วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

Health Science Journal of Thailand

HEALTH SCI J of THAI

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2569)
Vol. 8 No. 3 (July – September 2026)
ISSN 2773-8817 (Online)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

ชื่อวารสาร	วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand)	
เจ้าของ	มหาวิทยาลัยทักษิณ	
ที่ปรึกษาฝ่ายบริหาร	อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและการเรียนรู้	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ	ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ศาสตราจารย์ ดร.มาลินี เหล่าไพบูลย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงษ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เดช สารการ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี มิตกิตติ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญชุณหะ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณศรี มงคลชาติ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อนงค์ ภิบาล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	อาจารย์ ดร.ขวัญจิตต์ สุวรรณนพรัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการ	นางสาวรานี ซุ่นเซ่ง	สถาบันวิจัยและพัฒนา
	นางสาวกัญญณัชช์ เลียดรักษ์	สถาบันวิจัยและพัฒนา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออก

ปีละ 4 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม - ธันวาคม

รูปแบบเล่ม

ขนาด B5 (16.7x25 ซ.ม.)

การเผยแพร่

ออนไลน์ (Online)

การติดต่อ

กองจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 โทรศัพท์ 0 7460 9600 ต่อ 7242
E-mail address: jhstsu@tsu.ac.th, editorjhstsu@tsu.ac.th
Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/
Facebook page: Health Science Journal of Thailand
Facebook: https://www.facebook.com/Health-Science-Journal-of-Thailand-108294935059413/

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2569 นำเสนอผลงานวิชาการจำนวน 6 บทความ ครอบคลุมประเด็นด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการบริหารจัดการภายใต้การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสาธารณสุข ผลงานในฉบับนี้ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบบริการ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต ซึ่งสะท้อนถึงแนวทางการสร้างองค์ความรู้ที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ด้านการพัฒนาบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ มีการนำเสนอแนวทางการนิเทศนักศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนรู้ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนผ่าน CHASE Model โดยใช้การวิจัยแบบอัตชาติพันธุ์วรรณนา (Autoethnography) เพื่อสะท้อนประสบการณ์และแนวทางปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและรองรับความต้องการของสังคมสูงวัย

สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีบทความทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทย เพื่อรวบรวมหลักฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเหงา ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตใจและสังคมควบคู่กับสุขภาพกาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน ในมิติของนโยบายสาธารณสุข บทความที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของประชาชนต่อบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการกระจายอำนาจ สะท้อนถึงความสำคัญของการปรับบทบาทหน่วยงานและการบริหารจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ ขณะที่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ช่วยขยายมุมมองเกี่ยวกับการสื่อสารนโยบายและการสร้างความเข้าใจในสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งสองประเด็นมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไทย

คณะบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานทั้ง 6 บทความจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบบริการ และการต่อยอดงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอขอบคุณผู้เขียน ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการรักษาคุณภาพทางวิชาการของวารสาร พร้อมทั้งขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรด้านสุขภาพร่วมเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนอย่างยั่งยืน

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย

สารบัญ

หน้า

Optimizing Supervision Practices for Nursing Students in Implementing the CHASE Model in Community Health Nursing Related Learning Experience Course: An Autoethnography 1
Mario Dimapilis

ความต้องการและแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย 9
Needs Assessment and Development Guidelines for Digital Technology Supporting Dental Service Systems for Older Adults in Thailand
ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง, ปางพุฒิพงษ์ เหมมณี, ปิยะดา ประเสริฐสม
Nuttmanussanun Srithong, Pangputipong Hemmanee, Piyada Prasertsom

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต 17
Outcomes of a Care Programs for Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Thai Communities: A Scoping Review
เจตจรรยา บุญญกูล, สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์, สมฤดี พูนทอง, วิภา สุวรรณรัตน์
Jatjunya Bunyakul, Supussajee Detthippornpong, Somrudee Poontong, Wipa Suwannarat

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนด้านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ 28
Factors Influencing Public Perception of the Role of Thalang District Public Health Office, Phuket Province following the full-phase Complete Decentralization of the Ministry of Public Health
ชยาทิตย์ แก้วพิทักษ์, กิระพล กาละดี, วรางคณา จันทร์คง
Chayathit Kaewpithak, Kiraphol Kaladee, Warangkana Chankong

Effectiveness of a Community-Based Mental Health Promotion Program for Older Adults in Reducing Depression Symptoms and Loneliness at Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani Province 37
Supawida Tantaweewong, Napattra Satieantitipong

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะม่วงเอน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 47
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, กิระพล กาละดี, อนัญญา ประดิษฐปรีชา
Kanokwan Chanjaraen, Kiraphol Kaladee, Anunya Pradidthaprecha

Health Science Journal of Thailand

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

Optimizing Supervision Practices for Nursing Students in Implementing the CHASE Model in Community Health Nursing Related Learning Experience Course: An Autoethnography

Mario Dimapilis[1]*

Abstract

This study explored how a Community Health Nursing (CHN) instructor optimizes supervision of nursing students as they implement the Community Health Assessment Sustainable Education (CHASE) model in a CHN Related Learning Experience course. Addressing gaps in context-specific evidence in community health nursing education in the Philippines, this study explored how limited instructor familiarity with CHASE shapes supervisory practices and pedagogical adaptation. Anchored in an interpretivist-constructivist paradigm, the study employed autoethnography to examine the instructor's lived experience during CHASE-based supervision. Qualitative data were generated from reflective journals, field notes, and personal notes from in-depth pre- and post-conference engagements with students and other CHN instructors. Analysis followed an iterative process of open, axial, and selective coding, supported by constant comparison and narrative analysis to identify critical incidents and epiphanies. Methodological rigor was ensured through prolonged engagement, reflexive journaling, and triangulation across data sources. Findings revealed that supervisory optimization evolved through context-responsive and reflective strategies. Four interrelated epiphanies or themes emerged: commitment to effective supervision, facilitation of student learning, professionalism in supervision, and deep immersion in the community context, each with two supporting subthemes. These epiphanies demonstrated how pedagogical transformation arises from navigating unfamiliar models within situated practice. The study concluded that effective CHASE implementation requires reflexive, adaptive, and community-engaged supervision, offering insights for curriculum enhancement, faculty development, and community-based nursing education and research.

Keywords: Autoethnography, Community, Health, Nursing, Supervision

* Corresponding author: mariodimapilis@sac.edu.ph , Tel: +639954800134
Received: 10 Apr 2026; Revised: 29 Jun 2026; Accepted: 9 Jul 2026

Citation:
Dimapilis M. Optimizing supervision practices for nursing students in implementing the CHASE model in community health nursing related learning experience course: an autoethnography. Health Sci J Thai 2026; 8(3): 1-8. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.281517

[1] Nursing Department, St. Anthony's College, San Jose, Antique, 5700, Philippines

Introduction

The researcher was assigned to lead the implementation of the Community Health Assessment Sustainable Education (CHASE) Model [1] in the Community Health Nursing Related Learning Experience (CHN RLE) course for third-year nursing students. The CHASE model is a community-engaged, experiential learning framework used in nursing education at some colleges and universities in the Philippines, integrating systematic community health assessment with the collaborative development of sustainable interventions. Developed through international rural health initiatives, it involves students working with community stakeholders to identify needs, prioritize issues, implement context-responsive solutions, and evaluate them[1]. Distinctive for its emphasis on immersive engagement, collaboration, and adaptability, the CHASE model functions as both a pedagogical approach and a practical strategy for promoting community-driven health improvement. The CHASE model also strengthens community health nursing education by promoting sustainable practices that improve health outcomes and build primary care competencies[2-4]. It integrates community health assessment, needs identification, health promotion planning, and implementation of sustainable interventions through active community participation.[5-7]

Sustainability is central to the CHASE model, ensuring lasting community health gains. Yet effective use requires optimal CHN supervision, which is limited by initial unfamiliarity with the model among CHN instructors, researcher, and nursing students[8,9]. This led the researcher to ask, "How can the researcher, a CHASE-limited CHN instructor, effectively supervise students for meaningful learning? Although the CHASE model provides a supervisory framework[3], students and instructors struggle to apply it due to limited supervision, risking inconsistent implementation and weak learning outcomes. Autoethnographic research is therefore recommended to draw on CHN instructors' lived experiences and develop a contextually relevant CHASE-based supervision model.

Optimizing CHN supervision for nursing students is pivotal in CHN placements, as the quality of supervision directly shapes learning outcomes. A supportive learning environment, adequate supervision, strong peer relationships, and positive community placement culture significantly improve CHN learning experiences [8,10]. The researcher's attitudes and practices as a CHN instructor and supervisor, along with the community environment, shape students' perceptions of community placements, confidence in community immersion, and interest in community health initiatives. Regular supervisor contact and professional support are essential for building confidence and developing skills among nursing students[11,12]. Best practices include targeted training for CHN supervisors and structured pre- and post-conference reflection[13,1]. Within the CHASE model application, evidence highlights structured reflection, formal supervisor training, supportive environments, and systemic, motivational, and cultural factors that influence career choice.[11,12]

Supervision style shapes the learning environment, engagement, and communication, fostering growth. Peer learning and group reflection that the supervisor facilitates deepen critical thinking, reduce anxiety, and sustain quality supervision[15–17]. These practices support the effective implementation of student-centered models such as CHASE in the Philippines.

Community problem-solving (CPS) is increasingly integrated into undergraduate nursing education to deepen students' understanding of population health and social determinants [18]. The World Health Organization underscores the value of immersive, community-based experiential learning for preparing nursing students in health promotion roles. CPS activities, such as partnerships with local organizations and advocacy, broaden students' perceptions of nursing, enhance teamwork and cultural sensitivity, and strengthen advocacy for vulnerable populations. However, evidence on the optimal design, long-term effectiveness, and sustained outcomes of CPS remains limited[18]. Optimizing supervision and structured academic support is essential for maximizing CPS benefits and implementing the CHASE model effectively in community health nursing education.

Despite the growing emphasis on community-engaged

and experiential learning in community health nursing education, limited research examines how CHN instructors optimize supervisory practices when implementing emerging models such as CHASE. Existing literature largely addresses general supervision and reflective practice but provides little context-specific insight into supervising innovative, sustainability-oriented approaches, particularly in the Philippines. This study addresses these gaps by offering an autoethnographic analysis of a CHN instructor's lived experience, highlighting adaptive and reflexive strategies that contribute to optimal supervision. It advances nursing education and supervision research by providing contextually grounded insights to inform faculty development and community-engaged teaching practices.

Methods

This study employed an autoethnography research design. It systematically analyzed the researcher's lived experiences within a broader social, cultural, and educational context, aiming to generate insights that were both self-reflective and theoretically informed. This method involved reflecting on and writing about the researcher's experiences and challenges during CHN supervision of groups of nursing students. This study followed the steps recommended by Ellis, Adams & Bochner.[19]

Steps in conducting autoethnography research:

Step 1) Field site determination and locating myself (Positionality)

The researcher analytically delineated the focal phenomenon by self-interrogating their lived experiences of implementing the CHASE model in a CHN Related Learning Experience. Rather than merely recounting experience, the researcher problematized how limited familiarity with the CHASE model produced tensions in supervision, requiring ongoing reinterpretation of roles, expectations, and pedagogical approaches. This step involved critically situating these experiences within broader discourses on community-engaged learning and supervision, enabling the researcher to interrogate not only what occurred but also how and why supervisory practices evolved in response to contextual demands. Through this analytic positioning, the researcher transformed personal experience into a site of inquiry, foregrounding issues of adaptation, reflexivity, and knowledge construction. This clarified the study's central analytical focus on how supervision is reconfigured within innovative learning models, thereby establishing a conceptual and methodological foundation for subsequent data generation and interpretation.

Step 2) Data gathering procedure

To deepen understanding of the CHN supervisory experience, the researcher employed several qualitative data collection strategies. Central to this process were the twenty-four reflective journal entries with corresponding photographs from July 29 to December 06, 2025. These journal entries documented the researcher's ongoing reflections, insights, and significant experiences while supervising twelve groups of twelve nursing students per group under the CHASE model during a nine-day community placement over a four-month period. Prior to the community placement immersion in six villages and during the orientation and workshops at the school, the nursing students were informed that the supervisor would conduct a study on the use of the CHASE model in the CHN-Related Learning Experience course. The supervisor/instructor/researcher also stated that photographs would be taken, and personal notes and self-reflections would be written, and that these would be used as research materials. The community leaders and members were also informed of the same, to which they all gave verbal permission. The Dean of the Nursing Department and the Research Officer of the college, who served as the interim IRB, were informed and given the autoethnography research proposal, and they granted oral permission. The researcher also systematically recorded in the reflective journal the students' progress and the nature of supervision interactions in the community, capturing the evolving dynamics of the supervisory relationship as key observational data, without recording or mentioning any identifiable data of the nursing students, community members, or fellow clinical instructors. They contributed to the contextual perspectives and richness of the

researcher's lived experiences while supervising nursing students, thereby informing, but not replacing, the researcher's analytic focus. Data richness was further enhanced by field notes, photographs, and brief headnotes, which added contextual detail and supported triangulation, thereby strengthening the study's trustworthiness. In addition, the researcher drew on personal memory as a complementary data source, critically examining and integrating relevant recollections of the supervisory process into the broader narrative to provide a more comprehensive account of the researcher's lived experiences as a community health nurse supervisor.

Step 3) Identification of epiphanies

In accordance with autoethnography guidelines, identifying epiphanies is central to shaping the research themes. They define epiphany as a significant turning point that prompts heightened awareness or transformative realizations,[19] and the researcher interpreted these moments with attention to both personal resonance and broader cultural significance.

The data were reviewed in detail, with particular focus on narrative shifts, disruptions, and passages marked by emotional intensity or a change in perspective. Each potential epiphany was situated within relevant cultural, social, and institutional contexts, thereby linking individual insights to collective meanings[19]. This iterative process was supported by ongoing reflexive analysis, which allowed the researcher to revisit and reinterpret earlier entries as the study evolved.

Step 4) Data analysis

The data analysis for this study proceeded through several interconnected stages. First, a thematic analysis[20] was conducted to identify and examine recurring themes and patterns from the researcher's reflective journals, field notes, and photographs. It was done by rereading the entries to become familiar with the data. The mental codes were written and grouped into categories. Themes and subthemes were identified from the categories. Then the researcher conducted a narrative analysis to craft a coherent storyline integrating the lived experiences, personal reflections[21], and emerging insights.

Throughout the analysis, the researcher drew on relevant background research to interpret significant moments and epiphanies. Theoretical frameworks, core concepts, and established ideas were integrated to explain and critique the researcher's lived experiences under study. Sharing and peer debriefing the researcher's reflections and emerging insights with other clinical instructors on the use of the CHASE model in supervising nursing students provided depth and context, enriching the analysis and interpretation.

Finally, the researcher probed their assumptions during the research process by revisiting what they had previously taken for granted and considering alternative perspectives. By questioning these assumptions, the analysis remained reflexive, open, and attentive to underlying biases and blind spots.

Results

This section presents the reflective narratives of key epiphanies from the researcher's lived experiences during four months of supervising nursing students in their CHN-Related Nursing Experience course, guided by the implementation of the CHASE model. These epiphanies are commitment to effective supervision, facilitating student learning, professionalism in supervision, and immersion in the community context. Each epiphany and its subthemes were described by selected journal entries.

Epiphany 1. Commitment to effective supervision

The data from the researcher's reflective journal entries revealed that the entire implementation of the CHASE model in the CHN Related Learning Experience course from July 29 to December 06, 2025, was characterized by deep commitment to preparing, guiding, and supporting students throughout the CHASE process. This finding was backed by the following subthemes:

Subtheme: Preparation and resourcefulness

Three days prior to the CHN orientation day for third-year nursing students on July 29, 2025, I had already acknowledged that I had invested significant time and effort in preparing the orientation materials and visual aids to ensure students had a clear understanding of the CHASE model.

"It took me 3 days to prepare the PowerPoint for the orientation day. Since I had not encountered the CHASE Model before, it took me some time to gather some information about it."

"It took me lots of effort to conceptualize the presentation of the CHASE model's phases in a Gantt chart. ... I was eager to use a computer application to create the Gantt chart in Canva."

Subtheme: Academic rigor and feedback

By October 4, the students were submitting their CHASE manuscripts for the initial data presentation on October 20, 2025. I devoted so much time to reading them and giving feedback on their data collection, analysis, and prioritization of community health problems. I was eager to dedicate myself to maintaining high standards in student outputs, providing thorough feedback, and encouraging adherence to the phases presented in the CHASE model.

"I received a draft copy of the CHASE manuscript for preliminary reading. It took almost three hours to read and comment on six manuscripts. ... Dedication and patience are some of the virtues that a CHASE clinical supervisor must possess."

Epiphany 2. Facilitating student learning

The data revealed that on September 3-5, 2025, the students were organized in the school for the pre-engagement and pre-orientation phase of CHASE. When the first three groups presented their workshop outcomes, I was in awe that I had actively created opportunities for student engagement, learning, and growth in both the classroom and simulated community settings.

Subtheme: Active engagement and experiential learning

By that time, I had engaged the students fully in organizing workshops, role-plays, and mock rehearsals, which helped them internalize CHASE's first phase and prepared them for community scenarios.

"The students were reminded to plan the day using a timetable. They were given additional instruction on how to do the role-playing and mock rehearsal of the initial community orientation phase of CHASE."

Subtheme: Ongoing guidance and encouragement

On October 4, 2025, during my supervisory and follow-up visits to three villages where the students were placed, I learned for myself that I was offering encouragement, addressing challenges, and fostering perseverance and growth in my students.

"I saw the importance of guiding the students. I was interested to know how they are faring with the CHASE experience. ... I could only encourage them and patiently guide them to the path of CHASE."

Epiphany 3. Professionalism in supervision

The data revealed that throughout the CHN RLE community placements for our nursing students, two of my colleagues supported me in implementing the CHASE model. I reckoned that CHN supervisors owed models professionalism, collaboration, and ethical engagement with both students and colleagues.

Subtheme: Collegial collaboration

By the time I conducted the first CHN RLE orientation and introduced the CHASE model on July 29, 2025, the third-year nursing students were asking questions about CHASE. It was then that I reflected on the importance of collegial coloration. At that moment, I recognized the importance of seeking support from fellow CHN instructors and supervisors, sharing resources, emphasizing teamwork, and sharing responsibilities.

"It was good that my fellow clinical instructors for CHN RLE had some CHASE materials with them. I was thankful that she shared those materials with me."

"I communicated to my fellow CHN instructor the need to conduct a CHASE workshop."

Subtheme: Role modeling

Two hours before lunchtime on October 4, 2025, while the nursing students were collecting data and about to process it, I deliberately emphasized and demonstrated, through role-playing, the importance of teamwork and collaborative values among students, as well as professional conduct in community health nursing during our supervision meeting.

