

# วารสารสมาคมนวัตกรรม การพยาบาลและสุขภาพ

## Nursing Innovation and Health Association Journal

ISSN 3088-2184 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (2025) พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ  
Nursing Innovation and Health Association Journal  
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรม ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้แนะและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ สังคม และประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางและสร้างความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักนวัตกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

### สำนักงาน

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

อาคาร 6 ชั้น 10 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15 ถนนกาญจนวนิชย์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ 082-4282586

E – mail: nihha2024@gmail.com

Website: <https://ni-ha.org/home/>

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ  
Nursing Innovation and Health Association Journal  
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	สังกัด
รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑพร ยอดไชย นายกสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ	ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยเชื้อ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เเพ็งมาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโม	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัย ทักษิณ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัย ทักษิณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ
<b>บรรณาธิการ</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	
<b>ผู้ช่วยบรรณาธิการ</b>	รองศาสตราจารย์ นพ.พิทยาพล ปิโตรวิชชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.ปฎิญาพัฒน์ ไชยเมล์	
<b>กองจัดการ</b>	รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โรชินี อุปรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญญา คำมะทิตย์ อาจารย์ ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.จริญญา รอดเนียม อาจารย์ ดร.พ.เสถียรพงษ์ ภูผา อาจารย์ ดร.วราภรณ์ ยศทวี Mr. Geoffrey Cox	
อาจารย์ณัชชา สังข์บุญโญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา นางสาววัลลภุณี ชูจิต สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ นายไกรวุฒิ ศรีจันทร์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี		
	<b>กำหนดออก</b> ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
	<b>เจ้าของ</b> สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ	

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer – review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

## บทบรรณาธิการวารสาร

# สวัสดีปีใหม่ 2568

สมาชิกวารสารสมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพทุกท่าน ยุคปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น วงการพยาบาลและสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสรรค์แนวทางใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อความท้าทายในศตวรรษที่ 21

ด้วยเหตุนี้ สมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพจึงได้จัดทำ วารสารสมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งวารสารฉบับนี้นับเป็นก้าวแรกของการสร้างพื้นที่ทางวิชาการ เพื่อเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางการพยาบาลและสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน โดย ฉบับที่ 2 มีบทความจำนวน 5 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คนต่อบทความ

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ.2568 ขออำนาจแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนเคารพนับถือ จงดลบันดาลให้ท่านประสบความสำเร็จในการหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิติพร นาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารสมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

## สารบัญ

### บทความวิจัย :

- e6459 ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อบรรลุเบาหวานระยะสงบ: กรณีศึกษา อ.บ้านตาขุน จ.สุราษฎร์ธานี  
*Medical Device Needs in Diabetic Patients for Achieving Diabetes Remission: A Case Study of Ban Ta Khun District, Surat Thani Province*  
เอกพล พิศาล, อรัญญา รักหาบ, ประดิษฐ์พร พงศ์ไตรยาง
- e6542 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี  
*Factor Associated with The Decision of Enter Into The Health Insurance Scheme Among Laos Myanmar and Cambodia Migrant Workers in Buntharik District, Ubonratchathani Province*  
อรนุช ตาดำ, นภชา สิงห์วีระธรรม, อธิศักดิ์ เจริญทรัพย์
- e6610 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลิเนสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
*Factors Associated with Cholinesterase Enzyme Levels in Durian Farmers in the Area of Ban Pian Subdistrict Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province*  
กิตติพงศ์ ถวาย
- e6620 ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของผู้นำในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช  
*Administrative Factors Affecting the Surveillance, Prevention, and Control of Dengue Fever by Community Leaders in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province*  
สาโรจน์ รอดเจริญ
- e6684 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา  
*Factors Influencing Core Competencies of Personnel Working in Community Hospitals, Phang Nga Province*  
เสาวลี รอดการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา)  
ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

Factor associated with the decision of enter into the health insurance scheme  
among Laos Myanmar and Cambodia migrant workers  
in Buntharik district, Ubonratchathani province

อรนุช ตาดำ<sup>1</sup>, นกษา สิงห์วีระธรรม<sup>2\*</sup>, อธิศักดิ์ เจริญทรัพย์<sup>1</sup>

Oranut Tadam<sup>1</sup>, Noppcha Singweratham<sup>2\*</sup>, Ittisak Charoensup<sup>1</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี, <sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,

<sup>1</sup>Buntharik Hospital, Faculty of Public Health, <sup>2</sup>Chiang Mai University,

(Received: August 30, 2025; Revised: December 1, 2025; Accepted: December 14, 2025)

### บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 140 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยที่ใช้วิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 วิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า

แรงงานต่างด้าวที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ORadj= 34.32, 95%CI: 4.24-278.05) และมีที่อยู่อาศัยถาวรมีโอกาสซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ORadj=5.96, 95%CI: 2.09-17.05) มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้เรียนหนังสือและไม่ได้อยู่อาศัยถาวรเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดในการที่ไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบมาตรการเชิงรุกที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มประชากรดังกล่าวโดยตรง เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้มีระดับการศึกษาน้อย และการเชื่อมโยงการซื้อประกันสุขภาพเข้ากับการลงทะเบียนที่อยู่อาศัย

**คำสำคัญ:** บัตรประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว การเลือกซื้อ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

## Abstract

This Retrospective study aimed to determine the factors influencing with the decision of the purchasing into the health insurance scheme among migrant workers from three nationalities – Laos, Myanmar, and Cambodia in Buntharik district, Ubonratchathani province. Sample were 140 participants, recruited by stratified random sampling. Research instruments were included on demographic and factor associated with the decision of purchasing into the health insurance scheme. Item-Objective Congruence Index (IOC) of questionnaires ranged from .67 to 1.00., the reliability (Cronbach' s alpha) was .83. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic multiple regression.

Research results revealed that migrant workers with primary school level ( $OR_{adj} = 34.32$ , 95%CI: 4.24-278.05) and permanent residence ( $OR_{adj} = 5.96$ , 95%CI: 2.09-17.05) were significantly more likely to purchase health insurance scheme among Laos Myanmar Cambodia ( $p - value < .001$ ). Migrant workers with no formal education and no permanent residence were identified as the highest-risk group for not purchasing health insurance.

Therefore, relevant agencies should design proactive measures targeting this population group, such as providing accessible health education through user-friendly channels for individuals with low educational levels and linking health insurance purchases to residential registration processes.

**Keywords:** The Health Insurance Scheme, Migrant Workers, Purchasing

## บทนำ

หลายประเทศต้องเผชิญกับการอพยพของแรงงานต่างด้าวและส่วนใหญ่เป็นประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งรัฐบาลไทยมีนโยบายให้แรงงานต่างด้าวทุกคนขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง และต้องมีการจัดทำบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย เมื่อแรงงานต่างด้าวมีการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ราชอาณาจักรไทยเพิ่มขึ้นจึงมีผลกระทบด้านต่าง ๆ ตามมา และผลกระทบทางด้านสาธารณสุข เช่น การแพร่ระบาดของหรือการกระจายโรคติดต่อและอาจเป็นพาหะของโรคต่างๆ ดังนั้นการให้บริการด้านสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นจะต้องให้บริการแก่บุคคลกลุ่มนี้ด้วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ที่อาจติดมากับแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ แรงงานต่างด้าวมือถือการป่วยเล็กน้อยและการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักในสถานพยาบาลที่ต่ำกว่าคนไทย แต่มีลักษณะของการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักอยู่ที่บ้านเป็นอัตราที่สูงกว่าแรงงานที่เจ็บป่วยทั่วไป ส่วนใหญ่กว่าครึ่งดูแลตัวเองด้วยการซื้อยามากินเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชนและอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาอะไรเลย สาเหตุหลักมาจากการไม่มีหลักประกันและสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล (จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์, 2566)

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพื่อให้แรงงานต่างด้าว ที่คณะรัฐมนตรีมีมติอนุญาตให้ทำงานเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2563 โดยกลุ่มเป้าหมายแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา เวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และได้รับอนุญาตให้ทำงานตามกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว การบริหารจัดการดำเนินการเป็นรูปแบบกองทุนโดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว มีกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นหน่วยงานเลขานุการระดับพื้นที่มีคณะกรรมการระดับจังหวัด/กรมการแพทย์/สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยสถานพยาบาลที่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ได้แก่ สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ผลตรวจสุขภาพโรคที่ไม่อนุญาต

(2/9)

ให้ทำงาน ได้แก่ วัณโรคในระยะอันตราย โรคเรื้อรังในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคเท้าช้าง ในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคซิฟิลิสในระยะที่ 3 ติดสารเสพติดให้โทษโรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจแพทย์ (ทุพลภาพ/จิตฟั่นเฟือน/ไม่สมประกอบ) ซึ่งโรคที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะต้องส่งกลับประเทศ กรณีที่ได้มีการขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว อายุคุ้มครอง 2 ปี เนื่องจากตามอายุการอนุญาตให้ทำงาน 2 ปี โดยการตรวจสุขภาพปีที่ 2 ให้สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนกำหนดหมายการตรวจสุขภาพภายใน 1 เดือน นับจากวันครบกำหนด 1 ปี ของการตรวจสุขภาพครั้งแรก (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรงพยาบาลบุญทริก จัดเป็นโรงพยาบาลขนาด F1 จำนวน 60 เตียง มีกลุ่มแรงงานสัญชาติลาว เมียนมา และกัมพูชา เข้ามาประกอบอาชีพกรรมกรก่อสร้าง อาชีพผู้รับใช้ในบ้าน (ลูกจ้างในครัวเรือนส่วนบุคคล) และอาชีพค้าขาย มีต่างด้าวเข้ารับการรักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 308 ราย 593 ครั้ง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 167 ราย 390 ครั้ง และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 255 ราย 472 ครั้ง (หมายเหตุ: ด้วยสถานการณ์โรคระบาดของโรคโควิด19 ทำให้มีจำนวนการเข้ารับบริการลดลงจากปีงบประมาณ 2563) มีค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 75,143 บาท 56,697.32 บาท และ 121,688.25 บาท ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้จากหน่วยงานใดได้

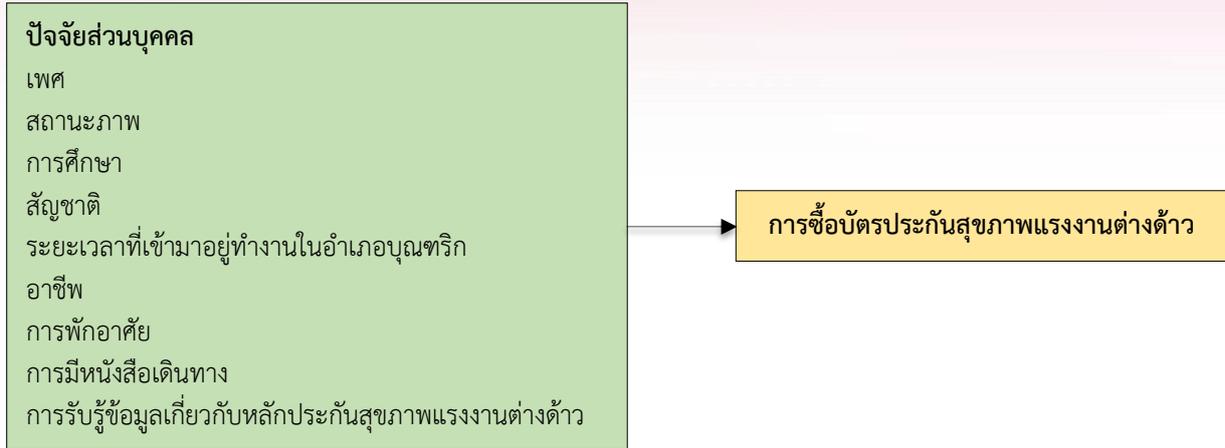
จากสถิติการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ประกอบด้วย ลาว เมียนมา และกัมพูชา ในเขตอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 จำนวน 40 คน จากจำนวนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6,790 คน ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 (โรงพยาบาลบุญทริก, 2566) ผ่านมาการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาจังหวัดสมุทรสาคร ที่พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ มีผลต่อการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ทัศนวรรณ ภูมิไชโยต, 2560) แต่ยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางแก้ไขให้ตรงต่อความต้องการและปัญหาที่ประสบอยู่ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเกี่ยวกับการซื้อประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบายรัฐบาลที่ให้แรงงานต่างด้าวทุกคนขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องและต้องมีบัตรประกันสุขภาพเมื่อมาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเพื่อให้แรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ประกันตนที่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ์ รวมถึงเป็นการป้องกันสภาวะการเงินของระบบสุขภาพของประเทศไทยด้วย

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2563 โดยเน้นให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพร้อมผู้ติดตามทุกรายให้เข้าถึงหลักบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและการควบคุมโรคและลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการให้บริการของสถานพยาบาล โดยกำหนดอัตราค่าประกันสุขภาพและอายุความคุ้มครอง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีตัวแปร เช่น เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สัญชาติ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ทำงานในอำเภอบุญทริก อาชีพ การพักอาศัย และการมีหนังสือเดินทาง มีผลต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงาน 3 สัญชาติ ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional study) ระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง กันยายน 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรได้แก่ ชาวต่างด้าวที่อาศัยในเขตอำเภอชุมพริก จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 6,790 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชาวต่างด้าวที่อาศัยในเขตอำเภอชุมพริก จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) โดย  $n = 10k + 50$  จากตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (Multistage sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 แบ่งสัดส่วนประชากรแยกตามตำบลจำนวน 8 ตำบล ได้แก่ โพนงาม ห้วยข่า คอแลน นาโพธิ์ หนองสะโน โนนค้อ บัวงาม และบ้านแมด ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โพนงาม	1,156	24
ห้วยข่า	1,237	25
คอแลน	1,059	22
นาโพธิ์	525	11
หนองสะโน	1,101	23
โนนค้อ	478	10
บัวงาม	685	14
บ้านแมด	549	11
<b>รวม</b>	<b>6,790</b>	<b>140</b>

ที่มา : ฐานข้อมูลประชากร โปรแกรม Hi For win โรงพยาบาลชุมพริก ข้อมูล ณ 1 กรกฎาคม 2566

โดยมีกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีประวัติการรักษาโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า จิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี ทั้งนี้อาสาสมัครที่ขอลงมือเข้าร่วมโครงการวิจัยในทุกๆระยะ โดยที่ไม่ต้องชี้แจงเหตุผลการถอนตัวจากงานวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามถามปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานะภาพ การศึกษา สัญชาติ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ทำงานในอำเภอหนองทริก อาชีพ การพักอาศัย การมีหนังสือเดินทาง ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “รับรู้” และ “ไม่รับรู้” และส่วนที่ 3 การซื้อบัตรประกันสุขภาพ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ซื้อ” และ “ไม่ซื้อ” รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน แพทย์ 1 คน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านงานประกันสุขภาพ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระดับตำบล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. กับกลุ่มตัวอย่างชาวต่างด้าวที่อาศัยในเขตอำเภอหนองทริก จังหวัดอุบลราชธานี และดำเนินการกระจายชุดข้อมูลโดยให้กลุ่ม อสม. และให้อสม. เป็นผู้สัมภาษณ์ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติก่อนนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ได้ข้อมูลที่มีสมบูรณ์จำนวน 140 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอหนองทริก จังหวัดอุบลราชธานีด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า *p-value* ของ Wald's test น้อยกว่า .05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า *p-value* มากกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio *P-value* และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อของเจ้าของข้อมูลในแบบบันทึกการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.3 มีอายุเฉลี่ย 36.28 ปี (SD=13.17) อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 81 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 82.9 มีลักษณะการเดินทางเข้ามาทำงานแบบคนเดียวร้อยละ 58.6 ไม่มีใบอนุญาตทำงานแรงงานต่างด้าวร้อยละ 71.4 และไม่เคยมีประวัติซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวร้อยละ 69.3 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภอหนองปรือ จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	ซื้อ		ไม่ซื้อ		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							< .001
หญิง	13	44.8	16	55.2	4.46	1.89-10.54	
ชาย	87	78.4	24	21.6	Ref		
<b>สถานภาพ</b>							< .001
โสด	22	50.0	22	50.0	4.33	1.98-9.47	
สมรส	78	81.2	18	18.8	Ref		
<b>การศึกษา</b>							< .001
ไม่ได้เรียนหนังสือ	45	97.8	1	2.2	Ref		
ระดับประถมศึกษา	55	58.5	39	41.5	31.92	4.22-241.42	
<b>สัญชาติ</b>							< .001 <sup>b</sup>
ลาว	99	81.1	23	18.9	Ref		< .001
เมียนมา	1	5.9	16	94.1	68.87	8.68-546.10	(< .001)
กัมพูชา	0	0.0	1	100.0	0.00		1.00
<b>ระยะเวลา</b>							.006
1-10 ปี	57	63.3	33	36.7	3.56	1.44-8.80	
ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	43	86.0	7	14.0	Ref		
<b>อาชีพ</b>							< .001
ผู้รับใช้ในบ้าน	57	81.4	13	18.6	Ref		
กรรมกร	26	49.1	27	50.9	4.55	2.03-10.22	(< .001)
ผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว	17	100.0	0	0.0	0.00	-	(.998)
<b>การพักอาศัย</b>							< .001 <sup>b</sup>
มีที่อยู่ถาวร	87	82.1	19	17.9	Ref		
ไม่มีที่อยู่ถาวร	13	38.2	21	61.8	7.40	3.16-17.33	
<b>หนังสือเดินทาง</b>							.996
ไม่มี	79	100.0	0	0.0	Ref		
มี	21	34.4	40	65.6	0.00	-	-
<b>ด้านการรับรู้หลัก ประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว</b>							.996
รับรู้ข้อมูล	15	27.3	40	72.7	Ref		
ไม่เคยรู้	85	100.0	0	0.0	0.00	-	-

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ดังตาราง 3

**ตาราง 3** การวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
<b>การศึกษา</b>			< .001
ไม่ได้เรียนหนังสือ	Ref	Ref	
ระดับประถมศึกษา	31.91 (4.22 - 241.42)	34.32 (4.24 - 278.05)	
<b>การพักอาศัย</b>			< .001
มีที่อยู่ถาวร	Ref	Ref	
ไม่มีที่อยู่ถาวร	7.40 (3.16 - 17.33)	5.96 (2.09 - 17.05)	

จากตารางพบว่า การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ได้แก่ เพศ สถานะภาพ การศึกษา สัญชาติ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ทำงานในอำเภออุบลราชธานี อาชีพ การพักอาศัย (ตาราง 2) เมื่อวิเคราะห์แบบหัตถ์แปร พบว่า การศึกษาและที่อยู่อาศัย มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยแรงงานต่างด้าวที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษามีโอกาสซื้อบัตรประกันสุขภาพ 34.32 เท่า ( $OR_{adj} = 34.32, 95\%CI: 4.24-278.05$ ) เมื่อเทียบกับแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ในขณะที่แรงงานต่างด้าวที่อยู่อาศัยถาวรมีโอกาสซื้อบัตรประกันสุขภาพ 5.96 เท่า ( $OR_{adj}=5.96, 95\%CI: 2.09-17.05$ ) เมื่อเทียบกับเมื่อเทียบกับแรงงานต่างด้าวที่มีที่อยู่อาศัยไม่ถาวร (ตาราง 3) อย่างไรก็ตาม พบว่า เพศ สถานะภาพ สัญชาติ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ทำงานในอำเภออุบลราชธานี อาชีพ การมีหนังสือเดินทาง และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวไม่มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี

**อภิปรายผล**

การศึกษาและที่อยู่อาศัย มีผลต่อการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (ลาว เมียนมา กัมพูชา) ในเขตอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แรงงานต่างด้าวที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษามีโอกาสซื้อบัตรประกันสุขภาพ 34.32 เท่า ( $OR_{adj}= 34.32, 95\%CI: 4.24-278.05$ ) เมื่อเทียบกับแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้แตกต่างจากการตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งพบว่าคุณลักษณะประชากรเช่น เพศ อายุ สถานะภาพสมรส อาชีพ มีผลต่อการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ทัศนวรรณ ภูมิไชยโชค, 2560) แต่สอดคล้องกับการเลือกซื้อประกันชีวิตของคนวันทำงานในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ (จิราพร แก้วปิ่น, 2563) จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจในการเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับกลุ่มที่ทำการศึกษาและพื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมามีความต้องการหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานต่างด้าวสัญชาติอื่น ดังนั้นหากพิจารณาในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุบลราชธานีจะเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีสัญชาติลาวที่มีความคุ้นเคยกับภาษาและวัฒนธรรมในพื้นที่ (ฟารอน หัตถประดิษฐ์, สุปรียา แก้วสวัสดิ์ และ ศศิธร ธนะภพ, 2562) จึงอาจส่งผลให้ปัจจัยในคุณลักษณะประชากรไม่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ ถึงอย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับสิทธิประโยชน์ ประกันสุขภาพ การได้รับนโยบายจากทางรัฐ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกซื้อบัตร

ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ทัศนวรรณ ภูมิไชยโชติ, 2560) ดังนั้นในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบมาตรการเชิงรุกที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มประชากรดังกล่าวโดยตรง เช่น การให้ความรู้ ด้านสุขภาพผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้มีระดับการศึกษาน้อย

