



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

The Primary Health Care Journal (Central Edition)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม 2568

ISSN 3057-0379 (online), 3057-0352 (print)



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุบล้าน (ภาคกลาง)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางเพ็ญวิภา นิลเนตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวกมลชนก สหุณาฬ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล

สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ทัศนีย์ ชูศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ผศ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.พัชณา ใจดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.ณัฐกร นิลเนตร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.นครินทร์ ประสิทธิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ปริญญญา เรืองทิพย์

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.เพียงพร กัณหาธิ์

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตสิรินธร

ราชวิทยาลัยศรีราชา

ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ดร.วันสรา เชาว์นิยม

มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ดร.สมภาพ อาจชนะศึก

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ดร.ศรัทธา กาญจนสิงห์

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวจิรัชยา สารสุวรรณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นายอภิชาติ สบายใจ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางวาริศา สنجิตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวนพวรรณ สกุนา

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวฉัตรทริกา ผินจตุรัส

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุภารัตน์ งามสม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางรุ่งอรุณ บุรณะ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุวรรณี มุ่งคุณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิพย์ นพรัตน์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวชมพูนุท พวงแก้ว

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิรา สิงห์เหม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางกรองแก้ว นิลโน

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

บทบรรณาธิการ

ด้วยความยินดีที่ได้นำเสนอวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 ในช่วงปลายปี 2568 ภายใต้นโยบายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขชุมชนอย่างยั่งยืน

ในฉบับนี้ เราให้ความสำคัญกับการคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6 และภาคกลาง ประจำปี พ.ศ. 2569 ทั้งหมด 13 สาขา ซึ่งดำเนินการระหว่างวันที่ 15-16 ธันวาคม 2568 ณ โรงแรมอมารี บางแสน จังหวัดชลบุรี การคัดเลือกครั้งนี้เป็นการยกย่อง อสม. ผู้ทุ่มเทปฏิบัติงานด้วยความมุ่งมั่น และสะท้อนความหลากหลายของบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปจนถึงการสนับสนุนระบบ Health Station ซึ่ง อสม. เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน หวังว่าบทความฉบับนี้จะเป็นแรงบันดาลใจและแนวทางปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายในการสนับสนุนพัฒนา อสม. ให้เข้มแข็ง เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามวารสารของเราเสมอมา ขอแสดงความยินดีกับ อสม. ดีเด่นทุกท่านที่ได้รับการคัดเลือก และขอเป็นกำลังใจให้ อสม. ทุกคนที่ทำหน้าที่เพื่อชุมชนอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ท่านทุกคนคือหัวใจสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐานไทย ขอเชิญติดตามเรื่องราวที่สร้างแรงบันดาลใจ ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมที่หลากหลายในฉบับนี้

บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)
ธันวาคม 2568

สารบัญ

- ยกระดับ อสม. ยุคใหม่ สู้ผู้ช่วยสาธารณสุข เพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน.....3
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด
สมศักดิ์ กิตติหัตถยากร, ศิริวิมล ทองกำ และอรอุมา ยะภักดี.....5
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7
กฤษณชัย กิมชัย 15
- การประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล
สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในกรุงเทพมหานคร
ชัยญากาศ บุญยรัตน์, รังสิมา ไชยาสุ และสุกรรณิการ์ เณรยอด.....27
- แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
ภาณุ ศรีวรรัตน์, อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และชมภูณัฐ พบประเสริฐ40
- ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นต่อระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท
ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
ปรณัช สำเภาเงิน..... 52

“ยกระดับ อสม. ยุคใหม่ สู้ผู้ช่วยสาธารณสุข เพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน”

รวบรวม/เรียบเรียงโดย กมลชนก สหุณาฬ
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

● ที่มาและความสำคัญ

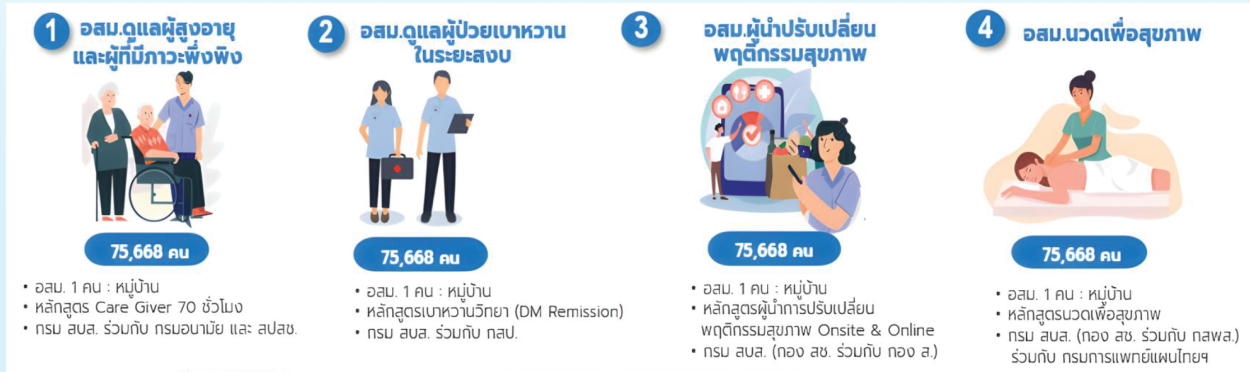
ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขที่ดีมีศักยภาพเป็นที่ยอมรับจากนานาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมี อสม. เป็นกำลังสำคัญทำให้ประเทศผ่านพ้นวิกฤตต่างๆ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเพิ่มขวัญและกำลังใจบุคลากร โดยยกระดับ อสม. สู้ผู้ช่วยสาธารณสุขเพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน ซึ่งมีเป้าหมาย อสม. จำนวน 10,000 คน ภายใน 4 เดือน ครอบคลุมทุกตำบลมุ่งเน้นให้ อสม. มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้มีความพร้อมในบริการสุขภาพแก่ประชาชน ส่งเสริมให้ อสม. มีบทบาทเชิงรุกในการดูแลส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง เกิดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

อสม. เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุน ส่งเสริม และขับเคลื่อนงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบาย “รอบรู้ เพื่ออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต” ทั้งการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง การตระหนักรู้สถานะสุขภาพตนเอง และการรอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วยลดอัตราการป่วยก่อนเข้าสู่ระบบการรักษา ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ นับเป็นก้าวสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระดับ อสม. ยุคใหม่ สู้ผู้ช่วยด้านสาธารณสุข พัฒนาความรู้ และทักษะเฉพาะทางด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ที่จำเป็น ตามบริบทของพื้นที่ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ การเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ อสม. นวดเพื่อสุขภาพ นำไปสู่การมีสวัสดิการที่ยั่งยืนของ อสม. ในอนาคต

การพัฒนาเพื่อยกระดับ อสม. ยุคใหม่ สู้ผู้ช่วยด้านสาธารณสุข จึงเป็นการเสริมพลังและศักยภาพของ อสม. ให้รองรับภารกิจตามบริบทพื้นที่ เช่น การเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ในศูนย์คนไทยห่างไกล NCD ใน Health station การปฏิบัติงาน Caregiver (CG) การนวดเพื่อสุขภาพ เป็นต้น บทบาทหน้าที่ของ อสม. ล้วนมีส่วนสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ทำให้ประชาชนได้รับบริการเชิงรุกที่มีคุณภาพ ลดป่วย และลดรายจ่ายด้านสุขภาพยังสามารถสร้างรายได้และสร้างสวัสดิการที่มั่นคงให้กับ อสม. ได้

● การขับเคลื่อนนโยบายด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ยกระดับศักยภาพ อสม. ให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ผู้ช่วยสาธารณสุข ผู้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริม อสม. ให้มีรายได้/ค่าตอบแทน



● เป้าหมายการดำเนินงาน



● กิจกรรมการดำเนินงาน

- อสม. อย่างน้อย 10,000 คน ได้รับการพัฒนาทักษะแต่ละด้านครอบคลุม 7,255 ตำบล
- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดน้ำหนัก และค่า BMI ลดลง 5,804 คน (คิดจากร้อยละ 80 ของจำนวน 7,255 คน/ตำบล)
- ภายใน 4 ปี มี อสม. อย่างน้อย 300,000 คน ได้รับการพัฒนาทักษะแต่ละด้านครอบคลุม 75,668 คน
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา 756,680 คน

● ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- ยกระดับศักยภาพ อสม. ยุคใหม่
- ประชาชนได้บริการที่มีคุณภาพ
- ลดป่วย ลดรายจ่ายด้านสุขภาพ
- เพิ่มรายได้และสร้างความมั่นคง

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด
กรณีศึกษาอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

A DEVELOPMENT OF TREATMENT AND REHABILITATION DRUG
ADDICTION OPERATION MODELS SUPPORTS THE NARCOTICS CODE:
A CASE STUDY OF PHANAT NIKHOM DISTRICT, CHONBURI PROVINCE.

สมศักดิ์ กิริติหัตถยากร, ศิริวิมล ทองกำ และอรอุมา ยะภักดี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม

SOMSAK KEERATIHATTAYAKORN, SIRIVIMOL THONGKUM AND ON-UMA YAPAKDEE

PHANAT NIKHOM DISTRICT HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) กรณีศึกษาอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) จำนวน 21 คน และแกนนำชุมชนตำบลท่าข้าม 50 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ปี พ.ศ. 2565–2566 พบว่าอัตราการเข้าสู่การบำบัดรักษาเสพติดในอำเภอพนสนิมคมอยู่ที่ร้อยละ 1.17 และ 0.50 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยจำนวนมาก พขอ. จึงเลือกตำบลท่าข้ามเป็นพื้นที่นำร่อง และจัดทำ MOU ร่วมกับแกนนำชุมชน 50 คน เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติด

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานใช้หลัก POLC ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ และการควบคุม ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีการจัดทำโครงการต้นแบบ 5 โครงการ ได้แก่

(1) คัดกรองและค้นหาผู้ติดยาเสพติด พบผู้ใช้ 2 ราย ผู้เสพ 23 ราย ไม่มีอาการทางจิตเวช

(2) จัดกิจกรรมรณรงค์ “ชุมชนล้อมรั้ว” เพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชน

(3) พัฒนาภาคีเครือข่าย อสม. และผู้ดูแล 566 คน ฝึกตรวจปัสสาวะ

(4) ส่งเสริมอาชีพและทักษะให้ผู้ผ่านการบำบัด 15 คน ติดตามผลผ่านโปรแกรม บสต.

(5) ติดตามผู้ผ่านการบำบัดภายใน 3 เดือน พบว่าร้อยละ 93.99 ไม่พบสารเสพติด มีอาชีพและสุขภาพจิตดีขึ้นจากการประเมิน 2Q

3. การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินพบว่าแนวทางทั้งหมดมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สูง โดยมีค่ามัธยฐานเกิน 3.5 (ร้อยละ 100)

4. ข้อเสนอแนะ ควรขยายผลรูปแบบการมีส่วนร่วมนี้ไปยังทุกตำบลในอำเภอพนสนิมคม เพื่อสร้าง Best Practice “ชุมชนล้อมรั้ว” ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ลดจำนวนผู้เสพยาเสพติด ป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาต่อเนื่องจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย, ประมวลกฎหมายยาเสพติด

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

สมศักดิ์ กิริติหัตถยากร, ศิริวิมล ทองกำ และอรอุมา ยะภักดี

Abstract

This participatory action research aimed to develop an operational model for the treatment and rehabilitation of drug-dependent patients in alignment with the Narcotic Code B.E. 2564 (2021). The study applied the POLC management framework-Planning, Organizing, Leading, and Controlling-using Phanat Nikhom District, Chon Buri Province as a case study. The sample consisted of 21 members of the District Quality of Life Development Committee (DQOLDC) and 50 community leaders from Tha Kham Subdistrict, selected through stratified random sampling. Research instruments included questionnaires and evaluation forms assessing the feasibility and appropriateness of the proposed model. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, and median values.

The findings revealed that during 2022-2023, the rate of drug-dependent individuals entering treatment in Phanat Nikhom District was only 1.17% and 0.50%, respectively. A significant number of patients exhibited psychiatric symptoms. Consequently, Tha Kham Subdistrict was selected as a pilot area, and a memorandum of understanding (MOU) was signed with 50 community leaders to collaboratively address drug-related issues.

The developed model, based on the POLC framework, demonstrated high levels of effectiveness across all components. Five prototype projects were implemented:

- (1) Screening and identifying drug users-2 users and 23 addicts were found, none with psychiatric symptoms.
- (2) Conducting the “Protective Community” campaign to raise public awareness.
- (3) Strengthening network partners-566 village health volunteers and caregivers were trained in urine testing.
- (4) Promoting vocational skills for 15 rehabilitated individuals, with follow-up via the BOST program.
- (5) Monitoring within three months post-rehabilitation showed that 93.99% tested negative for drugs, and 60% had stable employment and improved mental health based on the 2Q assessment.

Expert evaluations indicated that all proposed strategies were highly feasible and appropriate, with median scores exceeding 3.5 (100%).

It is recommended that this participatory model be expanded to all subdistricts within Phanat Nikhom to establish a localized best practice-“Protective Community”-that reflects the area’s context. This would reduce drug addiction rates, prevent relapse, and ensure continuity of care for patients with psychiatric conditions, enabling their reintegration into society.

Keywords : Drug treatment and rehabilitation, Narcotic Code

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีมาตรการควบคุมและบำบัดรักษาในหลายประเทศ แต่รายงาน World Drug Report 2022 โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่าในปี 2563 มีประชากรทั่วโลกกว่า 284 ล้านคน (อายุ 15-64 ปี) ใช้สารเสพติด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 299 ล้านคนภายในปี 2573 (UNODC, 2022) ในประเทศไทย การสำรวจโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่าในปี 2562 มีประชาชนอายุ 12-65 ปี จำนวน 3.75 ล้านคน (ร้อยละ 7.46) เคยใช้ยาเสพติด และ 452,000 คน (ร้อยละ 0.9) ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ โดยสารเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า ไอซ์ กัญชา และเฮโรอีน (สำนักงาน ป.ป.ส., 2562; กรมสุขภาพจิต, 2564)

เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้ประกาศใช้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือการมองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในฐานะ “ผู้ป่วย” มากกว่าผู้กระทำความผิด โดยเน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแทนการดำเนินคดีอาญามีการกำหนดกลไกและมาตรการเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบ และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน (กระทรวงยุติธรรม, 2564)

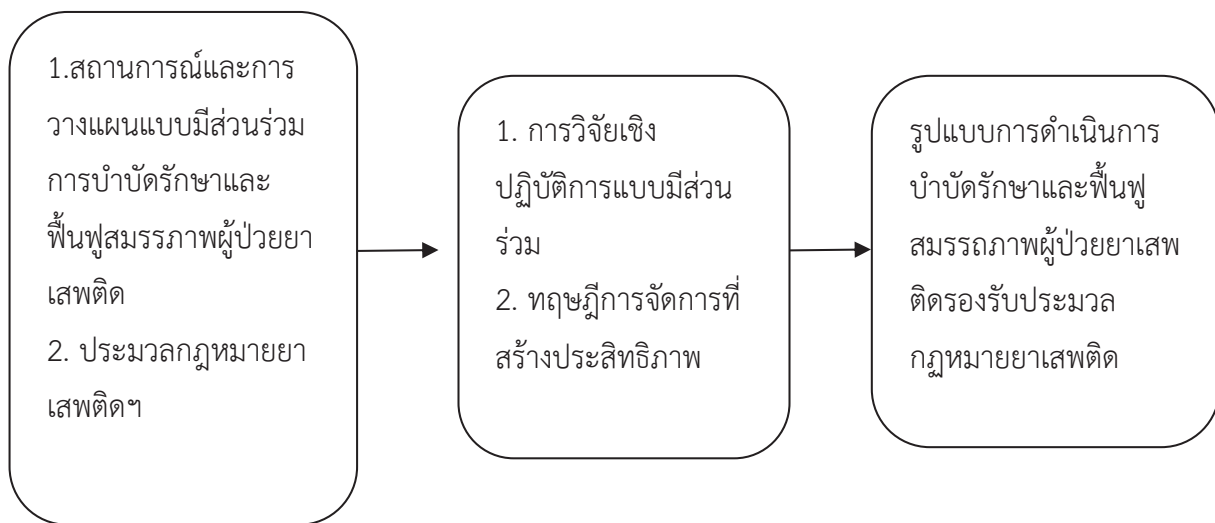
อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2566) พบว่าอำเภอพนัสนิคมมีอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต่ำที่สุดในจังหวัด (ร้อยละ 1.17 และ 0.50 ในปี 2565-2566) สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้ นำหลักบริการแบบ POLC (พิเชฐ บัญญัติ, 2548) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) เพื่อสร้างระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย การจัดโครงสร้างงาน การสร้างแรงจูงใจ ไปจนถึงการติดตามประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
2. พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ
4. เพื่อสะท้อนผลการประเมินประสิทธิภาพการขับเคลื่อนความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบผลการวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.)
2. มีรูปแบบการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ของเครือข่ายในอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี
3. ทราบผลการความประเมิณความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดฯให้
4. ทราบประสิทธิผลการขับเคลื่อนความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดฯ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินงานตามกรอบแนวคิด POLC (การวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ และการควบคุม) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 1 ประชากรกลุ่มเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคมซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.) จำนวน 21 คน เป็นผู้คัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่องในการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้

ชุดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนตำบลท่าข้าม จำนวน 50 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 50 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการ CBO Rec 67-053 เลขที่หนังสือรับรอง 053-2567 ได้รับอนุมัติวันที่ 6 มิถุนายน 2567

เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี กับแบบสอบถามแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด ตามแนวคิด POLC ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาหลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

3. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีวัดความคงที่ภายในด้วยสถิติ Cronbach's Alpha Coefficient นำแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดไปทดลองใช้กับแกนนำชุมชนตำบลโค้งตาราที่อยู่ในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha) ของเครื่องมือพบว่าการวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.984, 0.989, 0.987 และ 0.988 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินงาน ไปทดลองกับผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบงานอำเภอเมืองชลบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งความเหมาะสมการดำเนินงาน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ

0.600, 0.562, 0.750 และ 0.585 ตามลำดับ ส่วนค่าความเป็นไปได้ด้านการวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.609, 0.789, 0.750 และ 0.473 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร ภาวะผู้นำ และการควบคุม

ขั้นที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่ และคัดเลือกตำบลนำร่องที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาความเข้มแข็งของแกนนำทางสังคม ความสามัคคี และความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคท้องที่ และภาคประชาสังคม จากการประชุมดังกล่าว ได้ข้อสรุปในการเลือกตำบลท่าข้ามเป็นพื้นที่นำร่อง และมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างภาคีเครือข่ายและแกนนำชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ

ขั้นที่ 2: การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

มีการจัดเวทีประชาคมเพื่อร่วมกันออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรองบำบัดฟื้นฟูดูแลช่วยเหลือไปจนถึงการติดตามกำกับหลังการบำบัดรักษา ข้อมูลที่ได้จากเวทีประชาคมและการประชุมเชิงปฏิบัติการถูกนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำโครงการต้นแบบที่สามารถนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง

ขั้นที่ 3: การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ขั้นตอนการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการ และการบำบัดยาเสพติดมาร่วมประเมิน โดยใช้แบบประเมินที่ออกแบบตามแนวคิด POLC เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ในแผนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของตำบลนาร่อง และมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาการบำบัดไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยในชุมชน

ขั้นที่ 4: การสะท้อนผลและการขยายผล

มีการสะท้อนผลการดำเนินงานผ่านการถอดบทเรียนจากตำบลนาร่อง โดยเก็บข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมในปี พ.ศ. 2567 ทั้งในด้านพฤติกรรมของผู้ผ่านการบำบัด การมีอาชีพ สุขภาพจิต และการคืนคนดีสู่สังคม ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนขยายผลสู่ตำบลอื่นในโซนที่ 2 เพื่อสร้างต้นแบบการดำเนินงานที่ยั่งยืนและสามารถปรับใช้ในระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยอิงแนวคิดการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีผลการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่าอัตราการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดในอำเภอพนัสนิคมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีผู้ได้รับการบำบัดเพียงร้อยละ 1.17 ในปี 2565 และลดลงเหลือร้อยละ 0.50 ในปี 2566 จากกลุ่ม

ผู้เข้ารับการบำบัด พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชจำนวน 10 คน โดยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 1 คนและขาดการรักษา 9 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) จึงมีมติเลือกตำบลท่าข้ามเป็นพื้นที่นำร่อง และจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับแกนนำชุมชนจำนวน 50 คน เพื่อร่วมกันวางแผนและดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามแนวคิด POLC

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดองค์กร การเสริมภาวะผู้นำ และการควบคุม ซึ่งผลการประเมินพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง มีการจัดทำโครงการต้นแบบจำนวน 5 โครงการ ได้แก่

1. การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด พบผู้ใช้ 2 ราย และผู้เสพ 23 ราย รวม 25 ราย โดยไม่มีอาการทางจิตเวช

2. การจัดกิจกรรมรณรงค์ “ชุมชนล้อมรั้ว” ส่งผลให้ประชาชนมีความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาเสพติดเพิ่มขึ้น

3. การพัฒนาภาคีเครือข่าย อสม. และผู้ดูแลช่วยเหลือจำนวน 566 คน โดยมีการฝึกตรวจปัสสาวะและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้

4. การส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 15 คน โดยมีการติดตามผลผ่านโปรแกรมบสต. เดือนละ 1 ครั้ง ครบ 3 ครั้ง

5. การติดตามผู้ผ่านการบำบัดภายใน 3 เดือน พบว่า 14 คน (ร้อยละ 93.99) ไม่พบสารเสพติดจากการตรวจปัสสาวะ และร้อยละ 60 มีอาชีพและสุขภาพจิตดีขึ้นตามการประเมินด้วยแบบสอบถาม 2Q

3. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ
ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่าแนวทางการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูง โดยทุกแนวทางได้รับคำมัยฐานเกิน 3.5 คิดเป็นร้อยละ 100.0 สะท้อนถึงความพร้อมในการนำไปใช้จริงในพื้นที่ และสามารถปรับใช้ในบริบทอื่นได้

4. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานในภาพรวม
การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ การลดจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดซ้ำ การเพิ่มการเข้าถึงการบำบัด การมีอาชีพและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นของผู้ผ่านการบำบัด และการสร้างต้นแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” ที่สามารถขยายผลไปยังตำบลอื่นในอำเภอพนสนิมคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีอัตราการเข้าสู่วาระการบำบัดในปี 2565 และ 2566 อยู่ที่ร้อยละ 1.17 และ 0.50 ตามลำดับ ถือเป็นระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่ อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยส่งผลให้การบำบัดไม่ต่อเนื่องและมีความเสี่ยงในการกลับไปใช้ซ้ำ

การวางแผนแบบมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และการคัดเลือกตำบลท่าข้ามเป็นพื้นที่นำร่อง ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างกลไกชุมชนที่เข้มแข็ง โดยการจัดทำข้อตกลงร่วมกับแกนนำชุมชนจำนวน 50 คน เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และสะท้อนถึงศักยภาพของชุมชนในการร่วมแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุภาวดี แสงทอง (2562) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงในระดับพื้นที่

รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด POLC ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การเสริมภาวะผู้นำ และการควบคุม ซึ่งทุกด้านได้รับการประเมินว่าอยู่ในระดับสูง การดำเนินโครงการต้นแบบ 5 โครงการ ได้แก่ การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด การรณรงค์ “ชุมชน

ล้อมรั้ว” การพัฒนาภาคีเครือข่าย การส่งเสริมอาชีพ และการติดตามผลหลังการบำบัด ล้วนสะท้อนถึงการบูรณาการภารกิจระหว่างภาคีเครือข่ายและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดภายใน 3 เดือน พบว่าร้อยละ 93.99 ไม่พบสารเสพติดจากการตรวจปัสสาวะ และร้อยละ 60 มีอาชีพและสุขภาพจิตดีขึ้นตามการประเมิน 2Q ผลการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ ศรีสุวรรณ (2563) ที่พบว่าการบูรณาการภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและเพิ่มความต่อเนื่องในการฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่ส่งเสริมการใช้กลไกชุมชนเป็นฐานในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าแนวทางทั้งหมดได้รับค่ามัธยฐานเกิน 3.5 คิดเป็นร้อยละ 100.0 สะท้อนถึงความพร้อมในการนำไปใช้จริงในพื้นที่ และสามารถปรับใช้ในบริบทอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนกร พิทักษ์ธรรม (2561) ที่เน้นการประเมินรูปแบบการดำเนินงานเชิงพื้นที่โดยใช้เกณฑ์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้เป็นตัวชี้วัดหลักในการขยายผล

ผลลัพธ์โดยรวมของการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ เพิ่มการเข้าถึงการบำบัด และส่งเสริมการคืนคนดีสู่สังคมได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังสร้างต้นแบบ “ชุมชนล้อมรั้ว” ที่สามารถขยายผลไปยังตำบลอื่นในอำเภอพนสนิมคมได้อย่างยั่งยืน โดยมีชุมชนเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในระดับท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wandersman & Florin (2003) ที่เสนอว่าการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนจะประสบผลสำเร็จได้เมื่อมีการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมและการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการที่สร้างประสิทธิภาพ (POLC) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ยาเสพติดในพื้นที่ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดเพียงร้อยละ 1.17 และลดลงเหลือ ร้อยละ 0.50 ในปี พ.ศ. 2566 อีกทั้งยังพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยจำนวน 10 คน โดยมีเพียง 1 คนที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่อีก 9 คนขาดการรักษาและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยอย่างชัดเจน

จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ได้ร่วมกันวิเคราะห์บริบทพื้นที่และมีมติเลือกตำบลท่าข้ามเป็นพื้นที่นำร่อง โดยพิจารณาจากความเข้มแข็งของแกนนำชุมชน ความสามัคคี และความพร้อมของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล มีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับแกนนำชุมชนจำนวน 50 คน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างเป็นระบบ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอิงแนวคิด POLC ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) ภาวะผู้นำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) โดยมีการจัดเวทีประชาคมเพื่อร่วมวางแผนปฏิบัติการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีการกำหนดโครงสร้างคณะทำงานที่ชัดเจน แบ่งบทบาทหน้าที่ และจัดกิจกรรมรณรงค์ “ชุมชนล้อมรั้ว” เพื่อสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของประชาชน การดำเนินงานครอบคลุมโครงการต้นแบบ 5 โครงการ ได้แก่ การคัดกรองผู้ไชยาเสพติด การรณรงค์สร้างความเข้าใจ การพัฒนาภาคีเครือข่าย การส่งเสริมอาชีพ และการติดตามผลหลังการบำบัด โดยพบว่าผู้ใช้

ยาเสพติด จำนวน 25 ราย (ผู้ใช้ 2 ราย ผู้เสพ 23 ราย) ซึ่งทุกรายไม่มีอาการทางจิตเวชเพิ่มเติม การพัฒนาภาคีเครือข่ายสามารถฝึกอบรม อสม. และผู้ดูแลช่วยเหลือได้ถึง 566 คน และมีการติดตามผลผ่านโปรแกรม บสต. เดือนละ 1 ครั้ง ครบ 3 ครั้ง

ผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดภายใน 3 เดือน พบว่า 14 คนจาก 15 คน (ร้อยละ 93.99) ไม่พบสารเสพติดจากการตรวจปัสสาวะ และร้อยละ 60 มีอาชีพและสุขภาพจิตดีขึ้นตามการประเมินด้วยแบบสอบถาม 2Q สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพและคืนคนดีสู่สังคมอย่างเป็นรูปธรรม การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าแนวทางทั้งหมดได้รับคำมธยฐานเกิน 3.5 คิดเป็นร้อยละ 100.0 แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการนำไปใช้จริงในพื้นที่ และสามารถปรับใช้ในบริบทอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุปรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อปัญหาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการคัดกรอง การบำบัด การฟื้นฟู และการติดตามผล โดยมีชุมชนเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนอย่างแท้จริง และสามารถขยายผลไปยังตำบลอื่นในอำเภอพนัสนิคมได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดแนวทางการบริหารจัดการแบบ POLC ไปปรับใช้กับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดทุกอำเภอในจังหวัด ซึ่งจะช่วยสร้างระบบสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดให้มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ควรมีการปรับปรุงองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด โดยการนำไปไว้ในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กรู้จักวิธีการป้องกันตัวเองจากภัยยาเสพติด

3. หมู่บ้าน/ชุมชนควรปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อเป็นการเปิดรับให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ตลอดจนผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่กำลังเข้ารับการบำบัดรักษาสามารถกลับเข้าสู่หมู่บ้านชุมชนได้ มีชีวิตในสังคมตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการสร้างพลัง (Empowerment) ชุมชนร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในครอบครัว เสริมพลังในการติดตาม กำกับ และดูแลผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติด

2. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด กรณีศึกษาอำเภอพนสนิม จังหวัดชลบุรี

เอกสารอ้างอิง

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations Publications.

กรมสุขภาพจิต. (2564) *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช*. นนทบุรี:ผู้แต่ง.

กระทรวงยุติธรรม. (2564). *ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564*. สถานที่พิมพ์: สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2549). *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2561). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2561*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *รายงานการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). *รายงานสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จังหวัดชลบุรี ปี 2565-2566*. ชลบุรี: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด.

ณัฐนันท์ เสงี่ยม. (2564). *การประยุกต์ใช้กรอบการบริหารจัดการแบบ P-O-L-C เพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน: กรณีศึกษาศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.

ปรัชญานี คำเหลื่อ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลางโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(3), 115-128.

สันติ โพธิ์ทอง และมนัญญา เสรีวัฒนา. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพจิตชุมชน*, 12(1), 45-58.

จิราภรณ์ ศรีสุวรรณ. (2563). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. *วารสารวิจัยสังคม*, 22(1), 45-60

ธนกร พัทธกัษธรรม. (2561). การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการสุขภาพจิตในชุมชน. *วารสารบริหารและพัฒนา*, 18(2), 33-47.

- สุภาวดี แสงทอง. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนในพื้นที่ชายแดน. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 15(3), 21-35
- พิเชฐ บัญญัติ. (2548). POLC: หน้าที่หลักทางการบริหาร. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2568, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/6505>
- Wandersman, A., & Florin, P. (2003). *Community interventions and effective prevention*. *American Psychologist*, 58(6-7), 441-448. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2568, จาก <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.441>
- HR NOTE. (2562). Polc-ทฤษฎีการจัดการที่สร้างประสิทธิภาพให้กับองค์กร. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2568, จาก <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190619--polc-management-concept/>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7

FACTORS RELATED TO BODY MASS INDEX OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN HEALTH REGION 7

กฤษฎชัย กิมชัย

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7

KRISSANACHAI KIMCHAI

HEALTH SERVICE SUPPORT CENTER 7

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดัชนีมวลกาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18-59 ปี จำนวน 380 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square OR และ 95%CI ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.47 อายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 69.47 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.42 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.00 ดัชนีมวลกายปกติ น้ำหนักเกิน และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 29.74, 38.68 และ 31.58 ตามลำดับ เพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.036) โดยเพศหญิงมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย 1.679 เท่า ($OR=1.679$; $95\%CI=0.998-2.803$) อายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.010) โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปี 1.826 เท่า ($OR=1.826$; $95\%CI=1.115-2.978$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.039) โดยระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มากกว่าระดับดี 1.599 เท่า ($OR=1.599$; $95\%CI=0.997-2.559$) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) โดยระดับไม่ดีและปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 6.927 เท่า ($OR=6.927$; $95\%CI=4.109-11.683$) และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.010) โดยระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 2.731 เท่า ($OR=2.731$; $95\%CI=1.217-6.929$) ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้ อสม. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกาย เช่น ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด เป็นต้น รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มวัยอื่นและศึกษาเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ : ดัชนีมวลกาย, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), เขตสุขภาพที่ 7

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the body mass index (BMI) and the factors related to BMI among Village Health Volunteers (VHVs) in Health Region 7. Data were collected using structured questionnaires from 380 participants aged 18-59 years, selected through multistage sampling. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values, were used to describe the data. Inferential statistics, including chi-square test, odds ratio (OR), and 95% confidence interval (CI), were employed for analysis. The results showed that the majority of participants were female (74.47%), aged 45-59 years (69.47%), and married (73.42%). Most had completed secondary education (55.00%). Regarding BMI classification, 29.74% had normal BMI, 38.68% were overweight, and 31.58% were classified as obese class 1. Sex was significantly related to BMI ($p = .036$); females were 1.679 times more likely to have above-standard BMI than males (OR = 1.679; 95% CI [0.998, 2.803]). Age was also significantly related to BMI ($p = .010$); individuals aged 45-59 years were 1.826 times more likely to have above-standard BMI compared to those aged 30-44 years (OR = 1.826; 95%CI [1.115, 2.978]). Dietary behavior showed a significant related to BMI ($p = .039$), with participants in the moderate-level group being 1.599 times more likely to have above-standard BMI than those in the good-level group (OR = 1.599; 95%CI [0.997, 2.559]). Exercise behavior had a significant related to BMI ($p < .001$), with participants in the poor and moderate-level groups being 6.927 times more likely to have above-standard BMI than those in the good-level group (OR = 6.927; 95%CI [4.109, 11.683]). Alcohol consumption behavior was also significantly related to BMI ($p = .010$), with those in the moderate-level group being 2.731 times more likely to have above-standard BMI compared to those in the good-level group (OR = 2.731; 95%CI [1.217, 6.929]). Recommendations: VHVs should be encouraged to adopt health behaviors. Future research should investigate other factors related to BMI, such as knowledge levels, health literacy, and attitudes. Comparative studies in different age groups and qualitative research are also recommended.

