วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชน ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Factors Affecting Public Perception of the One ID Card for All Healthcare Policy: A Case Study of Ban Mamuang En Health Promoting Hospital, Khao Phanom District, Krabi Province

กนกวรรณ จันทร์เจริญ[1]*, กิระพล กาละดี[1], อนัญญา ประดิษฐปรีชา[1]
Kanokwan Chanjaraen[1]*, Kiraphol Kaladee[1], Anunya Pradidthaprecha[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ และ 2) ประมาณค่าเฉลี่ยคะแนนด้านจิตวิทยาสังคม ด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล ด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้นโยบายของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ศึกษาในตัวอย่างอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 174 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิจาก 4 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วย 95% CI ของค่าเฉลี่ย และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.15 ปี (95% CI: 47.91–52.39) คะแนนด้านจิตวิทยาสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.34) ด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล พฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้นโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80, 3.50 และ 3.86 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.05) ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการ การสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล และรายได้เฉลี่ย 10,001–15,000 บาท โดยตัวแปร 12 ตัวอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38 (Adjusted R^2 = 0.38) การพัฒนาช่องทางสื่อสารผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้านและส่งเสริมประสบการณ์การใช้บริการตามนโยบาย เป็นกลไกเพิ่มการรับรู้นโยบายในชนบท

คำสำคัญ: การรับรู้นโยบาย, บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่, ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้

* Corresponding author: Email: nooyewmickey@hotmail.com, Tel: 0844447203
Received: 8 May 26; Revised: 21 Aug 26; Accepted: 27 Aug 26

Citation:
Chanjaraen K, Kaladee K, Pradidthaprecha A. Factors affecting public perception of the one id card for all healthcare policy: a case study of Ban Mamuang En Health Promoting Hospital, Khao Phanom District, Krabi Province. Health Sci J Thai 2026; 8(3): 47-56. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.282158

[1] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี 11120
[1] School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, 11120, Thailand

Abstract

This study aimed to 1) examine factors affecting awareness, and 2) estimate mean scores for psychosocial factors, communication and information exposure, health service use behavior and experience, and policy awareness among residents in the Ban Mamuang En Subdistrict Health Promoting Hospital area, Khao Phanom District, Krabi Province. This cross-sectional analytical study included 174 individuals aged 20 years and older with Universal Health Coverage entitlements, selected through stratified random sampling from four villages. Data were collected via a questionnaire and analyzed using 95% confidence intervals for means and multiple linear regression analysis. The mean sample age was 50.15 years (95% CI: 47.91–52.39). The psychosocial factor score was at the highest level ($\bar{X}$ = 4.34), while communication and information exposure, health service use behavior and experience, and policy awareness were all at a high level ($\bar{X}$ = 3.80, 3.50, and 3.86, respectively). Factors significantly affecting policy awareness (p-value <0.05) were health service use experience, health facility selection behavior, communication and information exposure, and average monthly income of 10,001–15,000 baht. The 12 variables together explained 38% of the variance in policy awareness (Adjusted R^2 = 0.38). Developing communication channels through village health volunteers and promoting service use experience under the policy are key mechanisms for increasing policy awareness in rural areas.

Keywords: Policy perception, Single ID Card Care Anywhere, Health care policy

บทนำ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในนโยบายสาธารณะที่สำคัญในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา นับตั้งแต่มีการประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2545 นโยบายดังกล่าวได้เปิดโอกาสให้คนไทยทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึงโดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง[1] ข้อจำกัดสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการผูกสิทธิของผู้ใช้บริการไว้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ที่ลงทะเบียนเท่านั้น หากต้องการใช้บริการนอกพื้นที่จะถูกเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมยกเว้นกรณีมีใบส่งตัวถือเป็นอุปสรรคต่อความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[2-3] ในปี พ.ศ. 2567 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกระดับนโยบายสู่บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)[4] โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ Health ID[5] อย่างไรก็ตามความสำเร็จของนโยบายสาธารณะขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความเข้าใจ และการนำสิทธิประโยชน์ไปใช้จริงของประชาชน การรับรู้ถือเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ[6-7] การรับรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับความเข้าใจในสิทธิและขั้นตอนการเข้าถึงบริการ หากมีการรับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือเข้าใจขั้นตอนผิดพลาด จะส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อนโยบาย[8] ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบระดับการรับรู้นโยบายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุหลักมาจากการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อดิจิทัล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีการศึกษาน้อย และผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล[3,9,10]