แรงงานต่างด้าวที่อยู่อาศัยถาวรมีโอกาสซื้อบัตรประกันสุขภาพ 5.96 เท่า ( $OR_{adj}=5.96$ , 95%CI: 2.09-17.05) เมื่อเทียบกับเมื่อเทียบกับแรงงานต่างด้าวที่มีที่อยู่อาศัยไม่ถาวร สอดคล้องกับประสิทธิผลการบริการจัดการระบบประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร แต่ทั้งนี้ยังพบปัจจัยอื่นที่พบร่วมด้วยต่อการบริหารจัดการ เช่น การจัดการด้านสาธารณสุข ด้านภาษา และด้านความพร้อมของสถานบริการ (พราวพิชชา เถลิงพล, 2563) โดยความพร้อมของสถานบริการและการยอมรับบริการจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว (จุฑามาส ยลศิริวัฒน์, 2566) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว เพื่อให้เกิดความครอบคลุมควรส่งเสริมให้มีการรับรู้ประโยชน์การมีบัตรประกันสุขภาพ โดนเน้นการประชาสัมพันธ์ถึงประโยชน์และหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติทุกคน รวมถึงการสร้างพร้อมและความเชื่อมั่นต่อการจัดบริการของสถานพยาบาลอีกด้วย ดังนั้นการเชื่อมโยงการซื้อประกันสุขภาพเข้ากับการลงทะเบียนที่อยู่อาศัยจะส่งผลดีต่อการซื้อบัตรประกันสุขภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากอำเภอบุณทริกมีจุดด้านอยู่ 1 ด้านที่ส่งผลทำให้มีแรงงานต่างด้าว สัญชาติลาวสามารถเข้าออกได้อย่างสะดวก จึงอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่ไม่มากนัก อีกทั้งความหลากหลายของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันสุขภาพให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น อาจจะเป็นวิดีโอสั้นที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย และเผยแพร่ให้หลากหลายช่องทางเพิ่มมากขึ้น
2. พัฒนาเนื้อหาของสื่อครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการประกันสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ รวมถึงขั้นตอนการใช้สิทธิ์เพื่อให้แรงงานต่างด้าวได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจต่อทัศนคติ อุปสรรค และความเชื่อของแรงงานต่างด้าวต่อระบบประกันสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาความต้องการต่อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของแรงงานต่างด้าว และจะได้มีการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการซื้อบัตรของแรงงานต่างด้าวอีกด้วย

### รายการอ้างอิง

- จิราพร แก้วปิ่น และ ลดาวัลย์ ยมจินดา. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกซื้อประกันชีวิตของผู้บริโภควัยทำงานในเขตพื้นที่บางเขน. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2566 จาก [http://www.mbaфин-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-1-2\\_1605163541.pdf](http://www.mbaфин-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-1-2_1605163541.pdf)
- จุฑามาส ยลศิริวัฒน์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3). 88-89
- ทัศนวรรณ ภูมิไชยโชติ. (2560). การตัดสินใจทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2557 ในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1). 16-30

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. (2563). เรื่อง การตรวจสุขภาพ และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563” มาตรการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2566 จาก <https://fww.moph.go.th/Portals/0/2563/ประกาศฉฉ2/ประกาศต่างด้าว ฉ 2.pdf?ver=2563-07-10-173518-863>
- พราวพิชชา เถลิงพล. (2563) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(1), 254-267.
- ฟารอน หัตถประดิษฐ์ สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ และ ศศิธร ณะภพ. (2562). ความต้องการหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(S1):S42-S50.
- ภาสวรรณ พังสะอาด. (2564) การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจรัลราช*, 1(2), 41-55.
- มาริษา วุฒิกะพันธ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในสถานบริการภาครัฐของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- โรงพยาบาลบุญทริก. (2566). สถิติการซื้อบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว. โรงพยาบาลบุญทริก

ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อบรรลุเบาหวานระยะสงบ:  
กรณีศึกษา อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Medical Device Needs in Diabetic Patients for Achieving Diabetes Remission:  
A Case Study of Ban Ta Khun District, Surat Thani Province

เอกพล พิศาล<sup>1</sup>, อรัญญา รักษาบ<sup>2\*</sup>, ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง<sup>2</sup>  
Akeapol Pisal<sup>1</sup>, Aranya Rakhab<sup>2\*</sup>, Praditporn Pongtraing<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>โรงพยาบาลบ้านตาขุน, <sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
<sup>1</sup>Bantakhun Hospital, <sup>2</sup>Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

(Received: July 13, 2025; Revised: October 16, 2025; Accepted: October 22, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ เพื่อบรรลุเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวาน อ.บ้านตาขุน จ.สุราษฎร์ธานี ผู้ให้ข้อมูล 15 คน ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน ญาติผู้ดูแล 4 ราย แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน 1 คน พยาบาล 3 คน นักโภชนาการ 1 คน และเจ้าหน้าที่ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต จดบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content Analysis) มีการตรวจสอบคุณภาพภายนอกจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ท่าน เพื่อยืนยันความสม่ำเสมอและความเหมาะสมของการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อบรรลุเบาหวานระยะสงบ ออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเสริมพลัง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ ต้องการจัดการตนเอง ข้อมูลสุขภาพ ความรู้ 2) เครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ เทคโนโลยี นวัตกรรม การเข้าถึงเครื่องมือ 3) ระบบเกื้อหนุน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุน การประสานงาน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จากการมองผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการเป็นหลักไปสู่การเป็นหุ้นส่วนที่มีบทบาทเชิงรุกในการจัดการสุขภาพของตนเอง และความต้องการเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือแพทย์ในบริบทของการบรรลุเบาหวานระยะสงบไม่เพียงแต่เป็นอุปกรณ์วัดและบันทึก แต่ต้องเป็นตัวกลางสำคัญในการเสริมพลังที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถ ความมั่นใจ และแรงจูงใจในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องมีการสนับสนุนจากระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการใช้งานและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสม

ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนดิจิทัลและการบูรณาการบริการที่ลดช่องว่างการเข้าถึงและเพิ่มทักษะการใช้เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ ผู้ป่วยเบาหวาน สุขภาพดิจิทัล เบาหวานระยะสงบ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Aranya.rak@sru.ac.th)

## Abstract

This qualitative research aimed to explore the needs for medical device utilization to achieve diabetes remission among patients with diabetes in Ban Ta Khun District, Surat Thani Province. A total of 15 key informants participated in the study, including five individuals diagnosed with type 2 diabetes, four family caregivers, one physician from the diabetes clinic, three nurses, one nutritionist, and one IT system officer. Data collection tools included in-depth interviews, observations, field notes, and audio recordings. The data were analyzed using content analysis. An external quality review was conducted by three experts in diabetes care to confirm the consistency and appropriateness of the research. The findings revealed that

The informants expressed needs for medical devices to achieve diabetes remission, which could be categorized into three main themes 1) Empowerment, which comprised three subthemes: self-management, health information, and knowledge; 2) Accessible and ready-to-use tools, consisting of technology, innovation, and accessibility of medical devices; and 3) Support systems, with subthemes of healthcare system support, professional support, and coordination. The results reflect a paradigm shift from viewing patients as passive recipients of care to recognizing them as proactive partners in managing their own health. These needs highlight that medical devices, in the context of achieving diabetes remission, are not merely tools for measurement and recording. Rather, they serve as critical instruments for empowerment—enhancing patients' capabilities, confidence, and motivation to manage their condition effectively. This requires a supportive healthcare system that facilitates access and the use of appropriate technology.

Future research should explore the development of digital support systems and integrated services that bridge gaps in accessibility and enhance the skills required for sustainable use of medical devices among people with diabetes.

**Keywords:** Medical Device Needs, Diabetic Patients, Digital Health, Diabetes Remission

## บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ คาดว่าในปี 2025 ทั่วโลก มีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 300 ล้านคน (International Diabetes Federation : IDF, 2022) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ - ปานกลาง อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จากโครงสร้างประชากรในทุกประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ความเสื่อมตามวัยของอวัยวะในการผลิตอินซูลินที่ลดลง โดยมีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานปีละ 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2021) ความรุนแรงของปัญหานี้เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้การจัดการโรคเบาหวานเป็นความท้าทายที่สำคัญในด้านสุขภาพสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทยก็มีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิตและการบริโภคอาหารอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์และความชุกของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีพอ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และลดคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันก็เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและลดประสิทธิภาพการดูแลในระบบสาธารณสุข รวมถึงสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จในการบริหารโรคเรื้อรังได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น ประเทศไอร์แลนด์ได้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้กับ

(2/15)

ประชาชนสูงถึง 2.5 พันล้านคน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ (UNICEF, 2022) และในประเทศอังกฤษและอเมริกาก็ได้เห็นถึงความสำคัญในการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยในอังกฤษมีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพเพื่อปรับปรุงการบริการและการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เช่น การบูรณาการใช้บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ร่วมกับการติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ผ่านการใช้เครื่องมือแพทย์ในการติดตามอาการ เพื่อเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติได้ทันที่ ก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในสหรัฐอเมริกา การใช้เทคโนโลยีสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและลดค่าใช้จ่ายโดยมีการนำระบบ EHR มาใช้แพร่หลาย และการพัฒนาเทคโนโลยี telehealth เพื่อลดความหนาแน่นของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (U.S. Department of Health and Human Services, 2022) ทำให้สามารถลดปัญหาสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด เจน โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก การจัดการโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบรรลุภาวะเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ซึ่งหมายถึงการที่ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ภาวะปกติโดยไม่ต้องใช้ยา เป็นเป้าหมายสำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ดังนั้นนับได้ว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการใช้เครื่องมือแพทย์จัดการโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเป้าหมายการบรรลุภาวะเบาหวานระยะสงบ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้เห็นความสำคัญและกระตุ้นให้เกิดร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หนึ่งในวิธีการที่ใช้คือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปรับปรุงการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การใช้ข้อมูลสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ในการติดตามและประเมินผลการรักษา รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันมือถือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมาก อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงเทคโนโลยีนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น การขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีในบางพื้นที่ รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงและการใช้งานเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านเทคโนโลยีต่ำ (World Health Organization, 2021)

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในระบบสุขภาพและชุมชนต้องอาศัยการร่วมมือจากหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่มีเบาหวานทั่วโลกได้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการสำรวจวิธีการใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าสู่ระยะสงบ โรงพยาบาลบ้านตาขุน ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เข้าสู่ระยะสงบโดยใช้หลัก SMART CARE ผ่านการใช้อุปกรณ์ที่ทางโรงพยาบาลจัดทำให้ แต่ยังคงขาดการศึกษาถึงความต้องการในการใช้เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์การติดตามสุขภาพที่ผ่านระบบแพลตฟอร์มที่สามารถเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพแบบ Real time ขณะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ระหว่าง ผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแล รวมทั้งกลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำซึ่งกันและกันของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุใน

(3/15)

อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคเส้นประสาท การจัดการเบาหวานในผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีสามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่มีเบาหวานทั่วโลกได้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการสำรวจวิธีการใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าสู่ระยะสงบ การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในอำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี และพยายามระบุความต้องการของเครื่องมือแพทย์ที่สามารถช่วยให้บรรลุเบาหวานระยะสงบได้

การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ร่วมกับระบบการดูแลทางไกลเป็นวิธีการใหม่ที่มีความสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานได้ เนื่องจากการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการสุขภาพผ่านการใช้เทคโนโลยีในการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพช่วยให้แพทย์และผู้ดูแลสามารถวางแผนการรักษาและติดตามผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เครื่องมือแพทย์ที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบการดูแลทางไกลช่วยให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยถูกเก็บรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งเน้นให้มีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้วางแผนกลยุทธ์ที่หลากหลาย ซึ่งหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญคือ สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้นวัตกรรมทางสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital health) ในการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลาตามความสะดวก นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนทางสังคมและการเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพได้แบบทันเวลาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การใช้เทคโนโลยี AI ผ่านระบบแพลตฟอร์มสามารถเชื่อมโยงผู้ป่วยกับกลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคำแนะนำซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ไม่เพียงสร้างความมั่นใจ แต่ยังเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสบรรลุเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลในอำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยความสำคัญของการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและเทคโนโลยี AI จะถูกนำมาวิเคราะห์ รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน เพื่อให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนว่าการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ สังคมและการใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบและนำข้อมูลมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สามารถบรรลุภาวะเบาหวานระยะสงบได้ โดยมุ่งเน้นไปที่การประยุกต์ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการและควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระด้านสุขภาพของชุมชนและระบบสาธารณสุขในระยะยาว

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ในการจัดการเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ ในเขต อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพพรรณนา (Descriptive qualitative research) ดำเนินงานวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 – มกราคม 2567 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ แม้กรอบระยะเวลาสั้นแต่ข้อมูลที่ได้มาถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ผลและเขียนผลการวิจัย

### พื้นที่วิจัย

โรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพรุไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเขี้ยวหลาน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอบ้านตาขุน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น แพทย์ ทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4 ราย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คนและเจ้าหน้าที่ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คนจำนวน 15 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น smart watch, เครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดความดันโลหิต ประกอบด้วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และยินดีเข้าร่วมวิจัย
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานได้และยินดีเข้าร่วมวิจัย
3. เป็นทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียงและสมุดบันทึกรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการได้รับ การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ เพื่อบรรลุเบาหวานระยะสงบ ซึ่งแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์นั้นสามารถขยายแนวคำถามเป็นคำถามย่อยเพื่อความครอบคลุม ตัวอย่างคำถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เช่น 1) ท่านต้องการใช้เครื่องมืออะไรบ้างเพื่อให้เบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 2) ขณะนี้ท่านมีเครื่องมือที่ใช้อะไรบ้าง 3) ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือดังกล่าว เป็นต้น ตัวอย่างคำถามสำหรับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น 1) ท่านคิดว่าเครื่องมืออะไรบ้างที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ 2) ขณะนี้ท่านมีเครื่องมืออะไรบ้างที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ใช้ เป็นต้น ซึ่งกระบวนการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทีมวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2 ท่าน เป็นแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้เทคโนโลยีสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบแนวคำถามที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความถูกต้องและความครอบคลุม และความเหมาะสมของแนวคำถามและนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจของข้อคำถามเพื่อนำไปปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 แห่ง คือ รพ.สต.พรุไทยและ รพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาระดับต้นตอนการศึกษา รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือตลอดจนขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussions) กับผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความต้องการประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแพทย์และปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการใช้เครื่องมือแพทย์ จำนวน 3 หน่วยบริการโรงพยาบาลบ้านตาขุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพรุไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเขี้ยวหลาน การสัมภาษณ์ ทั้ง 3 กลุ่ม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 4-5 คน รวมจำนวน 15 คน ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที/กลุ่ม การสัมภาษณ์ถูกจัดขึ้นในห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว ขณะสัมภาษณ์มีการขออนุญาตบันทึกเสียง

(5/15)

ขณะสัมภาษณ์เพื่อนำผลการบันทึกมาใช้ในการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามได้อย่างอิสระและสามารถแสดงความคิดเห็นได้ โดยผู้วิจัยจับประเด็นข้อมูลและจัดบันทึกสรุปประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์เมื่อไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ถอดเทปจากการบันทึกเนื้อหาเพื่อนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่าง ๆ โดยมีการเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน มีการตรวจสอบซ้ำจากอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งการถอดเทปมีการพิมพ์เป็นแบบคำต่อคำ เพื่อทำความเข้าใจในประโยคต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ หากข้อมูลหรือประโยคใดไม่สมบูรณ์หรือมีความหมายไม่ชัดเจน มีการนัดหมายสัมภาษณ์อีกครั้งทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ทุกราย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีเพียง 2 รายที่ต้องถามผู้ดูแลเพื่อยืนยันข้อมูลที่ผู้ป่วยเบาหวานให้มาว่าถูกต้องหรือไม่ จนได้ข้อมูลที่ชัดเจน

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ลินคอร์นและกุกา (Lincoln and Guba, 1985) โดยยึดหลัก 4 อย่าง คือ 1) หลักความน่าเชื่อถือ (Credibility) หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) คือ ใช้แหล่งข้อมูล วิธีการ และผู้วิจัยหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยมีการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เอกสาร และการสังเกตการณ์ เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยมีความหลากหลายและครอบคลุม นอกจากนี้มีการตรวจสอบโดยผู้เข้าร่วม (Member Checking) โดยการนำผลการวิเคราะห์หรือการตีความกลับไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้อง ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ร่วมอ่านสรุปผลการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันว่าตีความได้ถูกต้อง 2) หลักความสามารถในการถ่ายโอนได้ (Transferability) ผู้วิจัยได้อธิบายเชิงบริบทที่ทำการศึกษารั้วอย่างละเอียด (Thick Description) ซึ่งผู้วิจัยได้บันทึกและอธิบายบริบท คือ ลักษณะของสถานที่ วัฒนธรรม ผู้เข้าร่วม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้อื่นสามารถประเมินความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่น และมีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ผลการวิจัยครอบคลุมและสามารถประยุกต์ได้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน และผู้วิจัยมีการเปรียบเทียบกับบริบทอื่น มีการเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่นในบริบทที่คล้ายคลึงกัน เพื่อแสดงถึงศักยภาพในการถ่ายโอน 3) หลักความน่าเชื่อถือได้ (Dependability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบจากภายนอก (External Audit) จากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ท่าน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญภายนอกทั้ง 3 ท่าน ไม่ได้มีส่วนร่วมในงานวิจัยตรวจสอบกระบวนการและผลการวิจัย เพื่อยืนยันความสม่าเสมอและความเหมาะสมของวิธีการ 4) หลักความสามารถในการยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยมีการบันทึกสะท้อนความคิด (Reflexivity) โดยบันทึกและวิเคราะห์อคติ ความเชื่อ หรือสมมติฐานของผู้วิจัยที่อาจมีผลต่อการตีความข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยไม่ได้ถูกบิดเบือนโดยทัศนคติของผู้วิจัย และมีการใช้หลักฐานสนับสนุน (Data-Driven Findings) โดยการเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับข้อมูลดิบ เช่น การใช้คำพูดหรือข้อความจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในการนำเสนอผล เพื่อแสดงว่าผลการวิจัยมาจากข้อมูลไม่ใช่การตีความที่ลำเอียง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (Content analysis) ตามแนวทาง 6 ขั้นตอนของ Creswell (2018) ได้แก่ 1) การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาถอดเทปสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลมาจัดระเบียบข้อมูลให้เป็นระบบเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ 2) อ่านข้อมูลทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาทำให้รับรู้ถึงเนื้อหาที่มีอยู่ในข้อมูลได้ครบถ้วน 3) เข้ารหัสข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยเริ่มจัดหมวดหมู่ข้อมูล เริ่มจากกำหนดรหัสให้กับเนื้อหาที่สำคัญในข้อมูล ตามหัวข้อที่พบในข้อมูลที่รวบรวมมาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4) พัฒนารหัส (Theme) จากรหัสข้อมูล โดยการรวมรหัสที่คล้ายกันเข้าไว้ด้วยกันและพัฒนารหัสที่ชัดเจนหรือหมวดหมู่ที่แสดงถึงประเด็นสำคัญในข้อมูล 5) นำเสนอธีม (Theme) ที่ได้จากการพัฒนาในรูปแบบของแผนภาพประกอบคำบรรยาย และ 6) การตีความผลการวิจัย โดยอธิบายผลการวิจัยจากธีมที่ได้พัฒนา เชื่อมโยงผลการวิจัยเข้ากับวรรณกรรมที่มีอยู่หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการวิจัยต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากผลของการวิจัยในประเด็นความต้องการสำคัญที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งสำรวจปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจาก

(6/15)

การใช้เครื่องมือแพทย์ในการบรรลุนภาวะเบาหวานระยะสงบ ผู้วิจัยนำ theme และ subtheme ที่ได้มาทำการตรวจสอบกับทีมวิจัยเพื่อทำการตรวจสอบความตรงกันและพิจารณาความสอดคล้องกับคำถามการวิจัย