Keywords : Body mass index (BMI), Village health volunteers (VHVs), Health Region 7

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำสุขภาพคนสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ จำเป็นต้องมีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง พร้อมจะกระทำการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าประชากรวัยทำงานเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงที่สุด เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีความเหมาะสม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้วัยทำงานมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมตาบอลิก โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเครียดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการทำงาน คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของประเทศ (กรมอนามัย, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ในปี 2568 เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. จัดทำสื่อ คู่มือ สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ส่งเสริมบทบาท อสม. และองค์กร อสม. ในการให้บริการประชาชน ประกอบด้วยคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ และร่วมกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหา NCDs ในชุมชน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2568) นอกจากนี้ อสม. จะมีบทบาทในการคัดกรองสุขภาพประชาชนแล้ว ยังต้องคัดกรองสุขภาพของตนเองด้วย เช่น คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ให้เป็นแบบอย่างแก่ประชาชน

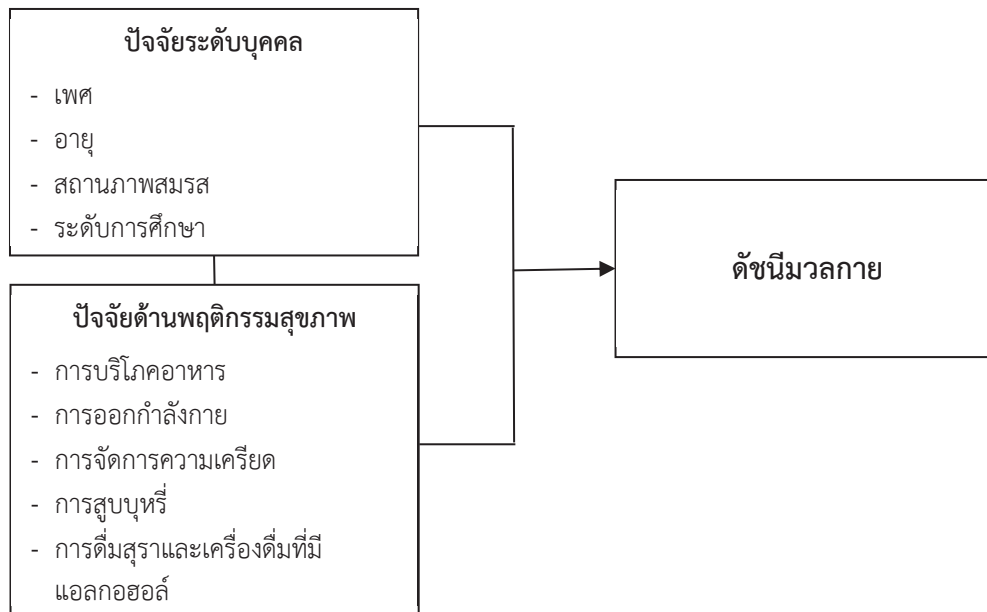
เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด มี อสม. จำนวน 108,172 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568) จากรายงานผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568 พบว่า อสม. ในเขตสุขภาพที่ 7 มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 65.13 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2568) และจากการศึกษาของ ชญานิศ เมฆอากาศ และคณะ (2561) พบว่า อสม. ในจังหวัดสุโขทัย มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 65.90 ซึ่งค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่เกินมาตรฐาน บ่งบอกถึงภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) และในปัจจุบันพบว่าประชากรวัยทำงานเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงที่สุด (กรมอนามัย, 2562)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาดัชนีมวลกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7 ว่าเป็นอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลดัชนีมวลกาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional) ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาดัชนีมวลกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2568 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 108,172 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568)

2. กลุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 380 คน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มี 4 จังหวัด 77 อำเภอ 660 ตำบล 8,309 หมู่บ้าน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7

กฤษณชัย กิมชัย

คำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร (N) (อรุณ จีรวรรณกุล, 2558)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

โดยกำหนดให้

$$Z_{\alpha/2} = 1.96 \quad \text{ที่ } \alpha = 0.05$$

$$e = 0.05$$

N = 108,172 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2568)

p = สัดส่วนประชากรมีค่าดัชนีมวลกายปกติ = 0.46 (สำนักโภชนาการ, 2568)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 380 คน

3. เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสร้างตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้เครื่องมือของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการทดสอบเครื่องมือโดยกองสุศึกษา ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) 1 และความเที่ยง (Reliability) 0.931 (กองสุศึกษา, 2568) ภายใต้แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ. 2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่ (กองสุศึกษา, 2567) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปและดัชนีมวลกาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

3.2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 14 ข้อ วัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ตัวเลือกดังนี้

ข้อคำถามทางบวก ให้คะแนน

มากที่สุด 5 คะแนน

มาก 4 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

น้อย 2 คะแนน

น้อยที่สุด 1 คะแนน

ข้อคำถามทางลบ ให้คะแนน

มากที่สุด 1 คะแนน

มาก 2 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

น้อย 4 คะแนน

น้อยที่สุด 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคชั้น (Class interval) คือ ระดับสูง (ดี) ระดับปานกลางและระดับต่ำ (ไม่ดี) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

แบ่งกลุ่มตามค่าคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้

ระดับสูง (ดี) 3.68 – 5.00

ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67

ระดับต่ำ (ไม่ดี) 1.00 – 2.33

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุระหว่าง 18-59 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประยุกต์ทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ ออดส์เรโซ (Odds Ratio:OR) และ 95%CI

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลทั่วไปและดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.47 อายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 69.47 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.42 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.00 และรองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 39.74 น้ำหนัก 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 54.74 รองลงมาคือ 61-70 กิโลกรัม ร้อยละ 37.37 น้ำหนักเฉลี่ย 59.97 กิโลกรัม (S.D.= 5.78 ต่ำสุด 44 กิโลกรัม สูงสุด 75 กิโลกรัม) ส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 50.53 รองลงมาคือ 161-170 เซนติเมตร ร้อยละ 29.74 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ย 157.68 เซนติเมตร

(S.D.=6.58 ต่ำสุด 145 เซนติเมตร สูงสุด 178 เซนติเมตร) ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 29.74 และเกินมาตรฐาน ร้อยละ 70.26 ได้แก่ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 38.68 และ อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 31.58 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.12 กก./ม² (S.D. = 1.84)

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนมากอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนมากอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการจัดการความเครียดส่วนมากอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี และระดับปานกลาง คือ การได้รับควันบุหรี่ ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้า จากคนใกล้ชิด หรือคนรอบข้าง และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.05 ด้านการออกกำลังกายส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.37 ด้านการจัดการความเครียดส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.00 ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.53 และด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.79 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การบริโภคอาหาร			
1. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น	3.02	0.63	ปานกลาง
2. กินขนมที่มีรสหวาน หรือของเชื่อม เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ขนมชั้น มันเชื่อม กล้วยเชื่อม เป็นต้น	3.07	0.65	ปานกลาง
3. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว เป็นต้น	4.01	0.58	ดี
4. เติมน้ำปลา น้ำตาล ในอาหารหรือถ้วยเดียว	3.98	0.13	ดี
5. กินอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป แหนม เป็นต้น	3.92	0.27	ดี

ตารางที่ 1 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การออกกำลังกาย			
6. ออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อย หรือมีเหงื่อออก	3.70	0.68	ดี
7. ลูกขยับร่างกายทุก 2 ชั่วโมง ระหว่างทำงานหรือระหว่างวัน	4.39	0.65	ดี
8. ฝึกสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ดันพื้น ดันกำแพง ลูกนั่ง	2.03	1.02	ไม่ดี
การจัดการความเครียด			
9. สังเกตอารมณ์ หรือความรู้สึกของตนเองในแต่ละวัน	3.65	0.51	ปานกลาง
10. หาเวลาผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย นั่งสมาธิ ในระหว่างวัน	4.38	0.72	ดี
11. นอนหลับ วันละ 7-8 ชั่วโมง	4.39	0.77	ดี
การสูบบุหรี่			
12. สูบบุหรี่ ยาสูบ หรือบุหรี่ไฟฟ้า	4.87	0.36	ดี
13. ได้รับควันบุหรี่ ยาสูบ บุหรี่ไฟฟ้า จากคนใกล้ชิดหรือคนรอบข้าง	3.65	0.70	ปานกลาง
การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14. ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาตองเหล้า ไชจู เป็นต้น	4.22	0.68	ดี

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	232	61.05
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	148	38.95
ดี (3.68 - 5.00)		
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	32	8.42
ไม่ดี (1.00 - 2.33)	237	62.37
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	111	29.21
ดี (3.68 - 5.00)		
3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	114	30.00
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	266	70.00
ดี (3.68 - 5.00)		
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	36	9.47
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	344	90.53
ดี (3.68 - 5.00)		
5. พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	54	14.21
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	326	85.79
ดี (3.68 - 5.00)		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำตัวแปรตาม ดัชนีมวลกาย มาแบ่งเป็นสองกลุ่มโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานดัชนีมวลกาย เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่ม ได้ดังนี้ ดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9) และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (น้ำหนักเกิน : 23-24.9 และอ้วนระดับ 1 : 25-29.9)

พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.036) โดยเพศหญิงมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย 1.679 เท่า ($OR=1.679$; 95%CI=0.998-2.803) และอายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.010) โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปี 1.826 เท่า ($OR=1.826$; 95%CI=1.115-2.978) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 380$)

ปัจจัยระดับบุคคล	ดัชนีมวลกาย				χ^2	OR	95%CI	p-value
	เกินมาตรฐาน		ปกติ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เพศ								
หญิง	207	73.14	76	26.86	4.406	1.679	0.998-2.803	0.036*
ชาย	60	61.86	37	38.14		1		
2. อายุ (ปี)								
45 - 59	196	74.24	68	25.76	6.554	1.826	1.115-2.978	0.010*
34 - 44	71	61.21	45	38.79		1		
3. สถานภาพสมรส								
สมรส/หม้าย/หย่า	230	69.28	102	30.72	1.223	1.491	0.709-3.372	0.269
โสด	37	77.08	11	22.92		1		
4. ระดับการศึกษา								
มัธยมศึกษาขึ้นไป	161	70.31	68	29.69	0.001	1.005	0.623-1.611	0.982
ประถมศึกษา	106	70.20	45	29.80		1		

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำตัวแปรตาม ดัชนีมวลกาย มาแบ่งเป็นสองกลุ่มโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานดัชนีมวลกาย เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มได้ดังนี้ ดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9) และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (น้ำหนักเกิน : 23-24.9 และอ้วนระดับ 1 : 25-29.9) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.039) โดยระดับปานกลาง

มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 1.599 เท่า ($OR=1.599$; 95%CI=0.997-2.559) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) โดยระดับไม่ดีและปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 6.927 เท่า ($OR=6.927$; 95%CI=4.109-11.683) และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.010) โดยระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 2.731 เท่า ($OR=2.731$; 95%CI=1.217-6.929) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 380)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ	ดัชนีมวลกาย				χ^2	OR	95%CI	p-value
	เกินมาตรฐาน		ปกติ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร								
ปานกลาง	172	74.14	60	25.86	4.280	1.599	0.997-2.559	0.039*
ดี	95	64.19	53	35.81		1		
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย								
ไม่ดีและปานกลาง	222	82.53	47	17.47	66.298	6.927	4.109-11.683	<0.001*
ดี	45	40.54	66	59.46		1		
3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด								
ปานกลาง	74	64.91	40	35.09	2.232	0.699	0.427-1.154	0.135
ดี	193	72.56	73	27.44		1		
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่								
ปานกลาง	26	72.22	10	27.78	0.073	1.111	0.496-2.679	0.787
ดี	241	70.06	103	29.94		1		
5. พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์								
ปานกลาง	46	85.19	8	14.81	6.708	2.731	1.217-6.929	0.010*
ดี	221	67.79	105	32.21		1		

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.47 อายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 69.47 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.42 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.00 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 29.74 และเกินมาตรฐาน ร้อยละ 70.26 ได้แก่ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 38.68 และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 31.58 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.47 ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 70.26 ได้แก่ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 38.68 และอ้วนระดับ 1

ร้อยละ 31.58 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เหมาะสมส่งผลให้ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศิริมา และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาการออกกำลังกายและภาวะอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า อสม. มีระดับดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 77.00 ได้แก่ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 16.50 อ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 39.50 และอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 21.00 การศึกษาของ ชญานิศ เมฆอากาศ และคณะ (2561)

ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัยพบว่า อสม. ในจังหวัดสุโขทัย มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 65.90 และการศึกษาของ กิตติโรจน์ นวนบุญ และรุจิรา ดวงสงค์ (2566) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ความระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพลักษณะส่วนบุคคลกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า อสม. มีภาวะอ้วนร้อยละ 69.70 ซึ่งมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.036$) โดยเพศหญิงมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย 1.679 เท่า ($OR=1.679$; $95\%CI=0.998\text{-}2.803$) และอายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.010$) โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปี 1.826 เท่า ($OR=1.826$; $95\%CI=1.115\text{-}2.978$) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า เพศหญิงมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย 1.679 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอายุ 30-44 ปี 1.826 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า ส่งผลให้มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานิศ เมฆอากาศ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์

กับภาวะอ้วนลงพุงของ อสม. ($OR=25.91$, $95\%CI:8.35\text{-}80.41$, $p\text{-value}<0.001$) และธนิสา อนุญาหงษ์ และยุทธนา ชนะพันธ์ (2567) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 กล่าวคือเพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.007$) และอายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.039$) โดยระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 1.599 เท่า ($OR=1.599$; $95\%CI=0.997\text{-}2.559$) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยระดับไม่ดีและปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 6.927 เท่า ($OR=6.927$; $95\%CI=4.109\text{-}11.683$) และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.010$) โดยระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 2.731 เท่า ($OR=2.731$; $95\%CI=1.217\text{-}6.929$) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าวพบว่า พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับไม่ดีและปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 6.927 เท่า พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 2.731 เท่า และพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลางมีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมากกว่าระดับดี 1.599 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ไม่เหมาะสม

ส่งผลให้มีโอกาสดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ศิริมา และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาการออกกำลังกายและภาวะอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า อสม. ที่ออกกำลังกายตามเกณฑ์มีโอกาสของการมีภาวะอ้วนน้อยกว่าผู้ไม่ออกกำลังกาย 0.30 เท่า (OR=0.30, 95%CI=0.11-0.81, p-value=0.018) และการศึกษาของ ธนินา อนุญาหงษ์ และยุทธนา ชนะพันธ์ (2567) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.027)

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.47 อายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 69.47 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.42 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.00 ดัชนีมวลกายปกติ น้ำหนักเกิน และอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 29.74, 38.68 และ 31.58 ตามลำดับ เพศมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.036) อายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.010) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.039) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และพฤติกรรมพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.010)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ อสม. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. อสม. ควรคัดกรองสุขภาพตนเองเป็นประจำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อดัชนีมวลกาย เช่น ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิด เป็นต้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มวัยอื่นและศึกษาเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รู้ตัวเลขรู้ความเสี่ยงสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2568 จาก <https://3doctor.hss.moph.go.th/ncds-report>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ.2ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *เครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2568 จาก <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb>
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2568*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รอบรู้สุขภาพวัยทำงาน*. กรุงเทพฯ: คิวคัมเบอร์.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานประจำปีสำนักโภชนาการ 2567*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2568 NCDs ดีได้ด้วยกลไกอสม*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2568 จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/03/2.1-MOPH-HSS-TMM-11-03-68.pdf>
- กิติโรจน์ นวนบุญ, และรุจิรา ดวงสงค์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะส่วนบุคคล กับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 109-116.
- ชญาณิศ เมฆอากาศ, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และพัฒน์ชาติ พัฒนธาตุ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(พิเศษ), 47-57.
- นิตยา ศิริมา, ปาริฉัตร ่องอาจบริรักษ์, และจักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์. (2565). การออกกำลังกายและภาวะอ้วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 15(2), 103-114.
- ธนิสา อนุญาหงส์, และยุทธนา ชนะพันธ์. (2567). สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 1(4), 73-86.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.

การประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล
สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในกรุงเทพมหานคร
EVALUATION OF SERVICE STANDARDS, CHARACTERISTICS, AND
OPERATIONS OF INPATIENT HEALTHCARE FACILITIES IN BANGKOK
METROPOLITAN AREA

ชญญภาศ บุนยรัตนิน, รังสิมา ไชยาสู และสุกกรณิการ์ เณรยอต

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

CHANYAPHAK BOONYARATTANIN, RANGSIMA CHAIYASU AND SUKANNIKA NENYOD
BUREAU OF SANATORIUM AND ART OF HEALING , DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ตามมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในกรุงเทพมหานคร และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตรวจมาตรฐาน โดยใช้รูปแบบการประเมินโครงการซิปป์โมเดลของสตัฟเฟิลบีม กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 11 คน และกลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล จำนวน 109 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินผล แบบประเมินมาตรฐาน และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ววิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าผลการประเมินด้านบริบท ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 0.46) ปัจจัยนำเข้า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.69) กระบวนการ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.45) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ($\bar{X} \geq 3.50$) และผลผลิต ผลการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล มีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 109 แห่ง (ร้อยละ 100) อยู่ในระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และความพึงพอใจของสถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจมาตรฐาน ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.46) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ($\bar{X} \geq 3.50$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและงบประมาณให้เพียงพอ เหมาะสมสำหรับใช้ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล และพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในเรื่องของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่ไขเพิ่มเติม ให้ความรู้กับสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เรื่องการดำเนินกิจกรรมการต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด

คำสำคัญ : การประเมินผล, มาตรฐานบริการสถานพยาบาล, สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

Abstract

This evaluation research aimed to assess contextual factors, input factors, processes, and outputs according to the standards of hospitals that admit overnight patients in Bangkok, and the satisfaction of those receiving standard examinations, using the evaluation form of the CIPP Model project of Stufflebeam. The sample group was divided into 2 groups: Group 1 consisted of 11 personnel from the Bureau of Sanatorium and Art of Healing, and Group 2 consisted of 109 personnel from the hospital. The tools used for data collection were evaluation forms, standard evaluation forms, and satisfaction evaluation forms created by the researchers and inspected for quality. The data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations.

The research results found that the overall context evaluation results had a high average value ($\bar{X} = 4.04$, S.D.=0.46), the overall input factors had a high average value ($\bar{X} = 3.51$, S.D.=0.69), the overall process had a high average value ($\bar{X} = 4.38$, S.D.=0.45), met the evaluation criteria (mean $\bar{X} \geq 3.50$), and the output, the results of the inspection of service standards, characteristics, and operations of the hospital. There were 109 hospitals that admitted overnight patients (100%) that were at a very good level, met the evaluation criteria (80% or more). The overall satisfaction of the hospitals that received the standard inspection had a high average value ($\bar{X} = 4.48$, S.D.=0.46), met the evaluation criteria (mean $\bar{X} \geq 3.50$).

Recommendations: There should be adequate management of human resources and budgets for use in inspecting hospital standards and developing staff to have knowledge of the Hospital Act of 1998 and its amendments. Provide knowledge to hospitals that admit patients overnight about the various activities required by law.