"Demonstrating professionalism in working with fellow CHASE clinical instructors is one way to show the nursing students that community health nursing is a collaborative undertaking. Putting different

thoughts from different minds makes community health nursing supervision more effective..."

Epiphany 4. Immersion in community context

By the time the nursing students were conducting the initial data presentation phase of CHASE implementation on October 20, 2025, I observed that they were putting into practice what I had imparted to them about the importance of adapting and engaging with the community, understanding local dynamics, and building partnerships.

Subtheme: Networking and partnership building

The data revealed that on August 19, 2025, when my fellow clinical instructor and I visited several offices and met with community leaders and partners, it dawned on me that we had already begun helping our students establish connections with stakeholders from school and placement communities.

"Having no idea which office to visit to get some information about the community leaders ... We entered the office of the Community Extension and External Relations Office. ... We were referred to the Formation of Students Office, where the sisters gave us the contact details of the partner communities."

Subtheme: Adaptability and openness

When the nursing students presented the initial data they gathered during the community health assessment to the community leaders on October 20, 2025, I, as a supervisor, contemplated how to supervise students in unpredictable community settings, which required adaptability, patience, and openness to unexpected challenges.

"There were some technical problems in projecting the presentation. ... patience, adaptability, creativity, flexibility, and openness to the unexpected are some of the traits to possess in supervising nursing students implementing the CHASE model."

Discussion

The autoethnographic reflections reveal a comprehensive, student-centered, and reflective approach to CHN supervision, marked by preparation and resourcefulness, facilitated and experiential learning, professional collaboration, and immersive partnership. These epiphanies illustrate the multifaceted demands and rewards of supervising nursing students through the CHASE model, emphasizing adaptability, perseverance, and ethical community engagement to foster student growth and community impact[22].

Strengthening preparation and resource development is crucial for optimal CHN supervision. Dedicated time for orientation and resource creation enables CHN instructors and supervisors to design clear, engaging materials that explain CHASE phases and support its application in diverse communities[23]. This reflects the Philippines' cultural mantra on preparedness, resourcefulness, and promptness, *"Daig ng maagap ang masipag."* However, resourcefulness and promptness come with over-tolerance on the seeming perpetuation of overloading CHN instructors with supervisory roles resulting from an unjustified CHN instructor and nursing student ratio in community placement[27]. These realities in CHN RLE education at some nursing educational institutions in the Philippines have a tremendous effect on the quality of nursing students' engagement and the efficient dissemination of educational materials prepared by CHN supervisors for facilitated experiential learning and deeper internalization of CHASE concepts[24].

Fostering professionalism and collaboration among CHN instructors, students, and community placements is critical to CHASE-based activities. CHN supervisors who model professionalism and teamwork reinforce respect, accountability, and cooperation, the core values in community health settings [25]. Furthermore, sustained engagement with stakeholders, such as community leaders, community extension officers, and academic coordinators, builds partnerships, aligns goals, and increases the relevance and impact of CHASE activities[25]. In addition, ongoing guidance and constructive feedback through field follow-ups, check-ins, and timely, specific comments on outputs help monitor progress and guide meaningful revisions[25]. These all reflect the Filipino value and trait of "*bayanihan,*» wherein the whole *"barangay"* (village community) is united as one.

Embracing adaptability and community immersion prepares supervisors and students for CHN practice using the CHASE model. Training for flexibility, creativity,

and openness to unexpected challenges supports effective responses during community engagements, while immersion and relationship-building foster trust, local insight, and co-created, contextually relevant interventions [26]. Furthermore, evidence suggests that supporting instructors' well-being through equitable workload distribution and reflective peer support promotes continuous improvement [26]. These focal areas, grounded in lived experiences, highlight key factors that optimize supervision of nursing students in CHN through the CHASE model [22–26].

This study acknowledges limitations related to its autoethnographic nature, single-institution setting, and contextual constraints in the Philippine context, as well as time, resource, technological, and engagement challenges that affected the depth and consistency of the data. Future multi-educational and community settings, longitudinal, comparative, and community-participatory studies are hereby recommended to strengthen generalizability and further validate and expand the findings.

In conclusion, this autoethnographic study examined the experiences of a community health nursing instructor supervising students using the CHASE model in community settings. It highlighted that optimal supervision relies on thorough preparation, resource development, and supportive learning environments. Commitment, preparation, and resourcefulness facilitated learning and professionalism, which were found to be essential for optimal supervision and the effective application of the CHASE model in the CHN RLE course. Given these findings, future research is encouraged to be conducted in different educational and community settings to further validate the findings of this study and examine their applicability across diverse contexts.

Acknowledgements

The researcher acknowledges the nursing students of the Nursing Department of St. Anthony's College for their work in the six partner communities. Appreciation is also extended to the local government units of San Jose and Hamtic, Antique, for their support of the Community Health Assessment Sustainable Education activities and to the research officer and assistants of the St. Anthony's College Research Office.

References

1. Ross J, Crawley J, Mahoney L. Sustainable community development: student nurses making a difference. Scope: Contemp Res Top (Learning & Teaching) 2017; 1(4).
2. Betancurth-Loaiza DP, Pico-Merchán ME, Castillo LO. Community practice in nursing programs in the context of primary health care. Entramado 2024; 20(1): 1.
3. Evans-Agnew R, Reyes D, Primomo J, Meyer K, Matlock-Hightower C. Community health needs assessments: expanding the boundaries of nursing education in population health. Public Health Nurs 2017; 34(1): 69-77.
4. Steffy ML. Community health learning experiences that influence RN to BSN students interests in community/public health nursing. Public Health Nurs 2019; 36(6): 863-71.
5. Antonsen T, Stenberg C, Hansen KH, André B, Bogsti WB. Nursing students' experience of an alternative model for supervision during practical studies in the municipal health service: a qualitative study. Heliyon 2023; 9(11).
6. Zeydani A, Atashzadeh-Shoorideh F, Abdi F, Hosseini M, Zohari-Anboohi S, Skerrett V. Effect of community-based education on undergraduate nursing students' skills: a systematic review. BMC Nurs 2021; 20(1): 233.
7. Donaghy PH, Greenhalgh C, Griffiths J, Verma A. The use of community problem solving in undergraduate nurse education: a literature review. Nurse Educ Today 2022; 1(116): 105447.
8. André B, Antonsen T, Akslen SK, Bogsti WB. How to improve interest for undergraduate nursing students working in primary health care. Prim Health Care Res & Dev 2023; 24: 36.
9. Castro J, Ignacio K. Experiential-based competencies in community health practice among nursing students. World J Adv Res and Rev 2015; 25(02): 2697-2705.

10. Hayes LJ, Orchard CA, Hall LM, Nincic V, O'Brien-Pallas L, Andrews G. Career intentions of nursing students and new nurse graduates: a review of the literature. Int J Nurs Educ Scholarsh 2006; 3(1).
11. Warne T, Johansson UB, Papastavrou E, Tichelaar E, Tomietto M, Van den Bossche K, Moreno MF, Saarikoski M. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. Nurse Educ Today 2010; 30(8): 809-15.
12. Leonardsen AC, Brynhildsen S, Hansen MT, Grøndahl VA. Supervising students in a complex nursing practice: a focus group study in Norway. BMC Nurs 2021; 20(1): 168.
13. Lau ST, Liaw SY, Lau Y, Lopez V. "Seeing beyond the expected." Nursing students' experience in community practice and collaborative learning: a qualitative study. Health & Soc Care in the Community 2022; 30(6): 4617-27.
14. Severinsson EI. Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. Nurs Ethics 2001; 8(1): 36-44.
15. Markowski M, Bower H, Essex R, Yearley C. Peer learning and collaborative placement models in health care: a systematic review and qualitative synthesis of the literature. J Clin Nurs 2021; 30(11-12): 1519-41.
16. Price L, Hastie L, Duffy K, Ness V, McCallum J. Supporting students in clinical practice: pre-registration nursing students' views on the role of the lecturer. Nurse Educ Today 2011; 31(8): 780-4.
17. Miraglia R, Asselin ME. Reflection as an educational strategy in nursing professional development: an integrative review. J Nurses in Prof Dev 2015; 31(2): 62-72.
18. Donaghy PH, Greenhalgh C, Griffiths J, Verma A. The use of community problem solving in undergraduate nurse education: a literature review. Nurse Educ Today 2022; 116: 105447.
19. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: An Overview. Forum Qual Soz/Forum Qual Soc Res 2010; 12(10).
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res in Psychol 2006; 3(2): 77-101.
21. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. Routledge 2017.
22. Baglin MR, Rugg S. Student nurses' experiences of community-based practice placement learning: a qualitative exploration. Nurse Educ in Pract 2010; 10(3): 144-52.
23. Luebbers EL, Dolansky MA, Vehovec A, Petty G. Implementation and evaluation of a community-based interprofessional learning activity. J Interprofessional Care 2017; 31(1): 91-7.
24. Meeley NG. Undergraduate student nurses' experiences of their community placements. Nurse Educ Today 2021; 106: 105054.
25. Yang SY, Liu C, Hsieh PL. Effects of team-based learning on students'teamwork, learning attitude, and health care competence for older people in the community to achieve SDG-3. Int J Environ Res and Public Health 2022; 19(11): 6632.
26. Teherani A, Nikjoo A, den Boer A, Tong MS, Desai A. Community-engaged sustainable health care education. The Clin Teach 2021; 18(1): 62-8.
27. Camacho RS, Durotan ZM, Irugin JM, Placido GD. Nurse faculty shortage: an impact on teaching-learning experience. Green Prints 2024.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

ความต้องการและแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

Needs Assessment and Development Guidelines for Digital Technology Supporting Dental Service Systems for Older Adults in Thailand

ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง[1]*, ปางพุฒิพงษ์ เหมมณี[1], ปิยะดา ประเสริฐสม[1]
Nuttmanussanun Srithong[1]*, Pangputipong Hemmanee[1], Piyada Prasertsom[1]

บทคัดย่อ

เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อศึกษาการรับรู้ความคิดเห็น และความต้องการด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของทันตบุคลากร รวมทั้งสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นทันตบุคลากรจำนวน 375 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเนื้อหา พบ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 50.7) เป็นทันตาภิบาล ทันตแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 44.0 28.8 และ27.2ตามลำดับ) อุปกรณ์ดิจิทัลที่ใช้มากที่สุด สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 76.0) เทคโนโลยีดิจิทัลที่เคยใช้งานมากที่สุด แอปพลิเคชันด้านสุขภาพของภาครัฐ เช่น หมอพร้อม (ร้อยละ 84.3) ส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับประชาชน (ร้อยละ 71.7) รวมถึงระบบนัดหมายออนไลน์ ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปาก และระบบให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอคอล อุปสรรคได้แก่ข้อจำกัดด้านงบประมาณ (ร้อยละ 92.3) และปัญหาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในพื้นที่บริการ (ร้อยละ 88.0) ความจำเป็นในการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน การบูรณาการระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอนาคต

คำสำคัญ: เทคโนโลยีดิจิทัล, ผู้สูงอายุ, ระบบบริการทันตกรรม, สุขภาพช่องปาก

Citation:
Srithong N, Hemmanee P, Prasertsom P. Needs Assessment and development guidelines for digital technology supporting dental service systems for older adults in Thailand. Health Sci J Thai 2026; 8(3): 9-16. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.277327

[1] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000
[1] Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand

* Corresponding author: nutdentalhealth@gmail.com, Tel: 0894155591
Received: 29 Aug 2025; Revised: 26 Jun 2026; Accepted: 14 Jul 2026

Abstract

Digital technology plays an important role in strengthening dental service systems for older adults in Thailand. The objective of this study was to explore the perceptions, and needs regarding digital technology, as well as to synthesize development guidelines for digital technologies to support dental service systems for older adults. A cross-sectional survey research design was employed, complemented by qualitative analysis of open-ended responses. The study included 375 dental personnel. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that most participants had more than two years of work experience (50.7%). The participants consisted of dental nurses (44.0%), dentists (28.8%), and public health officers working in dental public health services (27.2%). Smartphones were the most commonly used digital devices (76.0%). The most frequently used digital health technologies were government-developed health applications, particularly Mor Prom (84.3%). Most participants expressed a need for the development of digital applications for the public (71.7%), including online appointment systems, oral health information management systems, and teleconsultation services via video calls. The major barriers identified were budget constraints (92.3%) and limited internet accessibility in service areas (88.0%). The findings highlight the necessity of developing digital technology that responds to the needs of practitioners. Furthermore, integrating health information systems is essential to enhance the efficiency of elderly oral healthcare and to support the future development of the elderly dental service system in Thailand.

Keywords: Digital Technology; Older Adults; Oral Health; Dental Service System

บทนำ

ปัจจุบันองค์กรด้านสาธารณสุขต้องเผชิญกับภาวะการขาดแคลนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้องค์กรเหล่านี้ต้องปรับกลยุทธ์การทำงาน เพื่อดึงดูดบุคลากรใหม่ๆ และดูแลบุคลากรเดิมในองค์กร ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มองหาสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น นอกจากนี้ภายในองค์กรยังหันมาใช้ระบบการทำงานอัตโนมัติและ AI เพิ่มขึ้น[1] เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพจึงเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการดูแลสุขภาพประชาชน ด้วยการเชื่อมโยงประชาชนกับการบริการทางการแพทย์เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการยกระดับการดูแลสุขภาพของประชาชน ประโยชน์ของเทคโนโลยีมีความชัดเจนและลดต้นทุนการให้บริการ[2] เทคโนโลยีจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และกระบวนการรักษา เพื่อรองรับความต้องการของทันตบุคลากรในอนาคต การวิจัยทางเทคโนโลยีเหล่านี้จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการคาดการณ์และเตรียมความพร้อมเพื่อปฏิบัติงานในอนาคต ประเด็นสำคัญด้านเทคโนโลยีในอนาคตที่ต้องการการวิจัย สถานะปัจจุบันของ AI ในทันตกรรมกำลังเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก อนาคตของ AI นั้นมีศักยภาพอย่างไม่มีขีดจำกัดในการปรับปรุงการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางจริยธรรมและทางปฏิบัติอย่างรอบคอบ เนื่องจาก AI ยังคงพัฒนาต่อไป ชุมชนทันตกรรมควรยอมรับศักยภาพของ AI ขณะเดียวกันก็ต้องรักษามาตรฐานการดูแลและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูงสุด อนาคตของทันตกรรมเป็นอนาคตที่ชาญฉลาด และมีโอกาสที่จะพัฒนาให้ดีขึ้น[3] ด้วยปัญหาสุขภาพช่องปากสามารถแก้ไขและป้องกันได้ การรับบริการเป็นสิ่งจำเป็นแต่ประชาชนก็ต้องตระหนักรู้ปัญหาในช่องปากของตนเองด้วย เทคโนโลยีการปฏิบัติทางทันตกรรมกำลังพัฒนาอย่างรวดเร็ว ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วย เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในวงการทันตกรรม และการเข้าสู่สังคมดิจิทัล จึงได้พัฒนาสื่อดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งต่อความรู้และวิธีดูแลอนามัยช่องปากตนเองผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ทั้งนี้กรมอนามัยมีแผนจะใช้เป็นแพลตฟอร์มกลางเชื่อมต่อกับข้อมูลด้านผู้สูงอายุอื่น ๆ ในอนาคต หน่วยบริการสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนได้อย่างมีประสิทธิผล การศึกษาเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในทันตกรรมไม่เพียงแต่เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังช่วยพัฒนาประสบการณ์ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ การรับรู้ และความคิดเห็นของทันตบุคลากรเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย

2) เพื่อศึกษาความต้องการการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ

3) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะและจัดทำแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาการรับรู้ ความคิดเห็น ความต้องการ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย ประชากร คือ ทันตบุคลากร ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 12,042 คน[4] การคำนวณขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของ Krejcie and Morgan[5] สำหรับประชากรจำนวน 12,042 คน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 373 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 375 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับชั้น เริ่มจากสุ่มเลือกจังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาคด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากภูมิภาคละ 2 จังหวัดได้จำนวน 8 จังหวัด คือ สุพรรณบุรี สระแก้ว น่าน สุโขทัย เลย ยโสธร สงขลาและระนอง สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทันตบุคลากรจากทุกอำเภอที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในพื้นที่ เกณฑ์คัดเข้า: เป็นทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก: เป็นทันตบุคลากรที่ไม่ได้อยู่ปฏิบัติงานในช่วงที่เวลาที่ทำการวิจัย ได้แก่ ลาบวช ลาศึกษาต่อ ลาคลอด ภายหลังการสุ่มเลือกจังหวัด ผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสมัครใจ (Voluntary sampling) โดยประสานผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัดเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนทันตบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึกปลายเปิดและแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยกำหนดการวัดตัวแปรสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ วิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล) ส่วนที่ 2 : ความคิดเห็นและการรับรู้การดำเนินงานเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพช่องปาก ส่วนที่ 3 : ความต้องการให้ส่วนกลางควรผลักดันหรือสนับสนุนใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปาก (ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4.21-5.00 = มากที่สุด, 3.41-4.20 = มาก, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 1.81-2.60 = น้อย และ 1.00-1.80 = น้อยที่สุด) และส่วนที่ 4 : ข้อเสนอแนะและความคาดหวัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป การรับรู้ ความคิดเห็น และความต้องการด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการจำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis) และการวิเคราะห์ประเด็นหลัก (Thematic analysis) เพื่อจัดกลุ่มข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ อายุ วิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และตัวแปรตาม ประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพช่องปาก ความคิดเห็นต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ความต้องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินความพร้อมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 541 วันที่ รับรอง 25 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 24 กันยายน 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มต้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล/ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการนำเสนอข้อมูลภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

สถานการณ์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของทันตบุคลากรในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน ส่วนใหญ่เป็นทันตาภิบาล จำนวน 165 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมา ได้แก่ ทันตแพทย์ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 28.8) และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 102 คน (ร้อยละ 27.2) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 22–59 ปี โดยกลุ่มอายุ 31–40 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด จำนวน 119 คน (ร้อยละ 31.7) รองลงมา ได้แก่ อายุไม่เกิน 30 ปี จำนวน 111 คน (ร้อยละ 29.6) อายุ 41–50 ปี จำนวน 108 คน (ร้อยละ 28.8) และอายุ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.9) ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลักในการปฏิบัติงานและการสื่อสาร จำนวน 245 คน (ร้อยละ 78.5) รองลงมา ได้แก่ โทรศัพท์สำหรับโทรเข้า–ออก จำนวน 145 คน (ร้อยละ 46.7) และแท็บเล็ต จำนวน 48 คน (ร้อยละ 15.4) สำหรับการใช้งานแอปพลิเคชันด้านสุขภาพดิจิทัล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพดิจิทัลของภาครัฐ ร้อยละ 84.3 โดยแอปพลิเคชันที่มีการใช้งานมากที่สุด ได้แก่ หมอพร้อม ขณะที่การใช้แอปพลิเคชันเฉพาะด้านทันตสุขภาพช่องปากยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีผู้เคยใช้งานเพียง 103 คน (ร้อยละ 27.5) และไม่เคยใช้งาน 272 คน (ร้อยละ 72.5) ทั้งนี้ แอปพลิเคชันด้านทันตสุขภาพที่มีการใช้งานมากที่สุด ได้แก่ FunD จำนวน 52 คน (ร้อยละ 16.7) รองลงมา ได้แก่ H4U จำนวน 39 คน (ร้อยละ 12.5) Bluebook จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.6) และหมอพร้อม จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.9)