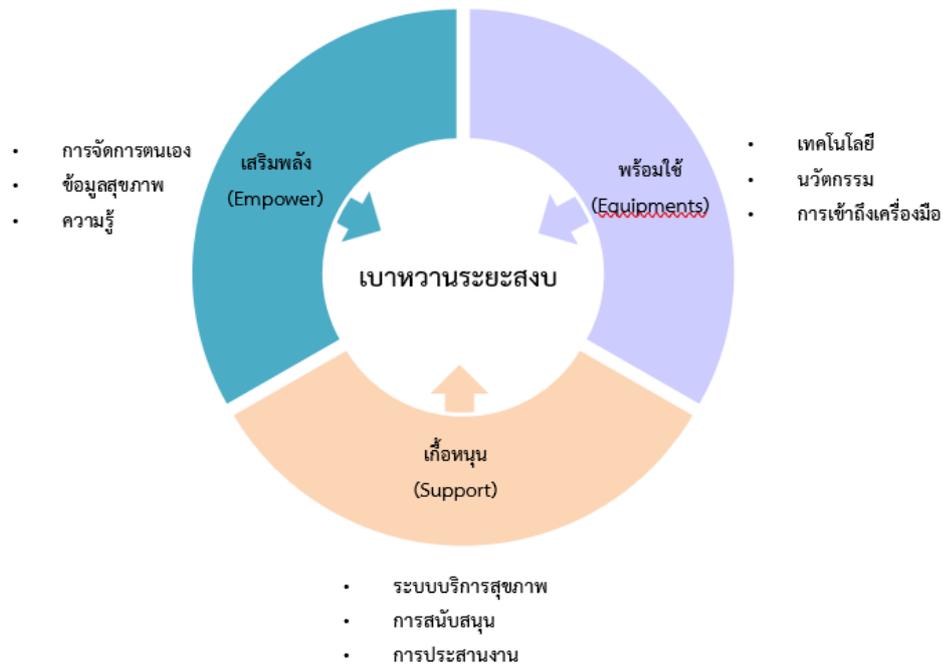
### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่อนุมติ STPHO 2023-321 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2566

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน มีอายุสูงสุด คือ 68 ปี ต่ำสุด 62 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น smart watch, เครื่องเจาะน้ำตาลดิจิทัล, เครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล จึงมีความรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ตรงกับการจัดการกับโรคเบาหวานโดยใช้ความรู้ด้านดิจิทัลที่เชื่อมต่อข้อมูลแบบไร้สายไปสู่ระบบคลาวด์คอมพิวเตอร์ เพื่อส่งข้อมูลไปยังทีมสุขภาพและนักวิจัย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 4 ราย แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 คน ทำงานในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาล 1 คน และพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 2 คน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ของตน มีบทบาทในการติดตามและให้คำแนะนำในการจัดการโรคในชีวิตประจำวัน นักโภชนากร จำนวน 1 คน ซึ่งมีบทบาทในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสุขภาพและเจ้าหน้าที่ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คนที่ดูแลและบริหารจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีที่ใช้ในการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน 2. ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ในการจัดการเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ ในเขต อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก โดยนำเสนอผังแผนภาพ ที่ 1



ภาพ 1 แสดงความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ

จากแผนภาพที่ 1 ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการเพื่อเข้าสู่ระยะสงบ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ต้องการเครื่องมือในการเสริมพลัง 2) ต้องการเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน และ 3) ต้องการระบบที่เกื้อหนุนในการใช้เครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ประเด็นที่ 1: การเสริมพลัง (Empower)** เป็นความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ที่แตกต่าง หลากหลายมิติในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวาน และโดยรวมประเด็นนี้สะท้อนถึงความต้องการของผู้ป่วยในการมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ ความรู้ที่เพียงพอ และทักษะในการจัดการตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล คือ

**ประเด็นย่อย 1.1 ต้องการจัดการตนเอง** จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการเครื่องมือที่ช่วยในการจัดการดูแลและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น เช่น การบันทึกข้อมูล การตั้งเป้าหมาย และการติดตามความก้าวหน้า

"บางวันลุงก็ลืมกินยา ลืมจดค่าน้ำตาล ถ้ามีอะไรที่เตือนให้ลุงกินยาแล้วจดไว้ได้เลย มันคงช่วยให้ลุงคุมโรคเบาหวานได้ดีกว่านี้นะครับ" (DM3)

"อยากได้เครื่องมือที่สรุปง่าย ๆ เลยกว่าวันนี้เราทำดีแค่ไหนในการคุมน้ำตาล เช่น น้ำตาลขึ้นเพราะกินอะไรไป มันจะได้เตือนใจและรู้จักปรับตัวเองทันที" (DM4)

"บางทีป้าออกกำลังกายเยอะ เดินในสวนเป็น หมั่นก้าว ตอนเช้าลุกมาเหยียดแขนเหยียดขาอีก แต่ น้ำตาลป้าก็ยิ่งสูง ถ้ามีเครื่องมือที่วิเคราะห์ให้ว่าเราทำดีพอไหม แล้วแนะนำว่าควรปรับตรงไหนจะดีมากค่ะ" (DM5)

ความต้องการเครื่องมือแพทย์ในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ นาฬิกา เครื่องตรวจน้ำตาล และเครื่องวัดความดัน ไม่ใช่เพียง "อุปกรณ์" แต่เป็นเครื่องมือสร้างอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การตั้งเป้าหมาย การประเมินผลตนเอง และการวางแผนการกิน/การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานในอดีตถูกมองว่าเป็น "ผู้ป่วยเรื้อรัง" ที่ต้องพึ่งพาแพทย์เป็นหลัก แต่แนวคิดการสร้างเสริมพลังให้ตนเอง (Empowerment) ทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็น Active Participant ในการดูแลสุขภาพตนเอง การเสริมพลังเปลี่ยน

"บทบาทผู้ป่วย" จากผู้รับบริการเป็นผู้ร่วมหรือหุ้นส่วนจัดการสุขภาพตนเอง (Partnership) สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ใช่เพียงอุปกรณ์บันทึก แต่คือ "คู่คิด" ที่ช่วยเสริมพลังในการคิดวิเคราะห์ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคน

**ประเด็นย่อย 1.2 ข้อมูลสุขภาพ** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือแพทย์ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการนำข้อมูลสุขภาพมาเป็นแรงขับเคลื่อนในการสร้างแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic Motivation) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีพลังภายในจะมองการควบคุมโรคเป็น "ความรับผิดชอบของตนเอง" มากกว่า "หน้าที่ของหมอ" โดยมีเครื่องมือแพทย์ที่ตอบโจทย์ Empowerment ต้องสามารถเชื่อมโยงผลลัพธ์สุขภาพกับการกระทำของผู้ป่วยเอง เช่น แสดงว่าค่าน้ำตาลลดลงเพราะพฤติกรรมดีขึ้น ซึ่งสิ่งนี้ช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกถึงความสามารถ (Self-efficacy) และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง ดังคำกล่าว คือ

"อยากได้เครื่องมือที่บ้านที่ค่าน้ำตาลได้ง่าย ๆ แล้วก็บอกได้เลยว่าวันนี้ควรกินอะไร ออกกำลังกายแค่ไหน จะรู้ว่าเราทำได้ดีไม่มีวันนี้" (DM1)

"อยากเห็นว่าวันนี้เราทำดีแค่ไหน" (DM2)

"บางทีพาพ่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอถามค่าน้ำตาล แล้วก็ลืมน้ำตาลครั้งที่แล้วเท่าไร ถ้ามีข้อมูลในมือถือตลอดก็จะดีมากเลย" (ญาติผู้ดูแล)

สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นข้อมูลบอกผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในแต่ละวันได้ด้วย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนั้นเชื่อมโยงการดูแลในการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นผลของการปฏิบัติตน และนำผลดังกล่าวเป็นแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

**ประเด็นย่อย 1.3 ความรู้** ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า เมื่อเครื่องมือแพทย์ที่ใช้นั้น ไม่ใช่เพียง "สิ่งช่วยจำ" แต่ต้องการให้เป็นช่องทางที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสเรียนรู้ตนเองในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร หรือยับยั้งเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิด การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง โดยที่ความรู้ที่ต้องการคนนั้นถูกต้องและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้เครื่องมือแพทย์ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อเข้าสู่ระยะสงบดังคำกล่าว คือ

"โรคเบาหวาน มีข้อมูลเยอะแยะไปหมด หากมีอะไรไว้ให้ลุงดูเตือนความจำก็ดีนะ" (DM3)

"หมออธิบายเยอะ แต่บางทีก็ลืมน ถ้ามีคู่มือหรือวิดีโอสอนการใช้เครื่องมือแต่ละตัวก็จะช่วยได้มาก" (ญาติผู้ดูแล)

นอกจากนี้ในมุมมองของทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความต้องการให้เครื่องมือแพทย์กลายเป็น "เครื่องมือการเรียนรู้" (Learning Tool) ดังคำกล่าว คือ

"การให้ความรู้ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญ เพราะผู้ป่วยต้องเข้าใจโรคและวิธีการดูแลตัวเองอย่างถ่องแท้ จึงจะสามารถบรรลุเบาหวานระยะสงบได้" (พยาบาล)

"เราต้องให้ความรู้ที่ปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ไม่ใช่แค่บอกว่าต้องทำอะไร แต่ต้องอธิบายว่าทำไมถึงต้องทำ" (แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน)

**ประเด็นที่ 2 พร้อมใช้ (Equipments)** กลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นไปที่ความต้องการเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน

**ประเด็นย่อย 2.1 เทคโนโลยี** ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีความต้องการเทคโนโลยีที่ช่วยให้การตรวจวัดและติดตามสุขภาพเป็นไปอย่างแม่นยำและสะดวกสบายยิ่งขึ้น

"เครื่องตรวจน้ำตาลแบบเจาะเลือดมันเจ็บ มีแบบที่ไม่ต้องเจาะไม้ หรือแบบที่อ่านค่าได้ตลอดเวลา ก็จะดีมาก" (DM3)

"เทคโนโลยีอย่างเครื่องตรวจน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (CGM) ช่วยให้เราเห็นรูปแบบน้ำตาลของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้การปรับยาและการให้คำแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น" (พยาบาลชุมชน)

"การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยลดความเจ็บปวดและความยุ่งยากในการดูแลตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและทำตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น" (พยาบาล)

จากความต้องการเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าของผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สะท้อนถึงความต้องการที่จะลดภาระและความไม่สะดวกในการดูแลตนเองแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีที่ช่วยให้การติดตามสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่เจ็บปวด ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพและสะดวกสบายยิ่งขึ้น

**ประเด็นย่อย 2.2 นวัตกรรม** ผู้ให้ข้อมูลทั้งในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพมีความต้องการนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ช่วยให้การจัดการเบาหวานเป็นเรื่องง่ายขึ้น ลดความยุ่งยาก และเพิ่มคุณภาพชีวิต

"อยากให้มีย่ออะไรที่เตือนป่าได้เลยว่าน้ำตาลกำลังจะขึ้นหรือลงผิดปกติ จะได้แก้ไขได้ทัน" (ผู้ป่วยเบาหวาน)

"นวัตกรรมที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและให้คำแนะนำส่วนบุคคลได้แบบเรียลไทม์ จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อน" (นักโภชนาการ)

"การมีอุปกรณ์ที่เชื่อมต่อกับระบบโรงพยาบาลได้โดยตรง จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดตามอาการและให้คำแนะนำได้ทันที แม้ผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้าน" (แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน)

สะท้อนให้เห็นว่าความต้องการนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความต้องการไม่ได้จำกัดอยู่แค่การตรวจวัด แต่รวมถึงระบบอัจฉริยะที่สามารถวิเคราะห์ คาดการณ์ และให้คำแนะนำเชิงรุกได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะยกระดับการดูแลตนเองไปสู่ระดับที่ชาญฉลาดและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต

**ประเด็นย่อย 2.3 การเข้าถึงเครื่องมือ** ในมุมมองของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นซึ่งมีราคาที่เหมาะสมและสามารถหาซื้อหรือเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

"เครื่องมือดี ๆ ก็แพง บางทีก็หายากในบ้านเรา ถ้ามีราคาที่ถูกลงก็จะช่วยได้เยอะ" (ญาติผู้ดูแล)

"เห็นผู้ป่วยหลายคนอยากใช้เครื่องมือตรวจน้ำตาล บางคนอยากได้ smart watch แต่ติดเรื่องค่าใช้จ่าย ถ้ามีนโยบายสนับสนุนหรือโครงการให้ยืม ก็จะช่วยลดภาระได้มาก แต่ที่โรงพยาบาลเราจะให้ยืมใช้" (พยาบาล)

"การเข้าถึงเครื่องมือที่จำเป็นอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหนก็ควรได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน" (พยาบาลชุมชน)

สะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการในการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์นั้น ผู้ดูแลต้องการให้เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นมีราคาที่เหมาะสมและสามารถหาซื้อหรือเข้าถึงได้ง่าย แต่ยังคงคำนึงถึงราคาและการกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกล เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่ การแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ในขณะที่บุคลากรพยาบาลได้ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการใช้เครื่องมือตรวจวัดระดับน้ำตาล รวมถึงอุปกรณ์อัจฉริยะ เช่น สมาร์ทวอตช์ แต่ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญ

ดังนั้น การเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ โดยเฉพาะในมิติต้นทุนและการกระจายบริการในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล จึงยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การส่งเสริมนโยบายด้านการอุดหนุนอุปกรณ์การจัดตั้งระบบให้ยืม หรือการออกแบบนวัตกรรมที่มีราคาเหมาะสม เป็นแนวทางสำคัญในการลดช่องว่างดังกล่าว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบอย่างยั่งยืน

**ประเด็นที่ 3 เกื้อหนุน (Support)** ความต้องการด้านการเกื้อหนุน ผู้ให้ข้อมูลได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

**ประเด็นย่อย 3.1 ระบบบริการสุขภาพ** ผู้ให้ข้อมูลต้องการระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการดูแลเบาหวานระยะสงบ เช่น การนัดหมายที่สะดวก การส่งต่อข้อมูลที่ราบรื่น และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

(10/15)

"บางทีไปโรงพยาบาลก็รอนาน ถ้ามีระบบนัดออนไลน์ หรือมีคนคอยประสานงานให้ก็จะดีมาก"\* (ผู้ป่วยเบาหวาน)

"ระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว จะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและทำให้พวกเขามีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น" (พยาบาล)

"การมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ จะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่สะดุด" (แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน)

สะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการระบบบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลได้อย่างสะดวกสบาย ลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการ และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการจัดการโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

**ประเด็นย่อย 3.2 การสนับสนุน** ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ สังคม และการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

"บางทีท้อแท้กับการคุมอาหาร ถ้ามีพยาบาลหรือนักโภชนาการคอยให้กำลังใจและให้คำแนะนำก็จะช่วยได้เยอะ" (ผู้ป่วยเบาหวาน)

"การสนับสนุนทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางกาย เพราะผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับความท้าทายหลายอย่าง การมีคนคอยรับฟังและให้กำลังใจจะช่วยให้พวกเขามีกำลังใจสู้ต่อไป" (พยาบาล)

"การให้คำปรึกษาที่เข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้ชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุข" (นักโภชนาการ)

สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ สังคม และการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในของผู้ป่วยช่วยให้พวกเขาสามารถรับมือกับความท้าทายของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

**ประเด็นย่อย 3.3 การประสานงาน** ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ติดขัด

"หมอ พยาบาล นักโภชนาการ ควรคุยกันให้เยอะขึ้น จะได้ดูแลเราไปในทิศทางเดียวกัน" (ผู้ป่วยเบาหวาน)

"การประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม เพราะแต่ละคนมีบทบาทที่แตกต่างกัน แต่ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด" (แพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน)

"เมื่อมีการประสานงานที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกกลับสนหรือไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษาโดยรวม" (พยาบาล)

สะท้อนให้เห็นว่า การประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและไร้รอยต่อ การบูรณาการข้อมูลและการสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและสอดคล้องกัน

## การอภิปรายผล

ความต้องการใช้เครื่องมือแพทย์ของผู้ป่วยเบาหวานด้านการเสริมพลังในตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากเดิมที่เครื่องมือแพทย์ทำหน้าที่เพียงวัดและบันทึกข้อมูล มาเป็นเครื่องมือที่ทำหน้าที่เสมือน “คู่คิด” หรือ “ที่ปรึกษาดิจิทัล” ที่ช่วยสนับสนุนการคิด วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามบริบทส่วนบุคคล เครื่องมือแพทย์จึงกลายเป็น “เทคโนโลยีเพื่อการเสริมพลัง” (Empowering Technology) ที่ไม่เพียงให้ข้อมูล แต่ยังส่งเสริมศักยภาพ ความมั่นใจ และแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและกระบวนการทัศนคติของทีมนักสุขภาพเองก็ได้เปลี่ยนจากการมองผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ ไปสู่การยอมรับผู้ป่วยในฐานะ “หุ้นส่วนร่วมดูแลสุขภาพ” ที่มีบทบาทเชิงรุกผ่านการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่เหมาะสม เครื่องมือแพทย์ในบริบทนี้จึงเป็นมากกว่าอุปกรณ์ แต่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญที่ช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลแบบเรียลไทม์ รวมถึง ความรู้ และคำแนะนำที่ประมวลผลเฉพาะราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Alcántara-Aragón (2019) ที่เสนอว่า เทคโนโลยีเบาหวานสามารถเพิ่มความปลอดภัย การสนับสนุน และความรู้สึกมีประสิทธิภาพในตนเองของผู้ป่วยได้ และยังสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลป้อนกลับแบบทันที (Real-time Feedback) ผ่านเครื่องมือแพทย์อัจฉริยะ ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experiences) ที่เป็นรากฐานของความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการโรคเบาหวานเพื่อเข้าสู่ภาวะสงบ ซึ่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการควบคุมจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและตีความได้ด้วยตนเองผ่านเครื่องมือแพทย์ที่เสริมพลังอย่างแท้จริง

ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้องการเครื่องมือแพทย์ด้านพร้อมใช้งาน ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอย่างชัดเจนต่อการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคเบาหวานอย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการตรวจวัด การบันทึกข้อมูลสุขภาพ การรับข้อมูลป้อนกลับแบบเรียลไทม์ และการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความต้องการดังกล่าวไม่ได้มุ่งเพียงเครื่องมือที่ทำหน้าที่ “วัดและแจ้งเตือน” เท่านั้น แต่ยังรวมถึงเทคโนโลยีที่ทำหน้าที่เป็น “ที่ปรึกษาดิจิทัล” ซึ่งสามารถช่วยแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Care) ได้อย่างเหมาะสม แนวโน้มนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ empowering technology ที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง โดยการใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้จากอุปกรณ์ทางการแพทย์มาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ (Alcántara-Aragón, 2019) เครื่องมือแพทย์ในลักษณะนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงอุปกรณ์สนับสนุนการวินิจฉัยทางคลินิก แต่ยังเป็น “เครื่องมือส่งเสริมอำนาจ” ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ ความต้องการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ยังสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ (Health Inequity) ในบางกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมักประสบปัญหาในการเข้าถึงอุปกรณ์ที่มีคุณภาพและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ซึ่งขัดขวางความต่อเนื่องของการดูแลตนเอง (Hou et al., 2018) ดังนั้น การส่งเสริมนวัตกรรมที่มีราคาสมเหตุสมผล และใช้งานง่ายจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมความเท่าเทียมในการดูแลเบาหวาน การสนับสนุนความต้องการเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ควรอยู่ภายใต้แนวทางของ self-management support โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยผ่านเครื่องมือที่สามารถส่งเสริม self-efficacy หรือความเชื่อมั่นในตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997; Fisher et al., 2005) ซึ่งการให้ข้อมูลแบบเรียลไทม์ที่จับต้องได้และแสดงผลชัดเจนแก่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติผู้ดูแล ช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จในระยะสั้น และส่งผลต่อความมั่นใจในระยะยาว ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบูรณาการเครื่องมือแพทย์ที่มีศักยภาพกับระบบบริการสุขภาพที่เข้าใจผู้ป่วยในฐานะ “หุ้นส่วน” ในการจัดการตนเอง มากกว่าการเป็นผู้รับบริการเพียงฝ่ายเดียว (Greenwood, Gee, Fatkin, & Peebles, 2017)

ความต้องการเครื่องมือแพทย์ในด้านการเกี่ยวพันในหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของ ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวพัน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ครบถ้วน และเหมาะสมตามบริบทส่วนบุคคล ความต้องการด้านการเกี่ยวพันดังกล่าวมีความสำคัญต่อการจัดการโรคเบาหวานในระยะยาว ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยทั้ง “โครงสร้างระบบ” และ “ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล” ที่เอื้อต่อการเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวพันหมายถึงโครงสร้างที่ไม่เพียงให้การรักษา แต่ครอบคลุมถึง ระบบติดตามต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการแบบไร้รอยต่อ และระบบสนับสนุนด้านเทคนิคและจิตสังคม (Funnell & Anderson, 2004; Glasgow et al., 2001) นอกจากนี้ ความต้องการในด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ patient-centered care ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เสริมสร้างความร่วมมือ และการให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Epstein & Street, 2011; Powers et al., 2009) ความสามารถของทีมสุขภาพในการสื่อสารและสนับสนุนอย่างเห็นคุณค่าจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในในการจัดการตนเอง โดยความต้องการด้านการประสานงาน (coordination of care) ระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานเป็นอย่างยิ่ง เพราะการประสานงานที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ความซ้ำซ้อนในบริการ ความสับสนในการปฏิบัติตัว และขาดความต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพ (Ouwens et al., 2005) การมีระบบที่ส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมได้อย่างราบรื่น รวมถึงการสื่อสารร่วมระหว่างสหวิชาชีพ จึงเป็นหัวใจของการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยยุคใหม่