Keywords : evaluation, hospital service standards, Inpatient Healthcare Facility

บทนำ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานระดับกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในด้านการพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ โดยมอบหมายให้กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เป็นหน่วยงานที่ควบคุมกำกับ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ และบังคับใช้กฎหมาย ภายใต้พระราชบัญญัติ 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 สำหรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นกฎหมายที่มีการควบคุมกำกับสถานพยาบาลภาคเอกชน ให้มีการดำเนินงานที่ได้มาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพที่ดี สร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ โดยมีกฎหมายลำดับรอง ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นกลไกหลักและเครื่องมือที่สำคัญ ในการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้ผู้อนุญาตจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบลักษณะของสถานพยาบาลและการประกอบกิจการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ โดยสม่ำเสมอ ในการนี้ถ้าพบว่าสถานพยาบาล ตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาล หรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผูรับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

ในปัจจุบันพบว่าสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2566 มีจำนวนสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั่วประเทศ จำนวน 425 แห่ง (ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566) แบ่งเป็นสถานที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

จำนวน 139 แห่ง และอยู่ในเขตพื้นที่ต่างจังหวัด จำนวน 286 แห่ง สถานพยาบาลที่มีพื้นที่ตั้งในกรุงเทพมหานคร ได้มอบหมายให้กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โดยกลุ่มส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล เป็นผู้ดูแล กำกับ การดำเนินกิจกรรม ตามที่กฎหมายกำหนด และส่วนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด ได้มีคำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแล กำกับ (กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, 2567)

ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุม กำกับให้สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมาย กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (2562) ได้จัดทำแบบการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล จำนวน 11 ด้าน ได้แก่ แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะและการประกอบกิจการสถานพยาบาล ด้านเวชกรรม ด้านทันตกรรม ด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านบริการเภสัชกรรม ด้านการบริการเทคนิคการแพทย์ ด้านการบริการทางรังสีวิทยา ด้านการบริการกายภาพบำบัด ด้านเครื่องมือ และการจัดการ ด้านอาคาร และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งจัดให้มีการตรวจมาตรฐานในด้านต่าง ๆ 11 ด้าน โดยทางหน่วยงานร่วมกับสภาวิชาชีพต่าง ๆ เข้าร่วมตรวจมาตรฐานประจำปี เพื่อให้สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามกฎหมาย และมีคุณภาพตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพในแต่ละด้าน เนื่องจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมไม่ได้กำหนดบทลงโทษ ในเรื่องการทำผิดของวิชาชีพต่าง ๆ จึงให้พิจารณาตามกฎหมายของวิชาชีพนั้น ๆ ซึ่งมาตรฐานของวิชาชีพส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไข และติดตามผลในปีต่อไป ในส่วนของสถานพยาบาลฯ กรณีที่มีการดำเนินการไม่ถูกต้อง จะมีการตักเตือน และให้ระยะเวลาในการแก้ไขปรับปรุง ถ้าสถานพยาบาลฯ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะดำเนินการติดตามเป็นระยะ และส่งให้กองกฎหมายดำเนินการต่อไป เพื่อให้การดำเนินการตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาล

ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีประสิทธิภาพและถูกต้องตามกฎหมาย สร้างความปลอดภัยให้กับผู้บริการ จึงมีการประเมินผลการตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ ที่ผ่านมีการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลเป็นประจำทุกปี แต่ขาดการสรุปผลเป็นภาพรวม โดยพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลภาคเอกชนค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและนำกรอบแนวคิดในการประเมินแบบซิปป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, D.L., 2003) ประกอบด้วย การประเมินมิติ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (รัตนะบัวสนธิ์, 2556) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผล เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงานให้มีคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการประเมินแบบซิปป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, D.L., 2003) ซึ่งมีรูปแบบการประเมินใน 4 ด้าน ดังนี้ 1) การประเมินด้านบริบท 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 3) การประเมินด้านกระบวนการ 4) การประเมินด้านผลผลิต



ภาพที่ 1 กรอบการประเมินมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการควบคุม กำกับ ให้ในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ปฏิบัติได้ถูกต้องตามกฎหมายกำหนด
2. ส่งเสริม พัฒนา และปรับปรุงประสิทธิภาพของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ให้มีคุณภาพ สร้างความปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ
3. ได้แนวทางการพัฒนา กลไก และกระบวนการในการตรวจมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 59 คน และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 139 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 109 คน จากสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 139 แห่ง เป็นสัดส่วนจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยศึกษาจากทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบซีพี (CIPP Model) เป็นกรอบการประเมิน โดยมีแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินผลการ

ตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น ด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 5 ข้อ และด้านกระบวนการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นปลายปิด เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ ระดับความคิดเห็น มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 และส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะของคำถามเป็นปลายเปิด เกณฑ์การแปลผลแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบ่งตามคะแนนค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ของ รัตนะ บัวสนธิ์ (2552) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 = มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 = มาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 = ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 = น้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 = น้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การตัดสิน ค่าเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไปผ่านการประเมิน

2. แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชื่อของสถานพยาบาล จำนวนเดียว เป็นต้น ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ อายุรกรรม สูติรีเวชกรรม เป็นต้น ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และส่วนที่ 3 เกณฑ์การตรวจประเมินมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จำนวน 12 ข้อใหญ่ และมีข้อย่อยประกอบ รวมทั้งสิ้น 54 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ให้คะแนน 2 ระดับ ตอบใช่ ได้คะแนน 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้คะแนน 0 นำคะแนนที่ได้จากการตรวจมาตรฐาน คะแนนเต็ม 45 คะแนน มาคำนวณเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของวิรัช วรรณรัตน์ (2560) ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป = ดีมาก ร้อยละ 70-79 = ดี ร้อยละ 60-69 = ปานกลาง ร้อยละ 50-59 = พอใช้ ต่ำกว่าร้อยละ 50 = ปรับปรุง กำหนดเกณฑ์การตัดสิน คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนน) ผ่านการประเมิน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในการตรวจมาตรฐานแต่ละด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการตรวจมาตรฐาน จำนวน 5 ข้อ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมาตรฐาน จำนวน 5 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ และด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นปลายปิด เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert Scale) แต่ละระดับมีความหมายดังนี้ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 และส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะของคำถามเป็นปลายเปิด เกณฑ์การแปลผลแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบ่งตามคะแนนค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ของ รัตนะ บัวสนธ์ (2552) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 = มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 = มาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 = ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 = น้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 = น้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การตัดสิน ค่าเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไปผ่านการประเมิน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ มาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยใช้เกณฑ์ IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปที่แสดงว่าข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและเนื้อหาที่ต้องการของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ซึ่งคำถามในแบบสอบถามทุกฉบับใช้ได้ทุกข้อ โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 แบบสอบถามการประเมินผลมาตรฐานการบริการ ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ = 0.978 แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ = 1 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐานการบริการ ได้ค่า IOC ทั้งฉบับ = 1 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ แบบสอบถามการประเมินผลมาตรฐานการบริการ

ใช้กับเจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐานการบริการ ใช้กับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามการประเมินผลมาตรฐานการบริการ = 0.817 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐานการบริการ = 0.886 และแบบการตรวจมาตรฐานการบริการ โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ด (Kuder-Richardson) (สมนึก ภัททิยธนี, 2553) = 0.854 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - เดือนตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และความพึงพอใจในการตรวจมาตรฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 63.64) เพศชาย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 36.36) มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 45.45) รองลงมา น้อยกว่า 30 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 36.36) และมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82)

2. ผลการประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการของการประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล (n=11)

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D	ระดับความคิดเห็น	ผลการประเมิน
1. ด้านบริบท	4.04	0.46	มาก	ผ่าน
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.51	0.69	มาก	ผ่าน
3. ด้านกระบวนการ	4.38	0.45	มาก	ผ่าน
รวม	3.97	0.43	มาก	ผ่าน

จากตารางที่ 1 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เฉพาะทาง จำนวน 18 แห่ง (ร้อยละ 16.51) และโรงพยาบาล ภาพรวม มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.43) และด้านบริบท เฉพาะประเภทผู้ป่วย จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 6.42) ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 0.46) ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.69) ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.45) โรงพยาบาลกายภาพบำบัด จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 1.83) โรงพยาบาล ทันตกรรม จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 0.92) โรงพยาบาลการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 0.92) โรงพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 0.92) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 0.92) ตามลำดับ

3. ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล พบว่าเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 56 แห่ง (ร้อยละ 51.38) มากที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 35.78) และโรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 12.84) ลักษณะของสถานพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 78 แห่ง (ร้อยละ 71.56) รองลงมาโรงพยาบาลเฉพาะทาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ รายชื่อใหญ่ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกตามเกณฑ์การประเมินผลการตรวจมาตรฐานการบริการ (n=109)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
1. ลักษณะของสถานพยาบาล ที่ตั้งโครงสร้าง อาคาร 3 ชั้นขึ้นไปต้องมีลิฟท์ทางสัญจรรวมกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร ทางลาดเอียงความชันไม่เกิน 15 องศา มีสถานที่อุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุและ ผู้พิการ สถานที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการไม่อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน และแยกสัดส่วนกับสถานที่ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก	109	100	ผ่าน
2. ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล มีใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล สมุดทะเบียนสถานพยาบาล หน่วยบริการครบตามประเภทสถานพยาบาล	109	100	ผ่าน
3. ชื่อสถานพยาบาล จัดให้มีชื่อสถานพยาบาลตามกฎหมายกำหนดมีค่านำหน้าชื่อหรือต่อท้ายชื่อสถานพยาบาลด้วยลักษณะสถานพยาบาล ชื่อไม่มีลักษณะชักชวน หรือโอ้อวดเกินความจริง ไม่สื่ออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์	109	100	ผ่าน

ตารางที่ 2(ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ รายชื่อใหญ่ของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกตามเกณฑ์
การประเมินผลการตรวจมาตรฐานการบริการ (n=109)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	ผลการประเมิน
4. ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียด ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตในที่เปิดเผย ณ สถานพยาบาลแผ่นป้ายชื่อสีเหลี่ยมผืนผ้า ขนาดไม่น้อยกว่า 40 x 120 ซม. ชื่อความสูงไม่น้อยกว่า 10 ซม.แสดงเลขที่ใบอนุญาตและจำนวนเตียง ความสูงไม่น้อยกว่า 5 ซม. ตัวอักษร สีตามกฎกระทรวง กำหนด ติดไว้ตัวอาคารมองเห็นชัดเจนจากภายนอก	108	99.08	ผ่าน
5. แสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้ ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาล ได้แก่ ชื่อ ชื่อสกุล เลขที่ใบอนุญาต ของผู้ประกอบการวิชาชีพ อัตราค่าบริการพยาบาล และสิทธิผู้ป่วย	99	90.82	ผ่าน
6. ตรวจสอบได้ ใบอนุญาตประกอบกิจการและใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลยังไม่หมดอายุ มีการชำระค่าธรรมเนียม แสดงใบอนุญาตไว้ในที่เปิดเผย มีการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่แก้ไขเปลี่ยนแปลงตัดแปลงอาคารเกินกว่าที่ได้รับอนุญาต มีการขออนุญาตโฆษณาหรือประกาศต่างๆ ตามกฎหมาย และปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข	108	99.08	ผ่าน
7. การดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 40 ชม./สัปดาห์ วัน เวลาไม่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ตรงตามสาขาและกฎหมายวิชาชีพ ไม่รับผู้ป่วยเกินจำนวนเตียงที่ได้รับอนุญาต สถานพยาบาลสะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย	109	100	ผ่าน
8. จำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล มีผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างน้อยจำนวนขั้นต่ำตามที่กฎหมายกำหนด ตรงตามสาขาที่บริการและบริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม	104	95.41	ผ่าน
9. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะตามประเภทและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล	109	100	ผ่าน
10. ชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล มีระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบควบคุมการติดเชื้อ ยานพาหนะให้บริการนอกสถานพยาบาลได้รับอนุญาตตามกฎหมาย	102	93.58	ผ่าน
11. มีการรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนต่อผู้อนุญาตทุกปี ตามแบบที่กำหนด (แบบ ส.พ. 24)	51	46.79	ผ่าน
12. มีการประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลสำหรับสถานพยาบาลผ่านระบบออนไลน์ ปีละ 1 ครั้ง	72	66.05	ผ่าน
รวมผ่านทุกข้อ	51	46.79	ผ่าน
หมายเหตุ ผ่านการประเมิน คือ สถานพยาบาลมีผลคะแนนการตรวจมาตรฐานการบริการ ร้อยละ 80 ขึ้นไป			

การประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในกรุงเทพมหานคร
ชัยญักดิ์ บุญยรัตน์, รังสิมา ไชยาสุ และสุกรณิการ์ เณรยอด

จากตารางที่ 2 พบว่าสถานพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานการบริการในภาพรวม ร้อยละ 46.79 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 100 มีจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1. ลักษณะของสถานพยาบาล ข้อที่ 2.ลักษณะการให้บริการ ข้อที่ 3. ชื่อสถานพยาบาล ข้อที่ 7. การดำเนินการสถานพยาบาล ข้อที่ 9. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ส่วนข้อที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 11. การรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนต่อผู้อนุญาตทุกปี ตามแบบที่กำหนด (แบบ ส.พ. 24) ร้อยละ 46.79 รองลงมาคือ ข้อที่ 12 การประเมินตนเองด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 66.05 ตามลำดับ

5. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 98 คน (ร้อยละ 89.91) และเพศชาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 10.09) มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 38 คน (ร้อยละ 34.86) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 28.44) จบการศึกษานุปริญญา/ปวช. จำนวน 62 คน (ร้อยละ 56.88) รองลงมา ระดับปริญญาตรี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 40.37) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (91 เติงขึ้นไป) จำนวน 56 คน (ร้อยละ 51.38) รองลงมา โรงพยาบาลขนาดเล็ก (1 - 30 เติง) จำนวน 39 คน (ร้อยละ 35.78) และโรงพยาบาลขนาดกลาง (31 - 90 เติง) จำนวน 14 คน (ร้อยละ 12.84)

6. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้รับการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะและการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำแนกตามรายด้าน และภาพรวม (n=109)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ	ผลการประเมิน
1. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการตรวจมาตรฐาน	4.40	0.49	มาก	ผ่าน
2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมาตรฐาน	4.55	0.49	มากที่สุด	ผ่าน
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.44	0.51	มาก	ผ่าน
4. ด้านคุณภาพของการให้บริการ	4.54	0.48	มากที่สุด	ผ่าน
รวม	4.48	0.46	มาก	ผ่าน

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจภาพรวมและรายด้านผ่านเกณฑ์ประเมินภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่

ผู้ตรวจมาตรฐาน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.49) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการตรวจมาตรฐานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.49)

อภิปรายผล

การประเมินผลการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในกรุงเทพมหานคร สามารถอภิปรายผลในประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านบริบท พบว่าภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด แสดงถึงความชัดเจนของการดำเนินงานตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล มีการกำหนดนโยบาย และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน บุคลากรมีการประสานที่ดี และมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา อินท๊ะ และสมรัฐ นัยรัมย์ (2562) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าผลการประเมินด้านบริบท ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีหลักการ วัตถุประสงค์ เป้าหมายของการพัฒนา EHA มีความเหมาะสมและสอดคล้องกัน กำหนดเป้าหมาย วิธีการ และระยะเวลาที่เหมาะสมปฏิบัติได้จริง

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด แสดงถึงการมีแผนการดำเนินการที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนการปฏิบัติงาน มีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้เพียงพอ ทั้งนี้พบว่าบุคลากรในการดำเนินงานมีจำนวนไม่เพียงพอ มีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่บ่อย และการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการตรวจมาตรฐานยังไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการดำเนินการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลที่ต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา ข้อบังคับของกฎหมาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรบ่อย มีผลให้บุคลากรที่เข้ามาเริ่มงานใหม่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งมีรายละเอียดที่ต้องปฏิบัติตามจำนวนมาก รวมทั้งความเชี่ยวชาญในการลงพื้นที่เพื่อตรวจมาตรฐาน ต้องใช้เวลาพอสมควรในการเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ทำให้การตรวจมาตรฐานไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผลกระทบจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ มีผลต่อการดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ

ที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอน และกระบวนการตรวจมาตรฐานในด้านต่าง ๆ ไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนสอดคล้องกับผลการศึกษาของวสิน เทียนกิ่งแก้ว (2554) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างเสริม สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกระบี่ พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าชมรมผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดำเนินโครงการในด้านต่างๆ ในระดับปานกลาง แต่ยังขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ พบว่าภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด แสดงให้เห็นว่ามีการกำหนดบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบแต่ละบุคคลในการปฏิบัติงาน กระบวนการทำงานของแต่ละบุคคลมีความชัดเจน แบ่งหน้าที่ ช่วยกันทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนและขั้นตอนที่กำหนดไว้ มีการวางแผน ขั้นตอนถูกต้องชัดเจน และมีการกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกำหนดเวลา การสรุปและรายงานผลผู้บริหารตามเวลา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก ศรีวิสัย และรัฐพร กลิ่นมาลี (2566) ได้ศึกษาประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโรงเรียนวัดพรหมโลก สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 4 พบว่ากระบวนการปฏิบัติระหว่างดำเนินโครงการ การวางแผนการดำเนินงานโครงการและปรับปรุงโครงการโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครอง ทราบถึงความสำคัญของการประเมินโครงการ มีการดำเนินการและตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมโครงการได้อย่างดี

4. ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่าภาพรวมคะแนนผลการตรวจมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ระดับดีมาก จำนวน 109 แห่ง (ร้อยละ 100) และมีข้อ 1. ลักษณะของสถานพยาบาลฯ ข้อ 2. ลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลฯ ข้อ 3. ชื่อสถานพยาบาลฯ ข้อ 7. การดำเนินการสถานพยาบาลฯ และข้อ 9. ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลฯ ผ่านเกณฑ์การประเมิน 109 แห่ง (ร้อยละ 100) สอดคล้องกับการศึกษาของธาริณี แก้วมณีชัย (2567) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการ