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบสามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ ด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้[11-12] ด้านจิตวิทยาสังคม เช่น ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ทัศนคติต่อนโยบาย และความคาดหวังในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นกลไกภายในที่กลั่นกรองการรับรู้ก่อนแสดงออกเป็นพฤติกรรมการยอมรับหรือปฏิเสธนโยบาย[13] ด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล เช่น ช่องทางและความถี่ในการรับข้อมูล ความเข้าใจในเนื้อหาข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล[14] และด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ เช่น ประวัติการรับบริการทั้งในและนอกพื้นที่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเลือกใช้สถานบริการ ซึ่งเป็นฐานประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการตีความและยอมรับข้อมูลนโยบายใหม่[3] พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลอำเภอ 35 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดเพียง 8 กิโลเมตร ส่งผลให้ประชาชนไปรับบริการข้ามเขตเป็นประจำ[15] แม้เคยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่[3] แต่งานวิจัยเหล่านั้นเป็นการศึกษาในพื้นที่นำร่องหรือเขตเมืองที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จึงทำให้การศึกษานี้สนใจศึกษาว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ จิตวิทยาสังคม การสื่อสารและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชนกลุ่มดังกล่าวหรือไม่ ข้อมูลที่ผ่านมาพบปัญหาประชาชนในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม

จังหวัดกระบี่ มีการรับบริการนอกเขตพื้นที่ โดยไม่ทราบสิทธิการรักษาตามนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่[15]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

2) เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านจิตวิทยาสังคม ด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล ด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ในประชากรคือประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน จำนวน 2,156 คน[16] ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุ (Sample size for multiple linear regression)

ขั้นตอนที่ 1 แปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์[17] *C(r)* ประมาณ 0.61904

เมื่อ *C(r)* คือ การแปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ln คือ ลอการิทึมธรรมชาติ

r คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลที่คาดหวังไว้ที่ระดับปานกลาง คือ 0.30 ตามเกณฑ์มาตรฐานของ[18]

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ 1 ตัวแปร ได้ค่า n_1 ประมาณ 85

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ 12 ตัวแปรอิสระ หรือ n ประมาณ 169.16 หรือประมาณ 170 คน

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับแก้สำหรับประชากรจำกัด (Finite Population Correction) ขนาดของประชากรที่สนใจไม่ใหญ่มาก (โดยปกติ < 10,000)[19]

$$n' = \frac{170}{1 + \frac{170}{2,156}}$$

$$= \frac{170}{1 + 0.07885}$$

$$= \frac{170}{1.07885}$$

$$= 157.58$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างโดยประมาณเบื้องต้น 170 *คน*