การรับรู้และความคิดเห็นต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ ทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้สนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยเห็นด้วยกับการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้ในการออกปฏิบัติงานนอกสถานบริการและการเยี่ยมบ้าน จำนวน 345 คน (ร้อยละ 92.0) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการนัดหมายรับบริการทางทันตกรรม จำนวน 335 คน (ร้อยละ 89.3) และเห็นด้วยกับการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของประชาชนระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถตรวจสอบประวัติการรักษาได้ทุกแห่ง จำนวน 355 คน (ร้อยละ 94.7) ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการนำเทคโนโลยีกล้องตรวจสุขภาพช่องปากทางไกลมาใช้ จำนวน 294 คน (ร้อยละ 78.4) และเห็นด้วยกับการพัฒนานวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เพื่อช่วยคัดกรองและวินิจฉัยโรคในช่องปาก จำนวน 274 คน (ร้อยละ 73.1) ขณะเดียวกัน ร้อยละ 74.9 เห็นด้วยกับการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยให้ประชาชนสามารถตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเบื้องต้น

Table 1 Frequency and Percentage of opinions on the development of health applications (various diseases) (n = 375)

Variable	n	%
Health (disease) related applications developed for		
1 Officer	51	13.6
2 Population	269	71.7
3 Public health volunteers	10	2.7
Number 1-3	28	7.4
Number 1 and 2	7	1.9
Number 2.-3	10	2.7
Health applications should be like		
Giving knowledge	346	92.3
Book an appointment for service	269	71.7
Check treatment rights	253	67.5
Find a service unit	224	59.7
Medical expenses discount	67	17.9
Communicate with the doctor	190	50.7
User health information	6	1.6
Health application for staff to record information instead of medical record system		
Agree	261	69.6
Disagree	114	30.4
Health application for staff to use in home/mobile unit visits		
Agree	345	92.0
Disagree	30	8.0
Health application for people to make appointments for services		
Agree	335	89.3
Disagree	40	10.7
Health applications link people's health information, know the history of service received from all service locations.		
Agree	355	94.7
Disagree	20	5.3

Table 1 Frequency and Percentage of opinions on the development of health applications (various diseases) (n = 375) (continue)

Variable	n	%
Oral disease detection/remote oral examination camera technology		
Agree	294	78.4
Disagree	81	21.6
Innovation for oral disease detection/ oral examination with AI for disease diagnosis		
Agree	274	73.1
Disagree	101	26.9
Innovation for the public in finding oral diseases/oral examination		
Agree	281	74.9
Disagree	94	25.1

ความต้องการและแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับประชาชน จำนวน 269 คน (ร้อยละ 71.7) โดยคุณลักษณะที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 346 คน (ร้อยละ 92.3) การนัดหมายเข้ารับบริการ จำนวน 269 คน (ร้อยละ 71.7) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปาก และระบบให้คำปรึกษาทางไกลผ่านวิดีโอคอล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะสำคัญได้ 4 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีตัวอักษรขนาดใหญ่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และรองรับการสั่งงานด้วยเสียง การเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของประชาชน เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล โดยเฉพาะระบบอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์สื่อสาร และงบประมาณในการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ทันตบุคลากรมีความพร้อมและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบการนัดหมาย การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางไกล และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล และการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้งานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลักในการสื่อสารและการทำงาน สะท้อนให้เห็นว่าทันตบุคลากรมีความพร้อมด้านอุปกรณ์และทักษะพื้นฐานในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ทั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเคยใช้แอปพลิเคชันสุขภาพดิจิทัล แต่ยังพบว่าการใช้งานแอปพลิเคชันเฉพาะด้านทันตสุขภาพมีสัดส่วนไม่มากนัก ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการพัฒนาและการเข้าถึงเครื่องมือดิจิทัลที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ[6] โดยพบว่าทันตบุคลากรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในคลินิกทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในทางกลับกันการศึกษาของ Brown และคณะ[7] พบว่าทันตบุคลากรมีความรู้ความสามารถและพร้อมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในทุกระดับ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ายังมีบางกลุ่มที่มีความยากลำบากในการปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยอาจมาจากความแตกต่างในบริบทของการศึกษา เช่น สภาพแวดล้อมการทำงานหรือระดับการฝึกอบรมที่ทันตบุคลากรได้รับ การศึกษานี้พบว่าทันตบุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับประชาชน สอดคล้องกับ AlQudah และคณะ[8] ที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการยอมรับเทคโนโลยีในด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสุขภาพได้อย่างประสบความสำเร็จ และพบว่าการยอมรับเทคโนโลยีสามารถช่วยให้การบริการด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น[9]

ทันตบุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับประชาชน โดยเฉพาะฟังก์ชันการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การนัดหมายรับบริการ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผ่านระบบดิจิทัล แสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงศักยภาพของเทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดภาระงานด้านเอกสาร และอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาล สอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่าเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลและระบบบริการทางไกลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับการศึกษาของ

Jagde และ Shrivastava[10] พบว่าผู้ป่วยต้องการอินเตอร์เน็ตที่มีเสถียรภาพ รวมถึงการให้ความรู้ในการใช้งานเทคโนโลยีสุขภาพช่องปาก ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกในการดูแลสุขภาพและลดความซับซ้อนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับ AlQudah และคณะ[8] พบว่าความพร้อมในการยอมรับเทคโนโลยีในด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบสุขภาพได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยเน้นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากส่วนกลางในด้านการจัดหาอุปกรณ์และการพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพเพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างทั่วถึง Gagnon และคณะ[11] พบว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพต้องการการสนับสนุนด้านการอบรมและการให้ความรู้ในการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ ๆ แก่บุคลากรและให้ความรู้ในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลแก่ผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Radwan และคณะ[12] พบว่าการอบรมและการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลางเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ทันตบุคลากรสามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Kim และคณะ[13] พบว่าแม้จะมีการสนับสนุนจากส่วนกลางแต่ก็ยังมีการใช้เทคโนโลยีไม่เต็มที่ เนื่องจากปัจจัยทางด้านเวลาและความพร้อมของบุคลากร อาจมาจากข้อจำกัดทางทรัพยากรหรือความแตกต่างในวิธีการสนับสนุนที่หน่วยงานส่วนกลางให้แก่ทันตบุคลากรในแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษายังสะท้อนว่าทันตบุคลากรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากส่วนกลาง ทั้งในด้านการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย การจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสม และการพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ใช้งานเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน การฝึกอบรม และการสนับสนุนเชิงนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน การสนับสนุนทางเทคนิค และการพัฒนาความรอบรู้ดิจิทัลของบุคลากรสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล Kim และคณะ[13] การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพที่สามารถใช้สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายควรพิจารณาการกำหนดคุณค่าของเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพมาใช้ มีขั้นตอนการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพควรพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ตลอดกระบวนการพัฒนา[14]

ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความต้องการให้พัฒนาระบบให้คำปรึกษาทางไกล ระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพช่องปาก และเทคโนโลยีที่ช่วยสนับสนุนการคัดกรองหรือประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้น สะท้อนถึงแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบบริการสุขภาพดิจิทัลที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจำแนกบริการสุขภาพดิจิทัลขององค์การอนามัยโลก และหลักฐานด้านการยอมรับเทคโนโลยีสุขภาพทางไกลที่ระบุว่าการรับรู้ถึงประโยชน์และความง่ายในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยีของบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams และคณะ[15] พบว่าการพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้งานง่ายและสามารถเชื่อมต่อข้อมูลได้อย่างราบรื่นเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของทันตบุคลากร อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Lee และคณะ[16] ระบุว่ามีข้อจำกัดในการพัฒนาเทคโนโลยีเนื่องจากความซับซ้อนของระบบและความต้องการในการอบรมเพิ่มเติมอาจมาจากความแตกต่างในระดับความซับซ้อนของเทคโนโลยีที่ทันตบุคลากรต้องใช้ และความพร้อมในการเรียนรู้และปรับตัวกับเทคโนโลยี

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุควรดำเนินควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลของบุคลากร การเสริมสร้างความรอบรู้ดิจิทัล และการสนับสนุนเชิงนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมล่าสุดพบว่าความรอบรู้ดิจิทัลของบุคลากรสุขภาพได้รับอิทธิพลจากระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สมรรถนะด้านเทคโนโลยี และการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยในอนาคตได้ การศึกษา สุวิมล ผาบแก้ว และธนากร อุยพานิชย์[17] ได้พัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับนัดหมายผู้ป่วยทันตกรรม ผ่านระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูประวัติส่วนตัว ตรวจสอบตารางการทำงานของทันตแพทย์ แก้ไขรายการนัดของตนเอง ส่วนผู้ดูแลสามารถสมัครสมาชิกให้แก่ผู้ป่วย เพิ่มข้อมูลผู้ป่วย เรียกดูและแก้ไขตารางปฏิทินนัดหมาย และแจ้งเตือนนัดหมายแก่ผู้ป่วยได้ ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดเวลาในการบริการทำให้เกิดความพึงพอใจกับผู้ป่วยที่มารับบริการ และด้วยระบบการแจ้งเตือนทำให้สามารถลดอัตราผู้ป่วยไม่มาตามเวลานัดและเพิ่มอัตราผู้ป่วยมาตามเวลานัดมากขึ้น วิไลลักษณ์ ลูกอินทร์ และอดุลย์ โต๊ะบก [18] ได้ศึกษาและพัฒนาระบบการจัดการคลินิกทันตกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการบริการทางทันตกรรมเพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ ทันตแพทย์รวมทั้งผู้ป่วย ซึ่งระบบสามารถจัดการข้อมูลบุคลากร ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการวางแผนการรักษา ข้อมูลการวินิจฉัยโรคทางช่องปากและฟัน สามารถจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ออกรายงาน ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่และทันตแพทย์

สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและสามารถจัดการข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มความสะดวกรวดเร็วและความถูกต้องในการให้บริการ ลดการรอคอยของผู้ป่วย

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบ Disruptive นี้ ท้าทายกว่าเทคโนโลยีดิจิทัลด้านอื่น ๆ เนื่องจากการนำเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากมาใช้กับประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วย ต้องพิจารณาความเหมาะสมในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเรื่องกฎหมาย ความครอบคลุมของการเข้าถึงเทคโนโลยี ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ไม่เฉพาะแค่เพียงด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (Cyber security) แต่เป็นความปลอดภัยของการใช้เทคโนโลยีเอง

โดยสรุป ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุของกรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ ระบบให้คำปรึกษาทางไกล และระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับความต้องการของทันตบุคลากร นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการจัดสรรทรัพยากรด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลในหน่วยบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลของทันตบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

2) ควรพัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลด้านสุขภาพช่องปากที่ใช้งานง่าย เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ควรสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล ได้แก่ ระบบอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและลดข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยี

4) ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรอบรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) การยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance) และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของทันตบุคลากรในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัลในอนาคต

5) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นของประเทศ และศึกษากลุ่มผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมครสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบายได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thanathornwong P. Research report on database and predictive system for oral health and dental treatment guidelines in elderly patients [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://elderhub.nrct.go.th (in Thai).
2. Thansettakij. 10 health technology trends to watch [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 5]. Available from: https://www.thansettakij.com/health/wellbeing/593448 (in Thai).
3. Office of the National Digital Economy and Society Commission. Digital literacy curriculum for Thai citizens B.E. 2561 [Internet]. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2018 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://web.parliament.go.th/assets/portals/1/files/digital_competence_framework_for_thai_citizens.pdf (in Thai).
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Report on public health personnel resources 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://spd.moph.go.th/public-health-resources-report/ (in Thai).
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
6. Smith AB, Barton DL, Jackson EA, Wittmann D, Smith J, Davis M. Predictors of sexual among men after myocardial infarction: A pilot study. Br J Card Nurs 2021;16(12):e2021.0056.
7. Brown TB, Mann B, Ryder N, Subbiah M, Kaplan J, Dhariwal P, et al. Language models are few-shot learners. Adv Neural Inf Process Syst 2020;33: 1877-901.
8. AlQudah AA, Al-Emran M, Shaalan K. Factors influencing the adoption of digital dental technologies and dental informatics in dental practice: A systematic review. J Dent 2021; [In press].
9. Iamopas K. Factors affecting the acceptance of online appointment technology for dental services [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2021 (in Thai).

10. Jagde AK, Shrivastava RR, Feine J, Emami E. Patients' E-Readiness to use E-Health technologies for oral health. PLOS ONE 2021;16(7):e0253922.
11. Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, et al. Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. J Med Syst 2012;36(1):241-77.
12. Radwan HA, Alsharif AT, Alsharif MT, Aloufi MR, Alshammari BS. Digital technologies in dentistry in Saudi Arabia: Perceptions, practices, and challenges. Digit Health 2023;9:20552076231164287.
13. Kim MJ, Lee CK, Jung T. Exploring consumer behavior in virtual reality tourism using an extended stimulus-organism-response model. J Travel Res 2018;59(1):69-89.
14. Dhingra K. Artificial intelligence in dentistry: current state and future directions. Multidiscip Rev 2024;7:e2024036.
15. Williams M, Johnson P, Harris R. Enhancing dental practice with user-friendly technology: A review. J Dent Technol 2022;45(2):45-55.
16. Lee J, Kim M, Park S. A moderated mediation model of transformational leadership and employee performance. J Bus Res 2017;80:123-30.
17. Phabkaew S, Ouiphanich T. Dental appointment application on Android operating system. Journal of Humanities and Social Sciences Suan Sunandha Rajabhat University 2018;1(2):77-89 (in Thai).
18. Lookin W, Tobok A. Dental clinic management system. In: Proceedings of the ASEAN Undergraduate Conference in Computing (AUCC 2015); 2015 Mar 12-13; Chachoengsao, Thailand. Chachoengsao: Rajabhat Rajanagarindra University; 2015. p. 12-5 (in Thai).

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

Outcomes of a Care Programs for Older Adults with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Thai Communities: A Scoping Review

เจตจรรยา บุญญกูล[1], สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์[1]*, สมฤดี พูนทอง[1], วิภา สุวรรณรัตน์[1]
Jatjunya Bunyakul[1], Supussajee Detthippornpong[1]*, Somrudee Poontong[1], Wipa Suwannarat[1]

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ลักษณะของโปรแกรมการดูแล ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทย โดยใช้ กรอบแนวคิดของ Arksey and O'Malley และข้อกำหนดของสถาบัน JBI ดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมอย่างครอบคลุมจากฐานข้อมูลสากลและฐานข้อมูลในประเทศ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Scopus, Wiley Online Library และ ThaiJO ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2568 คัดเลือกบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะควบคุมเบาหวานไม่ได้ในชุมชน (HbA1c ≥ 7.0%) ผลการสืบค้นพบงานวิจัยทั้งหมด 10,835 เรื่อง ดำเนินการคัดกรองและคัดออกตามขั้นตอน ในประเด็นที่มีรายการซ้ำ เนื้อหาไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และผลลัพธ์ไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า จนได้วิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าเพื่อนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์จำนวน 28 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการจัดการรายกรณีโดยพยาบาล และ อสม. กิจกรรมสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ การให้ความรู้เฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลตนเอง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามผล ซึ่งพบว่า ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย และ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหาร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, โปรแกรมการดูแลในชุมชน, การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

Citation:
Bunyakul J, Detthippornpong S, Poontong S, Suwannarat W. Outcomes of a care programs for older adults with uncontrolled diabetes mellitus in Thai communities: a scoping review. Health Sci J Thai 2026; 8(3):17-28. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.280281

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง 93210
[1] Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthlung, 93210

* Corresponding author: Email: Supussajee.d@tsu.ac.th: Tel: 0843078309
Received: 4 Feb 2026; Revised: 29 Jun 2026; Accepted: 21 Jul 2026

Abstract

This scoping review aimed to gather and analyze the characteristics of care programs and the outcomes of care for older adults with uncontrolled diabetes mellitus in Thai communities. Guided by the methodological framework of Arksey and O'Malley and the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines, a comprehensive literature search was conducted across international and national databases, including PubMed, CINAHL, Scopus, Wiley Online Library, and ThaiJO, for articles published between 2015 and 2025. Research articles related to the development of models or care programs for Thai older adults with uncontrolled diabetes in community settings (HbA1c ≥7.0%) were selected. The database search initially yielded a total of 10,835 records. Screening and exclusion were performed sequentially through standard steps regarding duplicates, irrelevance to the study objectives, and outcomes that did not meet the inclusion criteria, ultimately resulting in 28 studies that met the final inclusion criteria for data analysis and synthesis. The findings revealed that most programs utilized the concepts of self-management, empowerment, and social support, alongside family participation and nursing case management collaborated with village health volunteers. Core program activities included tailored individual education, self-care skill training, and the application of technology for follow-up and monitoring. These interventions were found to statistically significantly reduce both HbA1c and FBS levels, while simultaneously enhancing self-care behaviors and the long-term quality of life among older adults.