สถานพยาบาลให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ฉบับปรับปรุงแก้ไข พบว่า ผลการประเมินมาตรฐานของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) หลังการพัฒนาโดยใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ทุกแห่งที่สมัครใจเข้าร่วม ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายหมวดของผู้ประกอบการสถานพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า ทุกหมวดมีค่าคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การศึกษาของวิรัชพรธน์ สุธาพานิชย์ (2562) ที่ศึกษาการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพของสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1-12 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการควบคุม กำกับ สถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ให้มีการประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด พบว่า สถานพยาบาลภาคเอกชนรายใหม่ (คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100

จากศึกษาพบว่าสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินรายข้อใหญ่ทุกข้อ (12 ข้อ) มีจำนวน 51 แห่ง (ร้อยละ 46.79) ซึ่งข้อที่ผ่านจำนวนน้อย ได้แก่ การประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ปีละ 1 ครั้ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน 72 แห่ง (ร้อยละ 66.05) เนื่องจากการดำเนินงานด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นการขอความร่วมมือโดยสมัครใจ ถึงแม้ว่าได้มีการพัฒนากฎหมาย เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565 ซึ่งไม่ได้การบังคับในเรื่องการรายงานด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ดังนั้นอาจทำให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ให้ความร่วมมือน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาการประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับ

โรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร โดยดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์ (2566) พบว่าผลการศึกษาดำเนินงานตามแนวทาง PLEASE หัวข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต่อกรมควบคุมโรค อาจเกิดจากไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มีความรู้ในการดำเนินการ ซึ่งต้องเพิ่มเรื่องการประชาสัมพันธ์ การส่งจดหมายติดตามเพื่อกระตุ้นให้เข้ามาร่วมประเมินมากยิ่งขึ้นและเรื่องการรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนต่อผู้อนุญาตทุกปี ตามแบบที่กำหนด (แบบ ส.พ. 24) ผ่านเกณฑ์การประเมิน 51 แห่ง (ร้อยละ 46.79) สามารถอธิบายได้ว่าช่วงที่ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล ฯ อาจจะยังไม่ได้ส่งรายงานประจำปี หรือเป็นผลมาจากการมีระบบการชำระค่าธรรมเนียมออนไลน์ ไม่ได้กำหนดว่าต้องมีการส่งรายงานประจำปี (แบบ ส.พ.24) ซึ่งที่ผ่านมาการชำระค่าธรรมเนียมแบบปกติจะให้แนบหลักฐานรายงานประจำปี (แบบ ส.พ.24) มาด้วย ทั้งนี้ทางกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ได้ดำเนินการตรวจสอบ ติดตาม และปรับปรุงวิธีการส่งรายงานให้มีช่องทางในส่งทางระบบออนไลน์เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีการส่งรายงานได้ง่ายและสะดวกขึ้น

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล ภาพรวม อยู่ระดับความพึงพอใจมาก แสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ยินดีและพึงพอใจในการตรวจมาตรฐานเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมาตรฐาน และด้านคุณภาพของการให้บริการ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่เข้าไปตรวจมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ บุคลากรสถานพยาบาลมีความเข้าใจ และยอมรับการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือด้านกระบวนการและขั้นตอนการตรวจมาตรฐาน อาจเนื่องมาจากการงดหรือเลื่อนกำหนดการตรวจมาตรฐาน ทำให้สถานพยาบาลต้องเสียเวลาในการเตรียมตัวสำหรับการตรวจใหม่ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เรวัตร์ แก้วทองมูล (2563) ได้ศึกษาการประเมินโครงการสถานศึกษาปลอดภัยของ

วิทยาลัยเทคนิคเวียงป่าเป้า พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อโครงการสถานศึกษาปลอดภัยโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผลความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือการจัดโครงการ กิจกรรมมีความต่อเนื่องความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของกฎหมาย หมายเหตุ และเกียรติศักดิ์แหลมเจริญ (2563) เรื่องผลการประเมินโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการอาหารอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไปเข้าถึงแหล่งอาหารปลอดภัยตามมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

สรุปผล

การประเมินผลมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ส่วนการประเมินด้านผลผลิต การประเมินมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล ภาพรวมผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ผลความพึงพอใจต่อการตรวจมาตรฐานภาพรวม ระดับความพึงพอใจมาก กล่าวโดยสรุปได้ว่า การตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ควรต้องกระทำต่อไป ด้วยเหตุผลทางด้านกฎหมาย และเป็นการคุ้มครองประชาชน ให้ได้รับบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ซึ่งสถานพยาบาลมีความเต็มใจ และพึงพอใจในการตรวจมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่ต้องการปรับปรุงแก้ไขหลังจากการตรวจมาตรฐาน คือ การส่งรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.24) และการประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการเปลี่ยนแปลงพื้นที่โดยไม่ได้รับอนุญาต ที่จะทำให้สถานพยาบาลผ่านเกณฑ์การตรวจมาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎหมายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พบว่าปัญหาอุปสรรคในการตรวจมาตรฐานคือ

เรื่องจำนวนบุคลากรที่ยังน้อยเกินไป การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ และการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการตรวจมาตรฐานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องปรับปรุง แก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมกับการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล
2. ควรมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการเรื่องพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม
3. มีการติดตาม การส่งรายงานและจัดส่งรายงานประจำปีของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ต่อผู้อนุญาตทุกปี ตามแบบที่กำหนด (แบบ ส.พ. 24) ให้ครบทุกแห่ง และขอความร่วมมือ ให้สถานพยาบาลฯ เห็นถึงประโยชน์ของการประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านระบบออนไลน์ โดยเข้าร่วมประเมินทุกปี
4. ควรให้ความรู้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เรื่องการดำเนินกิจกรรมตามข้อกำหนดของกฎหมาย เช่น การขออนุญาตเพิ่มบริการ การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาเรื่อง การตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลในสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ การใช้ยาในมาตรฐานของเภสัชกรรม เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงมาตรฐานตามวิชาชีพได้
2. ควรมีการศึกษาเรื่องของมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เช่น ไตเทียม การบริการแพทย์ทางไกล การตรวจแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ช่วยให้ทราบถึงปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานได้
3. ควรมีศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยเป็นกรณีศึกษาเฉพาะโรงพยาบาล เช่น กระบวนการให้บริการแพทย์ทางไกล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกรณีใช้สิทธิ UCEP จะทำให้ได้ข้อมูลนำมาปรับปรุง พัฒนาระบบงานได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2562). แบบตรวจมาตรฐานงานโรงพยาบาล. สืบค้นจาก https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=1145
- กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบบริการสุขภาพ (สถานพยาบาล) สำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สืบค้นจาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2025-09-03-35-25-151540-364.pdf
- กฤษฎา หาญบรรเจิด และเกียรติศักดิ์ แผลมเจริญ. (2563). ผลการประเมินโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(1), 45-55.
- ดวงแก้ว อังกูรสิทธิ์. (2566). การประเมินผลการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Online), 3(2), 75-88. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JOHCP/issue/view/18265>
- ธาริณี แก้วมณีชัย. (2567). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ประกอบการสถานพยาบาลให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ฉบับปรับปรุงแก้ไข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. Journal of Roi Kaensarn Academi, 9(7), 552-564.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 10 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พิมพ์ชนก ศรีวลัย และรัฐพร กลิ่นมาลี. (2566). การประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโรงเรียนวัดพรหมโลก สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครศรีธรรมราช เขต 4. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 2(2), 21-27.

- รัตน์ บัวสนธิ์. (2556). รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 5(2), 7-24.
- (2552). วิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- เรวัตร แก้วทองมูล. (2563). การประเมินโครงการสถานศึกษาปลอดภัยของวิทยาลัยเทคนิคเวียงป่าเป้า พิชญ์โลก. วารสารวิชาการ T-VET Journal, 4(7), 138-153.
- วสิน เทียนกิ่งแก้ว. (2555). การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกระบี่ ปี 2554. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 17(2), 82-96.
- วิรัช วรรณรัตน์. (2560). คะแนนสอบและการตัดเกรด (Test Score and Grading). วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2(3), 1-11.
- วิรัชพรรณ สุธาพาณิชย์. (2562). การศึกษาแนวทางการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก https://env.anamai.moph.go.th/th/km/download?id=100970&mid=36666&mkey=m_document&lang=th&did=31119
- สมนึก ภัททิยธนี. (2553). การวัดผลการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาพสินธุ์: ประสานการพิมพ์.
- อารยา อินตะ และ สมรัฐ นัยรัมย์. (2562). การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 13 (32), 244-260.
- Stufflebeam, D.L. (2003). The CIPP model for evaluation, in T. Kellaghan and D.L. Stufflebeam (eds), International Handbook of Educational Evaluation. (pp.31-62). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4_4.

แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

APPROACHES TO DEVELOP THE HERBAL CITY FOR HEALTH TOURISM IN CHANTHABURI PROVINCE

ภาณุ ศรีวรรัตน์, อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และชมภูนุช พบประเสริฐ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

PANU SRIWORARAT, APIRAK PISUTARPORN AND CHOMPHUNUT PHOPPRASOEP
CHANTHABURI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี 2) ศึกษาความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี 3) ศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 23 คน จำแนกเป็น 3 กลุ่ม โดยเจาะจงเลือกจากตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายเมืองสมุนไพร (ส่วนกลาง) ตัวแทนหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบายเมืองสมุนไพร (ระดับจังหวัด) และตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายเมืองสมุนไพร ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และประเด็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการจำแนกประเภทข้อมูล

ผลการศึกษา: 1) ด้านนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมและยั่งยืน 2) ด้านความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยว พบว่าการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่ มีความพร้อม ส่วนความร่วมมือในท้องถิ่นยังมีแนวทางไม่ชัดเจนในด้านการพัฒนา 3) แนวทางการพัฒนาและการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” พบว่า มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในภาคส่วนต่าง ๆ สร้างความตระหนักรู้ให้แก่ชุมชน มุ่งเน้นด้านการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ยั่งยืน

แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ด้วยกระบวนการพัฒนาคน สังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรของพื้นที่ทั้งในด้านการพึ่งพาตนเอง สร้างการมีส่วนร่วม สร้างกลุ่มอาชีพวิสาหกิจชุมชนเพื่อสร้างรายได้ให้คนในชุมชน โดยมีการแก้ไขนโยบายให้เอื้อการดำเนินงาน อีกทั้งการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ด้านการวางแผนที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง โดยมีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรของจังหวัด และการดำเนินงานพัฒนานั้นต้องมีการบูรณาการของหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป: ควรมีการกำหนดนโยบายและกลไกในการขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึง และตอบสนองต่อนโยบายพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเข้าสู่บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน

คำสำคัญ : การพัฒนา, เมืองสมุนไพร, การท่องเที่ยว, จังหวัดจันทบุรี

Abstract

This research is a qualitative research with the objectives 1) to study the implementation of the health tourism development policy “Herbal City” in Chanthaburi Province; 2) to study the readiness of tourist attractions and tourism services for the health tourism destination “Herbal City” in Chanthaburi Province; and 3) to study the development and management guidelines for health tourism “Herbal City” in Chanthaburi Province. 23 key informants were divided into 3 groups, specifically selected from representatives of agencies involved in determining the herbal city policy (central level), representatives of agencies responsible for driving the herbal city policy (provincial level), and representatives of stakeholders in the herbal city policy. The data were collected using research tools consisting of in-depth interviews and focus group discussions. The data were analyzed using data classification methods.

Results: 1) The implementation of health tourism development policies is still unclear. A health tourism committee should be established and integration between the public, private, and public sectors should be implemented to ensure concrete and sustainable implementation. 2) The readiness of tourist attractions and tourism services revealed that access to local facilities is available, while local cooperation remains unclear in terms of development. 3) The development and management guidelines for health tourism in the “Herbal City” revealed that clear roles in various sectors have been defined, community awareness has been raised, and a focus on sustainable health tourism development has been placed.

Guidelines for developing a herbal city for health tourism in Chanthaburi Province include human, social, economic, natural resource, and environmental development processes, as well as local resource allocation. This includes self-reliance, participation, and community enterprises to generate income for local communities. Policy amendments are designed to facilitate implementation. Furthermore, appropriate and practical health tourism planning is in place for Chanthaburi Province. Policy and operational guidelines are established to drive the province's herbal city forward. Development efforts require the integration of multiple sectors, including the public, private, and network partners, to maximize efficiency.

Conclusion: Policies and mechanisms should be established to drive the development of herbal cities for health tourism at all levels continuously. Public relations should be promoted to enable the public to access and respond to the policy. Herbal products should be developed into public and private health services.

Keywords : Development, Herb, Travel, Chanthaburi Province

บทนำ

ปัจจุบันแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามามีบทบาทสำคัญเป็นการแพทย์กระแสหลัก แต่การแพทย์แผนไทยก็ยังคงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพและสามารถลดภาระงานของการแพทย์แผนปัจจุบันได้ และเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 โดยมีสาระสำคัญที่กล่าวถึงด้านสุขภาพ คือ หมวดที่ 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ มาตรา 55กำหนดให้ 1) รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง 2) เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2561) และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 ระบุไว้ว่าเป้าหมายของการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในระยะ 5 ปี สาระสำคัญกำหนดให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย ยาจากสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ และการสร้างนโยบายสู่รูปธรรม “ระบบสุขภาพชุมชนที่พึงประสงค์ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” และส่งเสริมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและเชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดยรูปแบบหน่วยบริการ ร่วมให้บริการ หรือรูปแบบอื่น ๆ รวมถึงการให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ/มาตรฐาน ประสิทธิภาพ

ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

จังหวัดจันทบุรีเป็นมณฑลแห่งเมืองภาคตะวันออก มีโครงการเมืองสมุนไพรเป็นตัวแปรส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจซึ่งจังหวัดจันทบุรีเป็น 1 ใน 14 จังหวัดเมืองสมุนไพรเป็นจังหวัดนำร่องโครงการอาหารเป็นยา “วิถีคนจันท” นำสมุนไพรมาประกอบเป็นอาหารสร้างเสริมสุขภาพสร้างอาชีพสร้างรายได้ให้ประชาชน ซึ่งในจังหวัดจันทบุรี มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างครบวงจรสำหรับปลูกพืชสมุนไพร ไม่ว่าจะเป็นพริก กระวาน และขมิ้นชัน ให้กับโรงพยาบาลเขาชีมภูฏ ผลิตยาสมุนไพรมาตรฐาน GMP ให้กับสถานบริการ อีกทั้งผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้ประกอบการแปรรูปนำสมุนไพรและผลไม้มาเพิ่มมูลค่าโดยเน้นเป็น Super Food, Super Fruits รวมไปถึงด้านการท่องเที่ยวที่หลากหลายของจังหวัดจันทบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้ชายฝั่งทะเล มีความอุดมสมบูรณ์ด้วยดิน ฟ้า อากาศที่เอื้ออำนวยต่อการปลูกผลไม้หลากหลายชนิด และมีสถานที่ท่องเที่ยวที่น่าสนใจมากมาย อาทิเช่น ภูเขา ป่าไม้ น้ำตก ชายทะเลและโบราณสถานต่างๆซึ่งเป็นที่ยอมรับของชาวไทยและชาวต่างชาติ แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายทางธรรมชาติภายในจังหวัด จึงเป็นส่วนให้มีความสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาพืชสมุนไพรให้มีการต่อยอดและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นอย่างแพร่หลาย รวมไปถึงการใช้พืชสมุนไพรให้ผสมผสานกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในจังหวัดจันทบุรีให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

ศักยภาพของพื้นที่ของจังหวัดจันทบุรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2566) ในด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่าพื้นที่สอดคล้องกับนโยบายเมืองสมุนไพรของรัฐบาล แต่ในทางปฏิบัติการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่เกิดผลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย 20 ปี และแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ 1 จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะทำการศึกษาการนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว

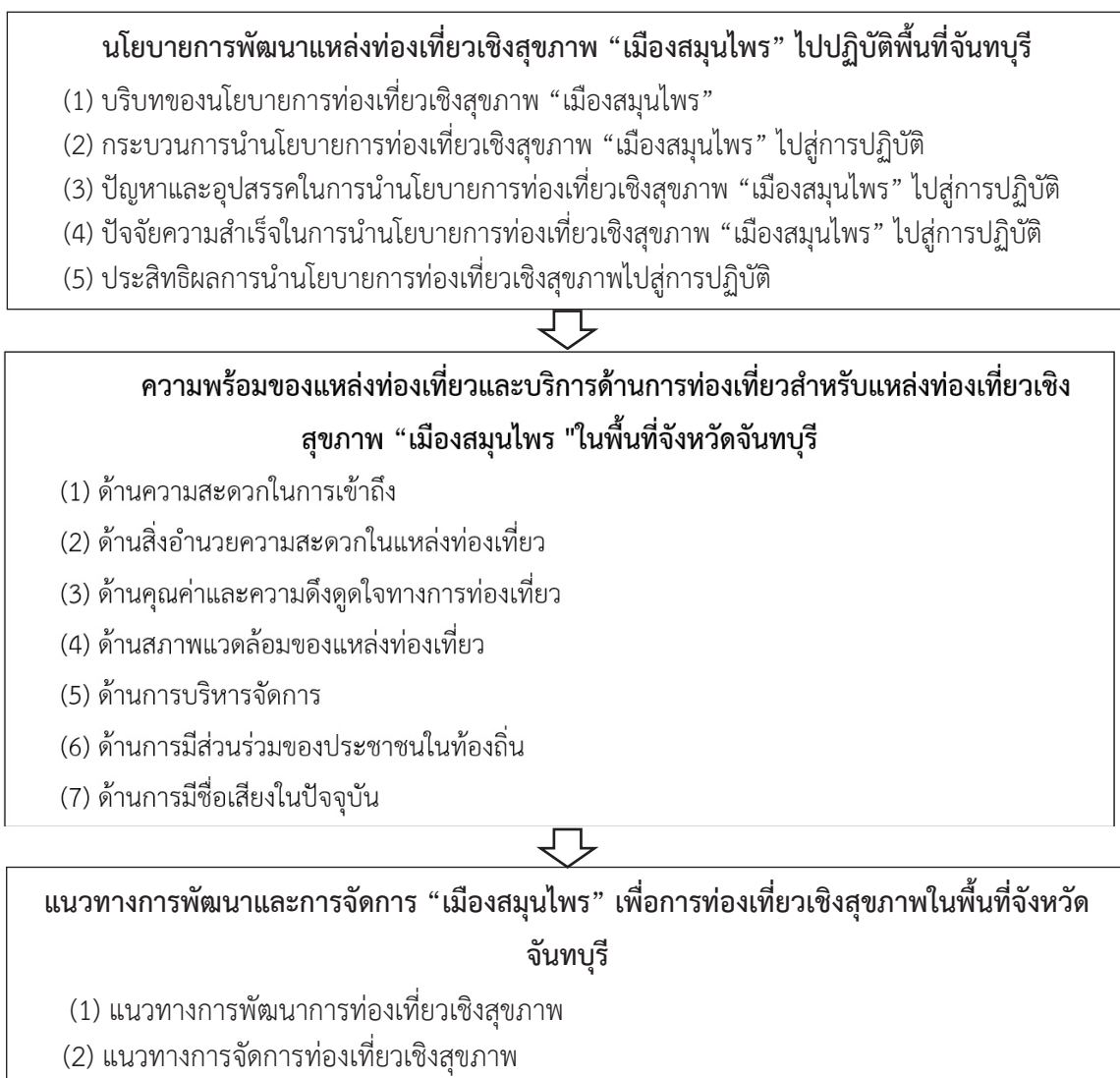
วัตถุประสงค์

เชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติในพื้นที่ ความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” และแนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ชาติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อพัฒนาแนวทางในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัดจันทบุรี และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนต่อไป