ดังนั้น ความต้องการด้านการเกี่ยวพันของผู้ป่วยเบาหวานนั้นครอบคลุมตั้งแต่ระดับบุคคล ผู้ดูแล ทีมสุขภาพ และระบบสุขภาพ ที่เน้นความร่วมมือ การวางแผนร่วม และการประสานความดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผลในระยะยาว

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะของพยาบาลในการใช้เครื่องมือแพทย์ เพื่อเป็นสื่อกลางเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากเครื่องมือจะถูกนำมาวิเคราะห์และสะท้อนผลเป็นรายบุคคล ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ด้านนโยบาย นำผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนกลับไปยังโรงพยาบาลที่มีคลินิกเบาหวาน ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้เครื่องมือแพทย์ ทั้งในด้านการเข้าถึง การกำกับดูแลคุณภาพ และการพัฒนาบุคลากร ตลอดจนนำผลการวิจัยครั้งนี้ เสนอให้โรงพยาบาลพิจารณาปรับนโยบายจัดหาอุปกรณ์ พื้นฐานให้ผู้ป่วยเบาหวานยืมใช้และมีการสลับปรับเปลี่ยนบริหารการใช้งานให้ทั่วถึง
3. ด้านการศึกษาพยาบาล ปรับปรุงหลักสูตรและวิธีการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการในยุคดิจิทัล และสร้างพยาบาลรุ่นใหม่ที่มีความสามารถในการเสริมพลังผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนา Application ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการจัดการตนเองแบบอัจฉริยะที่ครอบคลุมระบบเตือนความจำอัจฉริยะที่เรียนรู้รูปแบบชีวิตผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคลพร้อม ระบบตั้งเป้าหมายและติดตามความก้าวหน้าแบบปรับตัว
2. มีการทำวิจัยต่อยอด เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจความต้องการเหล่านี้ในประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้นหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อนำร่องการใช้ Application ที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่จริง
3. พัฒนาระบบสุขภาพ โดยการผลักดันนโยบายที่เชื่อมโยงข้อมูลจากแอปพลิเคชันสุขภาพเข้ากับระบบของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อให้ทีมแพทย์ใช้ประกอบการรักษา

## รายการอ้างอิง

- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย
- Alcántara-Aragón V. (2019). Improving patient self-care using diabetes technologies. *Ther Adv Endocrinol Metab.* doi: 10.1177/2042018818824215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman.
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>.
- Creswell, J. W. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123–127. <https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>
- Fisher, E. B., Thorpe, C. T., DeVellis, B. M., & DeVellis, R. F. (2005). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: A systematic review and appraisal. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1080–1103. <https://doi.org/10.1177/0145721707309808>.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2001). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 27(11), 575–584.
- Greenwood, D. A., Gee, P. M., Fatkin, K. J., & Peeples, M. (2017). A systematic review of reviews evaluating technology-enabled diabetes self-management education and support. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 11(5), 1015–1027. <https://doi.org/10.1177/1932296817713506>
- Hou, C., Xu, Q., Diao, S., & Hewitt, J. (2018). Mobile phone applications and self-management of diabetes: A systematic review with meta-analysis, meta-regression of 21 randomized trials. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(12), e12297. <https://doi.org/10.2196/12297>
- International Diabetes Federation. (2022). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). Retrieved from <https://diabetesatlas.org>.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry.* Sage Publications.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & GroL, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141–146. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... & Vivian, E. (2009). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(Suppl 3), 85S–107S. <https://doi.org/10.1177/0145721709331946>.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022). *Electronic health records and telehealth adoption increase to reduce hospital burden.* Retrieved from <https://www.hhs.gov>.
- UNICEF. (2022). *Ireland harnesses health technology to reach 2.5 billion people, including elderly and persons with disabilities.* Retrieved from <https://www.unicef.org>.

World Health Organization. (2021). Diabetes. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของผู้นำในชุมชน อำเภอชางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Administrative Factors Affecting the Surveillance, Prevention, and Control  
of Dengue Fever by Community Leaders in Chang Klang District,  
Nakhon Si Thammarat Province

สาโรจน์ รอดเจริญ

Sarod Rodjaroen

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Chang Klang District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat

(Received: September 13, 2025; Revised: October 19, 2025; Accepted: October 28, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอชางกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากร คือ ผู้นำในชุมชน จำนวน 240 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 176 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 30 เมษายน 2568 คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ ปัจจัยทางการบริหาร เท่ากับ .97 และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก สำหรับปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และทุกด้านอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 75.1 ( $adjR^2=.751$ )

ฉะนั้น ควรสนับสนุนปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานแก่ผู้นำชุมชน และส่งเสริมด้านเวลาในการดำเนินงาน ด้านวิธีการบริหารจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณให้ผู้นำในชุมชนรับทราบกระบวนการ นโยบาย และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

**คำสำคัญ:** ปัจจัยทางการบริหาร ผู้นำชุมชน โรคไข้เลือดออก

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Rodjsarod@gmail.com)

## Abstract

This research was a cross-sectional study aimed to 1) investigate the level of dengue fever surveillance, prevention, and control practices and 2) identify the factors influencing the performance of dengue fever surveillance, preventing and control activities among community leaders in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The population consisted of 240 community leaders. The sample size, calculated to be 176 participants, was selected using simple random sampling. Data were collected during April 1–30, 2025. The research instrument was a questionnaire validated by three experts, with an index of item-objective congruence (IOC) ranging from .67 to 1.00. Cronbach's alpha coefficient were .97 for the administrative factors scale and .96 for the dengue fever surveillance, prevention, and control performance scale. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The research findings revealed that:

1. The overall level of administrative factors was moderate. Considering each aspect, personnel and work motivation factors were at a high level, whereas time for implementation, management methods, materials and equipment, and budget were at moderate level. The overall performance of dengue fever surveillance, prevention, and control was high level.

2. The factors influencing the performance of dengue fever surveillance, prevention, and control were found to include time for implementation, personnel, work motivation, and management methods, which together could predict 75.1% of the variance ( $_{adj}R^2 = .751$ ).

Therefore, it is recommended to support personnel factors and enhance work motivation among community leaders, as well as to promote adequate time management, effective management methods, sufficient materials and equipment, and budget allocation. In addition, community leaders should be encouraged to participate in every step of the process, ensuring awareness of operational procedures and related policies.

**Keywords:** Administrative Factors, Community Leaders, Dengue Fever

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ประเทศไทยมีแนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ต่อเนื่องและการระบาดยังไม่แน่นอน โดยในปี พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยมากถึง 154,444 ราย และ 144,952 ราย ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 5 มิถุนายน 2567 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวม 30,353 ราย และมีผู้เสียชีวิต 36 ราย คาดการณ์ว่าภายในปีนี้ จำนวนผู้เสียชีวิตอาจสูงถึง 200 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 1.9 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกชนิด คิดเป็นอัตราป่วย 143.16 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิต 4 ราย (ร้อยละ 0.18) โดยอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอช้างกลาง (334.03 ต่อประชากรแสนคน) อำเภอเมือง (257.20) อำเภอเฉลิมพระเกียรติ (221.10) อำเภอพระพรหม (196.92) และอำเภอฉ่ำพรรณรา (182.23) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) ในส่วนของอำเภอช้างกลาง ช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2567 พบแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 81.38, 3.54, 14.15, 198.39 และ 334.03 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ศูนย์ระบาดวิทยา

(2/12)

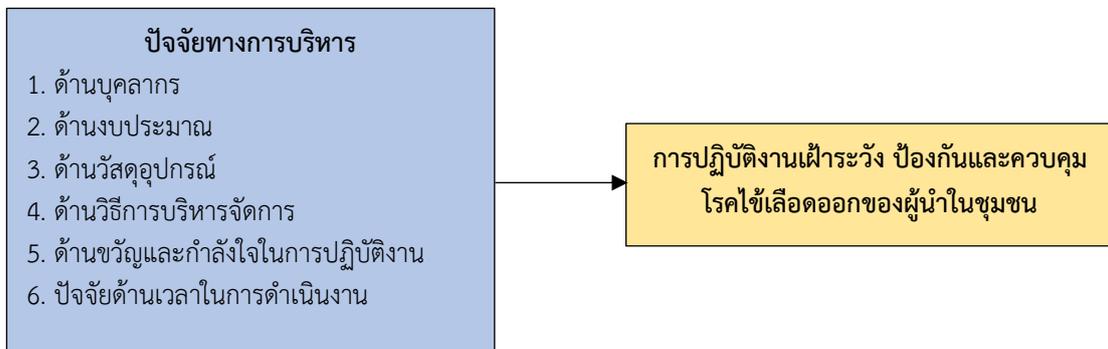
อำเภอข้างกลาง, 2567) ฉะนั้น การสนับสนุนจากองค์การที่ปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายได้ตามต้องการจะทำให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความสำคัญปัจจัยทางการบริหารจึงมีผลต่อการปฏิบัติงานและมีความสำคัญต่อการบริหารหรือปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) คนหรือบุคลากร 2) งบประมาณ 3) วัสดุอุปกรณ์และเครื่องจักรกล 4) วิธีการในการดำเนินงาน 5)ขวัญกำลังใจในการทำงาน และ 6) เวลาในการดำเนินงาน (ประจักษ์ บัวผัน, 2552) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดต่อ (ชาญณรงค์ ไชยสัตย์ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2559) ปัจจัยด้านกำลังคน วิธีการบริหารจัดการ และเวลาในการดำเนินงาน (วิรัชวิชัย รุ่งยิ่ง, 2564) ความเพียงพอของทรัพยากรและบุคลากร (กิ่งแก้ว สำรวยริน และนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ, 2564) ปัจจัยด้านเวลา และเทคโนโลยี (พริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน, 2566) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ การบริหารด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี (ฉวีวรรณ จันทร์รักษ์, 2567) ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี (สุกัญญา พิลาตัน และสุรัชย์ พิมหา, 2567) ดังนั้น การนำปัจจัยทางการบริหารมาศึกษาการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการจัดการควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปปรับใช้ในระดับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการควบคุมโรคที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด

**วัตถุประสงค์วิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยทางการบริหาร 6 ด้าน (ประจักษ์ บัวผัน, 2552) มาเป็นตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร (Man) ปัจจัยด้านงบประมาณ (Money) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ (Management) ปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (Morale) และปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน (Minute) สำหรับตัวแปรตาม ประกอบด้วย การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค การควบคุมการระบาดของโรค และการปฏิบัติการป้องกันโรค โดยมีประเด็นย่อยประกอบด้วย การเผยแพร่ข่าวสารและประชาสัมพันธ์ การประสานงานขององค์กรในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ และการสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันโรคในชุมชน จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่มีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้นำในชุมชนทุกหมู่บ้าน ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งออกเป็น จำนวน 240 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power เท่ากับ .95 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ 30 ตัวอย่าง รวมเป็นทั้งหมด 176 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้รายชื่อผู้นำชุมชนทั้งหมดในอำเภอ เป็นกรอบการสุ่ม และจับฉลากอย่างง่ายตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลและมีเวลาเพียงพอในการตอบแบบสอบถาม
2. เป็นผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ตำแหน่งในชุมชน และ 8) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในชุมชน โดยคำถามเป็นแบบปลายปิด และปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหารในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 6 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคลากร จำนวน 5 ข้อ 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ จำนวน 7 ข้อ 3) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 8 ข้อ 4) ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ จำนวน 5 ข้อ 5) ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ และ 6) ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert, 1967) ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) ปฏิบัติมาก (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล นำค่าเฉลี่ยมารวมกัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1998) ดังนี้

ปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00
ปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67
ปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับน้อย	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค จำนวน 6 ข้อ 2) การควบคุมการระบาดของโรค จำนวน 5 ข้อ และ 3) การปฏิบัติการป้องกันโรคโดยมีประเด็นย่อยประกอบด้วย 3.1) การเผยแพร่ข่าวสารและประชาสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ

(4/12)

3.2) การประสานงานขององค์กรในพื้นที่ จำนวน 4 ข้อ 3.3) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 4 ข้อ และ 3.4) การสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันโรคในชุมชน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert, 1967) ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) ปฏิบัติมาก (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล นำค่าเฉลี่ยมารวมกัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1998) ดังนี้

การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00
การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67
การปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย	มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน สาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก 1 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด และกรอบแนวคิด ตลอดจนการใช้ภาษาเพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ ได้ค่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยระหว่าง .67 – 1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้นำชุมชนในอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 ชุด เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีลักษณะใกล้เคียงกับอำเภอข้างกลาง เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

ปัจจัยทางการบริหารในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	เท่ากับ .97
การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	เท่ากับ .96
ทั้งหมด	เท่ากับ .98

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือน 1 - 30 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเรียนสาธารณสุขอำเภอข้างกลาง ผู้บริหารท้องถิ่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอข้างกลาง ทำการส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอข้างกลาง และประธาน อสม. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บแบบสอบถาม โดยให้ประธาน อสม. ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอข้างกลาง เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการชั่งตวงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำ มีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 3) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 4.44 และพิจารณา ค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง 0.23 – 0.64 5) กราฟ Normal Plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.81

### จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 15/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง 27 กุมภาพันธ์ 2569 กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อสิทธิในการบริการด้านสาธารณสุข โดยข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.20) ประมาณ 3 ใน 5 อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (ร้อยละ 59.66) มีอายุเฉลี่ย 51.01 ปี ( $SD= 9.61$ ) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 74 ปี เกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.86) มากกว่า 2 ใน 5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 42.05) เกือบ 3 ใน 4 มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 73.86) ประมาณ 4 ใน 5 มีรายได้น้อยกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 83.52) เกือบครึ่งเป็นผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเป็นผู้นำชุมชนไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 49.43 และ 47.73)

2. ปัจจัยทางการบริหารในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยทางการบริหารในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยทางการบริหาร	M	SD	แปลผล
ปัจจัยด้านบุคลากร	3.77	0.77	มาก
ปัจจัยด้านงบประมาณ	2.92	1.01	ปานกลาง
ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์	3.27	1.00	ปานกลาง
ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ	3.38	0.98	ปานกลาง
ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	3.68	0.61	มาก
ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน	3.57	0.80	ปานกลาง
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.43</b>	<b>0.74</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 3.43, SD= 0.74$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ( $M= 3.77, SD= 0.77$  และ  $M= 3.68, SD= 0.61$ ) สำหรับปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 3.57, SD= 0.80; M= 3.38, SD= 0.98; M= 3.27, SD= 1.00$  และ  $M= 2.92, SD= 1.01$ )

3. การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน

การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	M	SD	แปลผล
การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค	3.74	0.83	มาก
การควบคุมการระบาดของโรค	3.83	0.83	มาก
การปฏิบัติการป้องกันโรค	3.72	0.73	มาก
การเผยแพร่ข่าวสารและประชาสัมพันธ์	3.68	0.87	มาก
การประสานงานขององค์กรในพื้นที่	3.88	0.71	มาก
การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่	3.51	0.84	ปานกลาง
การสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันโรคในชุมชน	3.82	0.79	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.73</b>	<b>0.72</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 2 พบว่า การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M= 3.73, SD= 0.72$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยการควบคุมการระบาดของโรคมียุทธศาสตร์สูงสุด ( $M= 3.83, SD= 0.83$ ) รองลงมาคือ การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค และการปฏิบัติการป้องกันโรค ( $M= 3.74, SD= 0.83$  และ ( $M= 3.72, SD= 0.73$ ) สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคเมื่อแยกเป็นประเด็นย่อย พบว่าการประสานงานขององค์กรในพื้นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M= 3.88, SD= 0.71$ ) รองลงมาคือ การสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันโรคในชุมชน ( $M= 3.82, SD= 0.79$ ) การเผยแพร่ข่าวสารและประชาสัมพันธ์ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $M= 3.68, SD= 0.87$ ) และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 3.51, SD= 0.84$ )

4. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

**ตาราง 3** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	0.480			
ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน	0.379	0.417	4.35	< 0.001**
ปัจจัยด้านบุคลากร	0.158	0.167	3.06	0.003**
ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน	0.237	0.198	3.16	0.002**
ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ	0.132	0.179	2.11	0.036*

R=0.870, R-Square= 0.757,  $\text{adj}R\text{-Square}= 0.751, SE\text{Ets}= 0.360, F= 133.271$

\*\*p-value < .01, p-value < .05

จากตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ กล่าวคือ เมื่อผู้นำในชุมชนมีปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.379 หน่วย ( $b= 0.379$ ) เมื่อผู้นำในชุมชนมีปัจจัยด้านบุคลากรเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.158 หน่วย ( $b= 0.158$ ) เมื่อผู้นำในชุมชนมี

(7/12)

ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.237 หน่วย ( $b = 0.237$ ) และเมื่อผู้นำในชุมชนมีปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.132 หน่วย ( $b = 0.132$ ) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 75.1 ( $adjR^2 = 0.751$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) โดยสามารถเขียนสมการทำนายการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 0.480 + 0.379 (\text{ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน}) + 0.158 (\text{ปัจจัยด้านบุคลากร}) + 0.237 (\text{ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน}) + 0.132 (\text{ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ})$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.417 (\text{ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน}) + 0.167 (\text{ปัจจัยด้านบุคลากร}) + 0.198 (\text{ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน}) + 0.179 (\text{ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ})$$

### การอภิปรายผล

1. ปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 49.43) หน่วยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งการบริหารบางท่านอาจยังมีการรับรู้ที่ไม่เพียงพอ กลุ่มนี้อาจจะมีความเกี่ยวข้องเพียงเป็นคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อมีการประชุมและร้องขอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการขอความร่วมมือ ดังนั้น จึงส่งผลให้ปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัญวิชัย รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของฉวีวรรณ จันทักษ์ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแต่ ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของพิริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่ม อสม. เท่านั้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า เนื่องจากทุกตำแหน่งในการเป็นผู้นำชุมชนของชุมชน ถือได้ว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะต้องขับเคลื่อนทุกงานที่เกิดขึ้นในชุมชน ฉะนั้น การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำชุมชนก็ต้องให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือ ซึ่งประเด็นนี้จากวิจัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.18, SD = 0.79$ ) และอาจจะเป็นเพราะว่า ผู้นำชุมชนได้ตระหนักดีถึงผลเสียหากคนในชุมชนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อีกทั้ง กลุ่มผู้นำชุมชนอาจจะทราบบทบาทของตนเองต่อตำแหน่งที่ตนเองได้รับการแต่งตั้งว่า ตนเองเป็นบุคลากรหนึ่งที่จะต้องขับเคลื่อนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จากการทราบบทบาทของตนเองยังส่งผลให้ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมากด้วย กล่าวคือ เมื่อผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ทีมผู้นำชุมชนก็จะมีสามัคคีและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.05, SD = 0.71$ ) สอดคล้องกับฉวีวรรณ จันทักษ์ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแต่ ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของพิริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก และยิ่งสอดคล้องการศึกษาของวิรัญวิชัย รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ด้านบุคลากรอยู่ในระดับสูง แต่แตกต่างกันที่ด้านขวัญและกำลังใจที่อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผู้นำชุมชนในบางตำแหน่งมีการรับทราบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่เพียงพอ เพราะหากตนเองไม่ได้เป็นกรรมการ

(8/12)

หรือส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนั้น ๆ ก็จะทำให้การรับรู้ในประเด็นนั้น ๆ น้อย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านเวลาในการดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบ วิธีการหรือนวัตกรรม มาใช้ในการปรับปรุงในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ให้สะดวกรวดเร็ว ( $M= 3.30, SD= 1.00$ ) ด้านวิธีการบริหารจัดการ ได้แก่ การเข้าร่วมวิเคราะห์สาเหตุการระบาดของโรค สืบค้นแหล่งรังโรค และพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก ( $M= 3.21, SD= 1.06$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ การวางแผนการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ไว้เป็นการล่วงหน้า ( $M= 3.14, SD= 1.13$ ) และด้านงบประมาณ ได้แก่ ได้รับงบประมาณอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ( $M= 2.70, SD= 1.09$ ) จะเห็นได้ว่า ในประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำเป็นประเด็นที่หากผู้นำชุมชนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องจะไม่ทราบ เพราะการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจะมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญมากกว่าผู้นำชุมชนในตำแหน่งอื่น ๆ และในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกบุคคลหลาย ๆ คน อาจจะคิดว่าเป็นบทบาทของ อสม. ที่มีหน้าที่ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเป็นตัวประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงไปยังประชาชน ฉะนั้น จึงอาจจะทำให้ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัชวิชัย รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นเพียงด้านปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงานที่อยู่ในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของฉวีวรรณ จันทร์รักษ์ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลา ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณของ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแต้ ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่ม อสม. เท่านั้น

2. การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกด้าน และภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการควบคุมการระบาดของโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค และการปฏิบัติการป้องกันโรค อธิบายได้ว่า ผู้นำในชุมชนทุกตำแหน่งได้ปฏิบัติงานและมีความร่วมมือเป็นอย่างดีตามบทบาทของตำแหน่งตนเองที่ได้รับ โดยเฉพาะการได้รับทราบหรือติดตามผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายของ อสม. เป็นประจำทุกสัปดาห์ ( $M= 3.90, SD= 0.97$ ) การได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ( $M= 3.97, SD= 0.98$ ) แสดงให้เห็นว่า ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการทำงานร่วมกันในชุมชนเป็นอย่างดี ทุกตำแหน่งพร้อมที่จะปฏิบัติร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของพัทธ์ธีรา พลิตี, ประจักษ์ บัวผัน และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2567) ที่พบว่า การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัชวิชัย รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

สำหรับการปฏิบัติการป้องกันโรคพบว่า การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะ ยังมีบางประเด็นที่ผู้นำชุมชนไม่ทราบ ซึ่งจากผลการวิจัยที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ และด้านงบประมาณในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ ( $M= 3.07, SD= 1.17$ ) สอดคล้องกับความคิดเห็นปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของพัทธ์ธีรา พลิตี, ประจักษ์ บัวผัน และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2567) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ของ อสม. อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม.

3. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 4 ตัวแปร เรียงลำดับอำนาจการทำงาน อภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงาน ( $b= 0.379$ ) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้นำชุมชนรับทราบบทบาทของตนเองที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ การประชุม การวางแผน และการติดตามการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

(9/12)

ที่ทันสมัยการณ์และทุกระยะตามเวลาที่กำหนด รวมถึงความเอาใจใส่ในกิจกรรม จะส่งผลให้การปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพริษฐ์ พลเยี่ยม และ ประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัลวิชญ์ รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า เวลาในการดำเนินงานมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ( $b = 0.237$ ) ในประเด็นนี้จะเห็นว่า เมื่อผู้นำชุมชนมีการร่วมมือกัน จะทำให้ผู้นำชุมชนมีความสามัคคี และเมื่อมีการปฏิบัติจะเป็นที่รู้จัก ยอมรับจากชุมชน ทำให้ตำแหน่งที่ดำรงอยู่มีเกียรติมากขึ้น ส่งผลถึงขวัญและกำลังใจในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของพริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัลวิชญ์ รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยด้านบุคลากร ( $b = 0.158$ ) อธิบายได้ว่า ผู้นำชุมชนไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดก็มีความสำคัญและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ในประเด็นนี้ หากผู้นำในชุมชนได้รับการอบรม พัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก จะส่งผลถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัลวิชญ์ รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการ ( $b = 0.132$ ) มีอำนาจทำนายน้อยที่สุด อาจจะเป็นเพราะว่า การบริหารจัดการจะเกี่ยวเนื่องกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ก็คือ อสม. ซึ่งต้องร่วมกันเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ผู้นำในตำแหน่งอื่นสามารถร่วมกันวิเคราะห์การระบาด และให้คำปรึกษาและคำแนะนำในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้อง หากได้รับการได้รับการประสานงานจาก อสม. หรือ รพ.สต. ทั้งนี้ ผลจากการขอความร่วมมือ บทบาทที่ผู้นำชุมชนได้รับอาจจะเป็นการประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก เทศบาล วัด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของพริษฐ์ พลเยี่ยม และประจักษ์ บัวผัน (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านวิธีการบริหารจัดการในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดร้อยเอ็ด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่นเดียวกับการศึกษาของวิรัลวิชญ์ รุ่งยิ่ง (2564) ที่พบว่า ด้านวิธีการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากงานวิจัยนี้สรุปได้ว่าปัจจัยทางการบริหาร เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยการดำเนินงานอาจจะต้องพิจารณาปัจจัยด้านเวลาในการดำเนินงานมาเป็นอันดับแรก เนื่องจากผู้นำชุมชนอาจจะมีภารกิจหลายด้านจึงจำเป็นต้องมีการบริหารเวลาในการจัดสรรงาน แบ่งงาน ลำดับความสำคัญของงาน หากมีการบริหารจัดการเวลาได้มีประสิทธิภาพก็จะทำให้สามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว สำหรับปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ ความพอใจในการทำงาน ซึ่งจะผลดีที่จะเกิดขึ้น แต่ทั้งนี้หากมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเพียงพอ โดยมีการบริหารจัดการให้มีความรู้ มีทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบ รวมถึงการจัดการทรัพยากรทางการบริหารด้านอื่น ให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้การปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

## การนำผลวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานแก่ผู้นำชุมชน และส่งเสริมด้านเวลาในการดำเนินงาน ด้านวิธีการบริหารจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณให้ผู้นำในชุมชน รับผิดชอบต่อกระบวนการ นโยบาย และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยและพัฒนา โดยนำปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันกันโรค ไปออกแบบการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนตามบริบทของอำเภอข้างกลาง และศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจากมุมมองของผู้นำชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อฯ โดยแมลง พ.ศ. 2566 – 2575*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=40542>
- กิ่งแก้ว สාරยรัตน์, & นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปากโทก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 16(1), 78–88.
- ฉวีวรรณ จันทร์ทิพย์. (2567). ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแต่ ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(16), 97-113.
- ชาญณรงค์ นัยเนตร และประจักษ์ บัวผัน. (2566). ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 23(2), 211-223.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2552). *หลักการบริหารงานสาธารณสุข*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พริษฐ์ พลเยี่ยม, & ประจักษ์ บัวผัน. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 25-39.
- พัทธ์ธีรา พลิตี, ประจักษ์ บัวผัน และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2567). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 30(1), 5-20.
- วิรัชชัย รุ่งยิ่ง. (2564). ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้นำในชุมชน อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 1(3), 1–15.
- สุกันยา พิลาตัน และสุชัย พิมพ์. (2567). บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21, ฉบับพิเศษ, 26-38.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). รายงานระบาดวิทยาจังหวัดนครศรีธรรมราช. กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอข้างกลาง. (2567). ข้อมูลการระบาดของโรคอำเภอข้างกลาง. นครศรีธรรมราช.
- Best, J. W. & Kahn, J. V. (1998). *Research in education (8th ed.)*. Boston: Allyn and Bacon
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2<sup>nd</sup>)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Likert, R. (1967). *The Human Organization: Its Management and Value*. New York: McGraw-Hill.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Factors Associated with Cholinesterase Enzyme Levels in Durian Farmers  
in the Area of Ban Pian Subdistrict Health Promoting Hospital,  
Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province

กิตติพงษ์ ถวาย

Kittipong Tawai

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Ban Pian Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: September 10, 2025; Revised: October 23, 2025; Accepted: October 31, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสที่ตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส แบบบันทึกสมบูรณ์ จำนวน 248 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ทุกข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า

1. เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน จำนวน 166 คนมีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ร้อยละ 66.94
2. เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ เท่ากับ 3.54 เท่า ( $adj. OR = 3.54; 95\% CI = 1.59 - 7.89$ ). เมื่อเทียบกับเพศชาย เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีอายุ 45 - 59 ปี และ  $\geq 60$  ปี มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 19 และ 94 เมื่อเทียบกับอายุ  $\leq 44$  ปี ( $adj. OR = 0.81; 95\% CI = 0.02 - 0.37; adj. OR = 0.06; 95\% CI = 0.01 - 0.33$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สินมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 81 เมื่อเทียบกับพอใช้จ่าย ( $adj. OR = 0.19; 95\% CI = 0.50 - 0.69$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ( $adj. OR = 0.02; 95\% CI = 0.01 - 0.22$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ปลูกพื้นที่ลาดชันมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 62 เมื่อเทียบกับพื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องให้กับเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน โดยเฉพาะผู้ชาย ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุ และผู้ที่ปลูกในพื้นที่ลาดชัน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะใช้สารเคมี

**คำสำคัญ:** เอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน อำเภอหนองพิตำ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kittipongjj@hotmail.com)

## Abstract

This retrospective analytical research aimed to study the results of cholinesterase enzyme testing and factors associated with cholinesterase enzyme levels among durian farmers in the area of Ban Pian Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The population consisted of 248 durian farmers who underwent cholinesterase enzyme testing with complete records. The research instrument was a data recording form validated by three experts, yielding a content validity index of 1.00 for all items. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression. The research findings revealed that

1) A total of 166 durian farmers (66.94%) had cholinesterase enzyme levels within the safe/normal range.

2) Female durian farmers were had 3.54 times higher odds of having cholinesterase enzyme levels in the safe/normal range compared to males (*adj.OR*= 3.54; 95%CI= 1.59–7.89). Durian farmers aged 45-59 years and ≥60 years had 19% and 94% lower odds of having cholinesterase enzyme levels in the safe/normal range, respectively, compared to those aged ≤44 years. (*adj.OR*= 0.81; 95%CI= 0.02 - 0.37; *adj.OR*= 0.06; 95%CI= 0.01 - 0.33) Durian farmers with insufficient income and debt had 81% lower odds of having cholinesterase enzyme levels in the safe/normal range compared to those with sufficient income (*adj.OR*= 0.19; 95%CI= 0.50 - 0.69). Alcohol consumption of durian farmers had 98% lower odds of having cholinesterase enzyme levels in the safe/normal range compared to non-drinkers (*adj.OR*= 0.02; 95%CI= 0.01 - 0.22) Durian farmers who cultivated on sloped terrain had 62% lower odds of having cholinesterase enzyme levels in the safe/normal range compared to those farming on flat or low-lying areas. (*adj.OR*= 0.38; 95%CI= 0.17 - 0.89)

Recommendations: relevant agencies should focus on promoting proper pesticide use behaviors among durian farmers, particularly targeting males, those in late working age and the elderly, and those cultivating on sloped terrain. Additionally, campaigns should be conducted to discourage alcohol consumption while using chemicals.

**Keywords:** Cholinesterase Enzyme, Durian Farmers, Nopphitam District

## บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ส่งออกทุเรียนเป็นอันดับ 1 ของโลก ซึ่งทุเรียนเป็นสินค้าทางการเกษตรที่สร้างมูลค่าให้กับเกษตรกรและก่อให้เกิดรายได้เป็นที่พอใจของชาวสวนทุเรียน โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีเนื้อที่ให้ผล 854,986 ไร่ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 7.20 มีผลผลิต 1,201,458 ตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 7.66 และมีผลผลิตต่อไร่ 1,405 กิโลกรัม/ไร่ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 0.43 สำหรับในปี พ.ศ. 2565 คาดว่าจะมีเนื้อที่ให้ผล 914,635 ไร่ ผลผลิต 1,321,648 ตัน และผลผลิตต่อไร่ 1,445 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 6.98 ร้อยละ 10.00 และร้อยละ 2.85 ตามลำดับ (สำนักงานการค้าสินค้า, 2567) เนื่องจากการขยายเนื้อที่ปลูกใหม่ ปี พ.ศ. 2560 ราคาอยู่ในเกณฑ์ดีอย่างต่อเนื่องจึงให้เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนบำรุงดูแลรักษาดีขึ้น และปรับเปลี่ยนพื้นที่มาปลูกทุเรียนแทนพืชอื่น เช่น ลองกอง เงาะ ยางพารา ปาล์มน้ำมัน เป็นต้น ทั้งนี้หากมีสภาพภูมิอากาศที่เอื้ออำนวยต่อการติดดอกและออกผล คาดว่าจะส่งผลให้ภาพรวมผลผลิตทั้งประเทศเพิ่มขึ้นอีกด้วย การที่ผลผลิตต่อไร่ที่เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการที่มีฝนตกอย่างต่อเนื่อง ต้นทุเรียนจึงได้รับน้ำเพียงพอ ต้นมีความสมบูรณ์พร้อมสำหรับการออกดอกและสามารถออกดอกและติดผลดี ประกอบกับราคาทุเรียนที่เกษตรกรขายได้

(2/14)

อยู่ในเกณฑ์ดีอย่างต่อเนื่อง เกษตรกรจึงให้การบำรุงดูแลดีขึ้น ส่งผลให้ต้นทุนทุเรียนสมบูรณ์ให้ผลผลิตได้มากขึ้น ภาพรวมผลผลิตทั้งประเทศจึงเพิ่มขึ้นด้วย (สำนักการค้าสินค้า, 2567)

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร ได้รายงานจำนวนสวนทุเรียน รวมทั้งทั่วประเทศ 74,136 สวน แบ่งเป็น ภาคตะวันออก 29,060 สวน ภาคใต้ 43,668 สวน และพื้นที่อื่น ๆ 1,408 สวน จำนวนโรงคัดบรรจุทุเรียนทั่วประเทศ 1,209 แห่ง แบ่งเป็นภาคตะวันออก 666 แห่ง ภาคใต้ตอนบน 441 แห่ง ภาคใต้ตอนล่าง 12 แห่ง และพื้นที่อื่น ๆ 102 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พ.ค.66) ขณะที่ภาพรวมปริมาณผลผลิตไม้ผลภาคใต้ 14 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา กระบี่ นครศรีธรรมราช พัทลุง ตรัง ภูเก็ต สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส (ทุเรียน มังคุด เงาะ และลองกอง) ปี พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2565 พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีเนื้อที่ยืนต้น 1,139,056 ไร่ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 2.30 เนื้อที่ให้ผล 948,949 ไร่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ผลผลิตรวม 895,118 ตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.03 (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2567)

สำหรับตำบลลุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบสูงสลับกับภูเขาสูง ในเขตอุทยานแห่งชาติเขาหลวงและอุทยานแห่งชาติเขานัน มีป่าไม้อันอุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งต้นน้ำลำธารหลายสาย อีกทั้งยังมีสภาพพื้นที่ที่ยังคงอุดมสมบูรณ์เอื้อประโยชน์ต่อการประกอบอาชีพของประชาชนในพื้นที่ ประกอบกับมีสภาพอากาศที่เย็นตลอดปี จึงทำให้เหมาะสมอย่างยิ่งในการปลูกทุเรียนเพราะมีพื้นที่เป็นที่ราบสูง มีความอุดมสมบูรณ์ของแร่ธาตุในดิน ทำให้ทุเรียนโตเร็วให้ผลผลิตเร็วกว่าพื้นที่อื่น ๆ โดยปกติทุเรียนจะให้ผลผลิตเมื่ออายุ 6 - 7 ปี แต่ที่ตำบลลุงชิงจะเริ่มให้ผลผลิตตั้งแต่อายุ 4 ปี (จรู ถิ่นพระบาท, 2563) และในปัจจุบันเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนโดยเฉพาะเกษตรกรรุ่นใหม่ได้ให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้นโดยการนำเครื่องจักรกลการเกษตรมาใช้ในการจัดการสวนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต และลดปัญหาแรงงาน ยกตัวอย่างเช่น การใช้รถตัดหญ้า เครื่องพ่นยาแรงสูง มอเตอร์สูบน้ำ ระบบการให้น้ำแบบสปริงเกอร์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีเครื่องจักรกลเกษตรที่ทันสมัยจำนวนมากที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการภายในสวนทุเรียนที่มีขนาดใหญ่ได้ เช่น รถกระเช้าสำหรับการตัดแต่งกิ่ง รถตัดหญ้าแบบนั่งขับแอร์บลาส (ใช้สำหรับการพ่นสารเคมี) เครื่องใส่ปุ๋ย รถแทรกเตอร์พวงท้าย แขนสเปรย์พ่นสารเคมี เป็นต้น (สำนักกรมวิชาการ, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าวดูเหมือนว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในหมู่เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน และยังมี การนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้ในปริมาณมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยอยู่ในระหว่างการพัฒนาในทุก ๆ ด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและความมั่นคงทางการเมือง (พัชรสิริ ศรีเวียง, 2560) ด้วยเหตุนี้ เกษตรกรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำสารเคมีป้องกันและกำจัดแมลงศัตรูพืชมาใช้แต่ถ้าหากเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ระมัดระวังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองในการฉีดพ่นที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของกลุ่มเกษตรกรและปัญหาใหญ่ของสังคมในปัจจุบัน ทั้งนี้ ผลกระทบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้และประชาชนที่สัมผัสกับสารเคมี ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสารเคมีดังกล่าวสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางปาก การหายใจ และการซึมผ่านผิวหนัง ฤทธิ์ของสารเคมีจะไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ทำให้เกิดการสะสมของอะซิติลโคลีนที่ปลายเส้นประสาท หากพฤติกรรมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม โดยผลกระทบมีทั้งแบบเฉียบพลันซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันทีทันใด เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดเกร็ง หายใจขัดแน่นหน้าอก ผื่นแดง หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหมดสติ และถึงแก่เสียชีวิตได้ เมื่อได้รับสารเคมีในปริมาณที่มาก ส่วนผลกระทบแบบเรื้อรังเกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วระยะเวลาหนึ่งอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือปี เช่น มีอาการปวดเกร็งที่กระเพาะอาหาร ด้วงวาย ไตวาย ประสาทส่วนปลายเสื่อม มะเร็ง เป็นต้น (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2559)

จากผลการคัดกรองระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2565 - 2567 พบว่า อยู่ในระดับปกติ จำนวน 13 คน, 67 คน และ 32 คน ระดับปลอดภัย จำนวน 30 คน, 109 คน และ 78 คน ระดับเสี่ยง จำนวน 135 คน, 97 คน และ 98 คน และระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 8 คน, 54 คน และ 39 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

(3/14)

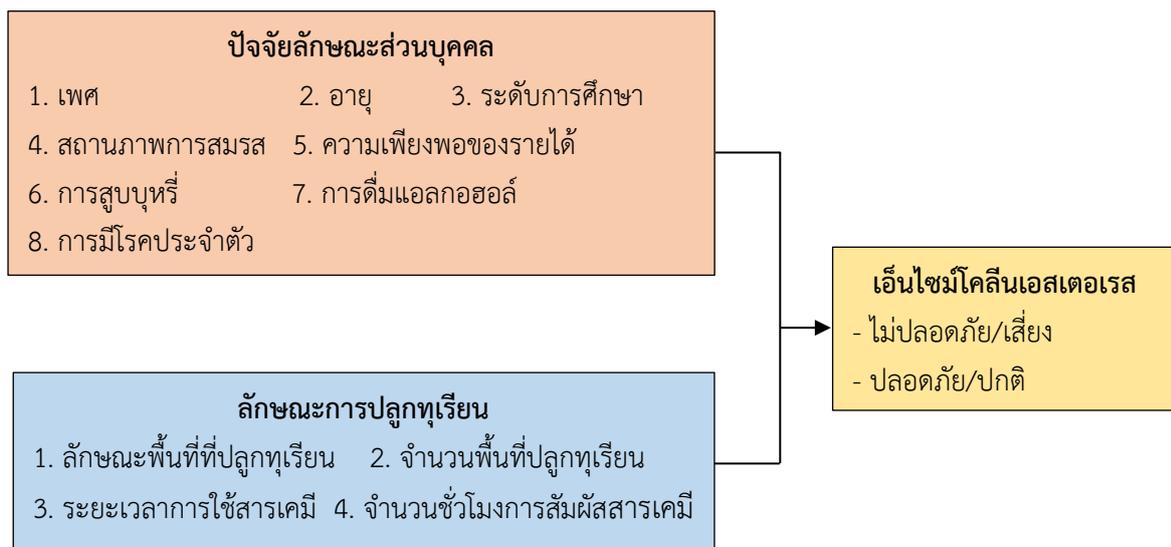
ตำบลบ้านเปียน, 2567) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกษตรกรปลูกทุเรียนมีความเสี่ยงที่จะได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่าเกษตรกรกลุ่มอื่นและอาจมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัยในหลายด้าน ได้แก่ การจัดการการฉีดพ่นการเก็บและทำความสะอาด จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า อายุ การสูบบุหรี่ ลักษณะการปฏิบัติงาน (อรณีส มุสิกวงศ์, อังพงศ์ คลิ่งเกล้า, ญาณิศา ศรีใส และบุญยานุช ทองคำดี, 2567) การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง และประวัติโรคประจำตัว (มยุรี สุวรรณโคตร, 2567) จำนวนวันในการทำงานกับสารเคมีต่อสัปดาห์ (ธนัชพร พิมพ์ทองกลาง, กนกวรรณ คำนุช, ภัทราภา ถนอมพลกรัง, อรปริยา คำชาติ, จิรนนท์ นันประดิษฐ์ และชลาลัย หาญเจนลักษณ์, 2566) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกร ดังนั้น หากทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกทุเรียนให้ปลอดภัยได้เหมาะสมกับบริบทในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน และตำบลลุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

**วัตถุประสงค์วิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า สารกำจัดศัตรูพืชมีกลไกออกฤทธิ์หลายรูปแบบ (Bloomquist, 1996) มีช่องทางการรับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายทั้งทางปาก ทางการหายใจ และทางผิวหนัง ส่งผลต่อระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่ใช้สารเคมี และพื้นที่ที่ปลูก (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2559) งานวิจัยชิ้นนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical) เก็บข้อมูลจากทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรส ในปีงบประมาณ 2565 - 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรสที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรส ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 จำนวน 659 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ เป็นเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรสในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 และ 2) เป็นเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สำหรับเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือเป็นข้อมูลที่ลบบันทึกไม่สมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากตารางสำเร็จรูปของ Yamane (1973) ที่ระดับความน่าเชื่อถือร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 ได้ 242 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้ 12 คน (Naing, Winn, & Rusli, 2006) รวมทั้งหมด 254 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการหยิบฉลากรายชื่อเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรสที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรส ในปีงบประมาณ 2565 - 2567