Keywords: Elderly, Uncontrolled Diabetes, Community-based Care Program, Scoping Review

บทนำ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในระดับโลก และยังมีความสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบได้มากในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ[1-2] สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งยังส่งผลกระทบการต่อภาระการดูแลของครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพและมีโอกาสเกิดโรคร่วมได้หลายโรคในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[2-3] นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าสามในสี่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของการดูแลระบบสุขภาพ และความต้องการรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อบริบท และความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ[4]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนทางตา ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ[2] ในปัจจุบัน หลายการศึกษา ได้พัฒนาระบบการดูแลป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการใช้รูปแบบ แนวคิดทฤษฎีที่มีความหลากหลาย ในขณะที่ทำการศึกษา หรือแม้แต่ระยะติดตามผลจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษาให้ผลในทางบวก จะเห็นได้จากระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม หรือข้อบ่งชี้ทางด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] นอกจากนั้น ยังมีการพัฒนาโปรแกรม และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่หลากหลาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศรายงานว่าโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลแบบต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้[6] อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติได้ยังเกินค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข[7]

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดด้านการติดตาม และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท หรือพื้นที่เมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง รายงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขชี้ให้เห็นถึงความท้าทาย

ในการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน[5-6] แม้จะมีหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลดังกล่าวล้วนมีจุดอ่อนและจุดแข็งแตกต่างกันออกไป การรวบรวมการศึกษาที่มีอยู่แล้วดังกล่าวมาสกัด เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทชุมชนของประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขตครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาวิเคราะห์ลักษณะ และองค์ประกอบของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนของประเทศไทย ผลลัพธ์ของการดูแลโดยใช้โปรแกรมต่าง ๆ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค ช่องว่างขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโปรแกรมการดูแลดังกล่าว รวมทั้งเพื่อสังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอด ออกแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความยั่งยืน เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระยะยาว

คำถามการวิจัย

1) องค์ประกอบสำคัญ และลักษณะของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทยเป็นอย่างไร

2) ตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์ใดบ้างที่นำมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทย

3) โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชนของประเทศไทยมีรูปแบบและกระบวนการนำไปปฏิบัติอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต ในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ Arksey and O'Malley[8] ร่วมกับแนวทางที่พัฒนาโดย สถาบันเจบีไอ (Joanna Briggs Institute: JBI[9] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดคำถามการวิจัยตามกรอบแนวคิด PCC Framework (Population, Concept, Context) 2) การวางแผนการสืบค้นอย่างครอบคลุมจากฐานข้อมูลสากลและฐานข้อมูลในประเทศ (เช่น PubMed, CINAHL, Scopus, Wiley Online Library และ ThaiJO) 3) การคัดเลือกบทความตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก โดยใช้กระบวนการคัดกรองตามแผนผัง PRISMA-ScR[10] 4) การนำบทความที่ผ่านการคัดเลือกมาบันทึก และจัดระเบียบข้อมูลลงในตารางสกัดข้อมูล และ 5) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้น และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ในบริบทของชุมชนในประเทศไทย ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตของ JBI[9] และรายงานผลการทบทวนโดยอ้างอิงตามเกณฑ์ PRISMA-ScR[10] เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีระบบ โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ การดำเนินการประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดคำถามการวิจัย 2) ระบุแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย 4) คัดกรองและคัดเลือกงานวิจัย 5) สกัดข้อมูลและสังเคราะห์ผลการทบทวน และ 6) สังเคราะห์ข้อมูล อย่างไรก็ตาม'โครงร่างการวิจัยนี้ไม่ได้มีการลงทะเบียนล่วงหน้าในฐานข้อมูลสาธารณะ

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ใช้แหล่งข้อมูลหลายประเภทเพื่อให้การสืบค้นเอกสารมีความครอบคลุม และลดความลำเอียงของการเลือกงานวิจัย[11] ประกอบด้วยแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, SpringerLink – Journal และ Thai Journal 2) ตรวจสอบรายการอ้างอิงของบทความสำคัญ โดยทบทวนบรรณานุกรมของงานวิจัยหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหางานเพิ่มเติมที่อาจไม่ปรากฏในฐานข้อมูลหลัก 3) สืบค้นเชิงรุกจากแหล่งข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Google Scholar และ Web of Science เพื่อติดตามบทความที่อ้างอิงงานวิจัยสำคัญหรือเป็นงานที่ตีพิมพ์ใหม่ภายหลัง 4) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญหรือผู้เขียนงานวิจัยหลัก เพื่อสอบถาม และระบุงานวิจัยที่ยังไม่ได้รับการจัดทำดัชนีในฐานข้อมูล หรือเป็นเอกสารที่ยังไม่เผยแพร่อย่างเป็นทางการ 5) ปรึกษาผู้ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้

กลยุทธ์การสืบค้น

สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้กรอบแนวคิด Population–Exposure–Comparison–Outcome (PECO) เริ่มต้นด้วยการใช้คำกำหนดเรื่อง (MeSH descriptors) หลัก ได้แก่ ("ผู้สูงอายุ หรือ สูงวัย หรือ ผู้สูงวัย, เบาหวาน หรือ โรคเบาหวาน, ควบคุมโรคไม่ได้ หรือ คุมน้ำตาลไม่ได้ หรือ HbA1C สูง") ร่วมกับ ("โปรแกรมดูแล หรือ การจัดการตนเอง หรือ สหสาขาวิชาชีพ หรือ ดูแลองค์รวม ชุมชน หรือ ปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. หรือ ศูนย์สุขภาพ ประสิทธิผล หรือ ผลลัพธ์ หรือ HbA1C") เพื่อครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากนั้น ปรับปรุง และขยายเพิ่มเติมโดยการทดลองสืบค้นในฐานข้อมูล CINAHL เพื่อเพิ่มคำกำหนดเรื่องและคำสำคัญ ที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในการสืบค้น

จะรวมคำกำหนดเรื่อง และคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด “การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชน” เมื่อกลยุทธ์การสืบค้นได้รับการประเมินว่ามีประสิทธิผล และครอบคลุมเพียงพอแล้ว นำกลยุทธ์ดังกล่าวไปใช้สืบค้นในฐานข้อมูลอื่น ๆ โดยตัวอย่างกลยุทธ์การสืบค้นในฐานข้อมูล CINAHL ผู้วิจัยได้ดำเนินการ จำกัดปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่าง 2015-2025 และคัดเข้า คัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด

การจัดการข้อมูล

บรรณานุกรมที่ได้จากการสืบค้นทั้งหมดจะถูกจัดการข้อมูล และตรวจสอบรายการซ้ำซ้อน ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการคัดกรองงานวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยใช้ตารางที่สร้างขึ้นมาไว้ก่อนหน้านี้ในการบันทึก ดำเนินกระบวนการคัดกรองบทความ และการสกัดข้อมูล โดยผู้ประเมินอิสระจำนวนสองคนทำงานแยกจากกัน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและลดความเอนเอียงในการคัดเลือก และสังเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกเอกสารและเกณฑ์การคัดเลือก

ผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารที่เข้าเกณฑ์ตามกรอบแนวคิดประชากร–แนวคิด–บริบท (Population–Concept–Context: PCC)[9] โดยเอกสารที่ตรงตามเกณฑ์ดังกล่าวจะถูกรวมไว้ในการทบทวนครั้งนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า

1.1 ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) 2) ผู้ดูแลในครอบครัว บุคลากรทางการพยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 3) เอกสารที่สามารถให้ข้อมูลตอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลได้อย่างชัดเจน

1.2 แนวคิด ประกอบด้วย โปรแกรม กิจกรรม หรือนวัตกรรมการดูแลทุกรูปแบบ เช่น โปรแกรมการจัดการตนเอง การเยี่ยมบ้าน การใช้โมเดลการดูแล หรือการพยาบาลแบบสนับสนุน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลและพฤติกรรมสุขภาพ

1.3 บริบท ประกอบด้วย 1) การศึกษาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น 2) เน้นการศึกษาในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก หรือคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน

1.4 ประเภทของเอกสาร ประกอบด้วย 1) รับพิจารณาทั้งการวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงบุกเบิก หรือวิทยานิพนธ์ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ 2) บทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3) ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2015 ถึงปัจจุบัน เพื่อความทันสมัยต่อระบบสาธารณสุข

2) เกณฑ์การคัดออก

2.1 ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (อายุน้อยกว่า 60 ปี) 2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 3) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทั่วไปได้

2.2 แนวคิด ประกอบด้วย 1) เอกสารที่เน้นรูปแบบการจัดการเชิงองค์กรหรือเชิงระบบ เช่น โมเดลการบริหารจัดการองค์กร หรือการจัดบริการภายนอก 2) เอกสารที่เน้นการวิเคราะห์ต้นทุน ประเด็นด้านนโยบาย และระบบการชำระเงินด้านสุขภาพ 3) เอกสารที่เน้นประเด็นด้านกฎหมายหรือจริยธรรมที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินโปรแกรมการดูแล 4) เอกสารที่มุ่งเน้นการฝึกอบรมบุคลากรหรือนักศึกษาเป็นหลัก 5) เอกสารที่ศึกษาแนวคิดหรือประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 6) เอกสารที่ไม่ได้กล่าวถึงประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลในวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2.3 บริบท ประกอบด้วย 1) เอกสารที่ศึกษาในต่างประเทศ (ไม่รวมบริบทประเทศไทย) 2) เอกสารที่ศึกษาในสถานบริการหรือบริบทที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิตประจำวันเป็นหลัก โดยไม่มีการดูแลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น สถานดูแลแบบช่วยเหลือ หรือสถานบริการที่ให้การดูแลเชิงสังคมเป็นหลัก

2.4 ประเภทของเอกสาร ประกอบด้วย 1) บทความประเภทบทบรรณาธิการ บทวิจารณ์หนังสือ 2) รายงานการประชุมวิชาการที่มีเฉพาะบทคัดย่อแต่ไม่มีฉบับเต็ม 3) บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาฉบับเต็มได้ 4) ข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อน (หากเจอเอกสารเดียวกันตีพิมพ์หลายแหล่ง จะเลือกฉบับที่สมบูรณ์ที่สุดเพียงฉบับเดียว)

กระบวนการคัดกรองเอกสาร

การคัดกรองเอกสารเริ่มจากการพิจารณาชื่อเรื่อง และบทคัดย่อ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การคัดเลือกเอกสารที่กำหนดไว้และคำถามการวิจัย เอกสารจะถูกจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้อง และถูกรวมไว้ในการทบทวน เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องและถูกคัดออก และเอกสารที่ยังไม่แน่ชัดเกี่ยวกับความเกี่ยวข้อง เอกสารที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องหรือยังไม่แน่ชัดได้รับการอ่านฉบับเต็ม เพื่อยืนยันความเหมาะสมในการรวมไว้ในการทบทวน โดยได้มีการบันทึกเหตุผลของการคัดออกในขั้นตอนการทบทวนฉบับเต็มอย่างเป็นระบบ และโปร่งใส กระบวนการคัดกรองชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และการทบทวนฉบับเต็มได้ดำเนินการโดยผู้ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 2 คนในลักษณะทำซ้ำ ซึ่งหนึ่งในผู้วิจัยจะเป็นผู้ช่วยวิจัย หรือหัวหน้าโครงการวิจัยเสมอ ในกรณีที่เกิดความเห็นไม่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยได้มีการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ช่วยวิจัยและหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปโดยฉันทามติ หากยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้จะเชิญสมาชิกทีมวิจัยคนอื่นเข้าร่วมพิจารณาเพื่อช่วยตัดสินใจ

และปรับปรุงระเบียบวิธีการศึกษาอย่างต่อเนื่องตามลักษณะของการทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขตของ Arksey and O'Malley[8] และ Levac et al.[12] เพื่อเพิ่มความสอดคล้องในการคัดกรองระหว่างผู้ประเมิน ได้มีการดำเนินกระบวนการสอบเทียบ โดยใช้เอกสารอย่างน้อย 5 เรื่องก่อนเริ่มการคัดกรองชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และการทบทวนฉบับเต็ม ผลจากกระบวนการสอบเทียบจะนำมาหารือร่วมกับสมาชิกทีมวิจัยทั้งหมด และหากพบว่ายังมีความไม่ชัดเจน จะทำการสอบเทียบซ้ำอีกครั้งเพื่อหาข้อสรุป การดำเนินประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ 2) การคัดกรองจากการอ่านบทความฉบับเต็ม 3) การคัดเลือกบทความขั้นสุดท้ายที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า แต่ละขั้นตอนจะมีการบันทึกจำนวนเอกสารที่ถูกคัดออกพร้อมเหตุผล

การสกัดข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการคัดกรองเอกสาร และการทบทวนฉบับเต็มแล้ว ทีมวิจัยจำนวนสองคนได้ดำเนินการสกัดข้อมูลจากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกอย่างอิสระ และทำซ้ำ โดยใช้แบบฟอร์มการสกัดข้อมูลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้สกัดข้อมูลจะได้รับการอภิปรายร่วมกับผู้ช่วยวิจัยหรือหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อหาข้อสรุปโดยฉันทามติ ในกรณีที่มีเอกสารมากกว่า 20 เรื่อง เอกสารจำนวน 20 เรื่องแรกจะได้รับการสกัดข้อมูลโดยผู้ประเมินสองคนอย่างอิสระและทำซ้ำ ส่วนเอกสารที่เหลือจะดำเนินการสกัดข้อมูลโดยผู้ประเมินเพียงคนเดียว ประเด็นที่ยังไม่แน่ชัดได้ถูกทำเครื่องหมายไว้ตัดสินร่วมกันกับทีมวิจัย การสกัดข้อมูลในครั้งนี้ดำเนินการ อย่างเข้มงวด เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สกัดข้อมูลมีความเข้าใจตรงกัน และสกัดข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกันตลอดการศึกษา ก่อนเริ่มกระบวนการสกัดข้อมูล ได้มีการดำเนินกระบวนการสอบเทียบ โดยใช้เอกสารจำนวน 4 เรื่อง เพื่อประเมินความชัดเจน และความครบถ้วนของแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล ผลจากกระบวนการสอบเทียบจะนำมาหารือร่วมกับสมาชิกทีมวิจัยทั้งหมดเพื่อปรับปรุงแบบฟอร์ม และสร้างความเข้าใจร่วมกันก่อนเริ่มการสกัดข้อมูลอย่างเป็นทางการ Levac et al.[12]

รายละเอียดแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล

การสกัดข้อมูลจะดำเนินการโดยใช้ตารางที่ออกแบบให้ครอบคลุมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขตครั้งนี้ ตารางประกอบด้วย 1) ชื่อเรื่อง ปีที่ตีพิมพ์ ชื่อสกุลผู้แต่งคนแรก 2) สถานที่ทำวิจัย 3) รูปแบบการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย (เช่น การทดลองแบบสุ่ม การวิจัยกึ่งทดลอง เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 4) ประเภทของโปรแกรม กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีอย่างชัดเจนในการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องการออกแบบหรือพัฒนาโปรแกรมการดูแล การดำเนินการศึกษาหรือการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หากมีการกล่าวถึงในงานวิจัยต้นทาง และและช่วงเวลาการวัดผลลัพธ์ 5) วิธีดำเนินและการติดตามผล และ 6) ผลลัพธ์ ได้แก่ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะ ปัจจัย ความต้องการ ประสบการณ์ หรือผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมถึงรายละเอียดของโปรแกรมตามองค์ประกอบของรายการตรวจสอบ TIDieR checklist[10]

การประเมินคุณภาพงานวิจัย

แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขตจะไม่จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพของเอกสารอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม หนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการศึกษานี้คือการระบุขอบเขตของหลักฐานที่มีความเพียงพอในการสนับสนุนข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการพิจารณาคุณภาพของหลักฐานที่มีอยู่ ดังนั้น งานวิจัยแต่ละเรื่องที่ถูกรวมไว้ในการทบทวนจะได้รับการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธี และจัดระดับคุณภาพโดยรวมเป็น คุณภาพดี ปานกลาง หรือคุณภาพต่ำ โดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพซึ่งออกแบบให้เหมาะสมกับประเภทของงานวิจัยแต่ละรูปแบบ เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ งานทบทวนวรรณกรรม และบทความเชิงความเห็น ที่พัฒนาโดยสถาบัน JBI[9]

การนำเสนอผลการศึกษา

ภายหลังการสกัดข้อมูลจากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว ข้อมูลได้ถูกวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา โดยได้ใช้แนวคิดของ Miles et al.[13] ประกอบด้วย3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การย่อและจัดกลุ่มข้อมูล 2) การแสดงข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง และ 3) การสรุปและตรวจสอบข้อค้นพบ และการสังเคราะห์เชิงธีม ที่สะท้อนรูปแบบและกลไกของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบการบรรยายเชิงพรรณนา เพื่อแสดงให้เห็นลักษณะของโปรแกรมการดูแล กลไกการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่รายงานในงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การนำเสนอผลการศึกษาจะเป็นไปตามแนวทางของ PRISMA-ScR[10] เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ครบถ้วน และตรวจสอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญจากผลการศึกษา นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบการบรรยายเชิงพรรณนา

การนำเสนอผลลัพธ์จากการสังเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสกัดได้ถูกประมวลผลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของ Miles et al.[13] ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การย่อและจัดระบบข้อมูล 2) การจัดแสดงข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างการศึกษา และ 3) การสรุปและตรวจสอบข้อค้นพบ

เพื่อระบุประเด็นหลัก ที่สะท้อนรูปแบบ กลไก และประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ผลการศึกษาจะนำเสนอในรูปแบบการสังเคราะห์เชิงบรรยาย ประกอบกับตารางและแผนภาพ เพื่อแสดงผลลัพธ์อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ การนำเสนอผลการศึกษาจะดำเนินการตามแนวทางของ PRISMA-ScR[10] เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ครบถ้วน และตรวจสอบได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. เครื่องมือในการสืบค้น (Search Strategy) ชุดคำค้นที่พัฒนาขึ้นจากการประสมคำสำคัญ (Key words) และหัวข้อทางการแพทย์ (MeSH terms/CINAHL Headings) ที่สอดคล้องกับกรอบ PCC

2. เครื่องมือในการสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) ตารางบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนว ทางของ JBI เพื่อสกัดข้อมูลสำคัญจากบทความวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของบทความ (ชื่อผู้นิพนธ์ ปีที่ตีพิมพ์) 2) บริบทและสถานที่ศึกษา 3) วัตถุประสงค์ของการศึกษา 4) กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง 5) รายละเอียดของโปรแกรมการดูแล (องค์ประกอบ ระยะเวลา ทฤษฎีที่ใช้) 6) ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ของโปรแกรม

3. เครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal Tool) แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขตจะไม่จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพของเอกสารอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยแต่ละเรื่องที่ถูกรวมไว้ในการทบทวนจะได้รับการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธี และจัดระดับคุณภาพโดยรวมเป็น คุณภาพดี ปานกลาง หรือคุณภาพต่ำ โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพที่พัฒนาโดย Joanna Briggs Institute (JBI)[9] ได้แก่ 1) งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials 2) งานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies) 3) งานวิจัยเชิงพรรณนาหรือการศึกษาภาคตัดขวาง ใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies 4) งานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

จริยธรรมการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COE No.TSU 2025_457 REC No.0904 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Scopus, Google Scholar, Wiley Online Library และ Thai Journals Online ทั้งหมด 10,835 เรื่อง โดยมาจากฐานข้อมูล PubMed 10,018 เรื่อง CINAHL 46 เรื่อง Scopus 67 เรื่อง Google Scholar 283 เรื่อง Wiley Online Library 318 เรื่อง และ Thai Journals Online 103 เรื่อง ตัดรายการซ้ำซ้อน และเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องออก จำนวน 10,674 เรื่อง เหลืองานวิจัย 160 เรื่อง เพื่อมาอ่านบทคัดย่อ พบว่ามีจำนวน 98 บทความไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาจึงตัดออก เหลือบทความจำนวน 62 บทความ เพื่อนำไปอ่านฉบับเต็ม พบว่ามี 28 บทความไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาจึงตัดออก ทำให้เหลือ 33 บทความนำไปวิเคราะห์ ตามเกณฑ์คัดเข้า แต่ยังพบว่า มี 5 บทความผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดเข้าของการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตในครั้งนี้ จึงตัดออก คงเหลือบทความที่นำไปวิเคราะห์ทั้งหมด 28 บทความ ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

งานวิจัยที่รวมไว้ประกอบด้วยการวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่ม การวิจัยกึ่งทดลองทั้งที่มีกลุ่มควบคุม และไม่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยแบบวัดก่อน–หลังในกลุ่มเดียว การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาติดตาม และการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางที่ใช้เป็นข้อมูลเชิงบริบท สถานที่ดำเนินการวิจัยครอบคลุมทั้ง ระบบบริการปฐมภูมิ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล คลินิกเฉพาะทาง และชุมชน โดยหลายโปรแกรมออกแบบให้เชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกกับชุมชนหรือครอบครัว ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมอยู่ระหว่าง 6–24 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8–12 สัปดาห์ ผลลัพธ์ที่ถูกรายงานบ่อยที่สุด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ความสม่ำเสมอในการใช้ยา และคุณภาพชีวิต

ผลการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของสถาบัน JBI[9] จำนวน 28 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่มีทั้งงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และแบบผสมผสาร จากการประเมินคุณภาพพบว่าคุณภาพงานวิจัยที่อยู่ในระดับดี 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง คิดเป็นร้อยละ 39.28 ส่วนงานวิจัยกึ่งทดลอง และแบบผสมผสาน ผลการประเมินคุณภาพพบว่า

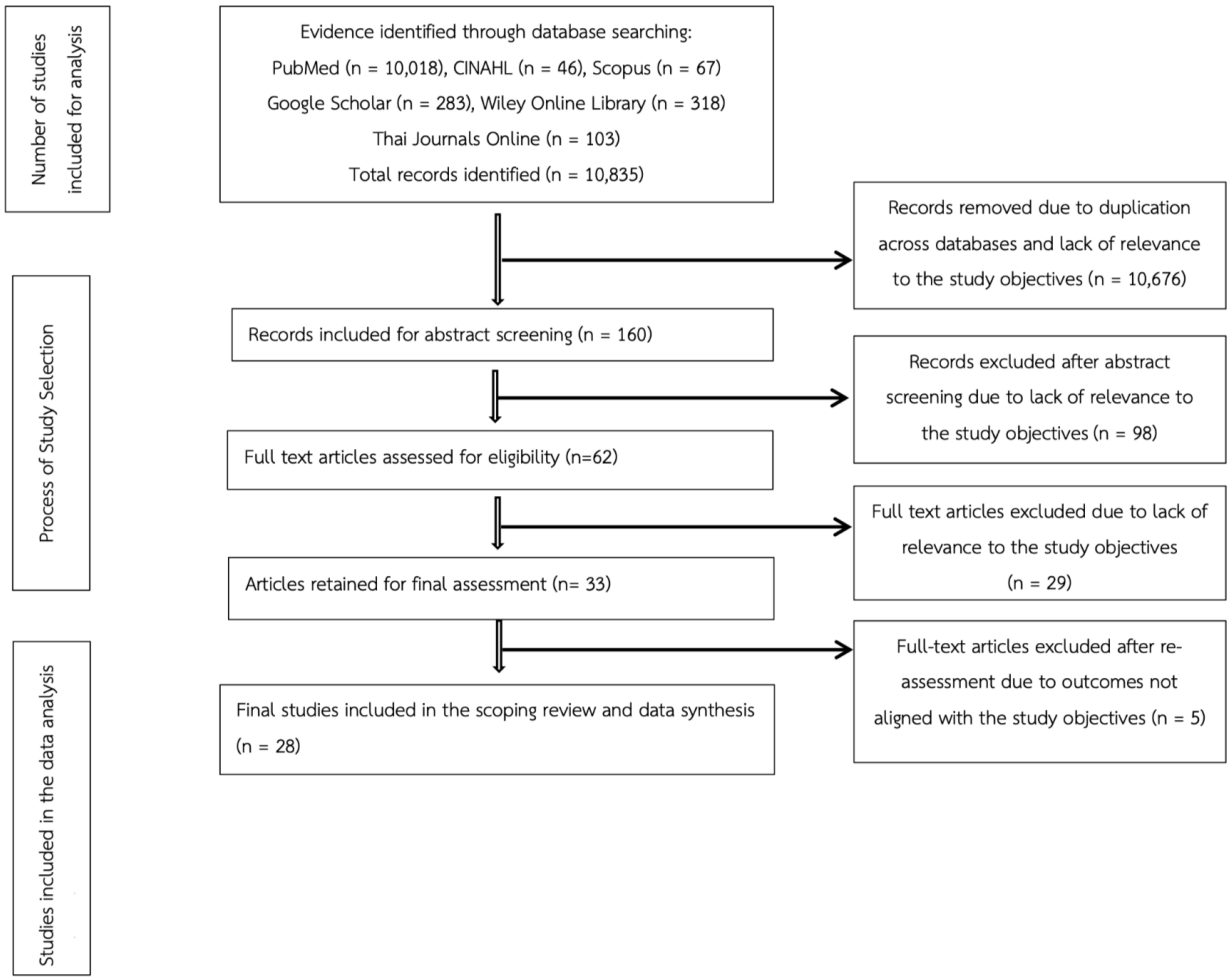


Figure 1 Illustration of PRISMA-ScR Flow Diagram

คุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.72

ผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของสถาบัน JBI โดยให้ความสำคัญกับรายละเอียดของโปรแกรมตามองค์ประกอบของรายการตรวจสอบ TIDieR checklist[10] แสดงผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรตามหลัก ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสม และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และตัวแปรตามรอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 28 เรื่อง พบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นหลัก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภายในตัวผู้ป่วยสูงอายุเป็นสำคัญ โดยโปรแกรมที่มีประสิทธิผลสูงมักผสมผสานระหว่างการให้สุขศึกษาเฉพาะบุคคลการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การนับสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตหรือการดูแลเท้า และการใช้นวัตกรรมกล่องจัดยาหรือสมุดบันทึกประจำวันเพื่อควบคุมความสม่ำเสมอในการรักษา นอกจากนั้นเกือบทุกโปรแกรมมีการวางระบบติดตามผลที่เข้มข้น และมีความถี่ชัดเจน (ส่วนใหญ่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือทุก 2 สัปดาห์) ผ่าน 3 ช่องทางหลัก คือ การโทรศัพท์ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามาเป็นผู้จัดการร่วม เพื่อคอยควบคุมพฤติกรรมที่บ้าน ในด้านผลลัพธ์พบว่า เจาะเห็นได้ว่าเกือบทุกโปรแกรมประสบความสำเร็จในการลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ของผู้สูงอายุลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.050 หรือ < 0.010) พร้อมทั้งช่วยยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน มีเพียงกรณีศึกษาเดียว[14] ที่พบว่าพฤติกรรมและคะแนนความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ลดลงเพียงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และการสังเคราะห์ประเด็นหลัก

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถสรุปเป็นประเด็นหลักได้ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นประเด็นหลักของโปรแกรม 2) การติดตามต่อเนื่อง และการเฝ้าระวัง 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการดูแลร่วมกัน

4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญ 5) ทรัพยากรชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข 6) เทคโนโลยีเป็นช่องทางสนับสนุนการติดตาม และผลิตภัณฑ์เสริมสร้างสุขภาพ และ 7) การเสริมพลังและการกำกับตนเองด้านจิตใจ

ผลการสังเคราะห์ประเด็นหลักทั้ง 7 ประเด็นพบว่าประเด็นที่สะท้อนถึงองค์ประกอบ และกลไกสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิของไทย ได้แก่ ประเด็นที่ 1 และประเด็นที่ 4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูล สลัดอุปสรรคทางความคิด และเกิดทักษะในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการหรือการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสม[14-26] ประเด็นที่ 3 แสดงให้เห็นว่าบริบทสังคมไทยผู้สูงอายุมักมีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการคุมอาหารและการรับประทานยา เป็นกลไกหลักที่ช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[14,18,20,27-29] ประเด็นที่ 2 และประเด็นที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีความต่อเนื่อง มีระบบติดตามที่มีความถี่ และสม่ำเสมอ ทั้งการเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ทางไกล หรือการใช้เทคโนโลยีแพลตฟอร์มดิจิทัลอย่างแอปพลิเคชัน LINE เข้ามาช่วยสนับสนุน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ และไม่ทอดทิ้งการดูแลตนเอง[14-17,19-23,27-28,30-35] ส่วนประเด็นที่ 5 และประเด็นที่ 7 แสดงให้เห็นถึงการพึ่งพา และการขับเคลื่อนผ่านภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบทบาทเชิงรุกของ อสม. ในการจับคู่ดูแลรายบุคคลเพื่อสร้างความยั่งยืนนอกสถานพยาบาล ควบคู่กับการเยียวยาจิตใจและลดความเครียดผ่านโปรแกรมเสริมพลัง และสมาธิบำบัด เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในระยะยาว[17,21,24,26,28-29,33,35-39]

ช่องว่างองค์ความรู้ที่ค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต จะเห็นได้ว่ามีการค้นพบประเด็นสำคัญที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในชุมชน อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ของประเทศไทยที่มีในปัจจุบัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะประสบความสำเร็จในการพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระยะสั้น แต่ยังคงมีข้อจำกัด และช่องว่างเชิงวิชาการสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อยอดในการศึกษาขั้นต่อไปอย่างเป็นระบบ โดยพบว่า 1) งานวิจัยส่วนใหญ่ ยังคงระบุผลลัพธ์ที่จำกัดอยู่เพียงระยะสั้นถึงปานกลาง (8–12 สัปดาห์) ซึ่งการทบทวนครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการขยายระยะเวลาการติดตามผล ตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 1 ปี จะช่วยยืนยันความยั่งยืนของพฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาล 2) องค์ความรู้ในปัจจุบันส่วนใหญ่ ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์พื้นฐาน เช่น การจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ขาดการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลเฉพาะเจาะจง (เช่น ทฤษฎีโอเร็ม) ร่วมกับโครงสร้างการสนับสนุนของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม 3) รูปแบบการดำเนินกิจกรรมในบริบทไทยยังติดอยู่กับการพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน เช่น การโทรศัพท์ติดตามหรือแอปพลิเคชัน LINE เป็นหลัก จึงเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนา และทดสอบนวัตกรรมดิจิทัลขั้นสูง เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) หรือแอปพลิเคชันสุขภาพที่ออกแบบมาเพื่อสอดรับกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุไทยโดยตรง 4) หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ที่มีในปัจจุบันให้ความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในสถานการณ์ทั่วไป ส่งผลให้เกิดช่องว่างองค์ความรู้ในการดูแลกลุ่มประเปราะบางที่มีความซับซ้อนเชิงคลินิกและสังคมสูง (เช่น ผู้สูงอายุเบาหวานคุมยากที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับภาวะพึ่งพิง หรืออาศัยอยู่ตามลำพัง) ซึ่งควรเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเฉพาะบุคคล ในอนาคต

อภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมเชิงขอบเขต จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 28 เรื่อง ที่สอดคล้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในประเทศไทย มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง และกลไกความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหลัก สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15-16,19,26] ซึ่งการจัดการตนเองในผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยทักษะการตัดสินใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการอย่างยั่งยืนและลดระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย ได้อย่างมีนัยสำคัญ (p-value < .050) นอกจากนี้[40] ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้กรอบแนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจในการควบคุมอาหาร ส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[41] 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในบริบทไทย บริบทวัฒนธรรมไทย

ผู้สูงอายุมักมีภาวะพึ่งพิง และอาศัยร่วมกับครอบครัว[18,20,27] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจัดอาหาร การรับประทานยากินยาและการเสริมแรง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลระบบครอบครัวเป็นฐานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (p-value < .010)[42] นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาที่ระบุว่าการฝึกอบรมทักษะการจัดการรายกรณีร่วมกับผู้ดูแลประจำบ้าน ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในผู้สูงอายุเบาหวานที่คุมยากได้ดีกว่าการดูแลตามมาตรฐานปกติอย่างชัดเจน[43] 3) การบูรณาการทรัพยากรชุมชน บทบาท อสม. และระบบการติดตามเชิงรุก จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ขับเคลื่อนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก [16,21,28,36] ซึ่งช่วยสร้างความต่อเนื่องของการดูแลนอกสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ประเมินโมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนไทย พบว่าระบบติดตามโดย อสม. ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารอย่างง่าย เช่น แอปพลิเคชัน LINE หรือการโทรศัพท์กระตุ้นสัปดาห์ละครั้ง ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลเท้า และการควบคุมน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .050)[44] และยังสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ของผู้สูงอายุเบาหวานที่มีภาวะควบคุมน้ำตาลไม่ได้ขั้นวิกฤตได้อย่างเป็นรูปธรรม[45]

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารนโยบายสาธารณสุข และด้านการศึกษาสำหรับพยาบาล ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเรื้อรัง ควรนำรูปแบบโปรแกรมที่เน้นการจัดการตนเอง และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการบูรณาการติดตามที่มีความสม่ำเสมอ เช่น การโทรศัพท์ให้คำปรึกษา ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเชิงรุก เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

1.2 การบูรณาการภาคีเครือข่าย และ อสม. ในการทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าระวังพฤติกรรม และจับคู่ดูแลรายบุคคล เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2) ด้านการบริหารและนโยบายสาธารณสุข

2.1 การสนับสนุนโมเดลการดูแลโดยครอบครัวเป็นฐาน เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยสนับสนุนทรัพยากร สื่อการสอน หรือสมุดบันทึกพฤติกรรมที่ออกแบบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2.2 การส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างง่าย เช่น แอปพลิเคชัน LINE หรือระบบการปรึกษาทางไกล มาใช้ในระบบบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและการปรึกษาของกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ห่างไกล

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอน โดยการฝึกทักษะให้นักศึกษาพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในบทบาทผู้จัดการรายกรณี การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในอนาคตควรออกแบบการศึกษาเชิงทดลองที่มีการติดตามผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม และระดับ น้ำตาลสะสมเฉลี่ยในระยะยาว ตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 1 ปีขึ้นไป เพื่อศึกษาความยั่งยืนของประสิทธิภาพของโปรแกรม

2. การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมในชุมชน แนวคิดการพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เพื่อให้ได้โมเดลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งมิติบุคคลและมิติระบบสังคมในชุมชนไทย

3. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลขั้นสูง โดยพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ทางการพยาบาลหรือแอปพลิเคชันสุขภาพที่ออกแบบหน้าจอให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการแจ้งเตือนการรับประทานยา การประเมินภาวะเสี่ยง และการคำนวณสัดส่วนอาหารเชิงรุก

4. การวิจัยในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเฉพาะบุคคล สำหรับกลุ่มเปราะบางที่ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลาย เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ขั้นรุนแรง ร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวในชุมชน เพื่อยกระดับความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: [Internet] 2021 [Cited in January 2026]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900
2. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: [Internet] 2023 [Cited in January 2026]. Available from: https://idf.org/news-and-resources/resources/idf-diabetes-atlas-2021/
3. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: [Internet] 2022 [Cited in January 2026]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257
4. Viengthong C, Bunloet A. Prevalence of poor glycemic control among older adults with type 2 diabetes in community settings. J Public Health Nurs. 2018;32(2):145–54. (In Thai)
5. Jitnarin N, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Boonpraderm A. Community-based lifestyle intervention for glycemic control among older adults with type 2 diabetes in Thailand. BMC Public Health 2020; 20: 1012.
6. Malaipeia P, Yimthanom S. Community partnership and context-based intervention for diabetes care among older adults in Thailand. Journal of Nursing Research 2024; 28(1): 1–15. (In Thai)
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the diabetes situation in Thailand. Nonthaburi: [Internet]. 2023 [Cited in January 2026]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/
8. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005; 8(1): 19-32.
9. Joanna Briggs Institute. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2021.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of Internal Medicine 2018; 169(7): 467-473.
11. Cooper H. Research synthesis and meta-analysis: A step-by-step approach. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2010.
12. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. Implementation Science 2010; 5: 69.
13. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. Qualitative data analysis: A methods sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2014.
14. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 2017; 123: 37-48.
15. Rattanasila R, Amnatsatsue K, Klanklin S, Chansirikanjana S, Keadmongkol P. Effect of case management program for older adults with uncontrolled diabetes mellitus. Journal of Public Health Nursing 2015; 29(1): 67-79. (In Thai)
16. Angboonta P, Pothiban L, Kosachunhanun N. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and hemoglobin A1C level among elders with diabetes type 2. Nursing Journal 2012; 39(3): 93-104. (In Thai)
17. Fangsin V. The effectiveness of health promoting program for older patients with diabetes, subdistrict health promoting hospital, Pranburi hospital network. Journal of Social Science and Cultural 2024; 8(8): 45-58. (In Thai)
18. Masaleh N, Sonrat O, Beangbon T, Suttidajan T, Simla W. The effect of a health behavior modification program for older adults with uncontrolled type 2 diabetes, Bang Kaeo district, Phatthalung province. Journal of Public Health Research and Innovation 2024; 2(1): 14-25. (In Thai)
19. Prompahakul R, Wirojratana V, Wattakrikraileart D. The effect of self-regulation program on dietary behavior among older adults with uncontrolled type 2 diabetes. Nursing Science Journal of Thailand 2020; 38(2): 32-44. (In Thai)
20. Boontiam J, Butchai S, Puntakarn C. The effects of a self-management support program and family involvement on blood glucose control in elderly

diabetic patients with poorly controlled blood sugar at Patumvittayakorn Family Medicine Clinic, Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2025; 9(1): e274510. (In Thai)