N คือ ขนาดของประชากรที่สนใจ 2,156 คน

แทนที่สูตรจะได้ค่า n' 157.58 หรือประมาณ 158 คน

เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จำนวน 16 คน เพื่อป้องกันอคติจากการตอบแบบสอบถามไม่ครบ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 174 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิมีทั้งหมด 4 ชั้นภูมิ (หมู่บ้าน) เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบประกอบด้วย 4 หมู่บ้านที่มีขนาดประชากรแตกต่างกัน การแบ่งชั้นภูมิตามหมู่บ้านจึงช่วยให้ตัวอย่างมีสัดส่วนสะท้อนโครงสร้างประชากรที่แท้จริง ครอบคลุมทุกพื้นที่ และลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม[20,21] ได้ดังนี้ หมู่ที่ 3 ประชากร 526 คน ตัวอย่าง 43 คน หมู่ที่ 4 ประชากร 498 คน ตัวอย่าง 40 คน หมู่ที่ 5 ประชากร 552 คน ตัวอย่าง 44 คน หมู่ที่ 6 ประชากร 580 คน ตัวอย่าง 47 คน ช่วงการสุ่มเท่ากันคือ 12 และการสุ่มแบบมีระบบ นำรายชื่อประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทำการจับฉลากหมายเลขลำดับที่เพื่อกำหนดจุดเริ่มต้นสำหรับแต่ละหมู่บ้าน และคัดเลือกตัวอย่างโดยเริ่มจากหมายเลขที่จับฉลากได้ และบวกด้วยช่วงการสุ่มไปเรื่อย ๆ จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ในแต่ละหมู่บ้าน[20] เกณฑ์การคัดเลือกคือ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ หรือไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และรายได้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ ทัศนคติต่อนโยบายหรือการบริการ และความคาดหวังในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ช่องทางในและความถี่ในการเข้าถึงข้อมูล และความน่าเชื่อถือของข้อมูล ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ และ ส่วนที่ 5 การรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ประโยชน์ ความสะดวกและลดขั้นตอน ความเชื่อมั่นและความปลอดภัยของข้อมูล การเข้าถึงและมาตรฐานบริการ ลักษณะคำถามส่วนที่ 2-5 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนน 4.21–5.00 หมายถึงมากที่สุด คะแนน 3.41–4.20 หมายถึงมาก คะแนน 2.61–3.40 หมายถึงปานกลาง คะแนน 1.81–2.60 หมายถึงน้อย และคะแนน 1.00–1.80 หมายถึงน้อยที่สุด[22-23]

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมี ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ในด้านปัจจัยจิตวิทยาสังคม เท่ากับ 0.94 การสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล เท่ากับ 0.91 พฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพเท่ากับ 0.88 และการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงองค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนให้ความยินยอม เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและผู้วิจัยรอรับคืนในวันเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด 95% CI เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบาย และการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับการรับรู้นโยบายทีละตัว โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น เพื่อคัดกรองตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ แบบ Enter โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัวแปรมีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่อย่างไรเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พร้อมกันทั้งหมด เพื่อระบุว่าตัวแปรใดมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้นโยบายได้ร้อยละเท่าใด

พิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างโดยดำเนินการวิจัยภายใต้การรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2568/986 ได้รับการรับรองจริยธรรมเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2569 และข้อมูลของตัวอย่างทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น ซึ่งจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล

ผลการศึกษา

ตัวอย่าง 174 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.15 ปี (S.D. = 15.09) เพศหญิงร้อยละ 64.94 สมรสร้อยละ 75.29 ด้านการศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.02 และระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30.46 ร้อยละ 67.82 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไปร้อยละ 15.52 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 67.82 รายได้ต่อเดือน 10,000 บาท รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Demographic characteristics of respondents (n=174)

Characteristics	n	%
Age (year)		
20 - 40	51	29.31
41 - 60	77	44.25
Over 61	46	26.44
$\overline{X}$ ± SD	50.15 ± 15.09	
Median (Min: Max)	51 (20: 88)	
Sex		
Female	113	64.94
Male	61	35.06
Marital Status		
Married	131	75.29
Single	28	16.09
Widowed/Divorced/ Separated	15	8.62
Educational attainment		
Primary school	94	54.02
Secondary school	53	30.46
Diploma/associate degree	4	2.30
Bachelor's degree	23	13.22
Occupation		
Farmer	118	67.82
General laborer	27	15.52
Trader/Business owner	22	12.64
Employee/Private sector staff	7	4.02
Congenital Disease		
None	118	67.82
Yes	56	32.18

Table 1 Demographic characteristics of respondents (n=174) (continue)

Characteristics	n	%
Monthly Income (THB)		
Less than 10,000	84	48.28
10,001 – 15,000	83	47.70
15,001 – 20,000	7	4.02
$\overline{X}$ ± SD	9,919.54 ± 4,010.01	
Median (Min: Max)	10,000.00 (0: 20,000)	

