบางคนมีแผลกดทับที่รุนแรง ญาติไม่รู้เลยว่าเกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง พอเรามาตรวจเขาถึงจะรู้"* เนื่องจากผู้ประกอบการเน้นผลประโยชน์ทางธุรกิจ โดยผลการวิเคราะห์เชิงบริบทพบว่า การขาดมาตรฐานการดูแลเกิดจากแรงกดดันทางเศรษฐกิจที่ผู้ประกอบการต้องลดต้นทุนเพื่อแข่งขันในตลาด โดยเฉพาะในยุคที่ค่าครองชีพสูงขึ้น และปัญหาหลักที่พบ ได้แก่ การขาดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับจนเสียชีวิต การให้บริการทางแพทย์โดยไม่ได้รับอนุญาต และความไม่สะอาดของสถานที่ จากข้อมูลของญาติผู้สูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า *"ตอนแรกดูสะอาดดี พอไปเยี่ยมบ่อยๆ ถึงเห็นว่าห้องน้ำสกปรก เจ้าหน้าที่ไม่ได้อาบน้ำให้แม่เป็นประจำ"* นอกจากนี้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพยังประสบข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรในการควบคุมกำกับ ทำให้ไม่สามารถดูแลสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Thematic Analysis Framework ผู้วิจัยพบ 6 ประเด็นหลัก ที่สะท้อนปัจจัยส่งผลกระทบต่อมาตรฐานกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการเปรียบเทียบมุมมองจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม และการวิเคราะห์เชิงบริบทที่สำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยแวดล้อมและความเสี่ยงในการประกอบกิจการ สถานประกอบการหลายแห่งหลีกเลี่ยงการตรวจสอบโดยไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่เข้าตรวจสอบ จากการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าเล่าว่า *"เราไปถึงแล้วเขาบอกว่าเจ้าของไม่อยู่ ไม่ได้นัดล่วงหน้า แต่พอเราอธิบายว่าเป็นการตรวจสอบตามกฎหมายเขาก็ยังไม่ให้เข้า"* โดยมีการอ้างเหตุผลต่างๆ เช่น ไม่มีการแจ้งล่วงหน้า หรือเจ้าของสถานประกอบการไม่อยู่ ซึ่งผู้ประกอบการฝ่ายหนึ่งให้มุมมองว่า *"เราก็อยากให้ถูกต้องหมดนะ แต่บางทีเจ้าหน้าที่มาไม่บอกล่วงหน้า เราไม่ได้เตรียมเอกสาร"* ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ต้องติดต่อกับผู้ให้บริการที่ขาดความรู้หรือความตระหนักในมาตรฐาน จากการวิเคราะห์เชิงบริบทพบว่า ความกดดันทางเศรษฐกิจจากการแข่งขันด้านราคาในตลาดทำให้ผู้ประกอบการต้องลดต้นทุน ทำให้เกิดปัญหาการจัดการบุคลากร เช่น ขาดผู้ดำเนินการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม หรือมีการใช้แรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนถูกต้อง สร้างความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ อีกทั้งผู้ประกอบการยังมีแนวโน้มขออนุญาตประเภทกิจการที่ต้นทุนต่ำกว่า เช่น ลักษณะที่ 2 แทนที่จะเป็นลักษณะที่ 3

เพื่อหลีกเลี่ยงการจ้างบุคลากรที่มีคุณภาพตามกฎหมาย ซึ่งเป็นช่องโหว่ทางกฎหมายที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลโดยตรง

2. การวิเคราะห์มาตรฐาน 3 ด้านในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านการบริการ พบว่าผู้ดำเนินการขาดคุณวุฒิทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน จากข้อมูลผู้ดำเนินการคนหนึ่งกล่าวว่า *"เราเรียนมา 130 ชั่วโมงแล้ว แต่พอมาทำงานจริงๆ ก็ยังไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง กฎหมายเยอะมาก"* รวมถึงข้อมูลรายชื่อผู้ให้บริการที่ยื่นขออนุญาตไม่ตรงกับผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบพบว่า *"เอกสารเขียนชื่อคนหนึ่ง แต่พอไปดูที่สถานที่จริงคนนั้นไม่เคยมา คนที่ทำงานจริงไม่มีใบประกาศนะ"* 2) ด้านการดูแลสุขภาพ พบปัญหารุนแรง เช่น ญาติผู้สูงอายุท่านหนึ่งเล่าประสบการณ์ว่า *"เราเห็นพนักงานฉีดยาให้พ่อ แต่ไม่รู้ว่าเป็นยาอะไร พอถามเขาก็บอกว่าเป็นวิตามิน แต่หลังจากนั้นพ่อมีอาการไม่สบาย"* และ 3) ด้านสถานที่ พบปัญหาความซับซ้อนของกฎหมายที่ผู้ประกอบการไม่เข้าใจการเปลี่ยนวัตถุประสงค์การใช้อาคารผู้ประกอบการคนหนึ่งอธิบายว่า *"เราซื้อบ้านมาแล้วปรับปรุงให้เป็นที่ดูแลผู้สูงอายุ แต่เทศบาลบอกว่าต้องขออนุญาตเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ เราไม่รู้ว่ามีขั้นตอนแยกอีก"* ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากเทศบาลในการขออนุญาตเปลี่ยนแปลงสถานที่อย่างถูกต้อง ส่วนด้านความปลอดภัยพบปัญหาขาดการเตรียมพร้อม เช่น ไม่มีการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และดับเพลิง เครื่องมือทางการแพทย์ขาดการทดสอบสอบเทียบ และคู่มือการใช้งานบางแห่งไม่มีหรือไม่ได้อ่าน อีกทั้งเกณฑ์มาตรฐานปัจจุบันกว้างและไม่เป็นทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ ทำให้ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่สับสน

3. **ข้อจำกัดในการบริหารจัดการของหน่วยงานรัฐ** กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคมีภารกิจหลากหลายครอบคลุมทั้งงานอนุญาต ควบคุมมาตรฐาน ดำเนินคดี ตรวจราชการ และส่งเสริมกิจการสุขภาพอื่นๆ ซึ่งทำให้โฟกัสเฉพาะด้านทำได้ยาก เจ้าหน้าที่หนึ่งคนให้ข้อมูลว่า *"เรามีงานหลายอย่างมาก ทั้งอนุญาต ตรวจสอบ ดำเนินคดี รวมถึงงานสปาและนวดด้วย บางทีไม่รู้ว่าจะจัดลำดับความสำคัญยังไงดี"* บุคลากรมีจำนวนจำกัดเพียง 4 คน เพื่อดูแลพื้นที่ 8 จังหวัดจากข้อมูลเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเล่าว่า *"เราต้องดูแล 8 จังหวัด ไปกรุงเทพฝึกอบรมบ่อย ยังต้องทำงานอื่นๆ อีกเยอะ บางทีรู้สึกว่างานเกินตัว"* ส่งผลให้บุคลากรทำงานหนักและต้องสอนงานบ่อยครั้ง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งบ่อยครั้ง งบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีมีเพียง 250,000-350,000 บาท ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการและปริมาณงาน ทำให้การติดตามและเฝ้าระวังทำได้ไม่เต็มที่ เจ้าหน้าที่ยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ด้านกฎหมายและวิชาชีพสุขภาพส่งผลให้การให้คำปรึกษาและการตัดสินใจไม่แม่นยำเท่าที่ควร

4. ความสำคัญของความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมิน เจ้าหน้าที่ตรวจประเมินเป็นกุญแจสำคัญในการรักษามาตรฐาน เนื่องจากเป็นผู้สื่อสารหลักที่ช่วยให้ผู้ประกอบการเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้อง เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ลึกในหลายสาขา เช่น สาธารณสุข วิศวกรรม ความปลอดภัย อาคาร และการออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ (Universal Design) เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและความเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันเจ้าหน้าที่หลายคนยังขาดความเชี่ยวชาญครบถ้วนและต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน จึงทำให้ความเข้าใจเกณฑ์ยังไม่ชัดเจน ควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะด้าน จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ พร้อมจัดทำคู่มือที่เข้าใจง่าย และสร้างระบบแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ จากข้อมูลเจ้าหน้าที่หนึ่งคนให้ข้อมูลว่า *"จริงๆ เราต้องรู้หลายเรื่องมาก การออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ ระบบความปลอดภัย เครื่องมือทางการแพทย์ กฎหมาย บางทีรู้สึกไม่มั่นใจในการตัดสินใจ"* (เจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ)

5. ระบบควบคุมกำกับและการบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมกำกับมีความสำคัญต่อการรักษามาตรฐานเพื่อป้องกันไม่ให้สถานประกอบการละเลยการปฏิบัติตามข้อกำหนด มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่และงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการตรวจสอบสถานประกอบการที่เพิ่มขึ้น จึงมีข้อเสนอให้ใช้เทคโนโลยีช่วยงานหรือจ้างบริษัทภายนอกตรวจสอบ แต่ต้องระวังผลประโยชน์ทับซ้อน ญาติผู้สูงอายุกังวลเรื่องการดูแลที่ดีและความจำเป็นของระบบกำกับที่

เข้มแข็ง ควรเพิ่มทรัพยากร พัฒนาระบบเทคโนโลยี สร้างเครือข่ายกับหน่วยงานในพื้นที่ และปรับปรุงมาตรฐานการตรวจสอบให้ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ จากมุมมองของญาติผู้รับบริการให้ข้อมูลว่า *"เราส่งแม่ไปเพราะเชื่อใจ แต่พอรู้ว่าไม่มีใครมาตรวจสอบบ่อยๆ ก็เริ่มกังวล ไม่รู้ว่าเขาดูแลดีจริงหรือเปล่า" "ควรมีระบบที่ให้ญาติร้องเรียนได้ และต้องมีการติดตามผล ไม่ใช่แค่รับเรื่องแล้วทิ้ง"*

6. การบูรณาการและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐและเครือข่ายในพื้นที่เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความซับซ้อนของปัญหา ภาครัฐมีความเชื่อถือสูงและเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการสร้างมาตรฐานและความร่วมมือ ควรสนับสนุนผู้ประกอบการด้วยดอกเบี้ยราคาพิเศษ ลดภาษี และการฝึกอบรม เช่น CPR และดับเพลิง พร้อมทั้งพัฒนาบุคลากรผ่านความร่วมมือกับกรมการจัดหางานและสถาบันฝีมือแรงงาน หน่วยงานท้องถิ่น สถาบันการเงิน สถาบันการศึกษา และหน่วยงานสาธารณสุขต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างคณะกรรมการร่วม กำหนดบทบาทที่ชัดเจน สร้างระบบสื่อสาร และจัดทำแผนงานร่วมในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน จากมุมมองของเจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพให้ข้อมูลว่า *"ปัญหาซับซ้อน ไม่ใช่หน่วยงานเดียวจะแก้ได้ ต้องร่วมมือกันทั้งสาธารณสุข เทศบาล กรมแรงงาน สถาบันการเงิน"* และมุมมองสถานประกอบการให้ข้อมูลว่า *"ถ้ารัฐช่วยเรื่องดอกเบี้ยเงินกู้ ลดภาษี หรือจัดอบรมให้ฟรี เราก็ยินดีทำตามมาตรฐาน แต่ตอนนี้ทุกอย่างต้องลงทุนเอง"*

ส่วนที่ 3 แนวทางในการพัฒนามาตรฐานและกระบวนการกำกับดูแลสถานสถานประกอบเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 6 แนวทาง ได้แก่

1. การเฝ้าระวังควบคุมกำกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามมาตรฐาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังควบคุมกำกับ โดยการสร้างภาคีเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ ประกอบด้วย เทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคม เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเครือข่ายที่กล่าวมา สามารถเข้าไปช่วยตรวจสอบ หรือให้คำแนะนำในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่ได้รับใบอนุญาตหรือไม่ โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในแต่ละภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กรให้ช่วยสนับสนุนการเฝ้าระวังในพื้นที่ร่วมกัน รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคฯ ได้ประชุมวางแผนการบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อลงพื้นที่ในการตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีความเสี่ยงจากการได้รับร้องเรียน และการได้รับอนุญาตเป็นเวลานานตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา

2. การบังคับใช้กฎหมาย พบว่า ไม่มีบทกำหนดโทษที่ชัดเจนในการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน มีแต่เป็นการสั่งให้แก้ไขปรับปรุง และรายงานผลการแก้ไข เช่น ไม่มีผู้ดำเนินการอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ ไม่มีผู้ให้บริการที่ถูกต้อง มีการทำหัตถการที่เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของเจ้าหน้าที่ อย่างเช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การเปลี่ยนสายให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ญาติและผู้สูงอายุที่รับบริการไม่รู้ถึงข้อกฎหมายต่างๆ บางคนไม่สนใจในการขอดูใบอนุญาตว่ามีหรือไม่ และญาติไม่รู้ว่าการทำหัตถการต่างที่เจ้าหน้าที่ดำเนินการนั้นไม่สามารถกระทำได้และมีความผิด

3. การส่งเสริมพัฒนาให้ความรู้

3.1 สถาบันหน่วยงานหรือองค์กรที่ผลิตบุคลากรหลักสูตรผู้ดำเนินการและหลักสูตรผู้ให้บริการ พบว่า สถาบัน หน่วยงาน หรือองค์กรที่ผลิตบุคลากร หลักสูตรผู้ดำเนินการ และหลักสูตรผู้ให้บริการนั้นมีความสำคัญอย่างมาก ต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานการเรียนการสอน มีการประเมินผลการเรียนจริง ไม่มีการซื้อขายใบประกาศ และสร้างความตระหนัก และความรู้ ความเข้าใจเรื่องเกณฑ์มาตรฐาน3ด้านในหลักสูตรผู้ดำเนินการ130ชั่วโมงและหลักสูตรการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เรียน 420 ชั่วโมง และการติดตามประเมินผลการเรียนการสอนของสถาบันที่ผลิตบุคคลกรให้เป็นไปตามมาตรฐาน

3.2 การบริหารจัดการของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มคุ้มครองฯ มีงานจำนวนมาก ประกอบด้วย 1) งานอนุญาตสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 2) งานตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 3) งานขอเปิดหลักสูตรต่างๆ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 4) งานขึ้นทะเบียนของผู้เรียนจบจากสถาบัน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่เปิดการเรียนการสอน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 5) งานเฝ้าระวังสถาบัน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่เปิดการเรียนการสอน จำนวน 50 แห่ง 6) งานตรวจจับและดำเนินคดีกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ได้รับอนุญาต 7) งานยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้านนวด ร้านสปา เข้าสู่สากลเพื่อรับรางวัลนวดไทยพรีเมี่ยมและสปาพรีเมี่ยม และรางวัลทิวา 8) งานเรื่องร้องเรียนอื่นๆ 9) งานตรวจราชการ 10) งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย มีข้าราชการปฏิบัติงานที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน มีนายช่างเทคนิค จำนวน 1 คน มีพนักงานราชการ จำนวน 1 คน มีการเปลี่ยนและย้ายบุคลากรบ่อยครั้ง ไม่มีนิติกรในกลุ่มงาน เป็นงานที่ยากและมีความเสี่ยง มีขั้นตอนการทำงานมาก เจ้าหน้าที่แบกรับความเสี่ยงความรับผิดชอบกับข้อกฎหมาย การดำเนินงานทุกอย่างมีความเสี่ยง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคนปฏิบัติงานและย้ายงานบ่อย

3.3 การควบคุมกำกับสถานประกอบการให้มีมาตรฐานโดยบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 - 4 มีความเห็นสอดคล้องกันถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาการควบคุมกำกับสถานประกอบการให้มีมาตรฐานนั้น ต้องมีการบูณาการประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการทำงาน ประกอบด้วย กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และกองกฎหมาย ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ผู้แทนตำรวจภูธรภาค/ จังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานท้องถิ่น ผู้แทนเทศบาล หรือ อบต และ อสม. ที่จะเป็นหน่วยงานเฝ้าระวังและควบคุมกำกับให้มีมาตรฐาน และการสร้างทีมและเครือข่ายในการดำเนินการ ซึ่งแนวทางการบูรณาการยังไม่สามารถปฏิบัติได้จริง สิ่งที่สามารถดำเนินการได้คือการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพแก่สถาบันหน่วยงาน หรือองค์กรที่ได้การรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ ให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีความรู้ และความตระหนักในการประกอบอาชีพ และดำเนินการให้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด ในวันที่ 30 มกราคม 2568 และจัดทำแผนการออกเฝ้าระวังแก่ผู้ประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 38 แห่ง ของปี 2568 โดยไม่มีการแจ้งล่วงหน้า

4. รูปแบบและวิธีการในการประเมินผล พบว่า การออกแบบการประเมินผล ควรมีการออกแบบการประเมินผลจากความเป็นจริง โดยกำหนดขั้นตอนไว้ดังนี้ 1. กำหนดเกณฑ์การประเมิน 2. รวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม สัมภาษณ์ผู้สูงอายุหรือครอบครัว พนักงาน และตรวจสอบเอกสารประกอบการดำเนินงาน 3. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น 4.เปรียบเทียบกับมาตรฐาน โดยการนำข้อมูลที่ได้มาประเมินเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การประเมิน 5. เสนอมาตรการปรับปรุงหลังจากการประเมิน เจ้าหน้าที่ควรเสนอแนวทางหรือมาตรการในการปรับปรุงการให้บริการ เช่น การฝึกอบรมพนักงาน การพัฒนาสถานที่ หรือการปรับปรุงกิจกรรมที่จัดให้กับผู้สูงอายุ และ 6. ติดตามผลการปรับปรุง เพื่อประเมินว่ามาตรการที่นำไปใช้เกิดผลจริงหรือไม่

5. ผลผลิตผลลัพธ์ของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ส่วนมากให้ความเห็นสอดคล้องกันผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาของกิจการการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีมาตรฐานจะส่งผลกระทบอย่างมาก แต่ถ้าสามารถดำเนินการได้สำเร็จจะทำให้ผู้สูงอายุที่รับบริการมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้อยู่ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีมาตรฐาน และผู้ประกอบการจะลดปัญหาเรื่องข้อร้องเรียน เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความเห็นสอดคล้องกันถึงปัจจัยที่จะทำให้สถานประกอบการมีมาตรฐานต้องมีความสำคัญระดับนโยบายที่ชัดเจนมาสู่ผู้ประกอบกิจการรวมถึงผู้ปฏิบัติงาน การให้ความรู้ความเข้าใจในการประเมินมาตรฐาน 3 ด้านอย่างถูกต้อง ให้อำนาจในการบังคับใช้ข้อกฎหมายเพื่อให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครอง และผู้รับบริการคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้ประกอบการควรกำหนดบทลงโทษชัดเจนเพื่อบังคับใช้กรณีไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานพร้อมส่งเสริมผู้ประกอบการให้คงมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และด้านการบริหารจัดการหน่วยงานรัฐ การจัดสรรทรัพยากรโดยเพิ่มงบประมาณให้สอดคล้องกับปริมาณงาน เพิ่มอัตรากำลังโดยแยกบุคลากรงานอนุญาตและงานเฝ้าระวัง จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา การพัฒนาระบบงานโดยนำเทคโนโลยี One Stop Service มาใช้พัฒนาเจ้าหน้าที่ และจัดทำคู่มือรวบรวมกฎหมาย แนวทางปฏิบัติ และวิธีจัดการร้องเรียน ควรปรับปรุงกฎหมายโดยกำหนดให้ผู้ประกอบการร่วมจ่ายค่าตรวจประเมินและเฝ้าระวัง พร้อมกำหนดค่าปรับเมื่อกระทำผิดเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