21. Puttala T. Effects of program to promote behaviors and self-management on knowledge, glycemic control behaviors and HbA1C in elderly people with diabetes without co-morbidities Chiang Kwan district, Roi Et province. Journal of Research and Health Innovative Development 2024; 5(2): 301-311. (In Thai)
22. Imamee P, Imamee N, Rodjarkpai Y, Maharachpong N. Effects of self-management program on blood sugar control of diabetic patients at Mabtaphut sub-district Health Promotion Hospital in Rayong province. Thai Journal of Health Education 2020; 43(2): 78-91. (In Thai)
23. Saensom J, Khemthong K. Self-management program on glycemic control of uncontrolled type 2 diabetic patients, Nong Kaeo subdistrict, Kanthararom district, Sisaket province. Sisaket Journal of Research and Health Development 2025; 4(2): 112-123. (In Thai)
24. Madit W, Harnirattisai T, Hain D, Gaudio PA. Effect of a self-care promoting program on engagement in self-care behaviors and health-related outcomes among persons with type 2 diabetes and diabetic retinopathy: a single-blind randomized controlled trial. Belitung Nursing Journal 2024; 10(3): 272-284.
25. Khaosamphan P, Tipwareerom W, Thojampa S. The effects of social support program on long - stick exercise behaviors, body mass index and blood sugar level among older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus, Sukhothai province. Journal of Nursing and Health Sciences 2018; 12(2): 140-150. (In Thai)
26. Duangsanjun W, Suttharattanakun S, Kiriram P. Effects of a health literacy enhancement program on health promoting behaviors and hemoglobin A1C level among elderly with type 2 diabetes. Thai Journal of Nursing 2022; 71(2): 28-37. (In Thai)
27. Surawong S, Choowattanapakorn T. The effect of an individual and family self-management program on HbA1C in older persons with type 2 diabetes mellitus. Journal of Science Chulalongkorn University 2017; 29(1): 104-116. (In Thai)
28. Kaewmoon P, Nanthamongkolchai S, Munsawengsub C, Pitikultang S, Yodmai K. Health promotion program with family participation among uncontrolled type 2 diabetic elderly. Thai Journal of Health Education 2020; 43(2): 119-133. (In Thai)
29. Sukchaisong N, Pichayapinyo P, Lagampan S, Saslow LR, Aikens JE. Effectiveness of the mindfulness-based diabetes self- and family management support program among adults with uncontrolled diabetes: a randomized controlled trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2022; 26(3): 517-532.
30. Jongjaid T, Teepprasan W, Sangtongpanichakul P. The effectiveness of a health behavioral change program on type 2 diabetes elderly patients with overweight in geriatric clinic, Ratchaphiphat Hospital. Charoenkrung Pracharak Hospital Journal 2023; 19(2): 49-62. (In Thai)
31. Kunasaen J. The effect of a health education program on behavioral modification in self-care among elderly patients with type 2 diabetes at the Elderly Health Promotion Clinic, Regional Health Promotion Center 7, Khon Kaen. Journal of Health Promotion Center 7 Khon Kaen 2025; 17(1): 174-187. (In Thai)
32. Jodnak S, Mayakul S, Keawyok K, Keawnoi W. Effect of online nutrition information on health promotion behavior and blood glucose controlling in elderly people with diabetes. Health Science, Science and Technology Reviews 2024; 17(1): 81-94. (In Thai)
33. Jaitham P. Effect of an empowerment - base and home visit program on diabetes mellitus control behaviors and blood sugars level in uncontrolled diabetes mellitus. Journal of Research and Health Innovative Development 2019; 1(1): 31-39. (In Thai)
34. Wungrath J, Autorn N. Effectiveness of line application and telephone-based counseling to

improve medication adherence: a randomized control trial study among uncontrolled type 2 diabetes patients. Health Promotion Perspectives 2021; 11(4): 438-443.

35. Taaon C, Kraithaworn P, Piaseu N. The effects of nursing case management on self-care behaviors, clinical outcomes, and quality of life among community-dwelling older adults with poorly controlled type 2 diabetes in Thailand. Journal of Community Health Nursing 2024; 41(1): 11-20.
36. Sittipreechachan P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Chongsuwat R. A community health volunteer involvement program for glycated hemoglobin reduction among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: a mixed-method study. Journal of Primary Care & Community Health 2022; 13: 1-8.
37. Sanchai A, Pothiban L, Nanasilp P. Effect of Thai Qigong meditation exercise on hemoglobin A1c level of the elderly with type 2 diabetes mellitus. Nursing Journal 2011; 38(4): 65-80. (In Thai)
38. Kijsanayothin P. The effectiveness of health promoting behavior program on control blood glucose level among elderly patients with type 2 diabetes mellitus in Sukhothai province Thailand. Research and Development Health System Journal 2021; 14(2): 103-113. (In Thai)
39. Thiangkrathok K, Sikuta P. Potentiality development for elderly with plasma glucose uncontrollable of type 2 diabetes mellitus in Health Promoting Hospital Lakor, Srilakor Sub-district, Chakkarat district, Nakhon Ratchasima province. DPC 9 Journal 2019; 25(1): 37-47. (In Thai)
40. Boonthiam S, Surawong S. Proactive health literacy program in primary care system: effects on nutritional behavior and glycated hemoglobin level among older adults with diabetes. Journal of Nursing and Health 2025; 19(1): 12–25. (In Thai)
41. Srichang N, Angboonta P, Wichit N. Self-regulation and self-efficacy interventions for dietary control and acute hyperglycemia prevention in Southeast Asian older adults: A systematic review. Diabetes Research and Clinical Practice 2024; 208: 111–123.
42. Phonphet C, Chuwattanapakorn T, Salvail J. Family-based nursing interventions and medication adherence among Thai older adults with complex chronic conditions. International Journal of Nursing Studies 2025; 162: 104–115.
43. Chueathong A, Rattanasila S, Wichit N. Effectiveness of case management program collaborated with home caregivers on delaying progression of diabetic kidney disease and glycemic control among older adults with uncontrolled diabetes mellitus. Journal of Health Science Research 2024; 18(2): 45–57. (In Thai)
44. Chaiyamahapurk S, Panta P, Seangpraw K. Effectiveness of the Thai Chronic Care Model integrated with village health volunteers and LINE application on glycemic control among older adults: A randomized controlled trial. Journal of Community Health 2025; 50(2): 112–124.
45. Duangkaew S, Arunrungsawat S. Nursing case management system integrated with stakeholders to reduce re-admission rate among community-dwelling older adults with uncontrolled diabetes mellitus crisis. Thai Journal of Nursing Council 2024; 39(3): 88–102. (In Thai)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนด้านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์

Factors Influencing Public Perception of the Role of Thalang District Public Health Office, Phuket Province following the full-phase Complete Decentralization of the Ministry of Public Health

ชยาทิตย์ แก้วพิทักษ์[1]* , กิระพล กาละดี[1], วรางคณา จันทร์คง[1]

Chayathit Kaewpithak[1]*, Kiraphol Kaladee[1], Warangkana Chankong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล องค์ประกอบของระบบสุขภาพและบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการรับรู้ของประชาชนภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนด้านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ตภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 187 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 ที่มีค่าความเที่ยงของส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.88 และส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.80 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 48.03 ปี (S.D. = 11.42) ปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ข้อมูลบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการรับรู้ของประชาชนด้านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประสบการณ์การทำงาน และบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายการรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง ได้ร้อยละ 72 (Adjusted R^2 = 0.72)

คำสำคัญ: การรับรู้ของประชาชน, บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุข, ระยะถ่ายโอนสมบูรณ์, ระบบสุขภาพ

* Corresponding author: Email: Chayathit.phuket@gmail.com, Tel: 0848442148

Received: 8 May 2026; Revised: 7 Aug 2026; Accepted: 7 Aug 2026

Citation:

Kaewpithak C, Kaladee K, Chankong W. Factors influencing public perception of the role of Thalang District Public Health Office, Phuket Province following the full-phase complete decentralization of the Ministry of Public Health. Health Sci J Thai 2026;8(3): 29-36. (in Thai);https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.282157

[1] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี 11120

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

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study: 1) personal characteristics, health system components, and the roles of Thalang District Public Health Office and public perception following the full-phase decentralization of the Ministry of Public Health; and 2) factors influencing public perception regarding the roles of the Thalang District Public Health Office in Phuket Province after the full-phase decentralization. The sample consisted of 187 residents aged 20 years and older, selected through Multistsge Random sampling. Data were collected using a four-part questionnaire with Content Validity Index (CVI) values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability coefficients for Parts 2, 3, and 4 were 0.93, 0.88, and 0.92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis. The results revealed: 1) 58.80% of the respondents were female, with an average age of 48.03 years (SD = 11.42). Health system components, information on the role of the District Public Health Office, and overall public perception regarding its role post-decentralization were all at a high-level and factors significantly influencing public perception at <0.001 significance level were Village Health Volunteers (VHV), work experience, and the roles of the District Public Health Office during the full-transfer phase. Together, these variables accounted for 72% of the variance in public perception of the Thalang District Health Office's roles (Adjusted R^2 = 0.72).

Keywords: Public perception, Role of the District Health Office, Decentralization of the Ministry of Public Health, Full-transfer phase, Health System

บทนำ

รัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ และถือเป็นกฎหมายของประชาชน กำหนดกรอบความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐซึ่งปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน โดยแบ่งการบริหารราชการแผ่นดินออกเป็นสามส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนภูมิภาค และการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจรัฐกับประชาชนถูกกำหนดโดยพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ จึงทำให้มีกำนันผู้ใหญ่บ้านเป็นเครื่องมือของรัฐมากกว่าการเป็นตัวแทนของประชาชนในอดีตก่อนการปฏิรูปทางการเมือง[1]

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพโดยรวม โดยมีผลในด้านบวก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจของท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน และยังพบความท้าทายในการประสานงานข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ในปัจจุบันนี้พบว่าการบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนภารกิจในระยะสมบูรณ์ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ ซึ่งกระทบต่อการดำเนินงานที่จำเป็น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน งานควบคุมโรคติดต่อ และงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ[2] สถานการณ์การถ่ายโอนภาพรวมจังหวัดภูเก็ต ในปี 2566 ในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นระยะที่อยู่ระหว่างการทยอยการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง ผ่านอนุมัติให้โอน 12 แห่ง (ร้อยละ57.14) จำแนกเป็นประสงค์ถ่ายโอนบางคน 11 แห่ง (ร้อยละ95.30) และประสงค์ถ่ายโอนทุกคน 1 แห่ง (ร้อยละ 4.70) และกลุ่มยังไม่ถ่ายโอน 9 แห่ง (ร้อยละ42.80) ไม่ประสงค์ถ่ายโอน 104 คน (ร้อยละ 61.53) ข้าราชการ 73 คน (ร้อยละ70.19) ลูกจ้าง 31 คน (ร้อยละ 29.80)ในปี 2567การถ่ายโอนในระยะสมบูรณ์ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ไปทั้งหมดทุกแห่ง ผ่านอนุมัติให้โอน 9 แห่ง (ร้อยละ100)[3]

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ข้อ 21 มีหน้าที่และอำนาจในเขตพื้นที่อำเภอ ดังต่อไปนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบ

สารสนเทศงานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย[4] อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลายปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับรู้บทบาทสาธารณสุขอำเภอในมุมมองผู้บริหาร แต่ยังไม่มีการศึกษาหรือข้อสรุปที่ชัดเจนในอิทธิพลต่อการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อเรื่องดังกล่าว พบว่าการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขอำเภอการรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในมุมมองผู้บริหารในระดับอำเภอ[5] การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบาย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ[6] และงานวิจัยบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด[7] การปรับบทบาทที่เปลี่ยนไปการทำงานเชิงรุกมากขึ้น ให้เกิดความสอดคล้องกับการปรับโครงสร้างการบริหารภายหลังมีการถ่ายโอนภารกิจ โดยการยกระดับเป็นสำนักวิชาการมากขึ้น ศึกษาวิเคราะห์วิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เป็นผู้ประเมินมาตราฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิทุกภาคส่วน ส่งเสริม สนับสนุน ประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขหน่วยงานรัฐและเอกชนซึ่งหลักการนี้สอดคล้องกับแนวคิด[8]

ถึงแม้ว่ายังไม่แน่ชัดว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร แต่โครงสร้างการบริหารบางส่วนเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น การทำงานและการรับรู้ของอาสาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคล องค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ[9] บทบาทสำนักงานสาธาราณสุขอำเภอถลาง ต่อการรับรู้ของประชาชนภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์เป็นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องตัวแปรตามของแนวคิดการรับรู้[7] ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้การตอบสนองความต้องการ การรับรู้การมีส่วนร่วม การรับรู้ธรรมาภิบาล การรับรู้การประสานงาน การรับรู้การสนับสนุนวิชาการ การรับรู้การสนับสนุนการดำเนินงาน และการรับรู้การสะท้อนปัญหาบริการ ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ดังกล่าว ผลที่ได้จากการวิจัยจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริหารงานสาธารณสุขของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอถลางให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล องค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และการรับรู้ของประชาชนภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชนด้านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ในประชากรคือประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 90,897 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุ (Sample size for multiple linear regression)

ขั้นตอนที่ 1 แปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$$C(r) = 0.3095$$

เมื่อ $C(r)$ คือ การแปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

Ln คือ ลอการิทึมธรรมชาติ

r คือ ขนาดอิทธิพลที่คาดหวัง กำหนด 0.30

แทนที่สูตรจะได้ค่า $C(r)$ ประมาณ 0.3095

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ 1 ตัวแปรอิสระ $n_1 = 85$

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ 4 ตัวแปรอิสระ หรือ $n_p = 169.16$ หรือประมาณ 170 คน

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับแก้สำหรับประชากรจำกัด (Finite Population Correction) ขนาดของประชากรที่สนใจไม่ใหญ่มาก (โดยปกติ < 10,000) จากสูตร[15]

$$n_f = \frac{170}{1 + \frac{169}{90,897}}$$

$$= \frac{170}{1 + 0.00186}$$

$$= \frac{170}{1.00186}$$

$$= 169.68$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างโดยประมาณเบื้องต้น 170 คน

N คือ ขนาดของประชากรที่สนใจ 90,897 คน

แทนที่สูตรจะได้ค่า n ประมาณ 169.68 หรือประมาณ 170 คน

ขนาดตัวอย่างที่ต้องการสำหรับงานวิจัย คือ 170 คน และบวกเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จำนวน 17 คน เพื่อป้องกันอคติจากการตอบแบบสอบถามไม่ครบ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 187 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น มีสติสัมปชัญญะ และยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอออกจากการศึกษาระหว่างดำเนินการวิจัย และไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

มีวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบการเปรียบเทียบสัดส่วนแบบกลุ่มประชาชนแต่ละตำบลในอำเภอถลาง หลังจากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วน รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Population and proportional sample size of individuals aged 20 years and older, categorized by Sub-districts in Thalang District

Name of sub-district	Population size	Sample size
1. ThepKrasattri	21,939	45
2. SriSunthon	23,797	50
3. CherngTalay	13,774	28
4. Pa-Klok	14,820	30
5. MaiKhao	10,779	22
6. Sakhu	5,788	12
Total	90,897	187

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากตามทะเบียนรายชื่อประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นหมู่ๆในชุมชน

เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 80 ข้อ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การทำงาน ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ระบบบริการ ระบบกำลังคน ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบงบประมาณเงินคลัง และระบบภาวะผู้นำ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) การแปลใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวมโดยกำหนดเกณฑ์ 5 ระดับ ดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุด (4.21-5.00) เห็นด้วยมาก (3.41-4.20) เห็นด้วยปานกลาง (2.61-3.40) เห็นด้วยน้อย (1.81-2.60) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1.00-1.80) ส่วนที่ 3 จำนวน 20 ข้อ ข้อมูลปัจจัยบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ ได้แก่ ด้านทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล ด้านประเมินผลการดำเนินงานควบคุมมาตราฐานการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ ด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข และด้านสนับสนุนวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขและภาคประชาชน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) การแปลใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวมโดยกำหนดเกณฑ์ 5 ระดับ ดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุด (4.21-5.00) เห็นด้วยมาก (3.41-4.20) เห็นด้วยปานกลาง (2.61-3.40) เห็นด้วยน้อย (1.81-2.60) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1.00-1.80) และ ส่วนที่ 4 จำนวน 32 ข้อ ข้อมูลการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจของประชาชนต่อบทบาทสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ การรับรู้บทบาทหน้าที่ การรับรู้การตอบสนองความต้องการ การรับรู้การมีส่วนร่วม การรับรู้ธรรมาภิบาล การรับรู้การประสานงาน การรับรู้การสนับสนุนวิชาการ การรับรู้สนับสนุนการดำเนินงานและการรับรู้การสะท้อนปัญหาบริการสนับสนุนการซื้อบริการที่จำเป็น ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ รับรู้มากที่สุด (5) รับรู้มาก (4) รับรู้ปานกลาง (3) รับรู้น้อย (2) และรับรู้น้อยที่สุด (1) การแปลใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวมโดยกำหนดเกณฑ์ 5 ระดับ ดังนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้มากที่สุด (4.21-5.00) รับรู้มาก (3.41-4.20) รับรู้ปานกลาง (2.61-3.40) รับรู้น้อย (1.81-2.60) และรับรู้น้อยที่สุด (1.00-1.80) โดยมีค่าความสอดคล้องของเครื่องมือแบบสอบถาม เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือส่วนที่ 1-4 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอกะทู้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เท่ากับ 0.93 ส่วนที่ 3 ด้านปัจจัยด้านบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ เท่ากับ 0.88 และส่วนที่ 4 ด้านการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจของประชาชนต่อบทบาทสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอน เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ 2569 นักวิจัยทำหนังสือขอความอนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยก่อนให้ความยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นักวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยนักวิจัย

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการวิจัยภายใต้การรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2568/972 เมื่อวันที่วันที่ 9 มกราคม 2569

และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น ซึ่งจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากการผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 187 คน ประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 58.80 อายุเฉลี่ย 48.03 ปี (S.D. = 11.42) สถานภาพทางสังคมส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่ง ร้อยละ 64.70 รองลงมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 14.40 ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน ร้อยละ 12.80 และผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วยราชการ ร้อยละ 8.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 44.90 รองลงมา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 42.20 และประถมศึกษา ร้อยละ 12.80 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างสูงที่สุด ร้อยละ 32.10 รองลงมา อาชีพ ค้าขาย/เจ้าของธุรกิจ ร้อยละ 19.80 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 18.20 เกษตรกร ร้อยละ 16.60 และลูกจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 13.40 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 2

Table 2 Characteristic of respondents (n = 187)

Characteristics	n	%
Sex		
Male	77	41.20
Female	110	58.80
Age (year)		
20-35	29	15.50
36-50	70	37.40
51-60	62	33.20
Over 60	26	13.90
$\overline{X}$ ± S.D.	48.03 ± 11.42	
Min-Max	23-72	
Social status		
No position	121	64.70
Village health volunteer	27	14.40
Community leader	24	12.80
Administrator	15	8.00