95% ของค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านจิตวิทยาสังคมอยู่ระหว่าง 4.27–4.41 การรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ 3.78–3.94 ด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล 3.72–3.88 และด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ 3.43–3.57 รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ จึงนำตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

Table 2 Levels of psychosocial factors communication experience and policy perception (n = 174)

Factors	Mean	SD	95% CI	Level
Psychosocial Factors	4.34	0.45	4.27, 4.41	Excellent
Communication and Information Exposure	3.80	0.52	3.72, 3.88	Good
Health Service Utilization Behavior and Experience	3.50	0.46	3.43, 3.57	Good
Perception of One ID Card Healthcare Policy	3.86	0.54	3.78, 3.94	Good

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ และพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ พบมีผลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ พบว่า ตัวแปรทั้ง 12 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ได้ร้อยละ 38 รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 3

Table 3 Factors affecting the perception of the "One ID Card for All-Location Healthcare" policy among people (n = 174)

Factors	b	SE	Beta	95% CI	t	p-value
Constant	0.63	0.40	-	-0.16, 1.42	1.58	0.116
Age (Ref: Over 60 years)						
20 - 40 ปี	0.15	0.14	0.13	-0.12, 0.42	1.11	0.267
41 - 60 ปี	0.08	0.09	0.07	-0.10, 0.26	0.87	0.385
Sex (Ref: Male)						
Female	-0.08	0.07	-0.07	-0.22, 0.07	-1.07	0.286
Marital Status (Ref: Single)						
Married	-0.10	0.10	-0.08	-0.30, 0.09	-1.05	0.295
Widowed / Divorced / Separated	-0.08	0.15	-0.04	-0.37, 0.21	-0.54	0.589
Educational Level (Ref: Primary School or Below)						
Secondary School	-0.19	0.12	-0.12	-0.39, 0.02	-1.81	0.072
Diploma/ High Vocational Certificate	-0.45	0.23	-0.13	-0.90, 0.00	-1.97	0.051
Bachelor's Degree	-0.19	0.12	-0.12	-0.43, 0.04	-1.63	0.104
Occupation (Ref: General Labor)						

Table 3 Factors affecting the perception of the "One ID Card for All-Location Healthcare" policy among people (n = 174)(continue)

Factors	b	SE	Beta	95% CI	t	p-value
Farmer	0.06	0.10	0.06	-0.14 0.27	0.61	0.543
Merchant / Business Owner	0.22	0.14	0.14	-0.04, 0.49	1.65	0.100
Employee / Private Company Staff	0.06	0.20	0.02	-0.33, 0.44	0.29	0.774
Congenital Disease (Ref: None)						
Yes	0.02	0.08	0.01	-0.14, 0.17	0.19	0.846
Average Monthly Income (Ref: Below 10,000 THB)						
10,001 - 15,000 THB	-0.20	0.07	-0.19	-0.34, 0.07	-2.91	0.004*
15,001 - 20,000 THB	-0.23	0.18	-0.09	-0.59, 0.13	-1.28	0.202
Psycho-social Factors	0.18	0.10	0.15	-0.02, 0.39	1.79	0.076
Communication and Information Exposure	0.21	0.08	0.20	0.04, 0.37	2.47	0.015*
Health Service Experience	0.16	0.04	0.27	0.08, 0.24	3.92	<0.001*
Health Care Behavior	0.12	0.08	0.12	-0.03, 0.27	1.63	0.106
Health Facility Selection Behavior	0.23	0.07	0.24	0.09, 0.37	3.24	0.001*

Note: R^2 = .45, SEE = 0.42, Adjusted R^2 = .38, F = 6.67, p-value < .001, All 12 independent variables collectively accounted for 38% of the variance in policy perception (R^2 = .45, Adjusted R^2 = .38, SEE = 0.42). The overall regression model was statistically significant (F = 6.67, p-value < 0.001).