อภิปรายผล

2.1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จากผลการศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคลากรที่ขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย มีจำนวนไม่เพียงพอและมีการเปลี่ยนงานบ่อย โดยสถานประกอบการกว่า 68% ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากร (เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์ และคณะ, 2565; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน 3 ด้าน (การให้บริการ ความปลอดภัย สถานที่) ที่ผู้ประกอบการและผู้ดำเนินการมีความเข้าใจค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะด้านการให้บริการและความปลอดภัย เนื่องจากความซับซ้อนของมาตรฐานตามกฎกระทรวง (ศิริพันธุ์สาสัตย์และคณะ, 2558; นงลักษณ์ พะไกยะ และคณะ, 2563; ศศิพัฒน์ ยอดเพ็ชร, 2552) ปัจจัยด้านภารกิจและทรัพยากรที่ภารกิจของกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพที่ 6 ไม่สอดคล้องกับทรัพยากรบุคลากรและงบประมาณ โดยเฉพาะตำแหน่งนิติกรขาดแคลนอย่างมาก เกิดจากการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลางไปยังภูมิภาคโดยไม่ได้จัดสรรทรัพยากรเพิ่ม (เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์ และคณะ, 2565; อมรรักษ์ สวนชูผล, 2561) ปัจจัยความรู้พนักงานเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้ตรวจประเมินที่มีความสำคัญต่อการรักษามาตรฐานต้องมีความเข้าใจชัดเจนในมาตรฐานต่างๆ เพื่อลดการใช้ดุลพินิจส่วนตัว และจำเป็นต้องมีความรู้ลึกซึ้งด้านอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และกฎหมาย (เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์ และคณะ, 2565; มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2565; ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2558) ปัจจัยด้านการควบคุมกำกับและบทกำหนดโทษของเจ้าหน้าที่รัฐที่ขาดการพัฒนารูปแบบการควบคุมกำกับและบทกำหนดโทษใน พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ส่งผลให้เกิดการตีความกฎหมายไม่ตรงกันและการใช้ดุลยพินิจที่แตกต่าง รวมถึงขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2565; ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2558; วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559) และปัจจัยด้านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงการพัฒนาสังคมทำให้ขาดการประสานงานและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559; นงลักษณ์ พะไกยะ และคณะ, 2563; ศศิพัฒน์ ยอดเพ็ชร, 2552)

2.2 อภิปรายผลการเสนอแนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แนวทางในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 6 ประการ ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตรผู้ดำเนินการและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับมาตรฐาน 3 ด้านตามกฎกระทรวงโดยเพิ่มเติมรายวิชาความปลอดภัยและการให้บริการ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2558) การอบรมและสร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินการและผู้ประกอบการให้มีความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับมาตรฐานเพื่อการนำไปใช้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ (เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์ และคณะ, 2565) การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมทั้งงบประมาณและบุคลากรเพื่อรองรับภารกิจที่เพิ่มขึ้นในสังคมผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (อมรรักษ์ สวนชูผล, 2561; นงลักษณ์ พะไกยะ และคณะ, 2563) การส่งเสริมความรู้ด้านกฎหมายและมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอแก่เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินเพื่อลดการใช้ดุลยพินิจที่แตกต่างกัน (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559) การทบทวนและปรับปรุง พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ให้ชัดเจนและทันสมัยเพื่อลดอุปสรรคในการประกอบธุรกิจและเสริมประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2565) และการส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสังคม เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและสร้างระบบการดูแลที่ครอบคลุม (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาในครั้งนี้

1) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาและกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ทบทวนและปรับปรุง พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 โดยเฉพาะบทกำหนดโทษและการตีความกฎหมายให้ชัดเจน

2) ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาอัตรากำลังเฉพาะสำหรับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพตามภาระงานของแต่ละพื้นที่ จัดทำคู่มือการตรวจประเมินมาตรฐานที่ชัดเจนเพื่อลดการใช้ดุลยพินิจ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ

3) หน่วยงานในระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานประกอบการควรให้ความสำคัญในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พัฒนาระบบติดตามประเมินผลและระบบรับเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ และการประชาสัมพันธ์สถานประกอบการที่ได้รับมาตรฐานแก่ชาวต่างชาติเพื่อสร้างรายได้และส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ และกระบวนการกำกับดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานของสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

2) ศึกษาเปรียบเทียบระบบการกำกับดูแลสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *แนวทางการเตรียมความพร้อมประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ.* กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.

นงลักษณ์ พะไกยะ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสินี วิเศษฤทธิ์. (2563). *การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2568 จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5280?locale-attribute=th

เปรมปวีร์ บุณยาพรทรัพย์, รุ้งรังษี วิบูลชัย, เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์. (2565). การพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 (การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน). *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, 18*(2), 14-26.

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2565). *โครงการศึกษาการปรับปรุงหรือยกเลิกกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและการดำเนินธุรกิจของประชาชน.* ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2568 จาก https://tdri.or.th/2020/07/regulatory-guillotine/

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2556).*รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2559). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.* วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์, ธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2558). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสังคมไทย. (2552). *รายงานการศึกษาสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565.* ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2568 จาก https://thaitgri.org/?p=40208

อมรรักษ์ สวนชูผล. (2561). การวิเคราะห์สภาพธุรกิจการบริการผู้สูงอายุ และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาการจัดการธุรกิจบริการผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 13*(1), 146-152.

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
The Primary Health Care Journal (Central Edition) Vol.39 No.2 May - August 2025
Received : 29 June 2025 Revised : 16 July 2025 Accepted : 13 August 2025

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

FACTORS INFLUENCING VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' ACCEPTANCE OF UPGRADING COMMUNITY PRIMARY HEALTH CARE CENTERS TO VILLAGE-LEVEL NON-COMMUNICABLE DISEASE OPERATION CENTERS

รตี สงวนรัตน์, รัชนีกร เครือชารี
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
RATEE SANGUANRAT, RATCHANEEKON KHUEACHAREE
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION, DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกลุ่มประชากรในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ชุมชนเป้าหมายขับเคลื่อนสาธารณสุขมูลฐานอย่างยั่งยืน 76 พื้นที่ จำนวน 2,047 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.979 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า อสม.มีระดับการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.40) อสม.มีระดับระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.37, SD = 0.51) การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.48) ทัศนคติเชิงบวก ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.46) การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.45) การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ทัศนคติเชิงบวก และการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย มีผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.30 ข้อเสนอแนะ ควรมีการกำหนดกลยุทธ์การขยายผลการดำเนินงานพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ที่ชัดเจน มีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน กำหนดให้มีระบบการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มดำเนินการและระหว่างดำเนินการ การจัดประชุมชี้แจงนโยบาย การเผยแพร่ข้อมูลผ่าน แอพลิเคชั่น เว็บไซต์ และเปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็น เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การยอมรับความเปลี่ยนแปลง, ศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ศสมช. ,อสม

Abstract

This quantitative study aimed to investigate factors influencing the acceptance of change of Village Health volunteers (VHV) to the upgrade of Community Primary Health Care Canters to a Non-Communicable Disease Operation Centers at the Village Level. Within 2,047 VHV from 74 targeted Primary Health Care Communities, 360 VHV participants were recruited. Data was collected using online questionnaire created by the researcher with the overall Cronbach's alpha of 0.979. Data describing participants' demographics was analyzed using descriptive statistics. Factors which influencing the acceptance of change of VHV were analyzed using multiple regression analysis with 95% confidence interval. Results showed that, level of the acceptance of VHV participants to the transformation of Community Primary Health Care Centers to Non-Communicable Disease Operation Centers at the Village Level was significantly high ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.40). There was also a high level of each factor influenced the acceptance of change of the VHV to the upgrade of Community Primary Health Care Centers. Within these factors, Perceived usefulness influenced the acceptance of change of the VHV to the upgrade of Community Primary Health Care Centers in the highest level ($\bar{X}$ = 4.37, SD = 0.51), followed by Communication and policy supported ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.48); Positive attitude ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.46) and Perceived ease of use ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.45). All four aspects of factor are able to predict the change acceptance of VHV to the transformation of Community Primary Health Care Centers at 50.30 %. Implication of the Study, It would be recommended that to promote the upgrade of Community Primary Health Care Centers to NCDs Operation Center at the Village Level and expand this operation successfully, Community Primary Health Care Centers transformation strategies are needed. Supporting the increasing service capabilities of VHV regarding community health care, sufficient health service facilities, effective communication both in practice and policy, and effective monitoring and evaluation systems could be considered as Community Primary Health Care Centers transformation strategies of success.

Keywords : Acceptance of Change, Non-Communicable Disease Operation Centers, Community Primary Health Care Center, Village Health Volunteers

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรค NCDs (Non Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยโรค NCDs ที่เป็นสาเหตุเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิตกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี หรือเรียกว่า "การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร" มากถึง 17 ล้านคน ร้อยละ 84 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กองโรคไม่ติดต่อ, 2567)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข โดยการยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง ในประเด็นที่ 1 ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิและประเด็นที่ 3 คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ โดยส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs) และดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อโดยลดหรือไม่ใช้ยาเคมีในการรักษา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568)

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งมีภารกิจในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพชุมชน นำไปสู่การพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน ได้ดำเนินการพัฒนายกระดับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในชุมชน จากเดิมที่ศสมช.เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกประเภท เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ทำหน้าที่กลั่นกรอง ผู้ป่วยในระดับต้น เป็นจุดศูนย์กลางในการรองรับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ จากรัฐและเอกชน เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน เป็นศูนย์กลางของความรู้ และวิทยาการชาวบ้านในการดูแลตนเองของชุมชน และ เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารจัดการ ยกระดับให้เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้เป็นสถานที่สำหรับคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เบื้องต้น และให้บริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน ต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมทั้งส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการนำนวัตกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นไปใช้ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568) จากความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้บทบาทของ อสม. ในศูนย์ ศสมช ปรับตามภารกิจโดยเน้นการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทุกอย่างและทุกระดับมักจะเกี่ยวข้องกับการยอมรับหรือต่อ ต้านจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงสามารถสร้างการต่อต้านแบบลึก (deep resistance) ที่ฝังรากลึกอยู่ในตัวคนและองค์การ และมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จ (โกวิทย์ กังสนันท์, 2563) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปร ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่าย จากแนวคิด การยอมรับนวัตกรรม (Everette M. Roger, 1971) และแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) (Davis, 1989) และตัวแปร การสื่อสารและสนับสนุนด้านนโยบายจาก Roger (1995) ที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงจากผลการศึกษาของ เอ็ม สายคำหน่อ และคณะ (2567) ที่พบว่า อสม.ในพื้นที่ต้นแบบมีแนวโน้มยอมรับนวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น ระบบคัดกรองผู้สูงอายุผ่านเว็บ เมื่อระบบนั้นใช้งานง่าย มีความชัดเจน และไม่เพิ่มภาระงาน ความคาดหวังในประสิทธิภาพจากการใช้เทคโนโลยี และการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับการใช้นวัตกรรมคัดกรองสุขภาพ และการศึกษาของ

วรานลินรัตน์ โพธิพัฒน์ (2568) ที่พบว่าการรับรู้ว่าเทคโนโลยีมีประโยชน์และใช้งานได้จริงเป็นตัวแปรสำคัญในการยอมรับระบบ Telemedicine รวมถึง จิตติกร พลแก้ว และคณะ (2560) ยังได้ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการบริหารจัดการนโยบาย NCDs ในระดับอำเภอ โดยพบว่าแม้จะมีนโยบายจากส่วนกลาง แต่การขาดการบูรณาการและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานในพื้นที่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการมีแผนการดำเนินงานและกลไกการสนับสนุนนโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับ