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกจากทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรสที่ตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรส ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 โดยตัวแปรผู้วิจัยได้สร้างขึ้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ความเพียงพอของรายได้ 6) การสูบบุหรี่ 7) การดื่มแอลกอฮอล์ และ 8) การมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ลักษณะการปลูกทุเรียน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ลักษณะพื้นที่ที่ปลูกทุเรียน 2) จำนวนพื้นที่ปลูกทุเรียน 3) ระยะเวลาการใช้สารเคมี และ 4) จำนวนชั่วโมงการสัมผัสสารเคมี

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจเอ็นไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรส จำนวน 1 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2558) ดังนี้

ระดับไม่ปลอดภัย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร

ระดับเสี่ยง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 75 แต่ไม่ถึง 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร

ระดับปลอดภัย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 87.5 แต่ไม่ถึง 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร

ระดับปกติ ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกโดยการสกัดข้อมูล ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม – 31 กรกฎาคม 2568 ดังนี้

1. หลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยได้แล้ว
2. ผู้วิจัยจึงทำการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากทะเบียนของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอทะเบียนของกลุ่มตัวอย่างและค้นหาข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลด้วยตัวเอง และจัดส่งทะเบียนกลับคืนให้กับผู้รับผิดชอบงานอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วยตัวเองทุกวันหลังเสร็จสิ้นการบันทึกข้อมูลในแต่ละวัน
4. เมื่อเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการปลูกทุเรียน และผลการตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ เอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นระดับเสียง/ไม่ปลอดภัย (0) และระดับปกติ/ปลอดภัย (1) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า  $p$ -value ของ Wald's Test น้อยกว่าหรือเท่ากับ .25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate Analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า  $p$ -value มากกว่า .05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนและในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน

### จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 138/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 – 30 มิถุนายน 2569 ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลที่ไม่ระบุตัวตน (Anonymized Data) หรือมีการทำลายรหัส (De-identification) เพื่อยืนยันว่าไม่มีการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกรโดยตรง

### ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 254 คน มีข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 97.64 แสดงผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (n= 248)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	172	69.35
หญิง	76	30.65
<b>อายุ (ปี)</b>		
≤ 44 ปี	54	21.77
45 – 59 ปี	155	62.50
≥ 60 ปี	39	15.73
(M= 51.42 ปี, SD= 8.63, Min= 35 ปี, Max= 70 ปี)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	55	22.18
มัธยมศึกษาตอนต้น	76	30.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	50	20.16
อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	24	9.68
ปริญญาตรี	43	17.34
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
โสด	16	6.45
คู่	211	85.08
หม้าย/หย่า/แยก	21	8.47
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>		
พอใช้จ่าย	146	58.87
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	44	17.74
พอใช้และเหลือใช้มีไว้เก็บ	40	16.13
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	18	7.26
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	200	80.65
สูบ	48	19.35
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	235	94.76
ดื่มแอลกอฮอล์	13	5.24
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	213	85.89
มี	35	14.11
ความดันโลหิตสูง	25	65.79
เบาหวาน	6	15.79
หอบหืด	3	7.89
หัวใจ	2	5.27
มะเร็ง	1	2.63
ไต	1	2.63

จากตาราง 1 พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.35) ประมาณ 3 ใน 5 มีอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 30.65) มากกว่า 4 ใน 5 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.08) มากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 58.87) ประมาณ 4 ใน 5 ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.65, 94.76 และ 85.89)

## 2. ข้อมูลลักษณะการปลูกทุเรียน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละจำแนกตามลักษณะการปลูกทุเรียน (n= 248)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ลักษณะพื้นที่ที่ปลูก</b>		
พื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ	196	79.03
พื้นที่ลาดชัน	52	20.97
<b>จำนวนพื้นที่ปลูกทุเรียน</b>		
น้อยกว่า 10 ไร่	165	66.53
มากกว่า 10 ไร่	83	33.47
<b>ระยะเวลาการใช้สารเคมีต่อสัปดาห์</b>		
1 – 2 วัน	33	13.31
มากกว่า 2 วัน	215	86.69
<b>จำนวนชั่วโมงการสัมผัสสารเคมี</b>		
1 – 2 ชั่วโมง	17	6.85
มากกว่า 2 ชั่วโมง	231	93.15

จากตาราง 2 พบว่า เกือบ 4 ใน 5 ปลูกทุเรียนบนพื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ (ร้อยละ 79.03) ประมาณ 2 ใน 3 มีพื้นที่ปลูกน้อยกว่า 10 ไร่ (ร้อยละ 66.53) มากกว่า 4 ใน 5 ใช้สารเคมีมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 86.69) และส่วนใหญ่สัมผัสสารเคมีมากกว่า 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 93.15)

## 3. ผลการตรวจเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรส ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรส (n= 248)

ระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ปลอดภัย/เสี่ยง	82	33.06
ปลอดภัย/ปกติ	166	66.94

จากตาราง 3 พบว่า ผลการตรวจเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรส พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนมีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ (ร้อยละ 66.94)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน  
**ตาราง 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนด้วย  
 พหุตัวแปร

ปัจจัย	ไม่ปลอดภัย/เสี่ยง จำนวน(ร้อยละ)	ปลอดภัย/ปกติ จำนวน(ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value	adj.OR (95%CI)	p-value
<b>เพศ</b>						
ชาย	72(41.86)	100(58.14)	Ref	<.001	Ref	.002
หญิง	10(13.16)	66(86.84)	4.75 (2.29-9.87)		3.54 (1.59-7.89)	
<b>อายุ (ปี)</b>						
≤ 44 ปี	8(14.81)	46(85.19)	Ref		Ref	
45 – 59 ปี	55(35.48)	100(64.52)	0.32 (0.14-0.72)	.006	0.81 (0.02-0.37)	.001
≥ 60 ปี	19(48.72)	20(51.28)	0.18 (0.07-0.49)	.001	0.06 (0.01-0.33)	.001
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	24(43.64)	31(56.36)	Ref		-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	30(39.47)	46(60.53)	1.19 (0.59-2.40)	.633	-	-
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	14(28.00)	36(72.00)	1.99 (0.88-4.50)	.098	-	-
อนุปริญญา/ปวส./ ปวท.	10(41.67)	14(58.33)	1.08 (0.41-2.86)	.871	-	-
ปริญญาตรี	4(9.30)	39(90.70)	7.55 (2.37-24.05)	.001	-	-
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	4(25.00)	12(75.00)	Ref		-	-
คู่	72(34.12)	139(65.88)	0.64 (0.20-2.07)	.459	-	-
หม้าย/หย่า/แยก	6(28.57)	15(71.43)	0.83 (0.19-3.64)	.809	-	-
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
พอใช้จ่าย	38(26.03)	108(73.97)	Ref		Ref	
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มี หนี้สิน	18(40.91)	26(59.09)	0.51 (0.25-1.03)	.060	0.84 (0.34-2.06)	.706
พอใช้และเหลือใช้มี ไว้เก็บ	15(37.50)	25(62.50)	0.59 (0.28-1.23)	.157	0.93 (0.40-2.14)	.925
ไม่พอใช้จ่ายและมี หนี้สิน	11(61.11)	7(38.89)	0.22 (0.08-0.62)	.004	0.19 (0.50-0.69)	.012
<b>การสูบบุหรี่</b>						
ไม่สูบบุหรี่	58(29.00)	142(71.00)	Ref		-	-
สูบบุหรี่	24(50.00)	24(50.00)	0.41 (0.22-0.78)	.006	-	-

ปัจจัย	ไม่ปลอดภัย/เสี่ยง จำนวน(ร้อยละ)	ปลอดภัย/ปกติ จำนวน(ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value	adj.OR (95%CI)	p-value
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>						
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	70(29.79)	165(70.21)	Ref		Ref	
ดื่มแอลกอฮอล์	12(92.31)	1(7.69)	0.04 (0.01-0.28)	.001	0.02 (0.01-0.22)	.002
<b>การมีโรคประจำตัว</b>						
ไม่มี	64(30.05)	149(69.95)	Ref		-	-
มี	18(51.43)	17(48.57)	0.41 (0.20-0.84)	.015	-	-
<b>ลักษณะพื้นที่ที่ปลูก</b>						
พื้นที่ราบหรือพื้นที่ เตี้ย ๆ	57(29.08)	139(70.92)	Ref		Ref	
พื้นที่ลาดชัน	25(48.08)	27(51.92)	0.44 (0.24-0.83)	.011	0.38 (0.17-0.89)	.025
<b>จำนวนพื้นที่ปลูกทุเรียน</b>						
น้อยกว่า 10 ไร่	51(30.91)	114(69.09)	Ref	.310	-	-
มากกว่า 10 ไร่	31(37.35)	52(62.65)	0.75 (0.43-1.31)		-	-
<b>ระยะเวลาการใช้สารเคมีต่อสัปดาห์</b>						
1 – 2 วัน	9(27.27)	24(72.73)	Ref	.449	-	-
มากกว่า 2 วัน	73(33.95)	142(66.05)	0.73 (0.32-1.65)		-	-
<b>จำนวนชั่วโมงการสัมผัสสารเคมี</b>						
1 – 2 ชั่วโมง	6(35.29)	11(64.71)	Ref	.840	-	-
มากกว่า 2 ชั่วโมง	76(32.90)	155(67.10)	1.11 (0.40-3.12)		-	-

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่เป็นเพศหญิงมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ เท่ากับ 4.75 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (OR= 4.75; 95%CI= 2.29 - 9.87) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีอายุ 45 – 59 ปี และ ≥ 60 ปี มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 68 และ 81 เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 44 ปี (OR= 0.32; 95%CI= 0.14 - 0.72; OR= 0.18; 95%CI= 0.07 - 0.49) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ เท่ากับ 7.55 เมื่อเทียบระดับประถมศึกษา (OR= 7.55; 95%CI= 2.37 – 24.05) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สินมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 78 เมื่อเทียบกับพอใช้จ่าย (OR= 0.22; 95%CI= 0.08 - 0.62) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับไม่สูบบุหรี่ (OR= 0.41; 95%CI= 0.22 - 0.78) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 96 เมื่อเทียบกับไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (OR= 0.04; 95%CI= 0.01 - 0.28) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับไม่มีโรคประจำตัว (OR= 0.41; 95%CI= 0.20 - 0.84) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ปลูกพื้นที่ลาดชันมีโอกาส

ที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 56 เมื่อเทียบกับพื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ ( $OR= 0.44$ ;  $95\%CI= 0.24 - 0.83$ )

เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate Analysis) พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ เท่ากับ 3.54 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ( $adj. OR= 3.54$ ;  $95\%CI= 1.59 - 7.89$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีอายุ 45 - 59 ปี และ  $\geq 60$  ปี มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลง ร้อยละ 19 และ 94 เมื่อเทียบกับอายุ  $\leq 44$  ปี ( $adj. OR= 0.81$ ;  $95\%CI= 0.02 - 0.37$ ;  $adj. OR= 0.06$ ;  $95\%CI= 0.01 - 0.33$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 81 เมื่อเทียบกับพอใช้จ่าย ( $adj. OR= 0.19$ ;  $95\%CI= 0.50 - 0.69$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ( $adj. OR= 0.02$ ;  $95\%CI= 0.01 - 0.22$ ) เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่ปลูกพื้นที่ลาดชันมีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงร้อยละ 62 เมื่อเทียบกับพื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ ( $adj. OR= 0.38$ ;  $95\%CI= 0.17 - 0.89$ )

### การอภิปรายผล

เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate Analysis) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ การมีรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ และพื้นที่ปลูกทุเรียน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เพศหญิง มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติเมื่อเทียบกับเพศชาย 3.54 เท่า ( $adj. OR= 3.54$ ) อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะของเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อน มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและยังสนใจที่จะหาความรู้เพื่อทำให้สุขภาพดี ฉะนั้น ผู้หญิงจึงมีการปฏิบัติตัวและป้องกันตนเองในขณะที่ตนเองทำงานอยู่ในสวนทุเรียน โดยเฉพาะเวลาที่ตนเองใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ถึงร้อยละ 86.64 การศึกษานี้สอดคล้องกับ ปรียะพร ระมัยวงศ์ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2563) ที่พบว่า เกษตรกรเพศชายเสี่ยงต่อเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย/เสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของวัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ศิริศักดิ์ มังกรทอง และประจวบลาภ เทียงแท้ (2561) ที่พบว่า เพศหญิงพบเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติมากกว่าเพศชาย อาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้เกษตรกรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเนื่องจากงานฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นงานที่เหมาะสมสำหรับเพศชาย อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แตกต่างกับการศึกษาของทินกร ชื่นชม (2561) ที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง แต่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสพบเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติต่ำกว่าเพศชาย

2. ผู้ที่มีอายุ 45 - 59 ปี และ  $\geq 60$  ปี มีโอกาสที่มีเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 19 และ 94 ( $adj. OR= 0.81$  และ  $0.06$ ) เมื่อเทียบกับอายุ  $\leq 44$  ปี อธิบายได้ว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีอายุมากอาจคิดว่าตนเองมีประสบการณ์ในการใช้สารเคมี โดยผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรสวนทุเรียนมีอายุเฉลี่ย 51.42 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานตอนปลายจึงอาจจะขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้สารเคมีเข้าสู่ร่างกาย หรือมีการใช้สารเคมีด้วยความเคยชิน ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจเป็นเกษตรกรรุ่นใหม่ที่ได้ใส่ใจในการปฏิบัติตนมากกว่า และอาจจะมีการศึกษาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากกว่าเกษตรกรที่มีอายุมาก โดยผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนที่มีอายุ  $\geq 60$  ปี พบระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย/เสี่ยง ถึงร้อยละ 48.72 สอดคล้องกับชาวนรงค์ ชัยสุวรรณ, วราพันธ์ พรวิเศษศิริกุล และประภัสสร สุวรรณบงกช (2564) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือด ของเกษตรกร เขตสุขภาพที่ 1

3. รายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สินมีโอกาสที่มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 81 เมื่อเทียบกับพอใช้จ่าย ( $adj.OR= 0.19$ ) อธิบายได้ว่า เกษตรกรผู้ที่รายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน อาจจะมีภาระงานที่จะต้องทำงานเพื่อให้ได้เงินมาดูแลครอบครัว โดยอาจจะมี การปลูกทุเรียนของตนเอง และอาจจะรับจ้างปลูกของบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะมีการทำงานในแต่ละวันยาวนานและ ต่อเนื่อง จึงทำให้การป้องกันตนเองน้อยลงเนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้า อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า เกษตรกร ผู้ปลูกทุเรียนอาจจะมีภาระประกอบอาชีพปลูกทุเรียนหรือรับจ้างเป็นเวลานาน จึงอาจจะทำให้ขาดความตระหนัก ในการป้องกันตนเองในบางประเด็น จึงมีการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยจากการใช้สารเคมี หรืออีกสาเหตุหนึ่งอาจจะ เป็นเพราะว่า เกษตรกรที่มีภาระหนี้สินและความขัดสนทางการเงินอาจไม่มีกำลังซื้ออุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานหรือไม่สามารถเปลี่ยนอุปกรณ์ที่ชำรุดได้ทันท่วงทีทำให้ความสามารถในการป้องกัน การสัมผัสสารเคมีลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวิราสิริรี วสิริสิริวี, สุรีย์ จันทรมลิต, ศิริวรรณ วิเศษแก้ว และ ทิพย์สุนันท์ ศรีลาธรรม (2563) ที่พบว่า รายได้ที่น้อยลงมีอิทธิพลต่อเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสเป็นไปในทิศทางลบ

4. การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ร้อยละ 98 เมื่อเทียบกับไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ( $adj.OR= 0.02$ ) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามีระดับเอนไซม์ โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย/เสียง ถึงร้อยละ 92.31 อธิบายได้ว่า นอกจากการดื่มสุราหรือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลต่ออวัยวะหลายส่วนภายในของร่างกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบ โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความบกพร่องของสภาวะทางอารมณ์ การตัดสินใจ และความสามารถ ในการยับยั้งชั่งใจ รวมถึงอาจจะส่งผลกระทบต่อความจำระยะสั้นและสมาธิ พฤติกรรมเหล่านี้มีส่วนทำให้เกษตรกรที่ ดื่มแอลกอฮอล์เกิดความประมาท ขาดความระมัดระวัง และอาจจะเลยการปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันตนเองที่ ถูกต้องในขณะที่ปฏิบัติงานใช้สารเคมี ส่งผลให้มีสารเคมีเข้าร่างกายในปริมาณที่สูงขึ้น สอดคล้องกับมยุรี สุวรรณโคตร (2567) ที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับความปลอดภัยเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของ เกษตรกรภายใต้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

5. พื้นที่ปลูกพื้นที่ลาดชันมีโอกาสที่มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย/ปกติ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 62 เมื่อเทียบกับพื้นที่ราบหรือพื้นที่เตี้ย ๆ ( $adj.OR= 0.38$ ) อธิบายได้ว่า การปลูกทุเรียนเพื่อให้ได้ผลผลิตที่ดีจะต้องมีการปรับพื้นที่การปลูกทุเรียนและวางผังในการปลูกทุเรียน โดยปรับพื้นที่ ให้เป็นที่ราบไม่ให้มีแอ่งน้ำท่วมขังในบริเวณที่จะปลูกทุเรียน รวมถึงการวางผังปลูกของทุเรียนถ้าหากมีฝนตกชุกหรือ มีน้ำขังจะทำให้รากของทุเรียนเน่าและต้นทุเรียนตายได้ง่าย ในกรณีที่ปลูกทุเรียนในพื้นที่เตี้ยราบในการกำจัดวัชพืชจะ มีความง่ายตายกว่าพื้นที่ลาดชันอาจจะทำให้เกิดน้ำขัง ฉะนั้น หากปลูกทุเรียนที่มีพื้นที่ลาดชัน การกำจัดวัชพืช เกษตรกรอาจจะเลือกใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช เช่น ไกลโฟเสท หรือกลูโฟซิเนต-แอมโมเนีย ซึ่งจะต้องพ่นสารเคมี 1 - 2 ครั้ง หลังวัชพืชโตงอกออกมา (กรมวิชาการเกษตร, 2563) จากเหตุผลดังกล่าว เป็นไปได้ว่าเมื่อเกษตรกรปลูกทุเรียน จำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชที่มากขึ้น อาจจะทำให้มีโอกาสสัมผัสสารเคมีที่มากขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งหากมี การป้องกันหรือพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่เหมาะสม ก็อาจจะส่งผลให้พบเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสอยู่ใน ระดับไม่ปลอดภัย/เสียงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ, วราพันธ์ พรวิเศษศิริกุล และ ประภัสสร สุวรรณบงกช (2564) ที่พบว่า ลักษณะของพื้นที่ปลูกมีความสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส ในเลือดของเกษตรกร เขตสุขภาพที่ 1

### การนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องให้กับเกษตรกร ผู้ปลูกทุเรียน โดยเฉพาะผู้ชายที่อยู่ในวัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุ และผู้ที่ปลูกในพื้นที่ลาดชัน ทั้งนี้เพราะ มีโอกาสจะมีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดไม่ปลอดภัยสูงขึ้น และควรมีการประชาสัมพันธ์การป้องกัน เพื่อไม่ให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ให้นำเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ขณะใช้สารเคมี เพื่อให้ได้ใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

(12/14)

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อหารูปแบบและจัดทำข้อตกลงในการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช และศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## รายการอ้างอิง

- กรมวิชาการเกษตร. (2563). *การปลูกทุเรียน*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.shorturl.asia/2B7sp>
- จรู ถิ่นพระบาท. (2563). ทุเรียนกรุงชิงอนาคตไกลเกษตรกรไทยสู่ตลาดต่างแดน. *วารสารวิชาการสังคมมนุษยมหา*  
*วิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 10(2), 54-68
- ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ, วราพันธ์ พรวิเศษศิริกุล และประภัสสร สุวรรณบงกช. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับ  
เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร เขตสุขภาพที่ 1. *เชียงใหม่เวชสาร*, 13(2), 137-151.
- ทินกร ชื่นชม. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร. *วารสารแพทย์เขต*  
*4-5*, 37(2), 86-97.
- ธนัพร พิมพ์ทองกลาง, กนกวรรณ คำนุช, ภัทรชา ถนอมพลกรัง, อรปรียา คำชาติ, จิรนนท์ นันประดิษฐ์ และชลาลัย  
หาญเจนลักษณ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรปลูก  
พริกที่ทำหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลทองกลาง อำเภोजักราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสาร*  
*ความปลอดภัยและสุขภาพ*, 16(1), 111-123.
- ปรียะพร ระมัยวงศ์ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสใน  
เลือดของเกษตรกรในเขตพื้นที่ตำบลยางอู่ม อำเภอกำตันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*  
*ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(4), 1-13.
- พัชรสิริ ศรีเวียง และอนุ สุราช. (2560). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสใน  
กระแสเลือดของกลุ่มเกษตรกรปลูกยาสูบในตำบลทับผึ้ง อำเภอสรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารความ*  
*ปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม*, 2(2), 37-42.
- มยุรี สุวรรณโคตร. (2567). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปลอดภัยเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสใน  
เลือดของเกษตรกร ภายใต้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสาร*  
*การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 7(1), 25-35.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน. (2567). *ทะเบียนตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส*. สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอนบพิตำ. นครศรีธรรมราช.
- วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ศิริศักดิ์ มังกรทอง และประจวบลาภ เทียงแท้. (2561). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด  
ศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร: กรณีศึกษาอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัด  
ปทุมธานี. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(1), 55-44.
- วิราสิริ วีสิริสิ่ว, สุรีย์ จันทรมอลี, ศิริวรรณ วิเศษแก้ว และทิพย์สุนันท์ ศรีลาธรรม. (2563). พฤติกรรมการใช้สารเคมี  
ทางการเกษตรและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี  
ประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(1), 58-70.
- สำนักนกรมการ. (2567). *การพัฒนาและส่งเสริมการเกษตรสร้างมูลค่าตามยุทธศาสตร์ชาติ: กรณีศึกษาสินค้า*  
*เกษตรทุเรียน*. สำนักนายกรัฐมนตรี. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานค้าสินค้า. (2567). *สินค้าทุเรียนและผลิตภัณฑ์*. กระทรวงพาณิชย์.
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2567). *ทุเรียน*. กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2559). *โรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15  
พฤษภาคม 2568 จาก <https://www.envocc.ddc.moph.go.th>.