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.34, 95% CI: 4.27–4.41) ซึ่งหมายความว่าค่าเฉลี่ยของประชากรในพื้นที่มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 4.27 ถึง 4.41 ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สาเหตุที่ปัจจัยนี้อยู่ในระดับมากที่สุดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อนโยบายและมีความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพสูง โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในความสามารถของรัฐบาลที่จะดำเนินนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Souvatzi et al.[24] ที่พบว่าความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพและทัศนคติเชิงบวกต่อนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และยอมรับนโยบายสุขภาพของประชาชน และสอดคล้องกับ WHO[25] ที่ระบุว่าความไว้วางใจในผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญที่สุดในการที่ประชาชนจะรับรู้และปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพใหม่ของรัฐ ปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80, 95% CI: 3.72–3.88) หมายความว่าค่าเฉลี่ยของประชากรอยู่ระหว่าง 3.72 - 3.88 สาเหตุที่ปัจจัยนี้อยู่ในระดับมากแต่ไม่ถึงระดับมากที่สุดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลผ่านช่องทาง อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งเป็นสื่อบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือสูงในชุมชน แต่การเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางดิจิทัลและเว็บไซต์ราชการยังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slevin et al.[26] ที่พบว่าการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการแนะนำข้อมูลนโยบายมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ประชาชนเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers[27] ที่เน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคลในชุมชนปัจจัยด้านพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.50, 95% CI: 3.43–3.57) หมายความว่าค่าเฉลี่ยของประชากรอยู่ระหว่าง 3.43 ถึง 3.57 ซึ่งเป็นค่าต่ำสุดในบรรดาตัวแปรที่ศึกษาแต่ยังคงอยู่ในระดับมาก สาเหตุเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การใช้บริการทั้งในและนอกพื้นที่ ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการตีความและยอมรับข้อมูลนโยบาย แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านประสบการณ์การใช้บริการดิจิทัลและการนัดหมายออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharma & Gupta[28] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพนอกพื้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้นโยบายสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ แฮคำ และคณะ[10] ที่พบว่ากลุ่มที่เคยรับบริการมีคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับบริการอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86, 95% CI: 3.78–3.94) หมายความว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้นโยบายของ

ประชากรในพื้นที่อยู่ระหว่าง 3.78 ถึง 3.94 ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สาเหตุที่การรับรู้อยู่ในระดับมากและสูงกว่าการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง[3,9,10] เนื่องจากลักษณะพิเศษของพื้นที่ที่เป็นรอยต่อระหว่างจังหวัด ทำให้ประชาชนมีความจำเป็นต้องใช้บริการข้ามจังหวัดและสัมผัสกับนโยบายโดยตรงมากกว่าพื้นที่อื่น อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่มีการรับรู้ต่ำสุดคือการนัดหมายแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson et al.[29] ที่พบว่าทักษะความฉลาดทางดิจิทัลยังเป็นอุปสรรคสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณจาก 12 ตัวแปร พบมีตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ (b = 0.16, 95% CI: 0.08–0.24) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการรับรู้นโยบาย (Beta = 0.27) ค่า 95% CI ที่ไม่ครอบคลุมศูนย์และอยู่ในทิศทางบวกทั้งช่วง แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประชาชนที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมากกว่าจะมีการรับรู้นโยบายสูงกว่า เหตุที่ตัวแปรนี้มีนัยสำคัญเนื่องจากการสัมผัสกับระบบบริการสุขภาพโดยตรงทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลนโยบายจากประสบการณ์จริง ไม่ใช่เพียงจากการรับฟังข่าวสาร สอดคล้องกับแนวคิดของณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย[7] ที่ระบุว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ แฮคำ และคณะ[10] ที่พบว่ากลุ่มที่เคยรับบริการมีคะแนนความคิดเห็นต่อนโยบายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับบริการอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ (b = 0.23, 95% CI: 0.09–0.37) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงเป็นอันดับสอง (Beta = 0.24) ค่า 95% CI ที่อยู่ในทิศทางบวกทั้งช่วงและมีช่วงกว้างพอสมควร แสดงว่าประชาชนที่มีพฤติกรรมแสวงหาบริการจากหลายแห่งจะมีการรับรู้นโยบายสูงกว่า เหตุที่ตัวแปรนี้มีนัยสำคัญเนื่องจากประชาชนที่ตื่นตัวด้านสุขภาพและเลือกใช้บริการอย่างมีเหตุผลมีแนวโน้มแสวงหาข้อมูลนโยบายเพื่อประกอบการตัดสินใจมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sharma & Gupta[28] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพนอกพื้นที่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้นโยบายสุขภาพ และสะท้อนให้เห็นว่านโยบายบัตรประชาชนใบเดียวตอบสนองความต้องการของกลุ่มนี้ได้โดยตรง