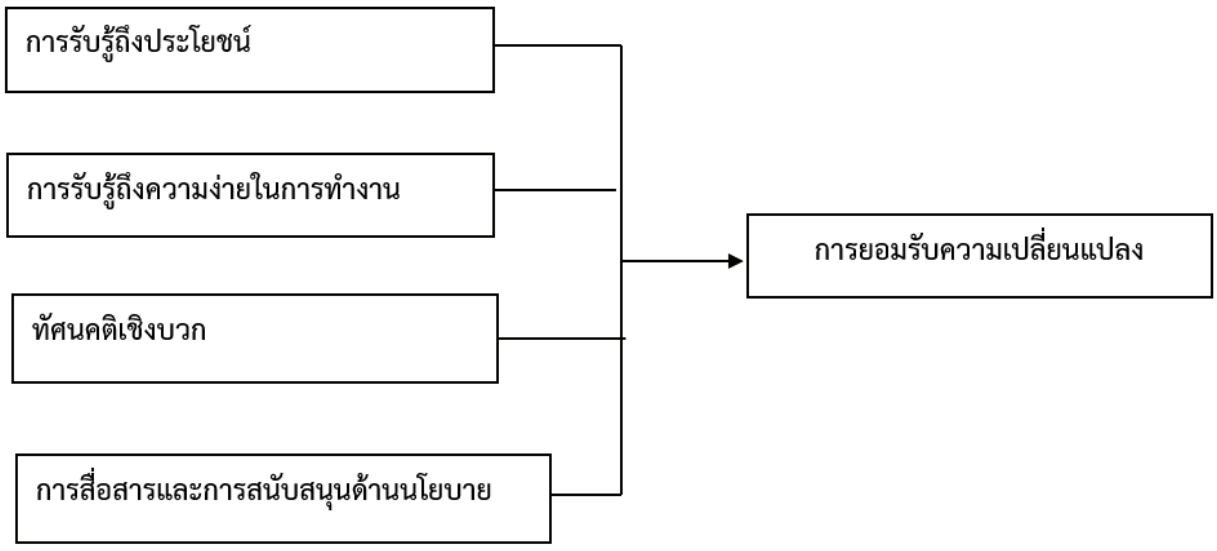
การดำเนินการวิจัยดำเนินการ ในพื้นที่ต้นแบบ 76 จังหวัด เพื่อทำความเข้าใจสภาพการดำเนินงาน ความรู้สึกนึกคิดของ อสม. ผู้เป็นกำลังหลักสำคัญในการให้บริการในศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน โดยผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นสารสนเทศเพื่อใช้ในการออกแบบการขยายผลที่มีประสิทธิภาพ อสม.ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจของ ลดแรงต้าน เพิ่มการยอมรับและให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน นำไปสู่ความสำเร็จของการยกระดับ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในชุมชน เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน และระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ปัจจัยด้านทัศนคติเชิงบวก และปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย ที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด การยอมรับนวัตกรรม (Everette M. Roger, 1971) และแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) (Davis, 1989) มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย เป็นประโยชน์ในการนำสารสนเทศนี้ไปเป็นแนวทางในการออกแบบการขยายผลการยกระดับเกิดการดำเนินนโยบายที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะยอมรับและให้ความร่วมมือมากขึ้น ลดแรงต้าน นำไปสู่ความสำเร็จของการยกระดับ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในชุมชน เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บข้อมูลจาก อสม. ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ ศสมช ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม.ในพื้นที่ชุมชนเป้าหมายขับเคลื่อนสาธารณสุขมูลฐานอย่างยั่งยืน 76 พื้นที่ โดยเป็นพื้นที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพการจัดการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพภาคประชาชนอย่างยั่งยืน ประจำปีงบประมาณ 2568 ซึ่งคัดเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน เช่น มี อสม.ดีเด่น สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นพื้นที่ Healthy City Model เป็นพื้นที่กิจกรรมพิเศษ เป็นพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือพื้นที่อื่นๆ ที่มีความสนใจ โดยการพิจารณาร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพในระดับเขต (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568) จำนวน 2,047 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรกรณีที่ทราบขนาดประชากรของ Daniel (1999) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดอัตรา dropout rate (r) เท่ากับ 10% (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2553) เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บจริง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน แบ่งพื้นที่ประเทศเป็น 12 เขต ตามเขตสุขภาพ สุ่มเลือกเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด สุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อ อสม.ในแต่ละพื้นที่ ตามสัดส่วนประชากร จนครบ 360 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ครั้งนี้คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน รายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาเป็น อสม. แบบสอบถามตอนที่ 1 นี้เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท และกำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Best (John W. Best, 1989)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการประยุกต์ใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท และกำหนดคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Best (John W. Best, 1989)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มี

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และมีการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.979

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณณาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นด้วยค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า VIF (Variance Inflation Factor) และ Tolerance โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (two tailed) เพื่อเป็นการพยากรณ์พฤติกรรมการยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) มากกว่า เพศชาย (ร้อยละ 16.67)

อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 72.50) รองลงมาคือ มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 14.72) และอายุน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 12.78) มีจำนวนน้อยที่สุด โดยอายุมากที่สุด 65 ปี น้อยที่สุด 26 ปี อายุเฉลี่ย = 51.68 (SD = 8.52)

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 41.94) รองลงมาคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 25.00) และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 6.39)

สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.67) รองลงมา คือหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 15.56) และน้อยที่สุดคือโสด (ร้อยละ 12.78) ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม /ปศุสัตว์ (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.10) และ อื่น ๆ ไม่ระบุอาชีพ (ร้อยละ 1.10) น้อยที่สุด

ระยะเวลาในการเป็น อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 41.39) รองลงมาคือ เป็น อสม. ระหว่าง 11 - 20 ปี (ร้อยละ 32.50) และเป็น อสม.มากกว่า 30 ปี (ร้อยละ 3.33) น้อยที่สุด โดยระยะเวลาเป็น อสม.มากที่สุด 39 ปี น้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาเป็น อสม. เฉลี่ย = 14.42 (SD = 9.32)

ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปรผลระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การรับรู้ถึงประโยชน์	4.37	0.51	มาก
การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน	4.21	0.45	มาก
ทัศนคติเชิงบวก	4.22	0.46	มาก
การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย	4.32	0.48	มาก
รวม	**4.28**	**0.40**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ในภาพรวม ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, SD = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.37, SD = 0.51) รองลงมาคือ การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.48) ทัศนคติเชิงบวก ($\bar{X}$ = 4.22, SD = 0.46) และการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ($\bar{X}$ = 4.21, SD = 0.45) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามลำดับ

ระดับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน

การยอมรับการเปลี่ยนแปลง	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1. ให้บริการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต คำนวณค่า BMI อย่างน้อย 1 อย่าง แก่ประชาชนในพื้นที่	4.19	0.70	มาก
2. แนะนำ ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่อง การนับคาร์บ	4.07	0.67	มาก
3. แนะนำ ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	4.09	0.65	มาก
4. ร่วมจัดทำข้อมูลสุขภาพของประชาชน	4.05	0.63	มาก
5. ร่วมจัดทำข้อมูลและคืนข้อมูลสุขภาพที่สำรวจได้ให้กับชุมชน	4.04	0.65	มาก
6. ร่วมวางแผน ติดตามเยี่ยม ประชาชนที่น่าสงสัยว่าป่วยด้วย NCDs หรือผู้ป่วยที่บ้าน	4.07	0.67	มาก
7. ร่วมติดตามเยี่ยม ประชาชนที่สงสัยป่วยด้วย NCDs หรือผู้ป่วยที่บ้าน	4.09	0.64	มาก
8. ร่วมจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งใน ศสมช. หรือภายในชุมชน	4.05	0.64	มาก
9. เคยร่วมทำงานกับเพื่อน อสม.ในชุมชน ในการส่งต่อข้อมูลประชาชนที่สงสัยว่าป่วยหรือป่วยด้วยโรค NCDs ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	4.15	0.62	มาก
10. เมื่อถึงกำหนดต้องมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน อสม. จะมาปฏิบัติงานทุกครั้ง	4.19	0.63	มาก
รวม	4.10	0.54	**มาก**

จากตารางที่ 3 การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.54) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ (1) ให้บริการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต คำนวณค่า BMI อย่างน้อย 1 อย่าง แก่ประชาชนในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 4.20, SD = 0.71) รองลงมาคือ (10) เมื่อถึงกำหนดต้องมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ NCDs ประจำหมู่บ้าน อสม.จะมาปฏิบัติงานทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 4.18, SD = 0.65) และ (5) อสม.ร่วมจัดทำข้อมูลและคืนข้อมูลสุขภาพที่สำรวจได้ให้กับชุมชน ($\bar{X}$ = 4.05, SD = 0.66) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบ Multicollinearity ด้วย

ตัวแปร	Multicollinearity		แปลผล
	VIF	Tolerance	
ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์	4.007	0.250	ผ่านเกณฑ์
ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน	1.435	0.697	ผ่านเกณฑ์
ปัจจัยด้านทัศนคติ	4.203	0.238	ผ่านเกณฑ์
ปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย	2.187	0.457	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 ผู้วิจัยทดสอบ Multicollinearity ของตัวแปรต้น เพื่อให้แน่ใจว่าโมเดลสามารถสรุปเป็น BLUE (Best Linear Unbiased Estimator) ก่อนทำ Multiple linear regression ทดสอบ Multicollinearity ด้วยการเลือกใช้สถิติ Variance Inflation Factor (VIF) เพื่อพิจารณาข้อมูล โดยค่า VIF ที่ดี ควรน้อยกว่า 10 และเลือกใช้สถิติ Tolerance ที่ตัวแปรที่ดี ควรมีค่ามากกว่า 0.2 โดยจากการวิเคราะห์พบว่าค่า VIF ตัวแปรต้น อยู่ระหว่าง 1.435 - 4.007 และค่า Tolerance ตัวแปรต้น อยู่ระหว่าง 0.238 - 0.697

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	0.026	0.221		0.118	0.906
การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน	0.387	0.089	0.324	4.348	<0.001*
ทัศนคติเชิงบวก	0.234	0.089	0.201	2.639	0.009*
การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย	0.213	0.05	0.189	4.241	<0.001*
การรับรู้ถึงประโยชน์	0.123	0.058	0.116	2.103	0.036*
$R = 0.713$, $R^2 = 0.509$ Adjusted $R^2 = 0.503$, Std. Error of the Estimate = 0.3799					