1. เพื่อศึกษาการนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” และแนวคิดเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการบริการ มาสังเคราะห์ร่วมกันกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

ภาณุ ศิริรัตน์, อภิรักษ์ พิศุทธิ์อารมณ์ และชมภูณัฐ พบประเสริฐ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงการนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

2. นำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาและการจัดการ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี และสามารถนำแนวทางนี้ไปใช้เป็นแนวทางระบบบริหารที่รวดเร็วและถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่

3. สามารถนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแนวทางเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดประสิทธิภาพกับส่วนรวม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวนทั้งหมด 23 คน มีเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายเมืองสมุนไพร (ส่วนกลาง) จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้เฝ้าติดตามกรมการแพทย์แผนไทยงานในหน่วยงานราชการส่วนกลางที่มีภารกิจด้านการแพทย์แผนไทย

2) ตัวแทนหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบายเมืองสมุนไพร (ระดับจังหวัด) จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด ทางหลวงจังหวัด ทางหลวงชนบทจังหวัด ท่องเที่ยวจังหวัด และอุตสาหกรรมจังหวัด และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านภารกิจต่างๆ ในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

3) ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายเมืองสมุนไพร จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบาย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เส้นทางท่องเที่ยว

จังหวัด ผู้ประกอบการค้าอาหาร ผู้ประกอบการที่พักแรม และผู้นำชุมชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายเมืองสมุนไพร และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่มีภารกิจหรือการดำเนินงานตามนโยบายและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

กระบวนการในการศึกษาวิจัย มีดังนี้

เครื่องมือการวิจัย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นการแสดงความเห็นเกี่ยวกับเพื่อวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการ ด้านการท่องเที่ยวสำหรับการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการ “เมืองสมุนไพร” เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ซึ่งจะไม่มีการกระทบต่อท่านและหน่วยงานใด ๆ ทั้งสิ้น

เครื่องมือวิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) บริบทของนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” (2) กระบวนการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติ (3) ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติ (4) ปัจจัยความสำเร็จในการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติ (5) ประสิทธิภาพการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ และด้านความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยว 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) ความสะดวกในการเข้าถึง (2) สิ่งอำนวยความสะดวกในแหล่งท่องเที่ยว (3) คุณค่าและความดึงดูดใจทางท่องเที่ยว

แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

ภาณุ ศรีวรรัตน์, อภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์ และชมภูษ พบประเสริฐ

(4) สภาพแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยว (5) การบริหารจัดการ (6) การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น และ (7) การมีชื่อเสียงในปัจจุบัน

2. ประเด็นการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ประเด็น ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และแนวทางการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาของแบบสอบถามที่จะใช้ในการวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

2. สร้างแบบสัมภาษณ์ แล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยได้ค่า IOC มากกว่า 0.67 ทุกข้อ

3. นำเครื่องมือทุกส่วนมาตรวจสอบความถูกต้องในโครงสร้างการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม และมีความถูกต้องก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. ผู้วิจัยแจ้งผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กำหนดนัดหมาย วันเวลาสถานที่ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ด้านนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” และด้านความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยว จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลตามนัดหมาย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปผลสำหรับนำเสนอข้อมูลในการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการ “เมืองสมุนไพร” เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

2. จัดสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยนำเสนอผลที่ได้จากการสัมภาษณ์มานำเสนอให้กลุ่มที่สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประเด็นของการศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการ “เมืองสมุนไพร” เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลแล้วสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
ผู้วิจัยได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่โครงการ CTIREC 116/67 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการจำแนกประเภทข้อมูล ในการเชื่อมโยงเชิงเหตุและผล (Typological Analysis) จากนั้นทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ และความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยว โดยใช้กระบวนการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) เป็นการตรวจสอบในเรื่องของนโยบาย ปัญหาและอุปสรรคของพื้นที่ อีกทั้งปัจจัยเรื่องความสำเร็จของการพัฒนารวมไปถึงความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาการนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า ด้านบทบาทหน้าที่ในระดับประเทศ กรมการแพทย์แผนไทยฯ ขับเคลื่อนนโยบายของการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศ เรื่องของเมืองสมุนไพรและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ บทบาทหน้าที่จังหวัดจันทบุรีในการจัดตั้งคณะกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ด้านกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า ความต้องการของสมาชิกในสังคม และแรงสนับสนุนของสมาชิกในสังคม รัฐบาล และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้กำหนดให้การพัฒนาเมืองสมุนไพร โดยผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “ควรกำหนดให้การพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาค โดยเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างหลากหลาย พื้นที่จังหวัดอาศัยกลไกการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพรในจังหวัด เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งต้องการให้รัฐบาลให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนสมุนไพร และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบครบวงจร” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ 1, (ส่วนกลาง)) อีกทั้งการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานควรร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรของจังหวัด ในด้านการพัฒนางานร่วมกันของหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย ควรมีการบูรณาการต่าง ๆ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “การสร้างการรับรู้เรื่องนโยบายในการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และตำบล มีการสร้างการรับรู้เชิงนโยบายนี้ โดยใช้กลไกของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการขยายผล และมีสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ตำบลเป็นแกนกลาง อีกทั้งจังหวัดยังต้องช่วยผลักดันการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ 4, (ระดับจังหวัด))

ปัญหาและอุปสรรคการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า ฤดูกาลแห่งการเก็บเกี่ยวพืชสมุนไพร ภัยธรรมชาติต่าง ๆ อาจส่งผลกระทบในเรื่องความไม่พอเพียงของสมุนไพร อุปสรรค และความรู้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการกระทำของข้าราชการหรือองค์กรที่มีอำนาจ หน่วยงานรัฐให้การสนับสนุนล่าช้า การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานรัฐไม่ชัดเจนซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “หน่วยงานรัฐบางแห่ง

อาจให้การสนับสนุนล่าช้า การดำเนินงานเรื่องผลิตภัณฑ์ประชาชนไม่มั่นใจเรื่องตลาด กฎหมายที่เกี่ยวกับอาหารมีความยุ่งยากหลายขั้นตอนสำเร็จยาก การเกิดผลกระทบจากภัยธรรมชาติที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัว ส่งผลให้การผลิตสินค้าและบริการเกิดความล่าช้า และเสียหาย” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ 1, (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย))

ปัจจัยความสำเร็จในการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า รัฐบาล กรมการแพทย์แผนไทยฯ จังหวัดได้กำหนดพัฒนาเมืองสมุนไพรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตอบสนองความต้องการของประชาชน การยอมรับไม่มาก ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ รับผิดชอบ ควรมีส่วนราชการอื่นเข้าร่วมกันการดำเนินงาน ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรของจังหวัด ซึ่งมีการสร้างการรับรู้นโยบายน้อย จังหวัดสร้างการรับรู้ในบางหน่วยราชการ ยังไม่ครอบคลุมประชาชน ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “การสร้างการรับรู้มีอยู่ในเพียงแค่กลุ่มเป้าหมาย และบริบทของบางหน่วยราชการ โดยแยกส่วนกันปฏิบัติงานไม่ได้มีการบูรณาการงานร่วมกัน และยังไม่มีการขยายผลครอบคลุมไปยังประชาชนทั่วไป” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ 5, (ระดับจังหวัด)) การเกิดผลที่เป็นจริงในระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติการส่วนกลางต้องกำหนดนโยบายชัดเจน บทบาทหน้าที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญเพื่อสร้างอาชีพ และรายได้ประชาชน รวมไปถึงผู้ให้สัมภาษณ์เพิ่มเติมไว้ว่า “นโยบายจากส่วนกลางประกาศให้ส่วนภูมิภาควางแผนดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดไปสู่การปฏิบัติโดยถ่ายทอด กำกับ ติดตาม ในระดับภูมิภาคดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ทำงานร่วมกันในพื้นที่” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ 1, (ระดับจังหวัด))

2. ผลการศึกษาความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า มีความสะดวกในการเข้าถึงทั้งทางรถยนต์ทางเรือ ระยะทาง

ไม่ไกล ส่งเสริมการท่องเที่ยวในวันธรรมดา สิ่งอำนวยความสะดวก ไฟฟ้า น้ำประปา โรงแรมที่พัก ร้านอาหารเพียงพอ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “มีโรงแรม/ที่พัก เพียงพอ มีร้านอาหาร ภัตตาคารที่หลากหลายเพียงพอ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อหลายช่องทาง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย” (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 1, (ส่วนกลาง)) และมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงได้มาตรฐาน ดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ โดยกำนันผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจชุมชน เจ้าหน้าที่อบต. คุณค่าและความตั้งใจ บรรยากาศภูเขา น้ำตก ทะเลและแหล่งเรียนรู้ธรรมชาติที่หลากหลายสามารถท่องเที่ยววันเดียวครบได้ หน่วยงานท้องถิ่นมีการจัดการเรื่องขยะมีต้นไม่รื้อมี มีพืชสมุนไพรพื้นถิ่น การบริหารจัดการสถานประกอบการต่าง ๆ มีการควบคุมตามระเบียบของทางท้องถิ่นควรมีคณะกรรมการร่วมกันในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า “ท้องถิ่นคงต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการสิ่งต่าง ๆ ในพื้นที่ และหน่วยราชการต่างที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันดำเนินการในพื้นที่ ในส่วนของสาธารณสุขคงมีการจัดการให้บริการดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในรพ.สต. ระบบการส่งต่อต่าง ๆ พัฒนาชุมชนเข้ามาสอนทักษะการพัฒนาผลิตภัณฑ์วัฒนธรรมเข้าสู่สร้างเอกลักษณ์ในการดำเนินงานเรื่องแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เกษตรช่วยประชาชนดูแลอนุรักษ์ป่าในพื้นที่ (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนที่ 1, (ระดับจังหวัด)) ท้องถิ่นเป็นผู้จัดการดูแลการประชุมก่อนดำเนินงานทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อ่างเก็บน้ำคลองพระพุทธร วัดเขาขวังรวมถึงการส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงในปัจจุบันโดนเน้นไปทางท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ เช่น อุทยานแห่งชาติเขาคิชฌกูฏ ศูนย์การเรียนรู้สัตว์น้ำอ่าวคุ้งกระเบน

3. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาและการจัดการ “เมืองสมุนไพร” เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการพัฒนา “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาจะนำเสนอโดยลำดับดังนี้

- ด้านการพัฒนาคนและสังคม เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม พบว่า มีการพัฒนาคนให้มีอาชีพ มีรายได้เห็นความสำคัญของทรัพยากร ประเพณีวัฒนธรรม อนุรักษ์และใช้สิ่งแวดล้อม สร้างมูลค่าจากผลิตภัณฑ์
 - ด้านการมีจิตสำนึกกับชุมชน พบว่า การพัฒนาจิตสำนึกชุมชนอาศัยความร่วมมือ สร้างการมีอาชีพและรายได้ และส่วนราชการกับการช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน
 - ด้านการจัดสรรทรัพยากรในชุมชน พบว่า หน่วยราชการส่วนภูมิภาคดูแลมาตรฐานบริการ หน่วยท้องถิ่นดูแลสาธารณสุขปลอดภัยสนับสนุนตามงบประมาณให้เพียงพอตามระเบียบข้อบังคับ
 - ด้านการพึ่งตนเองได้ และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า มีการพึ่งตนเอง ขยายผลไปสู่ชุมชนสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ภาคเอกชนให้แข่งขันได้ สร้างอาชีพสร้างรายได้จ้างงานคนในชุมชนเข้ามีส่วนร่วม
 - ด้านการพัฒนาที่เอื้อประโยชน์ส่วนใหญ่ พบว่า มีการพัฒนาที่เอื้อประโยชน์ส่วนใหญ่สร้างการมีส่วนร่วมสร้างกลุ่มอาชีพวิสาหกิจชุมชนสร้างรายได้ให้คนในชุมชน มีการแก้ไขนโยบายให้เอื้อการดำเนินงาน
- แนวทางการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาจะนำเสนอโดยลำดับดังนี้
- ด้านการวางแผนที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง พบว่า ส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น กำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ดำเนินการจัดคณะกรรมการเมืองสมุนไพรและแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่งเสริมประชาชนสร้างภาคีเครือข่าย
 - ด้านการมีสื่อถ่ายทอดข่าวสารและการบริการข้อมูลต่าง ๆ ก่อนเดินทาง พบว่า มีการให้ข่าวสารและการบริการข้อมูลต่าง ๆ ก่อนเดินทางสื่อต่าง ๆ จากส่วนราชการ
 - ด้านการขนส่ง การสื่อสาร และการบริการที่สะดวกชัดเจน พบว่า การขนส่งเส้นทางอยู่ในสภาพดี มีป้ายชัดเจนทั้งบนท้องถนน และทางน้ำได้สะดวก มีการสื่อสารชัดเจน
 - ด้านการมีบุคลากรนำชมสถานที่ พบว่า มีบุคลากรนำชมสถานที่ไม่เพียงพอ ไม่มีเป็นรูปธรรม มีการจัดกิจกรรมภาคีเครือข่ายน้อยในบางโรงเรียน

- ด้านที่พักและบริการดี พบว่า ที่พักดี มีบริการที่ดี ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐต้องการให้คนรุ่นใหม่ ๆ เข้ามาพัฒนาท้องถิ่นให้การสนับสนุนประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวให้กับนักท่องเที่ยว

- ด้านร้านอาหารมีมาตรฐาน ส่งเสริมอาหารสุขภาพ ที่มีส่วนผสมของสมุนไพร พบว่า ร้านอาหารปฏิบัติตามมาตรการของรัฐตามข้อกำหนดของทางท้องถิ่น เลือกมาใช้บริการร้านที่มีแนวคิดตรงกับการดูแลสุขภาพที่มีส่วนผสมของสมุนไพร

- ด้านกิจกรรมบันเทิงต่าง ๆ ต้องมีเอกลักษณ์ พบว่า กิจกรรมบันเทิงต้องมีเอกลักษณ์ กิจกรรมการปั่นจักรยานชมธรรมชาติและพันธุ์ไม้หายาก แวะชิมอาหารพื้นถิ่น พายเรือชมวัด บ้านริมน้ำ นวดไทย เลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ

อภิปรายผล

1. การนำนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
ด้านการนำนโยบายการพัฒนาไปปฏิบัติ พบว่า ความต้องการของสมาชิกในสังคม และแรงสนับสนุนของสมาชิกในสังคม รัฐบาลและกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจังหวัดได้กำหนดให้การพัฒนาเมืองสมุนไพร มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปตามความต้องการของประชาชน การกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานควรร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรของจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับ มั่น คงดี (2563) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการส่งเสริมปลูกยางพาราไปปฏิบัติจังหวัดชัยภูมิด้านโครงสร้าง โครงสร้างตามบทบาทหน้าที่ดังกล่าว การกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละองค์กร ขาดการเป็นเจ้าภาพ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลากหลาย ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จได้ยาก และสอดคล้องกับเกศราภรณ์ สัตยาชัย (2563) การนำนโยบายการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานเป็นปัจจัยที่มีประสิทธิภาพต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เนื่องจากการกำหนดรายละเอียดของภารกิจและ

มาตรฐานในการทำงานเป็นเครื่องมือที่จะใช้เข้ามาในการดำเนินงานของนโยบายและในส่วนของการนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปสู่การปฏิบัติ พื้นที่จังหวัดจันทบุรีเป็นนโยบายขนาดใหญ่ต้องใช้ภาคเครือข่ายภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายการกำหนดรายละเอียดของภารกิจและมาตรฐานในการทำงานของหน่วยงานจำนวนมากมีความจำเป็นเพื่อทราบความเป็นเจ้าภาพและชัดเจนในการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน

2. ความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ทั้งในด้านความสะดวกในการเข้าถึง ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในแหล่งท่องเที่ยว ด้านคุณค่าและความดึงดูดใจทางการท่องเที่ยว ด้านสภาพแวดล้อมของแหล่งท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น และด้านการมีชื่อเสียงในปัจจุบัน พบว่า ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีมีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีคุณค่าและความดึงดูดใจ บรรยากาศริมแม่น้ำวัดเก่าแก่ ทะเล น้ำตก การเกษตร รวมไปถึงแหล่งอัญมณีที่สามารถท่องเที่ยววันเดียวเที่ยวได้ มีสิ่งอำนวยความสะดวกไฟฟ้า ประปา โรงแรม ที่พัก ร้านอาหารเพียงพอ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าถึงและได้มาตรฐาน มีความสะดวกในการเข้าถึง ทั้งทางรถยนต์ ทางเรือ ระยะทางไม่ไกล ส่งเสริมการท่องเที่ยวในวันธรรมดา พร้อมทั้งหน่วยงานท้องถิ่นมีการจัดการเรื่องขยะ แหล่งน้ำ สภาพอากาศ มีต้นไม้ร่มรื่น มีพืชสมุนไพรพื้นถิ่น และมีการบริหารจัดการสถานประกอบการต่าง ๆ มีการควบคุม ตามระเบียบของทางท้องถิ่น ควรมีคณะกรรมการร่วมกันในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับอุษณีย์ ผาสุข และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรในจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อดึงดูดตลาดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ลักษณะทางกายภาพในด้านความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว และโครงสร้างพื้นฐานเป็นปัจจัยสำคัญมากสำหรับการเดินทางมาท่องเที่ยว ถ้าการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวสะดวกมีหลายช่องทาง ระยะทางไม่ไกลจะช่วยส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวมาใช้บริการมากขึ้น

และสอดคล้องกับ ศิราภรณ์ ภิญโญโชติ (2560) ได้ศึกษา เรื่อง รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน พบว่า ชุมชนบ้านช่วงบุกมีสภาพและศักยภาพที่เอื้อต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ทั้งสภาพภูมิศาสตร์ การคมนาคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภูมิปัญญา ภูมิรู้ด้านสมุนไพร การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความร่วมมือของชุมชนด้านการบริหารจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และสอดคล้องกับ จริยาวัฒน์ โลหะพุนตระกูล (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาและแก้ไขปัญหาชุมชน ด้วยการจัดการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวโดยชุมชน พบว่า และปัจจัยภายในของแหล่งท่องเที่ยวตลาดน้ำบางน้ำผึ้ง ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา คือ การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงสามารถขยายผลการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวไปเชื่อมโยงกับการพัฒนาชุมชนในด้านต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง เช่น การพัฒนาด้านคมนาคม การรื้อฟื้นวัฒนธรรมประเพณี เป็นต้น และผู้จำหน่ายสินค้าในตลาดน้ำเป็นผู้มีอริยาคติ มีน้ำใจ พุดคุยตอบคำถามนักท่องเที่ยวอย่างเต็มใจจนเป็นที่ประทับใจของนักท่องเที่ยว

3. แนวทางการพัฒนาและการจัดการ “เมืองสมุนไพร” เพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ทั้งในด้านแนวทางการพัฒนา และแนวทางการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่า ด้านแนวทางการพัฒนา มีการพัฒนาคนให้มีอาชีพมีรายได้เห็นความสำคัญของทรัพยากรอนุรักษ์และใช้สิ่งแวดล้อม สร้างมูลค่าจากผลิตภัณฑ์ และมีการพัฒนาจิตสำนึกชุมชนอาศัยความร่วมมือ สร้างการมีอาชีพและรายได้ และส่วนราชการกับการช่วยเหลือเกื้อกูลในชุมชน โดยหน่วยราชการส่วนภูมิภาคดูแลมาตรฐานบริการ มีการสนับสนุนตามงบประมาณให้เพียงพอตามระเบียบข้อบังคับ ซึ่งสอดคล้องกับวุฒิชัย สุนทรสมัย และปิยะพร ธรรมชาติ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพของจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อการพัฒนาเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนอย่างยั่งยืน ได้ทำการวิเคราะห์ศักยภาพของธุรกิจ การท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพในการพัฒนา

เครือข่ายชุมชนของจังหวัดปราจีนบุรี และศึกษาระดับการสนับสนุนของภาครัฐและภาคเอกชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายชุมชน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ภาครัฐและเอกชน อันนำมาซึ่งการพัฒนาเครือข่ายชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป และในด้านแนวทางการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีการให้ข่าวสารและการบริการข้อมูลต่าง ๆ ก่อนเดินทาง สื่อต่าง ๆ จากส่วนราชการ มีการขนส่งเส้นทางอยู่ในสภาพดี มีป้ายชัดเจน ทั้งบนท้องถนน และทางน้ำได้สะดวกในบางพื้นที่ มีบุคลากรนำชมสถานที่ไม่เพียงพอ มีการจัดกิจกรรมมัคคุเทศก์น้อย แต่พื้นที่ยังมีสถานที่ท่องเที่ยวที่หลากหลาย มีการจัดสรรที่พัก ร้านอาหาร หรือกิจกรรมบันเทิงที่มีเอกลักษณ์ กิจกรรมทางธรรมชาติ รวมไปถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพจากพืชสมุนไพรต่าง ๆ ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของส่วนราชการ เอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงสอดคล้องกับมัน คงดี (2563) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการส่งเสริมปลูกยางพาราไปปฏิบัติจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรได้รับการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่นตามความจำเป็น สำหรับเงินทุนของการจัดสรรเพื่อส่งเสริมตามนโยบาย และสอดคล้องกับเกศนารัตน์ สัตยาชัย (2563) การนำนโยบายการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยการกำหนดภารกิจและมอบหมายงานเป็นปัจจัยที่มีประสิทธิภาพต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติเนื่องจากการกำหนดรายละเอียดของภารกิจและมาตรฐานในการทำงานเป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินงานของนโยบายและในส่วนของการนำนโยบายเมืองสมุนไพรไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี เป็นนโยบายขนาดใหญ่ต้องใช้ภาคเครือข่ายภาครัฐและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายการกำหนดรายละเอียดของภารกิจและมาตรฐานในการทำงานของหน่วยงานจำนวนมาก มีความจำเป็นอย่างเพื่อทราบความเป็นเจ้าภาพและชัดเจนในการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน รวมถึงสอดคล้องกับอิสวดี อยู่วิวัฒน์ (2559) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพล

ต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ระดับอิทธิพลมากที่สุด คือ การทานอาหารชีวจิต สิ่งอำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยว เช่น ห้องสุขา ร้านจำหน่ายอาหาร ที่จอดรถ ถนน รถประจำทาง และสอดคล้องกับจริยวัฒน์ โลหะพุนตระกูล (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาและแก้ไขปัญหามลพิษจากการจัดการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวโดยชุมชนพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา คือ พื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่เป็นธรรมชาติมีเอกลักษณ์ทางท้องถิ่น รวมถึงสามารถขยายผลการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวการรื้อฟื้นวัฒนธรรมประเพณี

สรุปผล

ด้านนโยบายการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” ไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจนเนื่องจากในจังหวัดจันทบุรี ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัด โดยใช้แรงสนับสนุนของสมาชิกในสังคมรัฐบาล และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้กำหนดให้การพัฒนาเมืองสมุนไพร อีกทั้งในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ควรมีการบูรณาการร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน หน่วยงานภาคประชาชน เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในพื้นที่ ส่วนด้านความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยวสำหรับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” พบว่า ในด้านการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทัศนียภาพของพื้นที่มีความพร้อมที่จะดำเนินการ แต่ในส่วนของการร่วมมือของประชาชนในท้องถิ่น ในการดำเนินการพัฒนาเมืองสมุนไพรให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ยังไม่มีแนวทางชัดเจนส่วนใหญ่ประชาชนยังพึ่งพิงหน่วยงานภาครัฐในการดำเนินการด้านต่าง ๆ และด้านแนวทางการพัฒนาและการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ “เมืองสมุนไพร” พบว่า ควรมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็นรูปธรรม สร้างความตระหนักรู้ให้แก่ชุมชน

มุ่งเน้นด้านการพัฒนา การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ยั่งยืน โดยคำนึงถึงความสะดวกด้านต่าง ๆ เช่น การขนส่งที่สะดวกรวดเร็ว ปลอดภัย ที่พักได้มาตรฐาน ร้านอาหารที่มีเมนูสุขภาพโดยมีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ถูกให้ความสำคัญในด้านการจัดการ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่จัดบริการให้นักท่องเที่ยว ดังนั้นการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ควรวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านนโยบายควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการกำหนดเป้าหมาย แผนงาน ตัวชี้วัดและบุคคลที่จะรับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อให้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างตรงจุด โดยไม่ต้องคลำหาว่าถ้าทำกระบวนการเหล่านี้แล้วจะสามารถส่งเสริมด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในเขตพื้นที่ได้หรือไม่

2. ด้านความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและบริการด้านการท่องเที่ยว ควรมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับนโยบายจากภาครัฐและแผนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายการนำนโยบายเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีที่เกี่ยวข้อง โดยการกำกับดูแลส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ

3. ด้านการพัฒนาและการจัดการเมืองสมุนไพร ควรมีการติดตามประเมินผลการนำนโยบายเมืองสมุนไพรไปปฏิบัติ และการพัฒนานโยบายเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ในระดับจังหวัดและขับเคลื่อนลงสู่ระดับท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรีอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อีกทั้งควรสร้างแผนนโยบายในการนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรเข้าสู่บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด โดยจัดเป็นโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพัฒนาต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาแนวทางการพัฒนานโยบายและกลไกการนำนโยบายเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
2. การศึกษาการติดตามและประเมินผลการนำนโยบายเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี
3. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดจันทบุรีกับการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในต่างพื้นที่ และในรูปแบบอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- มัน คงดี. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการส่งเสริมปลูกยางพาราไปปฏิบัติ จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ.
- จริยวัฒน์ โลหะพุนตระกูล. (2561). การพัฒนาและแก้ไข ปัญหาชุมชน ด้วยการจัดการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวโดยชุมชน: กรณีศึกษาตลาดน้ำบางน้ำผึ้ง อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ. *วารสาร มจร. วิชาการ*. 21(1), 167-181.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2566). *เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดจันทบุรี 20 ปี (พ.ศ.2566-2585) ฉบับปรับปรุง*. จันทบุรี: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี.

- สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ (สช). (2566). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์สิทธิ์พัฒนา จำกัด.
- อุษณีย์ ผาสุข, ขวลิ้ง ณ ถลาง, สุทธินันท์ พรหมสุวรรณ. (2561). แนวทางการพัฒนาเมืองสมุนไพรใน จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อดึงดูดตลาดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 12 (พิเศษ), 24-56.
- ศิริภรณ์ ภิญญูโชโต. (2560). รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนบ้านช่วงบุก ตำบลห้วยไร่ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, อุตรดิตถ์.
- เกศธรรมาภรณ์ สัตยาศัย. (2563). การนำนโยบายการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานครไปปฏิบัติ. (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- วุฒิชชาติ สุนทรสมัย และปิยะพร ธรรมชาติ. (2559). รูปแบบการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพของจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อการพัฒนาเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนอย่างยั่งยืน. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(3), 167-181.
- อิสวดี อยู่วิวัฒน์. (2559). ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นต่อระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือน ในชุมชนชนบท ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

EFFECTIVENESS OF A BRIEF PSYCHOLOGICAL COUNSELING PROGRAM ON STRESS LEVELS AMONG RURAL HOUSEHOLD HEADS IN THAYANG SUBDISTRICT, THAYANG DISTRICT, PHETCHABURI PROVINCE

ปรณัช สำเภาเงิน

โรงพยาบาลท่ายาง

PORANUCH SAMPAONGERN

THAYANG HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น และ (2) เปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินโปรแกรม การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบ Independent t-test กำหนดค่า effect size ระดับปานกลาง (0.40), power = 0.80 และระดับนัยสำคัญ .05 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายจากประชากรในพื้นที่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 188 คน และกลุ่มควบคุม 189 คน

โปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การรับรู้ตนเอง การคิดเชิงบวก การผ่อนคลาย และการจัดการปัญหา จัดกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับเอกสารสุขศึกษาทั่วไป การเก็บข้อมูลดำเนินระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ณ ชุมชนตำบลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรง (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (45.21 เป็น 32.45 คะแนน, $p = 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.265$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งสามารถขยายผลเป็นนโยบายด้านการป้องกันภาวะเครียดเรื้อรังในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชนบทได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น, ความเครียด, หัวหน้าครัวเรือน, ชุมชนชนบท

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นต่อระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
ปรณัช สำเภาเงิน

Abstract

This study aimed to (1) examine the stress of household heads in rural communities before and after participating in a brief psychological counseling program, and (2) compare post-intervention stress levels between the experimental and control groups. A quasi-experimental research design with a two-group pretest-posttest was employed. The required sample size of 377 participants was determined using G*Power 3.1 for an independent-samples t-test with a medium effect size (0.40), power of 0.80, and a significance level of .05. Participants were selected through simple random sampling and were divided into an experimental group (n = 188) and a control group (n = 189).

The brief psychological counseling program consisted of four core activities: self-awareness, positive thinking, relaxation techniques, and problem-solving skills. Each session lasted 45-60 minutes and was conducted over four consecutive weeks. The control group received only general health education materials. Data collection was carried out from October to November 2025 in Tha Yang Subdistrict, Tha Yang District, Phetchaburi Province. Research instruments included a general information questionnaire and the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), a self-report stress assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test, and independent samples t-test.

The results showed a significant reduction in stress scores among participants in the experimental group after receiving the program (from 45.21 to 32.45; $p = 0.001$), while no significant change was observed in the control group ($p = 0.265$). Post-intervention comparison indicated that the experimental group had significantly lower stress levels than the control group ($p = 0.001$).

The findings indicate that the brief psychological counseling program is effective in reducing stress among household heads in rural communities. The program can be applied in mental health promotion activities in subdistrict health-promoting hospitals and expanded as part of district- and provincial-level policies for preventing chronic stress and improving the quality of life among rural populations.

Keywords : brief psychological counseling program, stress, household heads, rural community

บทนำ

ภาวะความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่พบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่ต้องเผชิญกับปัจจัยกดดันด้านเศรษฐกิจ รายได้ที่ไม่แน่นอน และการดูแลครอบครัว งานวิจัยล่าสุดของ WHO (2023) ระบุว่าประชากรในพื้นที่ชนบทมีแนวโน้มเกิดความเครียดสูงกว่าพื้นที่เมืองเนื่องจากปัญหาความมั่นคงทางเศรษฐกิจและโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัด สอดคล้องกับรายงานในประเทศไทยที่พบว่าผู้เป็นหัวหน้าครัวเรือนมักมีภาวะความเครียดเรื้อรังจากความรับผิดชอบสูงและปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ (กรมสุขภาพจิต, 2566) จึงจำเป็นต้องมีมาตรการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชนบท ในพื้นที่ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าหัวหน้าครัวเรือนจำนวนมากประสบปัญหาความเครียดจากปัจจัยเศรษฐกิจ ภาวะหนี้สิน ราคาผลผลิตทางการเกษตรผันผวน ต้นทุนครัวเรือนสูงขึ้น และต้องรับผิดชอบสมาชิกในครอบครัวหลายช่วงวัย ส่งผลให้มีแนวโน้มความเครียดสะสมสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่ระบุว่าปัญหาความเครียดเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบทของจังหวัดเพชรบุรี

แนวคิดการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสันอิงตามทฤษฎี Cognitive-Behavioral Therapy ของ Beck (1976) และกรอบแนวคิดการประเมินความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งมุ่งเน้นว่าความเครียดเกิดจากการรับรู้และการตีความเหตุการณ์มากกว่าปัจจัยภายนอกเพียงอย่างเดียว การปรับโครงสร้างความคิดเชิงลบ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย จึงช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้ งานวิจัยเชิงทดลองในต่างประเทศสนับสนุนว่าโปรแกรมจัดการความเครียดตามแนว CBT ที่

มีระยะเวลาสั้นสามารถลดระดับความเครียดและปรับปรุงสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อาศัยในพื้นที่ชนบทได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kim & Park, 2020) ขณะที่แนวโน้มรายงานระดับนานาชาติชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเชิงรุกและโปรแกรมส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนชนบท (World Health Organization, 2023; กรมสุขภาพจิต, 2566) กลไกสำคัญได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การคิดเชิงบวก การจัดการความคิดรบกวน และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งเหมาะกับชุมชนชนบทที่ต้องการวิธีการง่าย ประหยัดเวลา และประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