Table 2 Characteristic of respondents (n = 187)(continue)

Characteristics	n	%
Education level		
Bachelor's degree or higher	84	44.90
High school/ associate Degree	79	42.20
Primary education	24	12.80
Occupation		
General laborer	60	32.10
Merchant / business owner	37	19.80
Government/ state Enterprise	34	18.20
Farmer	31	16.60
Employee / company staff	25	13.40
Work experience (year)		
1-10	72	38.50
11-20	67	35.80
Over 20	48	25.70
$\overline{X}$ ± S.D.	16.04 ± 9.91	
Median (Min-Max)	14.00 (1-50)	

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยรวม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ปัจจัยด้านบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ และปัจจัยการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจ มีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.16, S.D. = 0.46) รองลงมา ปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.14, S.D. = 0.47) และปัจจัยด้านบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ ($\overline{X}$ = 4.13, S.D. = 0.50) รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 3

ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณโดยพิจารณาตัวแปรทั้งหมด ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพทางสังคม ประสบการณ์การทำงาน องค์ประกอบของระบบสุขภาพ และบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชน ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประสบการณ์การทำงาน และบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์

ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่พบมีผลต่อการรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ โดยตามตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบาย การรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ ได้ร้อยละ72 รายละเอียดดังตารางที่ (Table) 4

Table 3 Mean and standard deviations of health system components factors district health office roles in full transition factors and perception of task transfer factors (n = 187)

Factors	Mean	SD	95% CI	Level
Health System Components	4.13	0.50	4.07 to 4.21	High
District Health Office Roles in Full Transition	4.14	0.47	4.06 to 4.20	High
Perception of Task Transfer	4.16	0.46	4.09 to 4.23	High

Table 4 Analysis of characteristics, health system components, and roles of the Thalang District Health Office roles in full transition factors, on public perception following the full a multiple regression analysis considering all variables (n = 187)

Factors	b	SE	95% CI	t	p-value
Constant	0.98	0.29	0.42 to 1.55	3.44	<0.001
Male	-0.03	0.04	-0.12 to 0.05	-0.82	0.41
Age	0.01	0.01	0.00 to 0.01	1.81	0.07
Administrator	0.11	0.09	-0.06 to 0.28	1.29	0.20
Community leaders	-0.04	0.06	-0.17 to 0.09	-0.64	0.52
Village health volunteer	0.26	0.07	0.13 to 0.40	3.85	<0.001
High school/ associate degree	0.04	0.07	-0.10 to 0.17	0.54	0.59
Bachelor's degree or higher	0.04	0.08	-0.12 to 0.19	0.47	0.64
Farmer	0.01	0.06	-0.11 to 0.13	0.15	0.88
Government/ state enterprise	0.01	0.08	-0.15 to 0.16	0.07	0.94
Merchant / business owner	-0.06	0.06	-0.17 to 0.05	-1.06	0.29
Employee / company Staff	-0.01	0.07	-0.16 to 0.13	-0.18	0.85
Work experience	-0.01	0.00	-0.02 to -0.01	-4.49	<0.001
Health system components	0.01	0.04	-0.09 to 0.09	0.02	0.98
District health office roles in full transition	0.75	0.75	0.66 to 0.84	16.56	<0.001

Note: R^2=0.74, adjust R^2= 0.72, F=34.44, p-value < 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความคิดเห็นปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นปัจจัยองค์ประกอบของระบบสุขภาพอยู่ใน ระดับมาก (4.14±0.47) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี สังฆพรม[6] ผลการศึกษาพบว่าด้านคุณภาพและมาตรฐานการบริการปฐมภูมิมีคะแนนร้อยละการประเมินสูงที่สุด ร้อยละ 95.50 (มากที่สุด) รองลงมาการประเมินด้านสารสนเทศด้านสุขภาพ ร้อยละ 93.60 (มากที่สุด) และด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ร้อยละจากการประเมินน้อยที่สุด ร้อยละ 82.25 ตามลำดับ และบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ พบว่าภาพรวมบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์อยู่ใน ระดับมาก (4.13±0.50) โดยมุมมองของประชาชนองค์กรยังมีบทบาทสำคัญและแนวคิดการกระจายอำนาจที่คาดหวังให้ส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคทำหน้าที่นโยบายและกำกับบูรณาการด้านการทำงานควบคู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กวี ชิ้นจอหอ[10] ผลการศึกษาพบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องมีบทบาทที่สำคัญด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประสานงาน และปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น รุ่งนภา จันทราและคณะ[7] พบว่าในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องยกระดับบทบาทเป็น "สำนักวิชาการ" จากการศึกษาข้อมูลการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจของประชาชน พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การถ่ายโอนภารกิจของประชาชนอยู่ในระดับ รับรู้มาก (4.16±0.49) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภาย

หลังการถ่ายโอนภารกิจ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สสิธร เทพตระการพรและคณะ[11] พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือ และยา ซึ่งต้องอาศัยการสะท้อนปัญหาและสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณโดยพิจารณาตัวแปรทั้งหมดพบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้ของประชาชน ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ประสบการณ์การทำงาน และบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในระยะถ่ายโอนสมบูรณ์ โดยตามตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบาย การรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ ได้ร้อยละ 72 ในขณะที่ตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพทางสังคม (ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน) ระดับการศึกษา อาชีพ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ไม่พบมีผลต่อการรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขระยะสมบูรณ์ การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan E Bulthuis[12] พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ภูมิลำเนา เชื้อชาติ เป็นปัจจัยมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการการรับรู้การกระจายอำนาจ ($p < 0.05$) เหตุผลจากความแตกต่างโครงสร้างทางสังคมระบบสุขภาพ และวัฒนธรรมของในประเทศไทยและต่างประเทศ และยังสอดคล้องกับการศึกษา ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ[13] กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนสูงกว่าทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สะท้อนให้เห็นช่องว่างการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละภาคส่วน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ[14] พบว่าหน้าที่ภารกิจและโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการถ่ายโอนภารกิจ เหตุผลจากการปรับตัวของสาธารณสุขอำเภอทำให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในมุมมองประชาชนในพื้นที่อำเภอถลาง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) อาสาสมัครสาธารณสุข มีผลต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลางการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่

2) ด้านประสบการณ์การทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีกลยุทธ์การสื่อสารเชิงรุกที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานสูงเพื่อทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อบทบาทใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะกลุ่มใหญ่ขึ้นเช่น การศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งจังหวัดภูเก็ต และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดที่ถ่ายโอนระยะสมบูรณ์ และระยะไม่ถ่ายโอนระยะสมบูรณ์

2) การใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย และการพิจารณาเพิ่มข้อคำถามเชิงลบ เพื่อป้องกันการตอบแนวโน้มเดิมและช่วยกระตุ้นให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาข้อความก่อนตัดสินใจตอบ

เอกสารอ้างอิง

1. Boonphinich A, Yubolphan N. A decade of transferring sub-district health promoting hospitals to local administrative organizations: A case study of local administrative organizations in Roi Et Province. Journal of Integration Social Sciences and Development. 2025; 5(1): 381. (In Thai)
2. Boonrattanatep K. Synthesis of the district health system management model after the transition of sub-district health. Central Primary Health Care Journal. 2025; 39(2): 18.
3. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechai M, Khamwong D, Phatthratheerakul N, Sansai S, et al. Health impact assessment of the population after the transfer of sub-district health promoting hospitals. Health Systems Research Institute (HSRI); 2023.
4. Ministry of Public Health. Ministerial Regulation on the Administrative Organization of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2024. Ratchakitchanubeksa. 2024; 141(Part 12 A): 18-21.
5. Purichaivoranant C. Factors associated with public health administration of district health officers in Kanchanaburi Province [Master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
6. Sangkhaprom S. Guidelines for enhancing health decentralization in missions following the transfer of sub-district health promoting hospitals a case study of Nakhon Pathom province Bangkok: Faculty of Political Science, Thammasat University; 2023.

7. Juntra R, Kerikkulthorn T, Chuenklin T, Nimwattanakul S, Sornkasetrin A, Khamngern R, et al. Roles of Provincial Public Health Offices and District Public Health Offices after the transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations. Nonthaburi: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; 2023.
8. Polsri K, Kenaphoom S, Phosing P, Kosonkittiamphon S. Development model for performance based on decentralization missions to local administrative organizations in the Roi-Kaen-Sarn-Sin province cluster [Doctor of Public Administration dissertation]. Maha Sarakham: Maha Sarakham Rajabhat University; 2019.
9. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
10. Chinjohor K. Development of a health resource management model for district public health offices under the transfer of sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations: a case study of district public health offices in Nakhon Ratchasima province. Journal of Health Research and Development. 2024; 10. (In Thai)
11. Theptrakarnporn S, Wattanasey S, Longkul J, Evanovitch K, Mongkolsamrit S. Perspectives and expectations of the public toward the transfer of sub-district health promoting hospitals to the management of local administrative organizations. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022.
12. Bulthuis SE, Kok MC, Amon S, Agyemang SA, Nsabagasani X, Sanudi L, et al. How district health decision-making is shaped within decentralised contexts: A qualitative research in Malawi, Uganda and Ghana. Glob Public Health. 16 (1), 120-135.
13. Sridarung C, Sriyasak A, Sring P, Thanakarnjanaphakdee W, Khlangklang R, Hussaroke J, et al. Driving research utilization for developing mechanisms to enhance the potential of village health volunteers. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2026.
14. Singweeratham N, Sriratanaban J, Kantiya P, Kumwong D, Maneechai M, Siewchaisakul P. Opinions and perspectives on roles, missions, and structures of Provincial Public Health Offices and District Health Offices after the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to Local Administrative Organizations. J Nurs Public Health Netw. 2023; 12(1): 27-9. (In Thai)
15. Egbuchulem KI. The basics of sample size estimation: an editor's view. Ann Ib Postgrad Med. 2023;21(1):5-10.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

Effectiveness of a Community-Based Mental Health Promotion Program for Older Adults in Reducing Depression Symptoms and Loneliness at Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani Province

Supawida Tantaweewong[1]*, Napattra Satieantitipong[1]

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to examine changes in depressive symptoms, loneliness, and quality of life following participation in the program of a community-based mental health promotion in reducing depression and loneliness among older adults at Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani Province. The sample consisted of 40 older adults with Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15) scores of 5-11, selected by simple random sampling. Participants completed a 12-week program comprising four components: physical and mental health enhancement, emotional and stress management skill development, social network building, and promotion of meaning in life. Research instruments included the TGDS-15, a loneliness scale, and the Thai version of the WHOQOL-BREF quality of life measure. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. Finding reveal that following the 12-week intervention, the mean depression score decreased significantly from 6.3 (SD = 2.2) to 2.6 (SD = 2.3), (-4.9, 95% CI: -6.3, -3.6). Mean loneliness scores declined significantly from 65.7 (SD = 7.7) to 58.9 (SD=10.7) (MD=-6.8, 95% CI: -8.1, -5.6), while mean quality of life scores improved significantly from 88.4 (SD = 17.1) to 101.3 (SD = 14.9) (MD = 12.9, 95% CI: 11.5, 14.3). These preliminary findings support further controlled evaluation with a larger sample and longer-term follow-up before broader implementation is considered.

Keywords: Depression and Loneliness, Mental Health Promotion, Older adults

* **Corresponding authors:** Email: tsupawida@hotmail.com
Received: 11 Jun 26; Revised: 14 Aug 26; Accepted: 18 Aug 26

Citation:
Tantaweewong S, Satieantitipong N. Effectiveness of a community-based mental health promotion program for older adults in reducing depression symptoms and loneliness at Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani Province. Health Sci J Thai 2026; 8(3): 37-46. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i3.282977

[1] Psychiatry and Substance Abuse Services, Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani, 12140, Thailand

Introduction

Thailand is undergoing rapid population ageing, with adults aged 60 years and older accounting for 20.5% of the total population in 2025, a figure projected to rise to 28.0% by 2030.[1] This demographic shift has elevated mental health problems among older adults to a critical public health concern. The World Health Organization has noted that older adults may be vulnerable to mental health and psychosocial concerns, including depressive symptoms and loneliness, which adversely affect quality of life, physical functioning, and chronic disease morbidity.[2] The prevalence of depression among older adults is approximately 10–15% in the general population and rises to 30–40% in those with comorbid chronic conditions.[3] Depression in this age group is associated with increased mortality, declining physical function, and higher healthcare expenditure. Loneliness a subjective experience distinct from objective social isolation has been identified as a significant risk factor for depression, cardiovascular disease, and dementia.

In Pathum Thani Province, a peri-urban area adjacent to Bangkok, approximately 17.8% of the population are older adults.[4] Lat Lum Kaeo District is characterized by a rapidly evolving mixed community comprising both long-established and newly settled residents. Accelerating social change has left older adults socially isolated, as family members spend extended hours away from home, leaving older adults alone during daytime hours. The number of older adults receiving services for documented mental health concerns increased from 16.3% in 2024 to 20.4 in 2025, representing a 23.5% increase from the previous year in older adults presenting with psychiatric complaints, predominantly depression and anxiety.[5]

Current approaches to mental health prevention and promotion among older adults emphasize holistic care and community participation.[6] Community-based mental health promotion programs have demonstrated effectiveness in reducing depression and improving quality of life in this population. A cluster randomized controlled trial by Chen et al.[7] found that a collaborative/integrated care model reduced depressive symptom severity among older adults with comorbid hypertension in rural China; however, this trial targeted a clinically distinct population and delivered care through primary care providers rather than a community-based psychoeducational format. Primary prevention is a key strategy in older adults' mental health care, emphasizing the promotion of psychological resilience and the development of protective factors before problems arise. A network meta-analysis by Dong et al.[8] similarly reported reductions in depressive and anxiety symptoms following mind–body exercise (e.g., tai chi, qigong) among older adults. As both studies differ from the present intervention in population, delivery format, or intervention type, their findings should not be interpreted as directly comparable. However, evidence remains limited regarding culturally adapted, multicomponent mental health promotion programs for older adults at risk of depression in peri-urban Thai communities. Therefore, this study aimed to examine changes in depressive symptoms, loneliness, and quality of life following participation in a 12-week community-based mental health promotion program among older adults of Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province.

Methods

Study design and samples

This study was single-group pretest–posttest quasi-experimental design. The population study comprised 4,856 older adults residing in the catchment area of Lat Lum Kaeo Hospital, Pathum Thani Province, as recorded in the civil registration database as of January 1, 2024.[4]

Sample size and sampling

The sample size was calculated based on the primary outcome of depressive symptom score measured by TGDS-15, using the paired t-test formula for a one-group pretest–posttest design, calculated with $n = [(Z_{\alpha}/2 + Z_{\beta})^2 \times \sigma d^2] / d^2$.[9] The standard deviation of difference scores (4.5) and the minimum detectable difference (2.5 points) were derived from the study by Lertsuwan K.[10] A significance level of 0.05

($Z_{-\alpha}/2$ = 1.96) and a statistical power of 80% ($Z_{-\beta}$ = 0.84) were applied. The minimum required sample size was 26 participants. After adjusting for a 35% anticipated dropout rate and rounding up to facilitate group-based activities, the final sample size was set at 40 participants.

A simple random sampling method was used to recruit participants. Older adults residing in Lat Lum Kaeo District who met the preliminary eligibility criteria were identified from the district's civil registration data.[4] Eligible individuals were randomly selected using a computer-generated random number sequence and subsequently screened using the TGDS-15. Selected individuals were contacted by home visit and enrolled after providing written informed consent. The sample selection criteria were: aged 60 years or older; residing in the catchment area for at least 6 months; eligibility screening (TGDS-15, score 5–11)[11] was conducted 2 days before baseline assessment; the interval may account for score changes outside this range; physical eligibility for participation was defined as the ability to walk independently or with assistive devices (e.g., cane, walker); medical suitability for light group exercise as determined by a physician prior to enrollment and providing voluntary informed consent with commitment to attend all sessions across the 12-week program.

Exclusion criteria were: psychiatric diagnoses and history of mental health service use were identified; uncontrolled chronic illness or physical limitations precluding participation; receipt of antidepressants or participation in any psychosocial intervention within the preceding 3 months; and concurrent enrollment in another health education program.

Instruments

1) A personal information record form was used to collect data including sex, age, marital status, education, occupation, income, living arrangement, underlying conditions, and mental health service history.

2) The Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale (TGDS-15),[11] adapted from Sheikh & Yesavage,[12] was used to screen for depressive symptoms; higher scores indicate greater severity. A cutoff of 5–11 was applied, corresponding to the mild-to-moderate depression range of the original GDS-15 classification with normal (0–4), mild (5–8), moderate (9–11), and severe (12–15) consistent with the validated cutoff of ≥5 reported for detecting major depressive disorder among Thai geriatric outpatients (sensitivity 92%, specificity 87%).[11] Participants scoring in the severe range (12–15) were excluded as potentially requiring more intensive clinical care. The TGDS-15 is a screening instrument and does not independently establish a diagnosis of major depressive disorder.

3) The UCLA Loneliness Scale Version 3 (Thai version),[13] a 20-item instrument rated on a 4-point Likert scale with total scores ranging from 20 to 80, where higher scores indicate greater loneliness (20–34 = low; 35–49 = moderate; 50–64 = moderately high; 65–80 = high).

4) Quality of life was measured using the WHOQOL-BREF-THAI,[14] a 26-item instrument comprising four domains: physical health, psychological health, social relationships, and environment. Domain scores were calculated and reported according to the standard WHOQOL scoring method. In addition, the total score (range 26–130) was classified into three levels poor (26–60), moderate (61–95), and good (96–130) based on the validated Thai scoring criteria.

5) The community-based mental health promotion program for older adults consisted of 12 weekly group sessions, each lasting 100–160 minutes, delivered over a continuous 12-week period.

Data collection

1) The principal investigator trained the research assistants and multidisciplinary team before participant recruitment and baseline data collection.

2) The researcher trained a multidisciplinary research team comprising a community psychiatrist, psychiatric and mental health nurses, a clinical psychologist, a physical therapist, a social worker, a public health officer, and village health volunteers (VHVs) on program delivery procedures, health education techniques for older adults, basic symptom observation, and health assessment methods.

3) Prior to program enrollment, the researcher introduced the study, explained its objectives and procedures, and obtained written informed consent from all participants. Baseline assessments of personal characteristics, depression, loneliness, and quality of life were then conducted using the prepared instruments.