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05*

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ปัจจัยด้านทัศนคติเชิงบวก และปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบายมีผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) เท่ากับ 0.713 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงเส้นระดับปานกลางถึงสูงระหว่างตัวแปรอิสระรวมกับตัวแปรตาม โดยสมการถดถอยมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์การพยากรณ์ (R Square adj) เท่ากับ 0.503 อธิบายได้ว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 50.30 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณ (Std. Error of the Estimate) เท่ากับ 0.3799

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด คือปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน มีค่า Beta = 0.324 รองลงมาคือปัจจัยด้านทัศนคติเชิงบวก มีค่า Beta = 0.201 การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย ค่า Beta = 0.189 และ การรับรู้ถึงประโยชน์ มีค่า Beta = 0.116 ซึ่งน้อยที่สุด เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้คงที่ เขียนสมการสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) ได้ดังนี้

$\hat{Y}$ = 0.026+0.387(การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน) +0.234(ทัศนคติเชิงบวก)+0.213(การสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย)+0.123(การรับรู้ถึงประโยชน์)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้มีการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน และระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีระดับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.54) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการปรับตัวและความตระหนักถึงบทบาทใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดความดัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย NCDs ที่บ้าน อสม. มีระดับความร่วมมือสูง การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด แสดงให้เห็น อสม. เห็นว่าแม้ศูนย์ ศสมช. จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงไม่ซับซ้อน ปฏิบัติตามได้ง่าย และไม่เพิ่มภาระ ก็จะมีแนวโน้มยอมรับและนำไปใช้มากขึ้น ดังแนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers, 1995) ที่ว่าการที่สมาชิกในสังคมจะยอมรับสิ่งใหม่ช้าหรือเร็วนอกจากขึ้นกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายแล้วยังขึ้นกับ ความยุ่งยากในการใช้ คือต้องมีความไม่ซับซ้อน (Non-complexity) ผู้ใช้งานสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจโดยไม่ใช้เวลานานจนเกินไป สมาชิกในสังคมจะยอมรับสิ่งใหม่ไปสู่สังคมได้เร็วขึ้นสอดคล้องกับแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ที่ Davis (1989) เสนอไว้ว่า การรับรู้การใช้งานง่าย (Perceived ease of use) คือการที่ผู้ใช้หรือผู้ปฏิบัติรับรู้ได้ว่าสิ่งใหม่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนั้น นั้นมีการเรียนรู้ในการใช้งานและมีวิธีการใช้งานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องใช้ความพยายามมากที่จะใช้งานหรือปฏิบัติ ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการยอมรับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอ็ม สายคำหน่อ และคณะ (2567) ที่พบว่า อสม.ในพื้นที่ต้นแบบมีแนวโน้มยอมรับนวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น ระบบคัดกรองผู้สูงอายุผ่านเว็บ เมื่อระบบนั้นใช้งานง่าย มีความชัดเจน และไม่เพิ่มภาระงาน และการศึกษาของ วรานลินรัตน์ โพธิพัฒน์ (2568) ที่พบว่าการรับรู้ว่าเทคโนโลยีมีประโยชน์และใช้งานได้จริงเป็นตัวแปรสำคัญในการยอมรับระบบ Telemedicine

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ปัจจัยด้านทัศนคติเชิงบวก และปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย ที่ส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงว่า ปัจจัยทั้ง 4 ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์, ความง่ายในการทำงาน, ทัศนคติเชิงบวก และการสื่อสารนโยบายล้วนมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ($p < 0.05$) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การยอมรับได้ร้อยละ 50.30 (Adjusted R^2 = 0.503)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ การรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน (Beta = 0.324) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Davis (1989) ในโมเดล TAM ที่ระบุว่าการรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญในการ

ยอมรับเทคโนโลยีใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรู้ด้านดิจิทัลหรือทักษะการใช้งานต่ำ ยิ่งการใช้งานง่ายเท่าไรยิ่งมีแนวโน้มยอมรับมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thittarat Pimpaporn et al. (2025) ที่ศึกษาการใช้งาน Telemedicine ในบุคลากรสาธารณสุข พบว่าความสะดวกในการใช้งานมีอิทธิพลสำคัญที่สุดในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในงานจริง

ทัศนคติเชิงบวก (Beta = 0.201) ก็มีผลเช่นกัน โดยสะท้อนถึงความตั้งใจของ อสม.ในการทำหน้าที่เชิงรุกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองที่จะมีส่วนร่วมในการควบคุมโรค NCDs สอดคล้องกับ กุลวีร์ ภูวขจรพานิช (2561) กล่าวว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติที่เปิดกว้างและสนใจสิ่งรอบตัวอยู่เสมอ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่ากระบวนการการทำงานมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นประจำเพื่อให้สอดรับกับนโยบายของรัฐบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ภารกิจเร่งด่วน ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนแผนงานที่ได้วางไว้ และจัดระบบงานใหม่ ทำให้บุคลากรจำเป็นต้องแสวงหาความรู้และวิธีการทำงานใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้รับมือได้ทันต่อสถานการณ์ และร่วมแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานที่มีทัศนคติในทางบวกจะสามารถยอมรับและปรับตัวในการปฏิบัติงานได้ทันต่อสถานการณ์ได้

การสื่อสารจากฝ่ายบริหารและนโยบายที่ชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญต่อการยอมรับ ดังที่ Richardson & Denton (1996) กล่าวไว้ว่า การสื่อสารอย่างจริงจำเป็นสำหรับการผลักดันให้การเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จ ซึ่งการสื่อสารที่มีพลังมากกว่าข้อความหรือคำพูดคือการสื่อสารผ่านการกระทำ สอดคล้องกับ Kotter (1995) กล่าวถึงความสำคัญของการสื่อสารว่า การสื่อสารวิสัยทัศน์เป็นการทำให้คนส่วนใหญ่มีความเข้าใจกี่ยวกับเป้าหมายและทิศทางไปในทางเดียวกัน ผู้บริหารจึงใช้ช่องทางการสื่อสารที่มีอยู่ทั้งหมดเพื่อเผยแพร่วิสัยทัศน์ เช่นเดียวกับที่ Chankrachang & Oraphan (2025) ระบุว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลง และเพิ่มการยอมรับนวัตกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ส่งผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นไปได้ว่า อสม. อาจตระหนักถึงประโยชน์ของศูนย์ ศสมช. และถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงก็อาจจะยังไม่เห็นความต่างของผลประโยชน์ที่ชัดเจน ผู้วิจัยเห็นว่า หากมีสื่อสารแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนจุดเด่นของการเปลี่ยนแปลงอาจจะทำให้ อสม.เห็นถึงความแตกต่างของศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ที่จะเกิดประโยชน์กับประชาชน ก็อาจทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์มีส่งผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น หรือเป็นไปได้ว่าอาจมีความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการปัจจัยด้านการสื่อสารที่ส่งผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง นับเป็นประเด็นที่น่าสนใจหากจะมีการศึกษาในประเด็นนี้ ในอากาสต่อไป

สรุปผล

การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน และระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีระดับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10, SD = 0.54) ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายในการทำงาน ปัจจัยด้านทัศนคติเชิงบวก และปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนด้านนโยบาย มีผลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้คงที่ และร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงศูนย์ ศสมช. ที่ยกระดับเป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 50.30

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้มีนโยบายการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน ทุกพื้นที่โดยมีการกำหนดกลยุทธ์การขยายผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน กำหนดให้มีระบบการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มดำเนินการและระหว่างดำเนินการ ทั้งในรูปแบบบนลงล่างและล่างขึ้นบน เช่น การจัดประชุมเชิงนโยบาย การเผยแพร่ข้อมูลผ่าน แอพลิเคชั่น เว็บไซต์ และเปิดช่องทางการรับฟังความคิดเห็น เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นสำหรับ อสม. ในการปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประจำหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมอบรมหรือเวิร์กช็อปที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลง เช่น แรงจูงใจภายในภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางเทคนิค (technical support) การมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

2) ควรทำการศึกษาพัฒนาและทดสอบโมเดลเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อยกระดับการวิเคราะห์ในเชิงความสัมพันธ์และอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมดอย่างเป็นระบบ

3) ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อเก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามผลหลังการเปลี่ยนแปลง 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินว่าการยอมรับในระยะแรกสามารถแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมถาวรได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570).* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิตแอนดีไซด์.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2568). *แนวทางการดำเนินการชุมชน เป้าหมายขับเคลื่อนสาธารณสุขมูลฐานอย่างยั่งยืน.* กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.

กุลวีร์ ภูวขจรพานิช. (2561). *การศึกษาพฤติกรรมการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรหน่วยงานภาครัฐ* กรณีศึกษา : กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ (การค้นคว้าอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วรานลินรัตน์ โพธิพัฒน์. (2568). การยอมรับเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการระบบแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยโรคความดันโรคหิตสูง:กรณีศึกษาโรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 19*(1), 65-78.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทออฟเซ็ท ครีเอชัน จำกัด.

เอ็ม สายคำหน่อ, ดวงดาว ศรียากูล, สุนันทา แก้วเย้ม. (2567). ปัจจัยที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยอมรับนวัตกรรมการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18*(1), 93-108.

Chankrachang, P., & Oraphan, P. (2025). *Communication to foster technology acceptance of telemedicine among medical personnel under the COVID19 epidemic: Case studies in medical school hospitals in Thailand. Journal of Business, Innovation and Sustainability, 20*(1), 63–78.

Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (7th ed.). [n.p.] : John Wiley & Sons.

Davis, F. D., Bagozzi, P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management science, 35*(8), 982-1003.

Kotter, J. P. (1995). Leading change : Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review, 73*(2), 59-67.

Richardson, R., & Denton, D. K. (1996). Communicating change. *Human Resource Management, 35*(2), 203 - 216.

Thittarat Pimpaporn., et al. (2025). Digital Transformation in Thai Public Health: A TAM Analysis. *Applied Academic Management Review, 20*(1), 63–78.