อรณีส มุสิกวงศ์, ชัชพงศ์ คลิ่งเคล้า, ญาณิศา ศรีใส และบุญยานุช ทองคำดี. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับแอนไทม์โคลิ้นเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรสวนทุเรียน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา*, 2(1), 7-20.

Bloomquist, J. R. (1996). Ion channels as targets for insecticides. *Ann. Rev. Entomol*, 41, 163-190.

Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orfacial Sciences*, 1(1), 9-14.

Yamane, T. (1973). *Statistics: an Introductory Statistics, (Second Edition)*. New York: Harper & Row.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา  
Factors Influencing Core Competencies of Personnel Working in Community  
Hospitals, Phang Nga Province

เสาวลี รอดการ\*

Saowalee Rodkarn\*

โรงพยาบาลกะปงชัยพัฒนา จังหวัดพังงา

Kapongchaipat Hospital, Phangnga Province

(Received: October 1, 2025; Revised: November 5, 2025; Accepted: November 12, 2025)

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับปัจจัยจิตใจ และปัจจัย  
ค้ำจุนของบุคลากร 2) ระดับสมรรถนะหลักของบุคลากร และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของ  
บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน เก็บข้อมูลระหว่าง  
วันที่ 10 กันยายน – 25 กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง  
ของแบบสอบถาม 1.00 ทุกข้อ ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุน และสมรรถนะหลัก ได้ค่าสัมประสิทธิ์  
เท่ากับ .884, .966 และ .968 ตามลำดับสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ  
แบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจิตใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ใน  
ระดับสูง ยกเว้นความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยค้ำจุนภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณา  
รายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง สมรรถนะหลัก  
ของบุคลากร พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน  
และตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก ได้แก่ ความรับผิดชอบ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงาน  
ที่ปฏิบัติประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ) การได้รับการยอมรับนับถือและระดับการศึกษา (ประถมศึกษา)  
ซึ่งร่วมกันทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรได้ร้อยละ 64.30 ( $_{adj}R^2 = .643$ )

ฉะนั้น ผู้บริหารควรมอบงานให้บุคลากรรับผิดชอบที่สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากร และ  
โรงพยาบาลควรให้การยอมรับผลงาน โดยการสร้างบรรยากาศที่ดีสำหรับบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ  
ตรงตามเป้าหมาย

**คำสำคัญ:** ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุน สมรรถนะหลัก โรงพยาบาลชุมชน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aomwalee2516@gmail.com)

## Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine: 1) the levels of motivating and supporting factors among personnel, 2) the levels of core competencies of personnel, and 3) the factors influencing core competencies of personnel working in community hospitals in Phang Nga Province. The sample consisted of 225 participants, and data were collected from September 10 and September 25, 2025. The research instrument was a questionnaire validated by three experts, with an Item objective congruence (IOC) value of 1 for all items. The reliability coefficients for motivation, support, and core competency scale were 0.884, 0.966, and 0.968, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the overall motivational factors were at a high level. When considering each aspect, all were rated high except for career advancement, which was at a moderate level. The overall supporting factors were also at a high level; however, salary and compensation were at a moderate level. The overall core competencies of personnel were high, with all dimensions rated high level as well. The factors influencing core competencies included responsibility, work environment, nature of work, employment type (government employee), recognition, and education level (primary education), which together explained 64.30% of the variance in core competencies ( $_{adj}R^2 = .643$ ).

Therefore, administrators should assign responsibilities consisted with the nature of the personnel's work and create a positive working atmosphere by recognizing and appreciating personnel who successfully accomplish their assigned goals.

**Keywords:** Motivational Factors, Supportive Factors, Core Competencies, Community Hospitals

## บทนำ

การบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management) จำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการบริหารจัดการองค์กรที่เรียกว่า “สมรรถนะ” (Competency) เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรให้ทำงานหรือผลิตผลงานที่องค์กรต้องการได้ ทั้งนี้ สมรรถนะยังสนับสนุนวิสัยทัศน์ ภารกิจ และกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ได้เร็ว และทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สมรรถนะยังเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่กำหนดเป็นคุณลักษณะร่วมของข้าราชการพลเรือนทั้งระบบเพื่อเป็นการหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกัน (สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ., 2553) สมรรถนะยังเป็นความสามารถหรือสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่จะช่วยเพิ่มความสามารถบุคคลก่อให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน จากนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) มีเป้าหมายพัฒนาประเทศให้เกิดความยั่งยืน มีความต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดีในประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) การพัฒนาองค์กรจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะ โดยสมรรถนะที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดให้บุคลากรต้องมีสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) การบริการที่ดี 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและ 5) การทำงานเป็นทีม (สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2553)

ประเด็นการพัฒนาตามแนวทางการพัฒนาบุคลากรภาครัฐ พ.ศ. 2566 - 2570 หน่วยงานของรัฐสามารถสร้างและพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาการทำงาน มีการแบ่งปันความคิดในการทำงาน มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีการทุ่มเททรัพยากรเพื่อลงทุนให้บุคลากรทุกระดับเกิดการเรียนรู้ สร้างค่านิยมเกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรมและทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ทั้งนี้ การขับเคลื่อนการดำเนินการในประเด็นการพัฒนานี้ได้กำหนดบทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยส่วนราชการ บุคลากร และ

(2/13)

สำนักงาน ก.พ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นดำเนินการหลัก 3 ประเด็นคือ การส่งเสริมการปฏิบัติงาน การพัฒนาบุคลากร และการส่งเสริมความสุขและคุณภาพชีวิต (สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2566)

ทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factor Theory) ของ Herzberg (1891) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจซึ่งได้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) เป็นปัจจัยโดยตรงกับแรงจูงใจภายใน ถ้ามีการตอบสนองปัจจัยนี้ของผู้ปฏิบัติแล้วจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจตั้งใจทำงาน และ 2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของคณาจารย์ไม่ดีอาจทำให้คนลาออก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากร อาทิ ปัจจัยแรงจูงใจโดยรวม (เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์, 2566; โกวิทย์ แห่งทอง และมิ่งขวัญ ศิริโชติ, 2567; นุชิตา ม่วงงาม, จารุวรรณ ธาดาเดช และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2567) บรรยากาศในการทำงาน (ระนอง เกตุดาว, 2559; ฉวีวรรณ ทองทาสี, 2566) นโยบายขององค์กรและการทำงานเป็นทีม (ธนากร วรรณพร, จุฑาธิป ศีลบุตร และฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ, 2568) ทั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลยังมีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรอีกด้วย อาทิ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติ (เพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์, 2566) ระดับการศึกษา (พัชฌณ ปัญงามพัฒนา และเฉลิมพร เย็นเยือก, 2567) เพศ และตำแหน่ง (ธนากร วรรณพร, จุฑาธิป ศีลบุตร และฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ, 2568)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 7 แห่ง มีบุคลากรทั้งหมด 873 คน ประกอบไปด้วยข้าราชการ 419 คน ลูกจ้างประจำ 21 คน พนักงานราชการ 22 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 183 คน ลูกจ้างรายเดือน 40 คน ลูกจ้างรายวัน 13 คน และลูกจ้างเหมาบริการ 175 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนมีประเภทการจ้างที่มีความหลากหลาย การให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกกลุ่มเพื่อการขับเคลื่อนภารกิจและการสร้างความเชื่อมโยงในการปฏิบัติงานจะต้องกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานการฝึกอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจต่อคุณธรรมจริยธรรมและวินัยข้าราชการ การติดตามพฤติกรรมอย่างเหมาะสม การมีแนวปฏิบัติเพื่อสร้างความสุขในการปฏิบัติงาน อาทิ รูปแบบการทำงานแบบยืดหยุ่น กิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพ การมีสุขภาพกายและใจที่ดีในการปฏิบัติงาน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลชุมชนควรจะต้องดำเนินการ ฉะนั้น สมรรถนะหลักจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร (HRD Plan) และกำหนด Development Roadmap ของโรงพยาบาลที่ครอบคลุมการพัฒนาบุคลากรทุกกลุ่ม และยังสามารถนำไปวางระบบ รูปแบบ วิธีการ ทำงานที่ตอบสนองต่อภารกิจองค์กร ดังนั้น หากทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลัก โรงพยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยการให้ความสำคัญในการพัฒนาเพื่อที่จะสามารถนำมาใช้กับการปฏิบัติงานอย่างมีหลักการ มีแนวทางในการเรียนรู้ รวมทั้งรู้จักตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ซึ่งจะส่งผลให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของโรงพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม โดยนำแนวคิดของ Herzberg (1891) ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจซึ่งได้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) และ 2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) และปัจจัยส่วนบุคคลมาประยุกต์เพื่อศึกษาอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

(3/13)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา จำนวน 873 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 16 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 204 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Naing, Winn, & Rusli, 2006) ได้ 21 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 225 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อบุคลากรทั้งหมดมาเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย (ก-ฮ)
2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร  $I = N/n$  แทนสูตร ดังนี้  $873/225 = 3.88$  หรือ 4
3. เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการสุ่มเลขโดด 1 – 9 เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายแรก จากการสุ่มเลขโดด หมายเลขที่ได้นับเป็นกลุ่มตัวอย่างรายแรก จากนั้นนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
4. ทำเช่นนี้ทุกโรงพยาบาลตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมทั้งหมด 225 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)** ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) เป็นผู้ที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)** ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาพักผ่อน ลาคลอดบุตร และลาอุปสมบทในระหว่างการเก็บข้อมูล และ 2) เป็นบุคลากรที่ตอบแบบสอบถาม ไม่ถูกต้องและสมบูรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) ระดับการศึกษา (4) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ (5) ประเภทของการจ้าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแรงจูงใจ จำนวน 60 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยจูงใจ 30 ข้อ ได้แก่ (1) ความสำเร็จของงาน 5 ข้อ (2) การได้รับการยอมรับนับถือ 5 ข้อ (3) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 5 ข้อ (4) ความรับผิดชอบ 5 ข้อ (5) ความก้าวหน้าในงาน 5 ข้อ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน 30 ข้อ ได้แก่ (1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 5 ข้อ (2) นโยบายและการบริหารงาน 5 ข้อ (3) การบังคับบัญชา 5 ข้อ (4) ความมั่นคงในงาน 5 ข้อ (5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5 ข้อ (6) สภาพแวดล้อมในการทำงาน 5 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล เฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–2.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะหลักของบุคลากร ทั้งหมด 25 ข้อ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 5 ข้อ 2) การบริการที่ดี 5 ข้อ 3) การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 5 ข้อ 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม 5 ข้อ และ 5) การทำงานเป็นทีม 5 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล เฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–2.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับงานบริหาร จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ 1.00 ทุกข้อ

จากนั้นผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลกระบือ จังหวัดระนอง จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach' alpha Coefficient) ได้ดังนี้

ปัจจัยจูงใจ	ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ	.884
ปัจจัยค้ำจุน	ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ	.966
สมรรถนะหลัก	ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ	.968

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 กันยายน – 25 กันยายน 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จัดส่งหนังสือด้วยตัวเองผ่านหัวหน้าบริหารโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าบริหารโรงพยาบาล ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้หัวหน้าบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้แจกแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้
3. หัวหน้าบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมามาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจ และสมรรถนะหลักของบุคลากร
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา โดยตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำมีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) ตรวจสอบความเป็น linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น 3) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 2.395 และพิจารณาค่า tolerance พบว่ามีค่าระหว่าง .417 – .998 5) กราฟ normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า residual เท่ากับ .000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า durbin-watson เท่ากับ 2.052

### จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา รหัสโครงการ COA.PNPH 2025/041.0809 รับรองวันที่ 8 กันยายน 2568

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.56) มากกว่า 2 ใน 5 มีอายุระหว่าง 30 – 44 ปี (ร้อยละ 44.00) อายุเฉลี่ย 39.51 ปี ( $SD = 10.74$ ) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี เกือบ 2 ใน 3 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 64.00) มากกว่าครึ่งปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 51.56) ระยะเวลาเฉลี่ย 13.16 ปี ( $SD = 11.07$ ) ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 39 ปี และเกือบครึ่งเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 46.67)
2. ปัจจัยแรงจูงใจ พบว่า ปัจจัยจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.93$ ,  $SD = 0.52$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นความก้าวหน้าในงาน ที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยความรับผิดชอบ

(6/13)

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.12, SD = 0.53$ ) รองลงมาคือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ( $M = 4.11, SD = 0.61$ ) ความสำเร็จของงาน ( $M = 4.10, SD = 0.50$ ) การได้รับการยอมรับนับถือ ( $M = 3.94, SD = 0.57$ ) และความก้าวหน้าในงาน ( $M = 3.36, SD = 1.03$ ) สำหรับปัจจัยค้ำจุนภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.83, SD = 0.59$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้น เงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 3.92, SD = 0.61$  และ  $M = 3.92, SD = 0.76$ ) รองลงมาคือ การบังคับบัญชา ( $M = 3.86, SD = 0.71$ ) ความมั่นคงในงาน ( $M = 3.82, SD = 0.68$ ) นโยบายและการบริหารงาน ( $M = 3.80, SD = 0.63$ ) และเงินเดือนและค่าตอบแทน ( $M = 3.62, SD = 0.90$ ) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยแรงจูงใจ ( $n = 225$ )

ปัจจัยแรงจูงใจ	M	SD	แปลผล
<b>ปัจจัยจูงใจ</b>	<b>3.93</b>	0.52	สูง
ความสำเร็จของงาน	4.10	0.50	สูง
การได้รับการยอมรับนับถือ	3.94	0.57	สูง
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4.11	0.61	สูง
ความรับผิดชอบ	4.12	0.53	สูง
ความก้าวหน้าในงาน	3.36	1.03	ปานกลาง
<b>ปัจจัยค้ำจุน</b>	<b>3.83</b>	0.59	สูง
เงินเดือนและค่าตอบแทน	3.62	0.90	ปานกลาง
นโยบายและการบริหารงาน	3.80	0.63	สูง
การบังคับบัญชา	3.86	0.71	สูง
ความมั่นคงในงาน	3.82	0.68	สูง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.92	0.61	สูง
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.92	0.76	สูง

3. สมรรถนะหลักของบุคลากร พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 4.32, SD = 0.46$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.55, SD = 0.55$ ) รองลงมาคือ การทำงานเป็นทีม ( $M = 4.45, SD = 0.56$ ) การบริการที่ดี ( $M = 4.38, SD = 0.54$ ) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ( $M = 4.18, SD = 0.56$ ) และการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ( $M = 4.13, SD = 0.58$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะหลักของบุคลากร ( $n = 225$ )

สมรรถนะหลัก	M	SD	แปลผล
การมุ่งผลสัมฤทธิ์	4.18	0.56	สูง
การบริการที่ดี	4.38	0.54	สูง
การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	4.13	0.58	สูง
การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม	4.55	0.55	สูง
การทำงานเป็นทีม	4.45	0.56	สูง
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.32</b>	<b>0.46</b>	<b>สูง</b>

4. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา ได้แก่ ความรับผิดชอบ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ) การได้รับการยอมรับนับถือและระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน

(7/13)

มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.328 หน่วย ( $b = 0.328$ ) เมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนมีสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.142 หน่วย ( $b = 0.142$ ) เมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.153 หน่วย ( $b = 0.153$ ) เมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนมีประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักลดลง 0.227 หน่วย ( $b = -0.227$ ) เมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนมีการได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักเพิ่มขึ้น 0.099 หน่วย ( $b = 0.099$ ) และเมื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนมีระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีสมรรถนะหลักลดลง 0.248 หน่วย ( $b = -0.248$ ) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ได้ร้อยละ 64.3 ( $adjR^2 = 0.643$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) โดยสามารถเขียนสมการทำนายสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 1.411 + 0.328 (\text{ความรับผิดชอบ}) + 0.142 (\text{สภาพแวดล้อมในการทำงาน}) + 0.153 (\text{ลักษณะงานที่ปฏิบัติ}) - 0.277 (\text{ประเภทการจ้าง-พนักงานราชการ}) + 0.099 (\text{การได้รับการยอมรับนับถือ}) - 0.248 (\text{ระดับการศึกษา - ประถมศึกษา})$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.373 (\text{ความรับผิดชอบ}) + 0.231 (\text{สภาพแวดล้อมในการทำงาน}) + 0.200 (\text{ลักษณะงานที่ปฏิบัติ}) - 0.110 (\text{ประเภทการจ้าง-พนักงานราชการ}) + 0.122 (\text{การได้รับการยอมรับนับถือ}) - 0.079 (\text{ระดับการศึกษา-ประถมศึกษา}) \text{ ดังตารางที่ 3}$$

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	b	Beta	t	p-value
ความรับผิดชอบ	0.328	0.373	5.749	< .001
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.142	0.231	4.578	< .001
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.153	0.200	2.974	.003
ประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ)	-0.227	-0.110	-2.715	.007
การได้รับการยอมรับนับถือ	0.099	0.122	2.313	.022
ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา)	-0.248	-0.079	-1.975	.050

Constant= 1.411, R=0.808, R-Square= 0.652,  $adjR\text{-Square} = 0.643$ , SEets= 0.277, F= 68.177

\*\* $p\text{-value} < .01$ ,  $p\text{-value} < .05$

### การอภิปรายผล

1. ปัจจัยจูงใจภาพรวม ( $M = 3.93$ ,  $SD = 0.52$ ) อธิบายได้ว่า การที่บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน เป็นผลมาจากความพึงพอใจซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นมีความกระตือรือร้น มีความตั้งใจในการทำงานที่จะให้เกิดผลดี ทำงานอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factor Theory) ของ Herzberg (1951) ที่กล่าวว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivator Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงกับแรงจูงใจภายใน ถ้ามีการตอบสนองปัจจัยนี้ของผู้ปฏิบัติแล้วจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจตั้งใจทำงาน จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรับผิดชอบ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.56) มีอายุเฉลี่ย 39.51 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานตอนกลางและมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.56) มีอายุการทำงานไม่เกิน 10 ปี ซึ่งเมื่อบุคลากรได้รับการมอบหมายงานจากผู้บังคับบัญชา อาจเกิดจากความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการทำงานส่งผลให้บุคลากรทำงานได้ประสพผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังผลการวิจัยในด้านความสำเร็จของงานที่พบว่า ทำงานที่รับผิดชอบสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $M = 4.19$ ,  $SD = 0.61$ )

ทั้งนี้ จากการที่ได้รับมอบหมายงานและประสิทธิผลสำเร็จส่งผลให้ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานและมีการมอบหมายงานที่สำคัญจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งในประเด็นนี้จากการวิจัยพบว่ามีความเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.05, SD = 0.65$ ) ส่วนลักษณะงานที่ได้ปฏิบัติเป็นการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างสามารถทำงานได้ตรงกับความต้องการ ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บุคลากรนำความรู้ที่ได้มาสร้างสรรค์งานเพื่อให้เกิดความสำเร็จในนโยบายซึ่งผลการวิจัยในด้านนี้พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ได้ใช้ความรู้ในการทำงานตรงกับความต้องการ ( $M = 4.17, SD = 0.68$ ) และได้รับมอบหมายงานที่มีความสอดคล้องกับตำแหน่ง ( $M = 4.15, SD = 0.74$ ) จากลักษณะงานที่ปฏิบัติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าการได้รับมอบหมายงานดังกล่าวเป็นงานที่ตนเองถนัดจึงทำให้มีความรับผิดชอบที่สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.28, SD = 0.57$ ) จะเห็นได้ว่าในประเด็นดังกล่าวที่กล่าวมาที่ความสอดคล้องและต่อเนื่องกันจึงทำให้ความรับผิดชอบ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับศิริพร สกุลพราหมณ์ (2565) ที่พบว่า ความรับผิดชอบ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือ และความก้าวหน้าในงาน ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับเพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์ (2566) ที่พบว่า แรงจูงใจของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

สำหรับความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยในด้านนี้พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2 อันดับแรก คือ ตำแหน่งที่ปฏิบัติมีโอกาสได้เลื่อนระดับในตำแหน่งที่สูงขึ้น ( $M = 3.08, SD = 1.26$ ) และตำแหน่งมีโอกาสก้าวหน้า ( $M = 3.33, SD = 1.17$ ) อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีการจ้างงานหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างรายเดือน/รายวัน/เหมาบริการ และความหลากหลายของสายงาน ซึ่งถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีความก้าวหน้าของแต่ละสายงานอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าแต่ละโรงพยาบาลจะมีการจัดทำแผนการพัฒนากุศลกร และประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงโอกาสความก้าวหน้าของตนเองว่าจะต้องทำอะไรจึงจะสามารถเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งได้ก็ตาม แต่บุคลากรทุกคนย่อมมีความต้องการที่จะเลื่อนระดับ ต้องการความก้าวหน้าค่อนข้างสูงมาก แต่ในความเป็นจริงก็ไม่อาจสามารถเลื่อนได้เนื่องจากการติดขัดในส่วนของกรอบอัตรากำลังและเงินงบประมาณ รวมถึงการพัฒนาตนเอง เพราะอาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ ประเด็นดังกล่าวจึงทำให้ความก้าวหน้าในงานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร สกุลพราหมณ์ (2565) ที่พบว่า ความก้าวหน้าในงานของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยค่าจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factor Theory) ของ Herzberg (1891) ที่กล่าวว่า ปัจจัยค่าจูงใจ (Hygiene Factor) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน ถ้าปัจจัยนี้ไม่มีในงานหรือจัดไว้ไม่ดีจะทำให้ขวัญของพนักงานไม่ดีอาจจะทำให้คนลาออก เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบังคับบัญชา ความมั่นคงในงาน และนโยบายและการบริหารงานอยู่ในระดับสูงเช่นกัน อาจจะเป็นเพราะว่า การบริหารของโรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อนโยบายตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีการชี้แจงทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ตามนโยบาย ซึ่งประเด็นนี้จากงานวิจัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.00, SD = 0.65$ ) ทั้งนี้ เมื่อผู้บังคับบัญชาได้รับนโยบายมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือกระทรวงสาธารณสุข ก็ย่อมที่จัดมอบหมายงานให้กับบุคลากรที่ตรงกับตำแหน่งและความรับผิดชอบ ในประเด็นนี้จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ในด้านการบังคับบัญชาเช่นกัน ( $M = 3.98, SD = 0.74$ ) สำหรับความมั่นคงของงาน กลุ่มตัวอย่างจะมีหลากหลายประเภท แต่ด้วยความที่ผู้บังคับบัญชาได้มอบหมายที่ตรงกับตำแหน่งและความรับผิดชอบ และกลุ่มตัวอย่างทราบว่า การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถึงแม้จะไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ แต่กระทรวงสาธารณสุขก็การประเมินผลดำเนินงานเพื่อมีการปรับตำแหน่งในขั้นต่อไป ทั้งนี้ ยังเห็นว่าสิทธิต่าง ๆ ที่บุคลากรพึงได้รับก็ได้ตามสิทธิ์นั้น อาทิ การลางานตามสิทธิ์ ซึ่งประเด็นนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.04, SD = 0.90$ ) ประเด็นความสัมพันธ์ภาพ อาจจะเป็นเพราะว่า

(9/13)

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจจะมีขนาดของโรงพยาบาลต่างกัน แต่บุคลากรก็สามารถเข้าถึงผู้บังคับบัญชาเพื่อที่จะขอคำปรึกษาในการทำงาน รวมถึงการได้รับความดูแลเอาใจใส่ในการช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการทำงาน มีการทำงานเป็นทีม ให้การช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานเมื่อได้รับความเดือดร้อน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เพื่อนร่วมงานมีน้ำใจที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.10, SD = 0.78$ ) ทั้งนี้ ในการทำงานผู้บริหารจะเห็นความสำคัญของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก จึงมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานและสภาพจิตใจ รวมถึงการสร้างบรรยากาศในการทำงานให้น่าอยู่ และให้บุคลากรทำงานตามชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม ซึ่ง 2 ประเด็นนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 4.02, SD = 0.76$  และ  $M = 4.02, SD = 0.77$ ) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับศิริพร สกกุลพราหมณ์ (2565) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบังคับบัญชา ความมั่นคงในงาน และนโยบายและการบริหารงานอยู่ในระดับสูง แต่แตกต่างกันในภาพรวมที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันอัตราเงินเดือนของบุคลากรที่ได้รับอาจจะยังไม่มีที่เหมาะสมกับภาระงานหรือตำแหน่ง ซึ่งบุคลากรบางท่านไปเรียนศึกษาต่อแต่ไม่สามารถปรับตำแหน่งหรือวุฒิการศึกษาที่ได้รับสูงสุดได้ ประกอบกับเศรษฐกิจของประเทศ และจังหวัดพังงา ซึ่งเป็นจังหวัดที่นักท่องเที่ยวได้เดินทางมาเที่ยว ส่งผลให้มีค่าครองชีพที่สูงขึ้นแต่เงินเดือนและค่าตอบแทนไม่ได้ปรับตามผลทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลาไม่เหมาะสม ทั้งนี้ ยังมีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งขาดสภาพเงินคล่องตัว จึงทำให้มีการจ่ายค่าล่วงเวลาล่าช้า และอาจจะทำให้ต้องลดจำนวนคนที่ปฏิบัติงานลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงาน และสวัสดิการของรัฐนอกเหนือจากเงินเดือนเหมาะสม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.52, SD = 1.13$  และ  $M = 3.52, SD = 1.11$ ) ซึ่งในประเด็นสวัสดิการของรัฐ อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีหลากหลายตำแหน่ง บางตำแหน่งมีค่าตอบแทนมากกว่าอีกตำแหน่งหนึ่ง ซึ่งจำนวนเวลาปฏิบัติงานเท่ากัน จึงมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับศิริพร สกกุลพราหมณ์ (2565) ที่พบว่า เงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลาง

2. สมรรถนะหลักของบุคลากรในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับ กฎ ระเบียบ ความมีวินัย ความโปร่งใสในการทำงานและเมื่อบุคคลเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทุกคน ทุกตำแหน่งจะต้องมีความประพฤติปฏิบัติตนเองที่ถูกต้อง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีความซื่อสัตย์ สุจริต ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ โปร่งใส และเป็นธรรม ( $M = 4.58, SD = 0.59$ ) และเป็นไปได้ว่าเมื่อบุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม ก็ย่อมส่งผลถึงความสามัคคีกับเพื่อนร่วมงาน มีการปฏิบัติงานร่วมกันจนเกิดผลสำเร็จ มีการชื่นชมเมื่อบุคคลอื่นทำความดี โดยที่โรงพยาบาลมีการประกาศเกียรติคุณความดี ซึ่งหลาย ๆ โรงพยาบาลในจังหวัดพังงาได้จัดกิจกรรมเช่นนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเคารพและยินดีรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน ( $M = 4.50, SD = 0.59$ ) สำหรับด้านการบริการที่ดี อธิบายได้ว่า แม้บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนจะมีหลายวิชาชีพหลายตำแหน่งแต่การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่ดูแลสุขภาพของประชาชน การบริการด้วยไมตรีจิตร์เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่เป็นประโยชน์สูงสุดในขณะที่ประชาชนต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงเป็นสมรรถนะหนึ่งที่บุคลากรจะต้องถือปฏิบัติ ผลการวิจัยยังพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ใช้ความพยายามในการบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด ( $M = 4.48, SD = 0.58$ ) สำหรับการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ อธิบายได้ว่า ทุกโรงพยาบาลมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรให้กับทุกคน โดยทุกคนสามารถที่จะไปอบรมหรือประชุมทั้งภายในและภายนอก สำหรับภายในโรงพยาบาลยังได้จัดทำโครงการสัมมนา อบรม ศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม การทำงานเป็นทีม การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงานหรือนวัตกรรมที่ส่งผลต่อผู้มารับบริการ หรือแม้กระทั่งด้านวิชาการ เป็นต้น ในการจัดกิจกรรมดังกล่าวเพื่อที่จะให้บุคลากรได้นำความรู้ใหม่ ๆ มาใช้ประโยชน์ ดังผลการวิจัยที่พบว่า บุคลากรสนใจและติดตามเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติราชการ ( $M = 4.30, SD = 0.65$ ) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์

(10/13)

อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนจะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่ราชการและต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จตามกำหนดเวลา เนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดี และให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายที่ผู้บังคับบัญชากำหนด ( $M = 4.18, SD = 0.56$ ) แต่มีข้อสังเกตว่า การแสดงความคิดเห็นเชิงปรับปรุงพัฒนาเมื่อเห็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการไม่ตี ( $M = 3.84, SD = 0.69$ ) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่า บุคลากรบางท่านยังไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น โรงพยาบาลจึงอาจจะต้องมีกล่องแสดงความคิดเห็นที่ไม่ต้องเปิดเผยตัวตนให้กับบุคลากรเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป การศึกษานี้สอดคล้องกับระนอง เกตุดาว (2559) ที่พบว่า ภาพรวม และทุกด้านของสมรรถนะหลักของบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับฉวีวรรณ ทองทาสี (2566) ที่พบว่า สมรรถนะของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีอยู่ในระดับสูงและการศึกษาของเพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พดพิภุญญ และณัฐนารี เอมยงค์ (2566) ที่พบว่า สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพังงา ดังนี้  
1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความรับผิดชอบ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ การได้รับการยอมรับนับถือ 2) ปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) และประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ) สามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 64.3 ( $adjR^2 = .643$ ) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

3.1 ความรับผิดชอบมีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางบวก อธิบายได้ว่า ความรับผิดชอบเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งที่ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญ เพราะหากบุคลากรไม่มีความรับผิดชอบอาจจะทำให้งานสำเร็จช้า หรือไม่ประสบผลสำเร็จ ฉะนั้น เมื่อผู้บังคับบัญชาจะให้งานรับผิดชอบจะต้องพิจารณาประเด็นความรับผิดชอบก่อน และเมื่อบุคคลกรได้รับมอบหมายงานที่ตรงกับความสามารถย่อมส่งผลถึงสมรรถนะที่ดี เพราะเนื่องจากว่า งานที่ได้รับมอบหมายนั้นทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ สำหรับด้าน ลักษณะงานที่ปฏิบัติมีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางบวก อธิบายได้ว่า เมื่อบุคลากรได้รับมอบหมายงานที่เหมาะสม สามารถนำความรู้ที่มีทำงานตรงกับความถนัดก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจส่งผลต่อสมรรถนะที่เหมาะสม หรือถ้าหากได้รับงานที่ถนัดในการปฏิบัติงานมีกระบวนการที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีขั้นตอนที่ชัดเจน ก็อาจจะมีความคิดที่จะปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้เกิดผลสำเร็จ และด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางบวก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้บังคับบัญชา หรือผู้ร่วมงานแสดงการยอมรับในผลงานที่ได้รับมอบหมายทั้งที่เป็นคำชมเชย หรือเกียรติบัตรย่อมส่งผลให้บุคลากรมีกำลังใจในการทำงานเพราะเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโรงพยาบาล สอดคล้องกับของเพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พดพิภุญญ และณัฐนารี เอมยงค์ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจในภาพรวมมีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 58.6

3.2 สภาพแวดล้อมในการทำงานมีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางบวก อธิบายได้ว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคลากรมีความสะดวกสบาย ซึ่งปัจจัยหากไม่จัดไว้จะทำให้บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจการทำงานลดน้อยลง ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ต้องจัดให้กับบุคลากรไม่เพียงแต่ห้องทำงาน วัสดุอุปกรณ์ที่มีความพร้อม บรรยากาศการทำงานก็ต้องส่งเสริมในการทำงานของบุคลากรอีกด้วย ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรฐานต่าง ๆ ให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาและปรับปรุงให้มีความสวยงาม เกิดภูมิทัศน์ที่ดี ทั้งผู้มารับบริการและผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุข ดังเห็นได้จากที่กระทรวงสาธารณสุขมีการสำรวจความสุขในการทำงานเป็นประจำทุก ๆ ปี ก็เพราะเพื่อนำผลการวิจัยไปปรับปรุงให้บุคลากรมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว (2559) ที่พบว่า บรรยากาศในการทำงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เช่นเดียวกับฉวีวรรณ ทองทาสี (2566) ที่พบว่า บรรยากาศขององค์กรมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

3.3 ประเภทการจ้าง (พนักงานราชการ) มีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางลบ อาจจะเป็นไปได้ว่ามากกว่าครึ่งไม่ใช่ข้าราชการ (ร้อยละ 53.33) ฉะนั้น บุคลากรเหล่านี้จึงต้องการความก้าวหน้าในตำแหน่งที่มั่นคง

จึงย่อมที่จะแสวงหางานใหม่ที่มีความมั่นคงดังเช่นตำแหน่งข้าราชการ หากสอบแข่งขันได้จึงจะต้องลาออกและโยกย้ายไปตามตำแหน่งที่ตนเองสอบได้ อีกประเด็นน่าจะเป็นเพราะว่าสวัสดิการต่าง ๆ ที่ได้รับไม่เหมือนกับข้าราชการ ประเด็นนี้จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรที่เป็นไปในทิศทางลบ แตกต่างกับการศึกษาของเพชรรัตน อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์ (2566) ที่พบว่า ตำแหน่งข้าราชการและพนักงานกระทรวงไม่สัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.4 ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา) มีอำนาจทำนายเป็นไปในทิศทางไปทางลบ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่าย่อมที่จะเข้าใจต่อการปฏิบัติงานที่มากกว่า อีกทั้งปัจจุบันในการปฏิบัติงานมีนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ฉะนั้น ผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าย่อมมีการเรียนรู้ที่ช้ากว่า อีกประเด็นน่าจะเป็นเพราะว่างานที่รับผิดชอบของผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้เฉพาะทางหรือความเชี่ยวชาญมากนัก คงใช้เฉพาะประสบการณ์จากการทำงานที่ผ่านมาปฏิบัติกับงานนั้น ๆ จากประเด็นดังกล่าว จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อสมรรถนะหลักในการทำงานของบุคลากรเป็นไปในทิศทางลบ สอดคล้องกับเพชรรัตน อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์ (2566) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีผลกระทบต่อสมรรถนะหลักและเป็นไปในทิศทางลบเช่นกัน

### การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และการได้รับการยอมรับนับถือ ฉะนั้น ผู้บริหารควรมอบงานให้บุคลากรรับผิดชอบที่สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากร และโรงพยาบาลควรให้การยอมรับผลงาน โดยการสร้างบรรยากาศที่ดีสำหรับบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตรงตามเป้าหมาย เช่น การมอบเกียรติบัตร คำชมเชย ในเวทีประชุมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาสมรรถนะหลักให้กับบุคลากรทุกระดับ และมีความเหมาะสมกับลักษณะงานของแต่ละตำแหน่ง

### รายการอ้างอิง

- โกวิทย์ แห่งทอง และมิ่งขวัญ ศรีโชติ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(2), 212-220.
- ฉวีวรรณ ทองทาสี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 32(1), B28-40.
- ธนากร วรมพร, จุฑาธิป ศีลบุตร และฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 11(2), 345-358.
- นุชิตา ม่วงงาม, จารุวรรณ ธาดาเดช และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 163-177
- พัชฌม ปัญจงามพัฒนา และเฉลิมพร เย็นเยือก. (2567). สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของข้าราชการ : กรณีศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการก่อการร้ายสากล กองบัญชาการกองทัพไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 29(1), 167-178
- เพชรรัตน อรุณภาคมงคล, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ และณัฐนารี เอมยงค์. (2566). สมรรถนะหลักของบุคลากรศูนย์อนามัยแห่งหนึ่งในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 9(1), 35-47.

- ระนอง เกตุดาว. (2559). บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 24(2), 164-173.
- ศิริพร สกมลพรหมณ์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 2(2), 55-68
- สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. (2553). *คู่มือการพัฒนาข้าราชการตามสมรรถนะหลัก (Core Competencies)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอร์บอร์น พรินต์ จำกัด.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2553). *คู่มือการกำหนดสมรรถนะในข้าราชการพลเรือน: คู่มือสมรรถนะหลัก*. นนทบุรี: บริษัท ประชุมช่าง จำกัด.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2566). *คู่มือการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาบุคลากรภาครัฐ พ.ศ.2566 - 2570*. นนทบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2568. จาก [http://nscr.nesdc.go.th/wpcontent/uploads/2023/06/NS\\_PlanOct2018.pdf](http://nscr.nesdc.go.th/wpcontent/uploads/2023/06/NS_PlanOct2018.pdf)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). *ข้อมูลบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา*. กระทรวงสาธารณสุข.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Herberz, F. (1891). *Federick; Mausner, Bernard; and Synderman, Block the Motivation to Work*. New York: John Willey
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. *Archiver of Orofacial Sciences*, 1(1), 9-14.

## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านการสอน และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

### ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

### การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. **โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย **จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ** และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 400 คำ**
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1. ....
- 1.1 .....
- 1.1.1 .....
- 1) .....
- 1.1) .....
- .....

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
  - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
  - บทนำ
  - วัตถุประสงค์วิจัย
  - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
  - กรอบแนวคิดการวิจัย
  - ระเบียบวิธีวิจัย
    - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
    - การเก็บรวบรวมข้อมูล
    - การวิเคราะห์ข้อมูล
  - จริยธรรมวิจัย
  - ผลการวิจัย
  - อภิปรายผล
  - การนำผลการวิจัยไปใช้
  - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
  - เอกสารอ้างอิง

**บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้**

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)

- Conceptual Framework
- Methods
  - Population and Sample
  - Research Instrument
  - Validity and Reliability of the Research Instrument
  - Data Collection
  - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6<sup>th</sup> Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

## ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

### การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2024)

(Nawsuwan & Yodchai, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, & Junwin, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, Junwin, Sungkapinyo, Srijan, Sahaworapan, et al., 2024)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

### การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in*

*Boromarajonani College of Nursing, Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Yodchai, K. (2023). *Patients with Chronic Kidney Disease: Nursing Care and Symptom Management.* (4<sup>th</sup> ed.). Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (11<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

### 2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021).

*Guidelines for Transferring missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tumbon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization.* Bangkok: Thai Government House. (in Thai)

### 3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Kesavadev, J., Jawad, F., Deeb, A., Coetzee, A., Ansari, J., Shrestha, D., et al. (2023).

*Pathophysiology of Type 2 Diabetes.* In Rodriguez-Saldana, J. (Eds.), *The Diabetes Textbook.* (pp. 127–142) Springer, Cham.

### 4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Health Data Center. (2022). *Percentage of Thai Women Giving Birth Prematurely in Fiscal Year 2022. Maternal and Child Health Standards Reporting Group*. Retrieved March 13, 2024, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (in Thai)

#### 5. การอ้างอิงจากวารสาร

Leecharoen, P., Aramrom, Y., Warahat, J., Sungkapinyo, N., & Wadpe, L. (2023). Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an urban primary care unit, Songkhla province. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Surin, 13*(2), 115-131. (in Thai)

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 10*(3), e258128. (in Thai)

Nawsuan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal, 9*(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Yodchai, K., Khaorapapong, T., Karnjanadecha, M., & Songsriboonsit, B. (2023). Development of a notification delivery specimen system for perioperative Thai nurses via the LINE application. *Digital health, 9*, 20552076231211242. <https://doi.org/10.1177/20552076231211242>

#### 6. วิทยานิพนธ์

Nawsuan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

## การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/NIHAJ> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพมีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

## รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

## เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน

6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

7.1 บทความภาษาไทย	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 2,500 บาท
7.2 บทความภาษาไทย	บุคคลทั่วไป	จำนวน 3,000 บาท
7.3 บทความภาษาอังกฤษ	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 4,500 บาท
7.4 บทความภาษาอังกฤษ	บุคคลทั่วไป	จำนวน 5,000 บาท

## Template บทความวิจัย

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17  
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17  
(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ<sup>1\*</sup>, กันตพร ยอดไชย<sup>2</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan<sup>1\*</sup>, Kantaporn Yodchai<sup>2</sup> ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)  
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น <sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,  
<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น <sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,  
Praboromarajchanok Institute, <sup>2</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ตัวอักษรปกติ บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด โดยมีเพียง 1 ย่อหน้า โดยเรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหา เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและอภิปราย อย่างต่อเนื่องกัน.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ นวัตกรรม โรคความดันโลหิตสูง

ย่อหน้า 1.75 ซม.

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

↑ 2.54 ซม.



**ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

**จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

**ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 .....ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
<b>เพศ</b>		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2 .....ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

**อภิปรายผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา).....

(enter ขนาด 15)

**การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา).....

(enter ขนาด 15)

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา).....

(enter ขนาด 15)

**รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกั้นหลัง**

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่นา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735



**Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)**

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

**Keywords:** ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น Innovation, Hypertension

(enter ขนาด 15)

**บทนำ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

**เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

**สรุป (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

**ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)**

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

**รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)**

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735