ในส่วนปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูล (b = 0.21, 95% CI: 0.04–0.37) มีอิทธิพลสูงเป็นอันดับสาม (Beta = 0.20) แม้ค่า 95% CI จะมีช่วงกว้างกว่าตัวแปรอื่น แต่ยังคงไม่ครอบคลุมศูนย์ แสดงว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับนโยบายมีผลต่อการรับรู้อย่างแน่นอน เหตุที่ตัวแปรนี้มีนัยสำคัญเนื่องจากช่องทางการสื่อสารผ่าน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนชนบทมีประสิทธิภาพสูงในการส่งผ่านข้อมูลนโยบายไปยังประชาชน สอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers[27] ที่ระบุว่าช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพสูงสุดในการสร้างการรับรู้ในชุมชนและสอดคล้องกับงานวิจัยของปฤษฐพร กิ่งแก้วและคณะ[4] ที่ชี้ให้เห็นว่าปัญหาการสื่อสารเป็นประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวในพื้นที่นำร่อง และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (b = −0.20, 95% CI: -0.34 ถึง -0.07) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในทิศทางลบ (Beta = −0.19) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ค่า 95% CI ที่อยู่ในทิศทางลบทั้งช่วง แสดงว่ากลุ่มรายได้ 10,001–15,000 บาทต่อเดือนมีการรับรู้นโยบายต่ำกว่ากลุ่มรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทอย่างแน่นอน เหตุที่รายได้มีนัยสำคัญในทิศทางลบเนื่องจากกลุ่มรายได้ต่ำสุดที่พึ่งพาระบบหลักประกันสุขภาพเป็นหลักมีแรงจูงใจสูงกว่าในการแสวงหาข้อมูลนโยบาย ขณะที่กลุ่มรายได้ปานกลางมีทางเลือกในการใช้บริการที่หลากหลายกว่าจึงมีความจำเป็นในการรับรู้นโยบายน้อยกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Detollenaere et al.[8] ที่พบว่าผู้มีรายได้น้อยมักให้ความสนใจต่อนโยบายสุขภาพสูงกว่าเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นทางเลือกหลักที่เข้าถึงได้

นอกจากนี้ ตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในสมการพหุคูณ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ทั้ง 7 ตัวแปร อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเป็นชุมชนชนบทที่เป็นเนื้อเดียวกันสูง กล่าวคือมีระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านเหล่านี้มีน้อย จึงไม่เพียงพอที่จะแสดงอิทธิพลทางสถิติออกมาได้ชัดเจน ต่างจากการศึกษาที่ทำกับกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางสังคมเศรษฐกิจสูงกว่า สำหรับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทุกตัวพร้อมกันแล้วพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ส่งผลต่อการรับรู้นโยบายผ่านปัจจัยด้านการสื่อสารและประสบการณ์การใช้บริการมากกว่าจะส่งผลโดยตรง สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคมของ Bandura[30] ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปัจจัยด้านการสื่อสารและการเปิดรับข้อมูลมีผลต่อการรับรู้นโยบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะช่องทางด้านช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ดังนั้นหน่วยงาน

สาธารณสุขควรพัฒนาช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย เช่น เสริมศักยภาพ อสม. จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในชุมชน และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อมและเว็บไซต์ราชการ

2) ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการรับรู้นโยบาย เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta = 0.27) หน่วยงานควรจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่และการสาธิตการใช้สิทธิบัตรประชาชนใบเดียวในสถานบริการ เพื่อให้ประชาชนมีประสบการณ์ตรงและเข้าใจนโยบายได้ถูกต้อง

3) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพมีผลต่อการรับรู้นโยบายอย่างมีนัยสำคัญ (Beta = 0.24, 95% CI: 0.09–0.37) สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนที่มีความตื่นตัวในการแสวงหาบริการจากหลายแห่งมีแนวโน้มรับรู้นโยบายได้ดีกว่า ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจว่านโยบายบัตรประชาชนใบเดียวเปิดโอกาสให้เลือกรับบริการได้อย่างอิสระในทุกสถานบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานบริการให้สม่ำเสมอเพื่อสร้างความมั่นใจในการเลือกใช้บริการข้ามพื้นที่

4) ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้นโยบายด้านความสะดวกและลดขั้นตอนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ ($\bar{X}$= 3.60) โดยเฉพาะประเด็นการนัดหมายแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.27) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนยังมีความเข้าใจในขั้นตอนการใช้สิทธิและบริการดิจิทัลไม่เพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมสาธิตการใช้บัตรประชาชนใบเดียว การนัดหมายออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรับยาและกายภาพบำบัดใกล้บ้านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อลดความกังวลและเพิ่มความเชื่อมั่นในการใช้สิทธิตามนโยบาย

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษาดำเนินการเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอนเพียงแห่งเดียว ซึ่งเป็นชุมชนชนบทที่มีลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจค่อนข้างเป็นเนื้อเดียวกัน ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด

2) การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้นโยบายในระยะยาวได้

3) การศึกษาไม่ได้เปรียบเทียบระดับการรับรู้และความสะดวกในการเข้าถึงบริการก่อนและหลังการประกาศใช้นโยบาย ทำให้ไม่สามารถระบุผลกระทบที่แท้จริงของนโยบายได้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษานี้ดำเนินการกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอนเพียงแห่งเดียว เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความครอบคลุมของผล ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท รวมถึงเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพที่ 11 และ 12 เพื่อเข้าใจความแตกต่างตามบริบทพื้นที่และนำไปพัฒนานโยบายได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2) การศึกษาครั้งต่อไปควรเปรียบเทียบความสะดวกในการเข้าถึงบริการก่อนและหลังนโยบาย เพื่อระบุอุปสรรคที่แท้จริงและกลุ่มประชากรที่ได้รับประโยชน์น้อยที่สุด นำไปสู่การปรับปรุงบริการให้ตรงความต้องการ

3) เนื่องจากนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่เป็นนโยบายที่อยู่ในช่วงการดำเนินการและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรติดตามพลวัตของการรับรู้นโยบายและผลกระทบด้านรายจ่ายทั้งภาครัฐและประชาชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Security Office. Manual of national health security for people. 3rd ed. Bangkok: Sri-Muang Printing; 2006. (In Thai).
2. Banrung P. Public policy making process: universal health coverage project. J Adm Manag Sustain Dev. 2024;2(1):1-15. (In Thai).
3. Tiewsakul R. Factors affecting perception of the “30 baht treat anywhere with one ID card” policy among people in Takua Pa District, Phang Nga Province. J Nurs Health Innov Assoc. 2025;1(1):e6456. (In Thai).
4. Kingkaew P, Teerawattananon Y, Isaranuwatchai W, Kittiratchakool N, Luankongsomjit W, Arunprasert K, et al. Developmental evaluation of the “30 baht treat anywhere with one ID card” policy in pilot areas. Nonthaburi: HITAP & IHPP; 2025. (In Thai).
5. Kingkaew P, Teerawattananon Y. Policy brief no. 173: 30 baht treats everywhere policy! reducing patient costs but public still confused about service units [Internet]. Nonthaburi: HITAP; 2025 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.hitap.net/documents/190356 (In Thai).
6. Suwannasang K. General psychology. 3rd ed. Bangkok: Ruamsarn; 1997. (In Thai).