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
The Primary Health Care Journal (Central Edition) Vol.39 No.2 May - August 2025
Received : 24 July 2025 Revised : 7 August 2025 Accepted : 29 August 2025

พัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

DEVELOPMENT OF A LIFESTYLE MEDICINE LITERACY PROMOTION MODEL FOR HEALTHY AGING AND LONGEVITY AMONG RETIRED OFFICIALS OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH IN CHONBURI PROVINCE

รัก ธนะไพบูลย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
RAK THANAPAIBOON
CHONBURI PROVINCIAL HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต สุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ฯ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และภาวะสุขภาพ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2568 โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรมฯ แผนการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบบันทึกสุขภาพ แบบติดตามรายบุคคล และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired t - test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด ด้านการออกกำลังกายร้อยละ 76.92 รองลงมา ด้านคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 73.85 มีแผนตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด ในด้านการกินร้อยละ 93.1 รองลงมา ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.9 มีความต้องการการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีช่องทางการเข้ารับบริการเข้าถึงได้ง่าย 1.รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน 2) สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณ 3) ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม 5) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดี 2.ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ พบว่า ในระดับบุคคลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแผนเป้าหมายการปรับพฤติกรรม เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพฯ ก่อนและหลัง พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 81.03

ข้อเสนอแนะ (1) เสริมสร้างแกนนำตามธรรมชาติและพี่เลี้ยงสุขภาพแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” (2) สร้างกระแสขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (3) ขยายผลบุคคลต้นแบบ

คำสำคัญ : ความรอบรู้, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, สุขภาพดี, อายุยืนยาว, ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ

Abstract

This study employed participatory action research to develop a lifestyle medicine literacy promotion model for healthy aging and longevity among retired Ministry of Public Health officials in Chonburi Province and evaluate behavioral health changes following the literacy promotion intervention. The study was conducted in three phases: Phase 1 analyzed health conditions and situations, Phase 2 developed the lifestyle medicine health literacy promotion model, and Phase 3 evaluated the effectiveness of the literacy promotion model. The sample consisted of 130 retired Ministry of Public Health officials in Chonburi Province. Data collection was conducted between February and June 2025 using focus group discussions, behavioral assessment tools, behavioral change goal-setting plans, health record forms, individual tracking forms, and satisfaction questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including percentages, means, and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The study findings revealed that participants had the highest risk behaviors in exercise (76.92%) followed by sleep quality (73.85%). The most common behavioral change goals were dietary modification (93.1%) followed by exercise (87.9%). Participants expressed needs for strong group networking, network participation, and easily accessible healthcare service channels. 1. The developed lifestyle medicine literacy promotion model comprised 1) establishing clear policies and directions 2) strengthening retired personnel networks 3) promoting health literacy communication and health-supportive environments 4) developing individual and group literacy enhancement processes 5) enhancing participation in health promotion activities 2. Model evaluation results showed that most individuals demonstrated improved health behaviors consistent with their behavioral modification goals. Comparing pre- and post-intervention mean health behavior scores revealed that exercise, sleep, mental health, and relationship domains showed statistically significant differences ($P<0.05$). Satisfaction with the model ranged from moderate to high levels at 81.03%.

Recommendations (1) strengthen natural leaders and health mentors through a "peer-to-peer support" approach (2) create sustainable momentum for continuous behavioral change (3) expand successful role models.

Keywords : Health literacy, lifestyle medicine, healthy aging, longevity, Retired Officials

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี 2568 โดยปี 2583 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 20.5 ล้านคน หรือประมาณหนึ่งในสาม ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี มีลักษณะและแนวโน้มไปทิศทางเดียวกันของประเทศ ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 243,165 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.25 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.32 (ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 จำนวน 1,594,798 คน)

ข้าราชการบำเหน็จบำนาญเหตุสูงอายุ หมายถึง ข้าราชการที่มีสิทธิรับบำเหน็จบำนาญปกติเข้าเหตุสูงอายุ เป็นข้าราชการผู้มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ หรือเกษียณอายุราชการ หรืออายุครบห้าสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ประสงค์ลาออกจากราชการ ผู้มีอำนาจสั่งอนุญาตให้ลาออกจากราชการ (กรมประชาสัมพันธ์, 2564)

เวชศาสตร์วิถีชีวิต หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางด้านสุขภาพเชิงรุกแบบ ครอบคลุม ด้วยการบรรเทาภาระของโรคเรื้อรังและลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิก บุหรี่ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ การนอนหลับและความเครียดและการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (ภูดิท เตชาติวัฒน์, 2566) ความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านบุหรี่, แอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ด้านสุขภาพช่องปาก ด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการคัดกรองหรือตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2563)

ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นผู้สูงอายุของสังคมด้านสุขภาพที่มีคุณค่ายิ่งในอดีตเป็นกำลังของสังคมด้านสาธารณสุขมาก่อน จึงมีโอกาสพัฒนาและส่งเสริมให้เป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือการมีความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมของประเทศได้

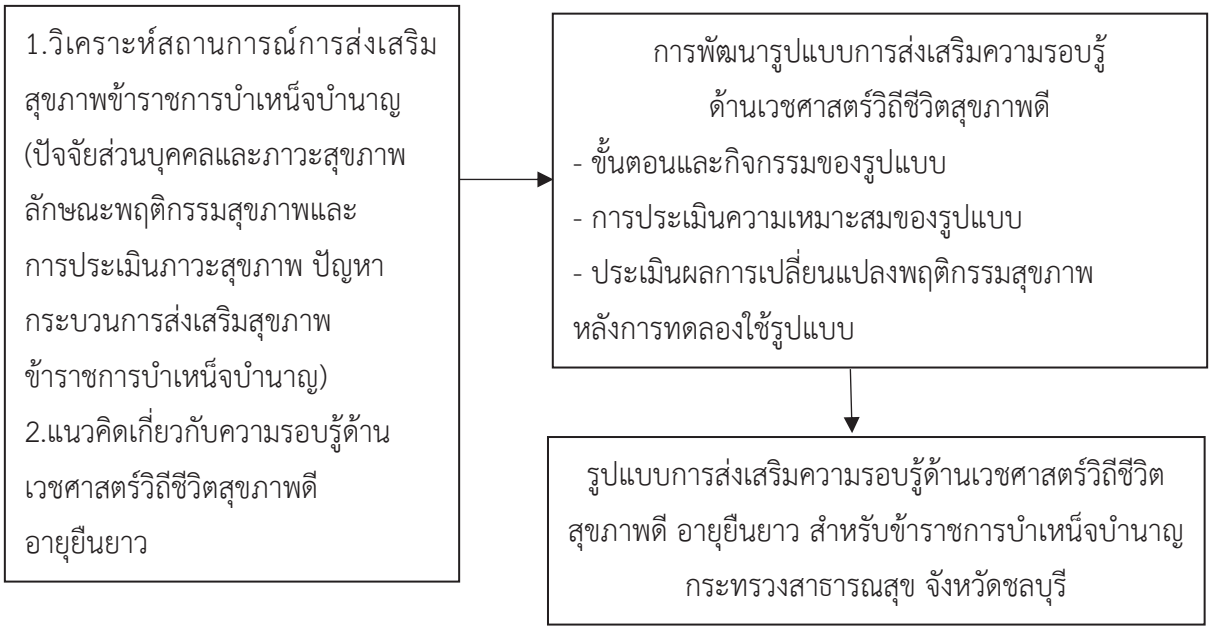
ปัจจุบันจังหวัดชลบุรีมีข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 1,393 คน (ข้อมูลผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ระบบบำเหน็จบำนาญและสวัสดิการรักษาพยาบาล ณ กุมภาพันธ์ 2568) ปี 2566-2567 มีการสำรวจคุณภาพชีวิตข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ จำนวน 433 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 98.38 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสยิ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อชะลอความเสื่อม แต่ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข ที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี โดยเฉพาะกลุ่มติดสังคม ให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิต ตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นแบบอย่างให้กับผู้สูงอายุอื่นๆ ส่งผลให้เกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว สำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิด ประยุกต์แนวคิด Ottawa Charter, Lifestyle Medicine, Wellness Plan, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จิตวิทยาสติ, Stage of change และการเสริมแรงจูงใจ มาร่วมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว จังหวัดชลบุรี ที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้จริง

2. ผู้เข้าร่วมจะมีความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผู้วิจัยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ประเมินภาวะสุขภาพฯ ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ (เดิม) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปสถานการณ์ฯ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี โดยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จัดประชุมกับแกนนำเพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบฯ นำร่างรูปแบบเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สื่อสารและเผยแพร่เพื่อนำไปปฏิบัติ ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามประเมินผล

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน เวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี โดยประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

ประชากร คือ ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,393 คน จากการสำรวจของสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญชลบุรี ปี 2566-2567 พบตัวบุคคล 433 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม 430 คน ร้อยละ 99.31 กลุ่มติดบ้าน 2 คน ร้อยละ 0.46 และกลุ่มติดเตียง 1 คน ร้อยละ 0.23

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร Estimating a finite population proportion โดยใช้แอพพลิเคชั่น n4studies โดยใช้จำนวนประชากรกลุ่มติดสังคม 430 คน สัดส่วน (proportion) = 0.15, Error (d)= 0.05, 95% confidence interval ได้ขนาดตัวอย่าง 135 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้ผู้มีคุณสมบัติสมัครเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 130 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ที่นำรูปแบบฯ ไปใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัย คือ แกนนำข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ ที่มีบทบาทร่วมในระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพฯ และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป
2. เป็นบุคคลที่สามารถช่วยตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ (ติดสังคม)
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

บุคคลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต บูรณาการส่งเสริมสุขภาพ ประยุกต์จาก Lifestyle Medicine Assessment ของ American Academy of Family Physicians และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพ (Wellness plan) ของกรมอนามัย มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ใช้คัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี
2. บันทึกสุขภาพรายบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว BMI) แผนสุขภาพดี (Individual Wellness Plan) และข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ครั้งที่ 1 และ 2) เพื่อติดตามความก้าวหน้า ผ่าน Google Form จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตและแผนสุขภาพดี
3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ ใช้สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