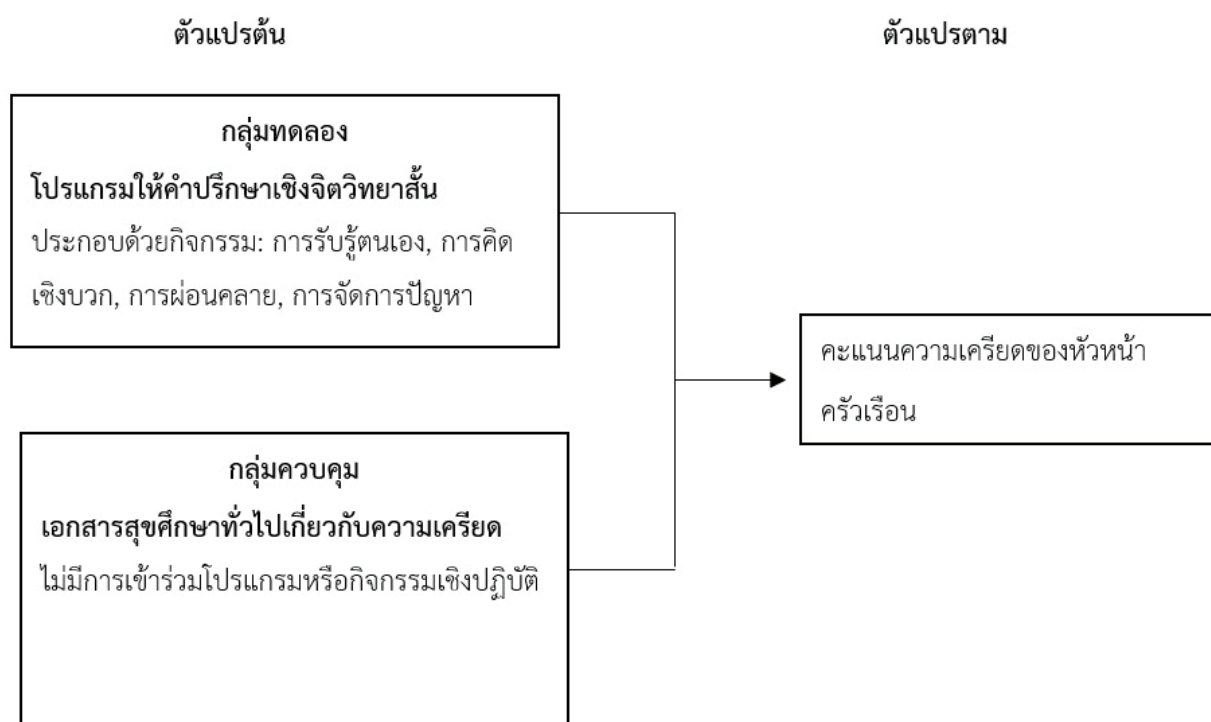
แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในหลายกลุ่มประชากร แต่ยังพบ “ช่องว่างงานวิจัย” ในหลายประเด็น ได้แก่ (1) ยังมีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาเฉพาะ “หัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเครียดสูงและขาดแคลนบริการสุขภาพจิต (2) งานวิจัยในประเทศไทยที่ประเมินผลของโปรแกรมเชิงจิตวิทยาสั้นในพื้นที่ชนบทมีจำกัด และมักไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (3) ยังไม่พบงานศึกษาที่ประเมินโปรแกรมดังกล่าวในตำบลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี แม้พื้นที่นี้มีปัญหาความเครียดในระดับครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และสร้างแนวทางเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชนบทไทย แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นในหลายกลุ่ม เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และแรงงานนอกระบบ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาใน “กลุ่มหัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ชนบทของจังหวัดเพชรบุรี” ซึ่งมีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงทำให้ยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทชุมชนชนบท

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นในการลดความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นกับกลุ่มที่ได้รับเอกสารสุขศึกษาทั่วไป

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นในการลดระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือน
2. หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการจัดการความเครียด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research: Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นต่อระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียด

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงข้อมูลสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับความเครียด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) (โรงพยาบาลสวนปรุง, ม.ป.ป.) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี และมีคะแนนความเครียดระดับปานกลางถึงสูงจากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (SPST-20) กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการทดสอบสถิติแบบ Independent t-test โดยกำหนดค่า effect size ระดับปานกลาง (0.40) กำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากนั้นผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจริงรวม 377 คน เพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 188 คน และกลุ่มควบคุม 189 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อประชากรที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่วิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ Inclusion criteria คือ

1. เป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่ายางไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยลงนามในเอกสารยินยอม
5. มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง

มีเกณฑ์ Exclusion criteria คือ

1. ผู้ที่มีโรคทางจิตเวชรุนแรง หรือภาวะสุขภาพที่ขัดขวางการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้ที่มีภาวะติดสุรา/สารเสพติดรุนแรง
3. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนดหรือถอนตัวระหว่างการศึกษากำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส เพื่อใช้จำแนกกลุ่มตัวอย่างและอธิบายข้อมูลเบื้องต้นของประชากรวิจัย

2. แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง เป็นแบบประเมินความเครียดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมอาการด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “รู้สึกกังวลง่ายผิดปกติ” และ “มีอาการเหนื่อยล้าโดยไม่มีสาเหตุ” การให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนต่อข้อ โดยคะแนนรวมสูงแสดงถึงความเครียดสูง เกณฑ์แปลผล ได้แก่

0-23 = ความเครียดต่ำ

24-41 = ความเครียดปานกลาง

42-61 = ความเครียดสูง

62 ขึ้นไป = ความเครียดรุนแรง

3. คู่มือโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น เป็นคู่มือที่กำหนดขั้นตอนกิจกรรม 4 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการรับรู้ตนเอง การคิดเชิงบวก การจัดการอารมณ์ การผ่อนคลาย และการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้ดำเนินโปรแกรมดำเนินกิจกรรมได้อย่างเป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน

4. คู่มือสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับความเครียดและการดูแลตนเอง เป็นเอกสารให้ความรู้ ใช้อธิบายปัจจัยก่อความเครียด อาการของความเครียด วิธีป้องกัน และแนวทางการดูแลตนเองพื้นฐาน เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการคิดบวก ใช้สำหรับกลุ่มควบคุมเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพเท่ากัน โดยไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากผู้วิจัยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เลขที่อนุมัติ: PBEC NO32/2568 วันที่อนุมัติ: 26 กันยายน 2568 และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จากนั้นดำเนินการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย รวมถึงจัดทำคู่มือโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและระเบียบวิธีวิจัยจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมงานได้ประสานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมจัดอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและกระบวนการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วม จากนั้นเก็บข้อมูลระดับความเครียดเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน SPST-20 และสุ่มแบ่งผู้เข้าร่วมเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้น จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเอกสารสุขภาพศึกษาทั่วไปเกี่ยวกับความเครียด

ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดซ้ำในทั้งสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และ Independent Samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในสามช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม (Pre-test: T0) ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (Post-test: T1) และติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ (Follow-up: T2) เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในแต่ละช่วง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะเอกสารสุขภาพศึกษาทั่วไป การเก็บข้อมูลทุกครั้งดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการอบรมเพื่อควบคุมคุณภาพข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา: ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังในแต่ละกลุ่ม Independent Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดคือ 0.05

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นต่อ ความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความเครียดก่อนและหลังการทดลองและผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 377)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 188) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 189) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 377) จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ			
ชาย	92 (48.94%)	93 (49.21%)	185 (49.07%)
หญิง	96 (51.06%)	96 (50.79%)	192 (50.93%)
2. อายุ			
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	44.0 $\pm$ 12.3	44.4 $\pm$ 12.6	44.2 $\pm$ 12.5
20-29 ปี	34 (18.09%)	34 (17.99%)	68 (18.04%)
31-40 ปี	50 (26.60%)	52 (27.51%)	102 (27.06%)
41-50 ปี	48 (25.53%)	46 (24.34%)	94 (24.93%)
$\geq$ 51 ปี	56 (29.79%)	57 (30.16%)	113 (29.97%)
3. ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	59 (31.38%)	62 (32.80%)	121 (32.10%)
มัธยมศึกษา	76 (40.43%)	78 (41.27%)	154 (40.85%)
อนุปริญญา/ปวส.	31 (16.49%)	31 (16.40%)	62 (16.45%)
ปริญญาตรีขึ้นไป	22 (11.70%)	18 (9.53%)	40 (10.60%)
4. อาชีพ			
เกษตรกร	98 (52.13%)	98 (51.85%)	196 (51.99%)
รับจ้างทั่วไป	56 (29.79%)	56 (29.63%)	112 (29.71%)
ค้าขาย	21 (11.17%)	22 (11.64%)	43 (11.41%)
อื่น ๆ	13 (6.91%)	13 (6.88%)	26 (6.89%)
5. รายได้เฉลี่ย/เดือน			
$\leq$ 10,000 บาท	74 (39.36%)	74 (39.15%)	148 (39.26%)
10,001-20,000 บาท	83 (44.15%)	83 (43.92%)	166 (44.03%)
$>$ 20,000 บาท	31 (16.49%)	32 (16.93%)	63 (16.71%)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 377)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 188) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 189) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n = 377) จำนวน (ร้อยละ)
6. สถานภาพสมรส			
สมรส	135 (71.81%)	137 (72.49%)	272 (72.15%)
โสด	32 (17.02%)	32 (16.93%)	64 (16.98%)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	21 (11.17%)	20 (10.58%)	41 (10.87%)

จากตารางที่ 1 พบว่า จากการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 188 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 189 คน มีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง โดยเพศหญิงเป็นสัดส่วนมากกว่าชายเล็กน้อยในทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรในพื้นที่ชุมชนชนบทที่มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนจำนวนหนึ่ง อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ประมาณ 44 ปี โดยทั้งสองกลุ่มมีการกระจายตัวของช่วงอายุที่คล้ายกัน โดยกลุ่มอายุ 31-40 ปี และอายุ 51 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด

ด้านการศึกษ ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือระดับประถมศึกษา และมีสัดส่วนผู้จบอนุปริญญาและปริญญาตรีใกล้เคียงกันระหว่างสองกลุ่ม อาชีพหลักที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ซึ่งสะท้อนบริบทเศรษฐกิจของตำบลท่าช้างที่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีสัดส่วนกลุ่มรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทใกล้เคียงกันเช่นกัน

สำหรับสถานภาพสมรส พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคู่สมรสมากกว่า 70% ในทั้งสองกลุ่ม ขณะที่สัดส่วนผู้โสดและผู้ที่อยู่ในสถานะหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่มีจำนวนใกล้เคียงกัน

โดยสรุป ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส แสดงให้เห็นว่าการจัดกลุ่มตัวอย่างมีความสมมูลเหมาะสมและสามารถใช้เปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างสองกลุ่มได้อย่างมีความเที่ยงตรง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean difference	95%CI	t	p
กลุ่มทดลอง (n = 188)	45.21 ± 9.80	32.45 ± 8.60	-12.76	-14.21 ถึง -11.31	12.58	0.001
กลุ่มควบคุม (n = 189)	44.98 ± 10.02	44.20 ± 9.95	-0.78	-2.16 ถึง 0.60	1.12	0.265

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจาก 45.21 เป็น 32.45 คะแนน โดยมีค่า Mean difference เท่ากับ -12.76 และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI ระหว่าง -14.21

ถึง -11.31 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 44.98 เป็น 44.20 คะแนน (p = 0.265)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม

กลุ่ม	Mean $\pm$ SD	Mean difference	95%CI	t	p
กลุ่มทดลอง (n = 188)	32.45 $\pm$ 8.60				
กลุ่มควบคุม (n = 189)	44.20 $\pm$ 9.95				
ผลต่างคะแนนเฉลี่ย (Exp – Control)		-11.75	-13.55 ถึง -9.95	-13.54	0.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (32.45 เทียบกับ 44.20 คะแนน) โดยมีค่า Mean difference เท่ากับ -11.75 ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง -13.55 ถึง -9.95 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดมากกว่าการได้รับเอกสารสุขภาพเพียงอย่างเดียว

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญในการลดระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบท ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านกลไกเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และทฤษฎีการประเมินความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งชี้ว่าการรับรู้ (appraisal) และการตีความเหตุการณ์มีบทบาทสำคัญต่อระดับความเครียด โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมพัฒนาการรับรู้ตนเอง (self-awareness) ปรับความคิดเชิงลบ (cognitive restructuring) และเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย ส่งผลให้สามารถควบคุมอารมณ์และตอบสนองต่อปัจจัยเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในบริบทของชุมชนชนบทไทยปัจจัยด้านสังคมเช่น ความสัมพันธ์ในชุมชน ความใกล้ชิดกันของสมาชิก และการ

สนับสนุนทางอารมณ์ ถือเป็นกลไกเสริมที่ช่วยให้โปรแกรมเกิดผลมากขึ้น การดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (sense of belonging) ซึ่งส่งผลเชิงบวกต่อการลดความเครียดอย่างเป็นธรรมชาติ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim และ Park (2020) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวคิด Cognitive-Behavioral Therapy ระยะสั้นในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อาศัยในชุมชนชนบทสามารถลดระดับความเครียดและปรับปรุงสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับรายงานระดับนานาชาติของ World Health Organization (2023) และรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทยของกรมสุขภาพจิต (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเชิงรุกและการพัฒนาโปรแกรมทักษะการจัดการความเครียดในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท พบว่าโปรแกรมแบบสั้นที่มีเพียง 2 ครั้ง ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาโปรแกรมที่สั้นเกินไปในการปรับโครงสร้างความคิดของผู้เข้าร่วม

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่อาจควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ไม่สมบูรณ์ การใช้แบบประเมินตนเองอาจมีอคติจากการตอบ และยังไม่มีการติดตามผลระยะยาวหลังจบโปรแกรม ทำให้ยังไม่สามารถสรุปความคงทนของผลในระยะยาวได้

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการติดตามผลระยะเวลา 3-6 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ รวมทั้งขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังกลุ่มประชากรอื่น เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น ในเชิงปฏิบัติ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีบุคลากรจำกัดและไม่มีนักจิตวิทยาประจำ การดำเนินโปรแกรมที่ใช้ทรัพยากรน้อยแต่ให้ผลดีต่อสุขภาพจิตของประชาชน ทำให้เหมาะสมต่อการบรรจุเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน และมีศักยภาพในการขยายสู่การจัดทำนโยบายสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับอำเภอและจังหวัด

สรุปผล

งานวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นมีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดของหัวหน้าครัวเรือนในชุมชนชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 45.21 เป็น 32.45 คะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p = 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.265$) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

โดยสรุป โปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นที่ประกอบด้วยกิจกรรมเพิ่มการตระหนักรู้ตนเอง การคิดเชิงบวก เทคนิคการผ่อนคลาย และทักษะการแก้ปัญหาสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนชนบทไทยได้จริง และมีศักยภาพในการเป็นรูปแบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกสำหรับหัวหน้าครัวเรือนในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับหัวหน้าครัวเรือนในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับการให้บริการด้านสุขภาพทั่วไป เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกครอบครัว หรือคลินิกผู้ป่วยนอก

1.2 ควรจัดทำคู่มือการดำเนินโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมเนื้อหาแต่ละครั้ง ขั้นตอนการให้คำปรึกษา แบบฟอร์มบันทึกการติดตามผล และแนวทางการส่งต่อกรณีพบภาวะเครียดรุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตร่วม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

1.3 ผู้บริหารระดับอำเภอและจังหวัดสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยสนับสนุนการขยายโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และบูรณาการเข้ากับแผนงานด้านการป้องกันภาวะเครียดเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.4 ควรส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมทักษะพื้นฐานด้านการประเมินความเครียด การให้คำแนะนำเบื้องต้น และการส่งต่อ เพื่อเพิ่มศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ที่มีภาวะเครียด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นในกลุ่มประชากรอื่น เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มวัยทำงานในเขตเมือง เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่าง

2.2 ควรออกแบบการวิจัยที่มีระยะเวลาดูติดตามผลในระยะยาวมากขึ้น เช่น 3-6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.3 แนะนำให้ผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ และอุปสรรคในการนำโปรแกรมไปใช้จริงในชุมชน

2.4 ควรมีการวิเคราะห์ด้านต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของการดำเนินโปรแกรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายโปรแกรมไปสู่ระดับอำเภอหรือจังหวัด

2.5 ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาสั้นกับรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น กลุ่มบำบัด การใช้สื่อดิจิทัล หรือโปรแกรมออนไลน์ เพื่อค้นหารูปแบบการแทรกแซงที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถิติสุขภาพจิตประเทศไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลท่ามาย. (2568). รายงานการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ PBEC NO32/2568. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (ม.ป.ป.). คู่มือแบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Kim, H., & Park, J. (2020). Effects of a brief cognitive-behavioral stress management program among rural adults: A randomized controlled trial. *Journal of Rural Health*, 36(4), 512-520.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- World Health Organization. (2023). *Mental health in rural communities: Global report 2023*. WHO Press.

คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) เป็นวารสารวิชาการของ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 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 การแสดงข้อค้นพบ หรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ ทศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถ ดาวน์โหลดได้ที่



2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ในระบบ <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ



3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล 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) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาตีพิมพ์

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 กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

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

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

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น
- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้
 - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
 - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
 - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบ ผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา 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 หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นไปตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม 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 เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค พิเศษ 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



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



ขอแสดงความยินดีกับ

อสม.ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2569 ระดับภาคกลาง

สาขา การเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ



นางสาวนัชชา เนียมมี
จ.ราชบุรี

สาขา การส่งเสริมสุขภาพ



นายศุภชัย ครองทรัพย์
จ.นครนายก

สาขา สุขภาพจิตชุมชน



นางนุช เจริญศิริ
จ.ฉะเชิงเทรา

สาขา การป้องกันและแก้ไข
ปัญหายาเสพติดในชุมชน



นางสาวชลิสา ตะกรุดงาม
จ.สมุทรปราการ

สาขา การบริการใน ศสมช.
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



นางสาวนิรุษ กล้าหาญ
จ.ระยอง

สาขา การคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ



ร้อยตรีเรวัฒน์ เรืองโรจน์
จ.ลพบุรี

สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ



นางสายฝน เลี่ยมทอง
จ.กาญจนบุรี

สาขา การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในชุมชน



นางอารีเพาะ ทาศรี
จ.ฉะเชิงเทรา

สาขา การจัดการสุขภาพชุมชน
และอนามัยสิ่งแวดล้อม



นายสันติภาพ พิพัฒน์
จ.ชลบุรี

สาขา นมแม่และ
อนามัยแม่และเด็ก



นางสาวนัญชลาสว่างศักดิ์
จ.กาญจนบุรี

สาขา ทันตสุขภาพ



นางสาวพนั ใจอารีย์
จ.สุพรรณบุรี

สาขา การป้องกันและ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ



นางสาวกาญจนา ชิมเทียม
จ.ชลบุรี

สาขา วิทยาศาสตร์การแพทย์
ชุมชน



นางสาวอารี บุญหลง
จ.ราชบุรี

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



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