7. Rungrote-sittichai N. Perception, attitude, and behavior towards electronic cigarettes [master's thesis]. [Bangkok]: Thammasat Univ; 2017 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:145347 (In Thai).
8. Detollenaere J, Hanssens L, Vrinten C, Willems S. Trends and correlates of the public's perception of healthcare systems in the European Union. BMJ Open. 2018;8:e018178. doi:10.1136/bmjopen-2017-018178.
9. Chaina S. Effectiveness of the 30 baht treats everywhere project implementation in Nong Bua Lamphu Province. J Environ Health Community Health. 2022;7(2):46-55. (In Thai).
10. Srisit P, Haekham N, Subreuang J. Opinions on the 30 baht treats everywhere policy among people in Tha Mai District, Chanthaburi Province. J Inst Urban Dis Control Prev. 2025;10(1):453-468. (In Thai).
11. Sitti K. Exposure to news and information, knowledge, attitude, and behavior in using health security of people in Bangkok: comparing middle-income and low-income groups [master's thesis]. [Bangkok]: Thammasat Univ; 2011. (In Thai).
12. Benjarongkit Y. Audience analysis. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. (In Thai).
13. Khonkhlong P. Hospital service users' confidence during the COVID-19 pandemic [master's thesis]. [Bangkok]: Thammasat Univ; 2020. (In Thai).
14. Nipanon S. Communication strategies and issue management to push for the single standard health system policy [master's thesis]. [Bangkok]: Thammasat Univ; 2016. (In Thai).
15. Ban Mamuang En Subdistrict Health Promoting Hospital. Service utilization statistics. Khao Phanom District, Krabi Province; 2025 Dec 15.
16. National Health Security Office, Region 11 Surat Thani. Population coverage data by entitlement for fiscal year 2026 [Internet]. Surat Thani: NHSO; 2025 Nov 6 [cited 2025 Nov 20]. Available from : https://suratthani.nhso.go.th/ FrontEnd/pagecontentdetail.aspx?ContentID=NjkwMDAwMDAx&CatID=OTA= (In Thai).
17. Wicklin RJ. Sample size for the correlation coefficient [Internet]. Cary (NC): SAS Institute; 2017 Nov 1 [cited 2026 May 6]. Available from: https://blogs.sas.com/content/iml/2017/11/01/sample-size-correlation-coefficient.html
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Egbuchulem KI. The basics of sample size estimation: An editor's view. Ann Ibadan Postgrad Med. 2023;21(1):5-10.
20. Kittinarakat C, Acheerayawat O. Sampling in research: principles, methods, and applications. J Adm Educ Manag Innov. 2024;2(1):39-55. (In Thai).
21. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
22. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
23. Tantiekarat S, Makmee P, Suksonguan N, Sattapan N. Factors related to self-care behaviors of elderly patients with hypertension in Buriram Province using the Precede Framework. Valaya Alongkorn Res Dev J R Pat Sci Technol. 2020;15(1):47-59.
24. Souvatzi E, Katsikidou M, Arvaniti A, Plakias S, Tsiakiri A, Samakouri M. Trust in healthcare, medical mistrust, and health outcomes in times of health crisis: a narrative review. Societies. 2024;14(12):269. doi:10.3390/soc14120269
25. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Delhi declaration on strengthening primary health care in the WHO South-East Asia Region [Internet]. New Delhi: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/373223.
26. Slevin P, Donnelly SC, Caulfield B. Digital health for an aging population: the importance of human-mediated support in technology adoption. J Med Internet Res. 2024;26:e48921. doi:10.2196/48921.
27. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
28. Sharma R, Gupta S. Urban-rural disparities in health coverage. Int J Equity Health. 2024;23:142.

doi:10.1186/s12939-024-02264-5.

29. Wilson R, Albury A, Stroud H. Misinformation and digital inequalities: comparing how different demographic groups get exposed to and engage with false information. Int J Press Polit. 2024;29(1):163-184.
30. Nickerson C. Albert Bandura's social cognitive theory [Internet]. Simply Psychology; 2025 Mar 31 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.simplypsychology.org/social-cognitive-theory.html