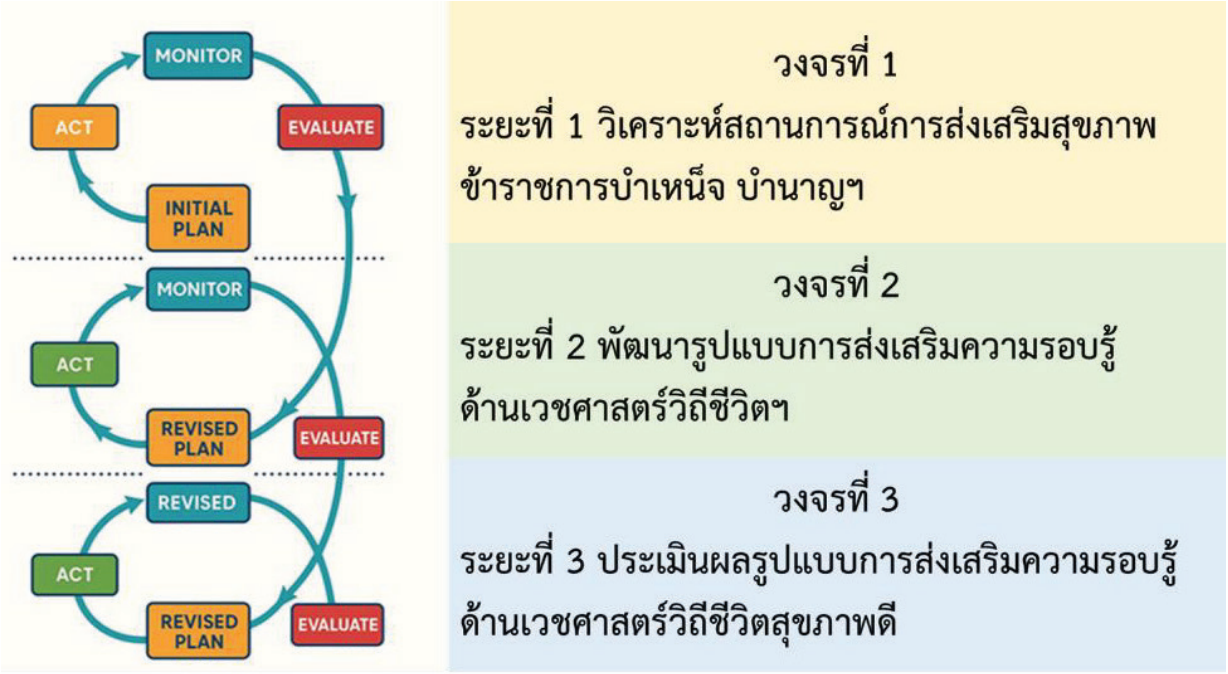
ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.60-1.00 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมาย 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขโครงการ CBO REC No 67-112 วันที่รับรอง 23 ธันวาคม 2567

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis, S., & McTaggart, R., 1988). โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อวางแผนการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ (ดังภาพที่ 1) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงาน

วงจรที่1 ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568 ดังนี้ วางแผน (Plan) จัดเตรียมข้อมูลโครงการ เก็บข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (บูรณาการส่งเสริมสุขภาพ) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อสำรวจรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (เดิม) วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ พร้อมจัดประชุมกลุ่มตัวแทน ในบรรยากาศผ่อนคลายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปฏิบัติและการสังเกต (Act and Observe) ดำเนินการตามแผน สังเกตพฤติกรรม กระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างอิสระ บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ตรงประเด็น และตรวจสอบความถูกต้องหลังการสนทนากลุ่ม การสะท้อนผล (Reflect) สรุปและตรวจสอบข้อมูลซ้ำ ในประเด็นไม่ชัดเจน ยืนยันกับสมาชิก และสรุปข้อค้นพบเพื่อใช้ในการนำเสนอและอภิปรายพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมความรอบรู้ฯ

วงจรที่ 2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2568 ดังนี้ จัดประชุมระดมความคิดเห็นกับแกนนำจาก 3 โซน ร่วมออกแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ ให้สอดคล้องกับบริบทกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และประยุกต์แนวคิด Ottawa Charter, Lifestyle Medicine, Wellness Plan, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, จิตวิทยาสติ, Stage of Change และการเสริมแรงจูงใจ ภายใต้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน นำร่างรูปแบบเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุง ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมติดตามและเก็บข้อมูลจากบันทึกสุขภาพรายบุคคล แบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินผลควบคู่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค เพื่อปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสม

วงจรที่ 3 ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ดำเนินการตั้งแต่ เดือน เมษายน - มิถุนายน 2568 ดังนี้ ประเมินผล

โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประเมินความพึงพอใจ ภายใต้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน วางแผน สังเกตติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพและความพึงพอใจ ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ยืนยันประเด็นที่ไม่ชัดเจนกับสมาชิกกลุ่ม และสรุปผลดำเนินงาน พร้อมระบุประเด็นที่ควรพัฒนาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การสำรวจโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แบบแผนการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- การบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล
- การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดไว้แล้วผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

- ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์สภาวะสุขภาพ
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และบันทึกการเยี่ยมสำรวจ เพื่อสังเคราะห์และตีความข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ และข้อเสนอแนะต่างๆ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี พบว่า

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 111 คน ร้อยละ 85.38 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 117 คน ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 64 ปี (SD = 4.40) จำแนกตามช่วงวัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 90 ด้านภาวะสุขภาพพบว่าร้อยละ 42.31 มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.30 มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.38 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 63.84 หลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ลดลง ร้อยละ 51.5 รองลงมา ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 38.46 และ ค่าเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 64.62 หลังเข้าโครงการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 57.69 รองลงมาลดลง ร้อยละ 40 **ข้อมูลภาวะสุขภาพ**จากการคัดกรองและจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) บูรณาการปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพ (Wellness plan) 8 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนรวมอยู่ในระดับดี (37-48 คะแนน) ร้อยละ 66.15 ระดับดีมาก (49-60 คะแนน) ร้อยละ 24.62 และระดับเท่าค่าเฉลี่ย (25-36 คะแนน) ร้อยละ 9.23 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 44.41, SD = 5.66) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าพฤติกรรมเสี่ยง (คะแนน < 7) สูงสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย/การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ ด้านการนอนหลับคุณภาพ ร้อยละ 73.85 และด้านการกิน ร้อยละ 47.69 จากแบบแผนการตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังรับทราบพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายด้านการกิน ร้อยละ 93.1 รองลงมาคือ การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ร้อยละ 87.9 และการนอนหลับคุณภาพ ร้อยละ 86.2 **สถานการณ์กระบวนการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ (เดิม)** พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

3 อ.2 ส. คือ อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แต่ความรอบรู้ตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ “ที่ผ่านมาไม่มีโครงการฯ ไม่มีใครที่พาทำกิจกรรม” “อยากมารวมกลุ่มพูดคุย เรื่องสุขภาพก็ดูแลตัวเอง แค่ไปตามที่หมอนัด” ยังไม่มีรูปแบบของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯที่ชัดเจน ความต้องการด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีโครงการหรือแกนนำในการจัดการกระตุ้นและขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการรวมกลุ่มเพื่อน ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองแบบสบายๆ ไม่เครียด “ไม่ชอบวิชาการๆ” “ทำงานมาตลอดชีวิตแล้ว ขอมีความสุข อยากทำในสิ่งที่ต้องการ” การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีการพบแพทย์ตามนัด ส่วนผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิ์ “ เกษียณแล้วไปตรวจสุขภาพยุ่งยาก คนไข้เยอะ ต้องสำรองจ่าย” ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ยังขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง ควรมีกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ร่วมกำหนดเป้าหมาย ตลอดจนการวางแผนหาวิธีการ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการติดตาม กระตุ้น เพื่อสานสัมพันธ์ อย่างน้อยทุก 6 เดือน อยากให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับข้อมูลข่าวสารร่วมกัน และยังสามารถดึงเพื่อนที่ติดบ้านมาติดสังคมได้เพิ่มขึ้น เกิดความคุ้นเคยและขยายความครอบคลุมเครือข่ายให้เข้มแข็ง ดังนั้นจึงได้ดำเนินการจัดประชุมระดมความคิดเห็น มีแกนนำร่วมประชุมจำนวน 30 คน ร่วมกันระดมสมองช่วยกันคิดกำหนดเป้าหมาย ออกแบบแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อ้างอิงองค์การอนามัยโลก ตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 1986) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Areas) ได้ระบุกิจกรรมหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ พร้อมนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาประกอบการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดีอย่างเป็นระบบ จากนั้น นำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ฯ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของการดำเนินงาน สรุปรูปแบบดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

ประเด็น	แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ฯ
① กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว	1) กำหนดนโยบายขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ที่ชัดเจนผ่านทางสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญ จังหวัดชลบุรี 2) ค้นหาและมอบหมายประธาน และทีมงานผู้รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญ ที่เป็นรูปธรรม 3) แผนพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำสุขภาพดี ครอบคลุมทุกอำเภอ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ประเด็น	แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ฯ
② สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณในพื้นที่ต้นแบบ	1) ค้นหาและยกระดับ พื้นที่ที่มีความพร้อมให้มีความโดดเด่น เป็นพื้นที่ต้นแบบ 2) ยกระดับการสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ระดับโซน 3) พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้เกษียณ “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยการ Coaching ระดับโซน/จังหวัด 4) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้เกษียณในการเข้าถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่อง
③ ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	1) ยกระดับการสื่อสารเพื่อเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพ/ตรวจสุขภาพประจำปี - สื่อสารระบบช่องทาง นัดหมาย บริการเฉพาะด้าน ของโรงพยาบาล / หน่วยบริการ - สื่อสารช่องทางการขอรับคำปรึกษา (consult)
	2) ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือ ในการสื่อสารระหว่างแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม สะดวก และรวดเร็ว
	3) สื่อสารการออกแบบกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบพึ่งตนเอง เพื่อสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ จนสามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้
④ พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม	- จิตวิทยาสติ: ฝึกทักษะการมีสติเตือนตัวเอง - Stage of change: ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ที่ช่วยให้ปรับนิสัย พฤติกรรม - Motivation: เสริมแรงจูงใจ มุ่งสู่เป้าหมาย (1) แกนนำกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” สื่อสารเข้าถึงการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ (2) การกระตุ้นและสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพจากผลการการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการคัดกรอง ตรวจสุขภาพ (3) สร้างความตระหนักรู้ โดยจิตวิทยาสติ Stage of change และการเสริมแรงจูงใจสู่การตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) กระบวนการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสม (5) ผลักดันการสร้างความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองผ่านแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการยกย่องให้คุณค่ากับกลุ่มแกนนำ / พื้นที่เครือข่ายการเรียนรู้ต้นแบบ (6) เสริมสร้างแรงจูงใจ บรรยากาศ : เน้นย้ำการตั้งเป้าหมายด้วยพลังกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายในระดับโซน / จังหวัด สม่ำเสมอ ปีละ 2 ครั้ง (8) ค้นหานวัตกรรมการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จและต่อยอดขยายผล
⑤ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดี ให้กับแกนนำและเครือข่ายข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ	1) สร้างสัมพันธภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมลีลาศ ชมรมโยคะ ฯลฯ โดยเข้าร่วมกิจกรรมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ฯลฯ 2) บูรณาการโครงการร่วมกับกองทุนต่างๆในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ชมรม /ภาคีเครือข่าย 3) จัดหากองทุนสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่องในระดับจังหวัดผ่านสมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ

2. การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดี ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลของกลุ่มเป้าหมายในภาพรวม 8 ด้าน พบว่า ก่อนดำเนินการ ส่วนใหญ่มีคะแนน อยู่ในระดับดี (37-48 คะแนน) ร้อยละ 66.15 หลังดำเนินการส่วนใหญ่ มีคะแนน อยู่ในระดับดีมาก (49-60 คะแนน) ร้อยละ 51.53 เมื่อพิจารณารายด้าน ก่อนการดำเนินงานพบพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.92 รองลงมาด้านการนอน ร้อยละ 73.85 และด้านการกิน ร้อยละ 47.69 หลังการดำเนินงาน พฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ ด้านการนอน ร้อยละ 73.08 รองลงมาด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 71.54 และด้านการกิน ร้อยละ 45.38

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตและปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) และ ปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ก่อนและหลัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตฯ ของข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)ในด้านการออกกำลังกายด้านการนอนด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) และปัจจัยเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ก่อนและหลัง (n=130)

ด้าน	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการกิน	7.36	1.8	7.5	1.6	0.937	129	0.350
ด้านการออกกำลังกาย	5.72	2.17	6.46	2.01	4.034	129	<0.001*
ด้านการนอน	3.1	2.42	3.7	2.27	2.916	129	0.004*
ด้านบุหรี่,แอลกอฮอล์	9.34	1.92	9.56	1.94	1.3	129	0.196
ด้านจิตใจ	2.56	1.56	2.93	1.73	2.561	129	0.012*
ด้านความสัมพันธ์	7.64	2.13	8.4	1.85	4.344	129	<0.001*
ด้านสุขภาพช่องปาก	4.41	1.49	4.3	1.69	-0.787	129	0.433
ด้านสิ่งแวดล้อม	5.9	1.6	6.1	1.5	1.47	129	0.144

Pair t-test ($P<0.05$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อมูลความคิดเห็น ต่อการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดีมีความคิดเห็นว่ารูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ ในระดับมากถึงปานกลาง ร้อยละ 82.75 “รูปแบบไม่เครียด ให้ข้อมูล และคิดเองตั้งเป้าหมายเองพอใจจะทำแค่ไหนแล้วแต่ตัวเองเลือกและตัดสินใจ” มีโอกาสพบปะเพื่อน ช่วยกันเชียร์ช่วยกันเตือน สนับสนุนให้มีช่องทางเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการการคัดกรองและตรวจสุขภาพได้ง่ายขึ้น โดยรวมมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบฯ ในระดับมากถึงปานกลาง ร้อยละ 81.03 และพบว่า “ตัวเอง” เป็นบุคคลที่มีผลต่อความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 73.91 รองลงมาบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 70.68 และ กลุ่มเพื่อน ร้อยละ 55.17

อภิปรายผล

สถานการณ์สุขภาพของข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ สะท้อนภาพกลุ่มเป้าหมายที่ "สุขภาพดีบนความเสี่ยง" แม้ส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับดี แต่กลับมีความเสี่ยงสูงด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.92% และการนอนหลับ ร้อยละ 73.85% นอกจากนี้ กว่า 60% มีภาวะน้ำหนักและรอบเอวเกินเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทัศนา บุญทอง และคณะ (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการขาดกิจกรรมทางกายและการนอนไม่เพียงพอ สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ถึงแม้ว่าข้าราชการบำเหน็จ บำนาญฯ จะมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แต่ขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติจริง สะท้อนให้เห็นถึง “ช่องว่าง”ระหว่างความรู้ ความตั้งใจและพฤติกรรมการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณิชารีย์ นิยมสินธุ์ และคณะ (2565) ที่พบว่าแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดีสำหรับข้าราชการบำเหน็จบำนาญฯ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและอ้างอิงกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) โดยสร้างนโยบายผ่านสมาคมฯ, การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การเสริมพลังชุมชนผ่านกลไก "เพื่อนช่วยเพื่อน", การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และปรับระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่าย รูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jitdorn, J., Somprasert, C., & Hickman Jr., R. (2024). มีรูปแบบพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างพลังชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

ผลการประเมินพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น กลไกสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของรูปแบบคือ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนและขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ของ Kim, B., Lee, J., Kim, K., & Park, H. (2022) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมแบบกลุ่มที่อิงจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการพัฒนากิจกรรมทางกาย โภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงงานวิจัยของ ปิ่นแก้ว วงศ์ศิริ (2562) ที่ชี้ผลดีของการฝึกสติแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล

1. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสุขภาพดีฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน 2) สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายแกนนำผู้เกษียณ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ผ่านการ Coaching ระดับโซนและจังหวัด 3) ผลักดันการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 4) พัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ระดับบุคคลและกลุ่ม 5) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพดีของแกนนำและเครือข่าย

2. ผลประเมินหลังทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ตามแผนเป้าหมาย โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องปรับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการนอน ร้อยละ 73.08 ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 71.54 และด้านการกิน ร้อยละ 45.38 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพฯ ก่อนและหลัง พบว่าด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านจิตใจและด้านความสัมพันธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 81.03

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำ (Coach) โดยคัดเลือกผู้ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงประจำพื้นที่ มีบทบาทให้คำปรึกษาและติดตามผลอย่างใกล้ชิด พัฒนาทีมโค้ชมีความเข้มแข็งและครอบคลุมทุกพื้นที่

2. เตรียมกลุ่มข้าราชการเกษียณทุกคนให้มีความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ก่อนเวลาเกษียณอายุ และส่งเสริมการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

3. มีระบบติดตาม ช่วยเหลือที่เข้มแข็งในกลุ่มข้าราชการเกษียณฯ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวคิด จิตวิทยาสติ (Mindfulness) Stage of Change และ Motivation มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาและประเมินเครื่องมือดิจิทัลในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

3. ควรสังเคราะห์กระบวนการสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มข้าราชการเกษียณฯ

เอกสารอ้างอิง

กรมประชาสัมพันธ์. (2564). *บำเหน็จบำนาญ.* สืบค้นจาก https://personal.prd.go.th/th/file/get/file/20211001d41d8cd98f00b204e9800998ecf8427e091734.pdf

กรมอนามัย. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว.* กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

ณิชารีย์ นิยมสินธุ์, ฉัฐวีณ์ สิทธิศิรอรรถ, ดุจเดือน พันธุมนาวิน, และ ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย. (2565). แรงจูงใจ ความรู้ พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 14*(28), 73-99.

ทัศนา บุญทอง และคณะ (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล, 39*(2), 163-177.

ปิ่นแก้ว วงศ์ศิริ. (2562). ผลของการฝึกสติแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 20*(1), 176-183.

ภูดิท เตชาติวัฒน์. (2566). เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมสหวิชาชีพ. ใน *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre-conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team"* (18-22 กันยายน 2566, นนทบุรี).

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ทางสังคมของไทย ไตรมาสที่ 4 ปี 2564*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

Jitdorn, J., Somprasert, C., & Hickman Jr., R. (2024). Participatory action research for developing a wellness-promoting model for community-dwelling older adults in Thailand. *The Journal of Behavioral Science, 19*(1), 33-50. retrieved from https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/268421

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner (3rd ed., pp. 5-28).* Deakin University.

Kim, B., Lee, J., Kim, K., & Park, H. (2022). *Effectiveness of a health promotion program based on the Transtheoretical Model for improving health behaviors and quality of life in older adults: A randomized controlled trial.* BMC Geriatrics, 22, Article 695.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion.* Retrieved from https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) เป็นวารสารวิชาการของ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเผยแพร่ทางออนไลน์ปีละ 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

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิดความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่

2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ในระบบ https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6 โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชาเพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ

3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล์ ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
   - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
   - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร

4. การตั้งระยะในเนื้อหา
   - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
   - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
   - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)
5. ตัวอักษรให้ใช้ **“ไทยสารบัญ พีเอสเค (TH Sarabun PSK)”** และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	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 บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กะทัดรัด ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 3 - 5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น
- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

  1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้

  2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน

  3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ
- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เข้ารับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2) วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอภิปราย
- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition
- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า **“ตารางที่.....”** ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า **“ภาพที่.....”** ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ

ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสาร เพิ่มเติม

การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ และคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบระดับเขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคที่ป้องกันได้ เน้นในกลุ่มวัยเด็ก/เยาวชน วัยทำงาน ผู้สูงอายุ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แกนนำสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. และครู มีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติที่อยู่ภายในตำบลเดียวกัน

การดำเนินงาน

- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนตามกระบวนการ TPAR
- ทำหนังสือแจ้งรายละเอียดตัวชี้วัด และขอความร่วมมือส่งแผนการดำเนินงานสุขศึกษาระดับจังหวัดให้กับเครือข่ายทั้ง 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 6
- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน พี่เลี้ยงระดับจังหวัด/อำเภอ
- จัดประกวดพื้นที่ต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาพ ระดับเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่พื้นที่ที่มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนควบคู่กับระบบบริการสาธารณสุข ทั้งตำบล

ผลการคัดเลือก พื้นที่ต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ประเภท	รางวัลชนะเลิศ พื้นที่ต้นแบบชุมชนจัดการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6
หมู่บ้านต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	บ้านวังทอง หมู่ที่ 1 ตำบลวังทอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
โรงเรียนต้นแบบการสร้างเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ	โรงเรียนวัดหนองกันเกรา ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
ต้นแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ	โรงพยาบาลแกลง ตำบลทางเกวียน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เครือข่าย : โรงเรียนวัดหนองกันเกรา : หมู่บ้านคลองใช้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

สาธารณสุขมูลฐาน
PRIMARY HEALTH CARE

วิสัยทัศน์ : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

"เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
และระบบสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
ให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม"

038-397233

http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/index.php

saraban-hss6@hss.mail.go.th

76 หมู่ 5 ถนนอ่างศิลา-บางแสน
ต.อ่างศิลา อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000