4) The program was developed based on a review of the literature on community-based mental health interventions for older adults and mapped to the Orem's Self-Care Theory,[15] social support theory and the Department of Mental Health's guidelines for mental health promotion among older adults.[16] The draft program content was reviewed by 5 experts in geriatric psychiatry, community nursing, health promotion, yielding a content validity index (CVI) of 0.86. The program consisted of 12 weekly group sessions, each lasting 100–160 minutes, delivered over 12 consecutive weeks at the Older Adults Club, Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province. The 40 participants were divided into 4 groups of approximately 10 participants each, to facilitate group activities. Each session was led by nurse and a research assistant. Participants were required to attend at least 80% of the total sessions to be included in the outcome analysis. The activities included in each session were as follows:

Session 1: Building Relationships and Understanding Mental Health in Older Adults to help participants understand the meaning and importance of mental health in older adults, recognize risk and protective factors for depression, and perform a basic self-assessment of their own mental health.

Session 2: Understanding and Managing Depression, Loneliness, and Daily Stress to help participants understand the symptoms and causes of depression and loneliness, distinguish normal feelings from those requiring professional help, identify available support resources, learn basic stress management strategies, and practice relaxation techniques.

Session 3: Positive Thinking, Gratitude, and Progressive Muscle Relaxation to help participants understand the effects of positive thinking on mental health, learn to reframe negative thoughts, practice gratitude and appreciation, understand the relationship between psychological stress and muscle tension, and learn progressive muscle relaxation techniques.

Session 4: Nutrition and Exercise for Mental Health to help participants understand the role of nutrition in mental health, identify foods that promote or impair mental well-being, plan a mental health-supportive diet, learn appropriate exercise for older adults, and practice safe and correct physical activity.

Session 5: Problem-Solving and Decision-Making to help participants learn a systematic approach to problem-solving, practice analyzing and evaluating options, and build confidence in making decisions.

Session 6: Art Therapy Colors of Life to help participants understand the mental health benefits of art therapy, express emotions through artistic creation, and produce personally meaningful artwork.

Session 7: Review and Encouragement to help participants review their learning from the first six weeks, assess their own progress, and build motivation to continue.

Session 8: Quality Sleep, Meaning, and Purpose in Life to help participants understand the importance of sleep for mental health, learn the causes of and solutions to sleep problems, practice pre-sleep relaxation techniques, explore personal meaning and life purpose, recognize their own value and roles, and set meaningful life goals.

Session 9: Giving, Volunteerism, and Thai Wisdom in Mental Health Care to help participants understand the mental health benefits of altruism, identify ways to engage with the community, plan volunteer activities, learn Thai traditional wisdom related to mental health, connect Thai ways of life with self-care, and preserve local wisdom.

Session 10: Music Therapy and Group Singing to help participants understand the effects of music on mental health, express emotions through song, and experience joy through collective singing.

Session 11: Coping with Loss to help participants understand healthy grieving processes, learn adaptive coping strategies following loss, and find new meaning

after bereavement.

Session 12: Preparing for the Future and Giving Back to the Community to help participants learn to plan for post-retirement life, prepare psychologically for the future, envision a fulfilling life, apply their learning in daily practice, share happiness with the community, and cultivate a sense of self-worth and belonging.

5) After the participants had completed all twelve sessions of the program, the researcher asked them to complete the Thai version of the TGDS-15, loneliness scale, quality of life scale and satisfaction with the program. Postintervention assessment was conducted within one week after completion of the 12-week program by assessor, who was independent from the intervention delivery team.

Statistical analysis

The primary outcome of this study was depressive symptom score, as measured by the TGDS-15, which was also the outcome used for sample size calculation. Loneliness and quality of life were assessed as secondary outcomes.

All statistical analyses were performed using SPSS version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Quantitative data analysis, including personal characteristics, depression levels, loneliness levels, and quality of life level was conducted using frequency, percentage, mean, median, standard deviation, maximum value, and minimum value. A significance level of $\alpha = 0.05$ was used for all analyses. Normality of the distribution of difference scores for each outcome was assessed using the Shapiro–Wilk test prior to conducting paired t-tests. Paired t-tests were used to compare preintervention and postintervention scores, with results reported as t statistics with degrees of freedom, 95% confidence intervals, and Cohen's d_z as the effect size measure.

Ethics consideration

Ethical approval was granted by the Human Research Ethics Committee of Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, on January 14, 2026 (SCPHYLIRB-2568/1023).

Recruitment and data collection took place between Feb-March, 2026. Written informed consent was obtained by research assistance prior to participation. Participant data were kept confidential through coding of identifying information and secure, password-protected storage. A clinical safety protocol was established prior to implementation. Participants identified during screening or throughout the program as having a TGDS-15 score indicating severe symptoms, expressed thoughts of self-harm, or noticeably worsening psychological symptoms were assessed by nurse and referred to the psychiatric outpatient clinic at the Lat Lum Kaeo hospital for further evaluation. Referred participants were followed up by contact at 1 month to monitor symptom status in coordination with the receiving facility and, where applicable, family caregivers.

Results

Of the 40 participants, the majority were female (65.0%). The mean age was 69.6 years (SD = 7.8), with most participants aged 60–69 years (60.0%), followed by 70–79 years (22.5%) and 80 years or older (17.5%). Over half of participants were married (52.5%), while the remainder were widowed (47.5%). Regarding education, half had completed primary school (50.0%), 35.0% had secondary school education or higher, and 15.0% had no formal education. More than half were retired or not currently employed (57.5%). Median monthly income was 8,000 THB (range: 600–50,000 THB); most participants (70.0%) reported a monthly income below 10,000 THB. Nearly all participants lived with family or others (97.5%), with only one participant (2.5%) living alone. Most participants (87.5%) reported at least one underlying condition, most commonly hypertension (68.6%), followed by hyperlipidemia (42.9%) and diabetes mellitus (34.3%); some participants had more than one condition. The majority (82.5%) had no prior history of mental health service use, as shown in Table 1.

Table 1 Demographic and clinical characteristics of participants (n = 40)

Characteristics	n	%
Gender		
Female	26	65.0
Male	14	35.0
Age		
60-69	24	60.0
70-79	9	22.5
80+	7	17.5
Mean (SD)	69.6	7.8
Median (Min: Max)	66.5 (60: 83)	
Marital status		
Married	21	52.5
Widowed	19	47.5
Education level		
No formal education	6	15.0
Primary school	20	50.0
Secondary school or higher	14	35.0
Occupation		
Retired / Not employed	23	57.5
Currently employed	17	42.5
Monthly income (THB)		
<10,000 THB	28	70.0
≥10,000 THB	12	30.0
Mean (SD)	13,177.5	13,916.4
Median (Min: Max)	8,000 (600: 50,000)	
Living arrangement		
Living with family/others	39	97.5
Living alone	1	2.5
Underlying conditions		
None	5	12.5
Underlying conditions (Some participants had more than one underlying condition)	35	87.5
- Hypertension	24	68.6
- Hyperlipidemia	15	42.9
- Diabetes mellitus	12	34.3
History of mental health service use		
None	33	82.5
Prior contact/ treatment	7	17.5

Among the 40 participants found that depression level preintervention was mild depression in 100.0% with the lowest score of 5 and the highest score of 11. Postintervention, 82.5% had no depression, with the lowest score of 0 and the highest score of 9. The pretest and posttest average scores of depressions were 6.3 (±2.2) and 2.6 (±2.3), respectively. This showed that the depression scores were significantly lower after entering the program (-4.9, 95% CI [-6.3, -3.6]).

Regarding loneliness level preintervention, 47.5% of the samples had a moderately high level and high level, with the lowest score of 45 and the highest score of 79. After participating, 47.5% of the samples had a moderately high level and 35.0% of high level, with the lowest score of 35 and the highest score of 77. The average loneliness score has decreased from 65.7 to 58.9, which is also statistically significant (MD = -6.8, 95% CI [-8.1, -5.6])

For quality of life level preintervention, 60.0% of the samples had a moderate level and 32.5% of good level, with the lowest score of 54 and the highest score of 126. After participating, 62.5% of the samples had a good level and 37.5% of moderate level, with the lowest score of 67 and the highest score of 127, The average score of quality of life was found to have increased from 88.4 to 101.3, which is a statistically significant difference after intervention (MD = 12.9, 95% CI [11.5, 14.3]) as shown in table 2.

Discussion

The community-based mental health promotion program at Lat Lum Kaeo Hospital depressive symptom scores decreased following participation in the 12-week program; however, the absence of a control group limits causal interpretation symptoms over the 12-week intervention. Among the 40 participants, mean depression scores decreased significantly from 6.3 to 2.6, and the proportion of participants whose TGDS-15 scores fell within the normal range increased from 0% to 82.5% (-4.9, 95% CI [-6.3, -3.6]). These findings align with Beck et al.'s Cognitive-Behavioral Theory, which posits that modifying distorted negative thinking patterns effectively reduces depressive symptoms[17], as the program

Table 2 Number and percentage of the sample group, classified by depression symptoms, loneliness, and quality of life pre and post intervention (n = 40)

Outcome	Intervention		Mean change, (95% CI)	t (df)	Cohen's dz	p value
	Pre	Post				
Depression Symptoms						
Mean (SD)	6.3 (2.2)	2.6 (2.3)	-4.9 [-6.3, -3.6]	t=19.8 (39)	1.2	< .001
Normal range (0-4)	0 (0.0%)	33 (82.5%)	-	-	-	-
Moderate (5-11)	40 (100.0%)	7 (17.5%)	-	-	-	-
Loneliness						
Mean (SD)	65.7 (7.7)	58.9 (10.7)	-6.8 [-8.1, -5.6]	t =10.9 (39)	1.7	<0.001
Moderate	2 (5.0%)	7 (17.5%)	-	-	-	-
Moderately High	19 (47.5%)	19 (47.5%)	-	-	-	-
High	19 (47.5%)	14 (35.0)	-	-	-	-
Quality of life						
Mean (SD)	88.4 (17.1)	101.3 (14.9)	12.9 [11.5, 14.3]	t=18.8 (39)	3.0	<0.001
Poor	3 (7.5%)	0 (0.0%)	-	-	-	-
Moderate	24 (60.0%)	15 (37.5%)	-	-	-	-
Good	13 (32.5%)	25 (62.5%)	-	-	-	-

Note: Cohen's dz was calculated as the mean difference divided by the standard deviation of the difference scores, appropriate for paired-samples designs. Mean differences are calculated consistently as postintervention minus preintervention scores.

incorporated cognitive restructuring and emotional regulation skill-building as core components. The results are also consistent with Kabat-Zinn's[18] Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) approach, which has demonstrated effectiveness in reducing depression among older adults, particularly within Buddhist-influenced cultural contexts that align closely with the lifestyle of the Thai participants. These findings are further supported by Nitaya Yuangdechkla and Apinya Tancharoen[19] found that elderlies with depression who received a mental health education program had significantly lower depression scores than the control group at the 0.05 level of significance. Additionally, a network meta-analysis by Dong et al.[8], encompassing 42 RCTs and 2,974 participants, demonstrated that structured mind-body exercise programs particularly those integrating mindfulness-based movement such as Tai Chi and Qigong significantly reduced depressive symptoms in older adults (SMD =−0.52, 95% CI [−0.71, −0.34]), with program duration and session frequency identified as key determinants of effectiveness. It should be noted that this evidence pertains specifically to mind–body exercise interventions, which differ substantially in content and delivery format from the psychosocial and educational program used in the present study; therefore, these findings should not be interpreted as directly comparable evidence for the present intervention. Nonetheless, the identification of program duration and session frequency as determinants of effectiveness may offer a general, cross-modality consideration relevant to the design of structured, multi-session interventions for older adults.

Although the mean loneliness score decreased significantly following the intervention (from 65.7 to 58.9), 22 of 40 participants (55.0%) remained in the moderately high or high loneliness categories at postintervention, compared with 35 participants (87.5%) at baseline. This important finding suggests partial rather than complete improvement; additional or longer-term support may therefore be required to achieve more

substantial and sustained reductions in loneliness among this population. The observed reduction is consistent with Cobb's[20] and House et al.,[21] Social Support Theory, which describes social support as a buffering mechanism against the adverse effects of stress and isolation on mental health. The program's group activities and peer support networks were designed in accordance with Weiss's Social Needs Theory,[22] which identifies social integration and attachment as essential conditions for reducing loneliness. These findings are corroborated by Suriyawong et al.,[23] whose quasi-experimental study evaluating the Together We Thrive program a 12-week, culturally adapted, group-based psychosocial intervention among older adults in Northern Thailand demonstrated significant improvements in loneliness ($p = .037$, $\eta^2 = .104$), social network scores ($p = .031$, $\eta^2 = .109$), and quality of life ($p = .026$, $\eta^2 = .114$) in the experimental group compared to controls, supporting the effectiveness of structured group-based community programs in addressing loneliness among older adults. This finding suggest that a brief intervention may be insufficient to fully reverse established patterns. Future studies should examine whether longer programs or follow-up booster sessions produce more sustained improvements, particularly given the finding that loneliness scores, while significantly reduced, remained elevated for most participants at postintervention.

With respect to quality of life, mean scores increased significantly from 88.4 to 101.3, and the proportion of participants with good quality of life rose from 32.5% to 62.5% (MD = 12.9, 95% CI [11.5, 14.3]). These findings align with Ryff's Psychological Well-being Model,[24] which identifies self-acceptance, purpose in life, and positive relationships as key determinants of quality of life in older adults. They are further consistent with Yuangdetkla N et al., [19] who found significant improvements in quality of life scores following a group mental health promotion program (p-value <0.05). This collectively suggesting that reductions in depressive symptoms and loneliness may be associated with improved quality of life; however, this relationship was not formally tested. Future studies with larger sample sizes should consider mediation analysis to examine whether changes in depressive symptoms and loneliness explain the observed improvement in quality of life.

Strengths and limitations

This study has several limitations. First, the one-group pretest–posttest design without a control group precludes causal inference; observed changes may be attributable to regression to the mean, maturation, repeated testing, concurrent usual care, participant expectations, or attention from the research team, rather than the intervention itself. Second, the relatively small, single-site sample limits generalizability. Third, program duration was fixed at 12 weeks, and the study did not compare different program durations or the addition of booster sessions. Future studies should employ controlled designs, larger and multi-site samples, and longer follow-up periods to confirm these preliminary findings.

Conclusion

This study evaluated the preliminary outcomes of a community-based mental health promotion program for older adults. Following the 12-week intervention, mean depressive symptom scores decreased from 6.3 to 2.6, and loneliness scores declined from 65.7 to 58.9; quality-of-life scores also increased. However, as this study used a one-group pretest–posttest design without a control group, these findings cannot confirm the effectiveness of the program or establish a causal relationship between the intervention and the observed changes. Although loneliness scores decreased, most participants continued to report elevated loneliness, suggesting that additional or longer-term support may be required. These findings suggest that a program integrating physical and mental health promotion, emotional and stress management skills, social network support, and meaning-in-life enhancement may be a promising approach for community-based mental health care for older adults; controlled studies are needed to confirm these preliminary observations.

References

1. National Statistical Office. Population statistics of Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2025. (In Thai)
2. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025]. Available from: https://www.who.int
3. Department of Mental Health. Depression in elderly: prevalence and guidelines. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2025. (In Thai)
4. Department of Provincial Administration. Civil registration data: Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province. Bangkok: Department of Provincial Administration, Ministry of Interior; 2024. (In Thai)
5. Health Data Center (HDC) Report System. (2025). Health Status Data. Retrieved from https://hdc.moph.go.th/center/public/main (In Thai)
6. Coll-Planas L, Valle Gómez G, Bonilha P, Masat T, Puig T, Monteserin R. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. Health Soc Care Community. 2017;25(1):145–57.
7. Chen S, Conwell Y, Xue J, Li LW, Tang W, Bogner HR, Dong H, Peiris D. Effectiveness of integrated care for older adults with depression and hypertension in rural China: a cluster randomized controlled trial. PLOS Med. 2022;19(10):e1004019. doi: 10.1371/journal.pmed.1004019.
8. Dong Y, Zhang X, Zhao R, Cao L, Kuang X, Yao J. The effects of mind-body exercise on anxiety and depression in older adults: a systematic review and network meta-analysis. Front Psychiatry. 2024;15:1305295. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1305295.
9. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2015.
10. Lertsuwan K. Effects of a meaning in life enhancement program on depression among older adults in the social welfare development center for older persons [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University, Faculty of Nursing, Psychiatric and Mental Health Nursing; 2023. (In Thai)
11. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: a comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. J Clin Med Res. 2013;5(2):101-11. doi: 10.4021/jocmr1239w.
12. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, editor. Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press; 1986. p. 165-73.
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, Kuntawong P. Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. Br J Health Psychol. 2020;25(2):233-56. doi: 10.1111/bjhp.12404.
14. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Pornmanarungkul R. WHOQOL-BREF-THAI. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2002 [cited 2026 Jul 8]. Available from: https://dmh.go.th/test/whoqol/.
15. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
16. Department of Mental Health. Guidelines for mental health promotion among older adults. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2022. (In Thai)
17. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
18. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte Press; 1990.
19. Yuangdetkla N, Tancharoen A. The Effects of Psycho-education Program on The Depressive Symptoms among Elderly, Bang Pakong District, Chachoengsao Province, Research and Development Health System Journal. 2024; 17(1): 155–67. (In Thai)
20. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300–14.
21. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science. 1988; 241(4865): 540–5.

22. Weiss RS. Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge: MIT Press; 1973.
23. Suriyawong W, Budda R, Sriprasert K, Pipatpiboon N, Tuanrat W, Tamdee D, Pumthait T, Sanprakhon P. A group-based psychosocial program for reducing loneliness in older adults: a quasi-experimental study. J Prim Care Community Health. 2025;16:21501319251380614.
24. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989; 57(6): 1069–81.

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.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Author Guideline)
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand: Health Sci J Thai

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย (Health Science Journal of Thailand: Health Sci J Thai) ISSN 2773-8817 ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงชื่อวารสารจากเดิม คือ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ (Journal of Health Science, Thaksin University: J Health Sci TSU) ซึ่งเป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่ตีพิมพ์บทความวิชาการที่ผ่านการกลั่นกรองจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่าน ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เปิดรับบทความจากบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสถาบัน นักวิชาการ และนักวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของวารสาร

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการวิจัย หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตของวารสาร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย เป็นวารสารที่รวบรวมและเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมศาสตร์ทางแพทยศาสตร์ (Medicine) พยาบาลศาสตร์ (Nursing) สาธารณสุขศาสตร์ (Health professions) ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ตามรายละเอียดสำหรับสาขาย่อยของวารสารในฐานข้อมูล TCI)

กำหนดการออก ปีละ 4 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม - ธันวาคม

จำนวนบทความต่อฉบับ คือ จำนวน 8-10 บทความต่อฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1) บทความวิจัยและบทความวิชาการที่รับเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ต้องไม่เคยได้รับการเผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใด ๆ มาก่อน ในกรณีผลงานส่วนใดส่วนหนึ่งของผลงานเคยได้รับเผยแพร่มาก่อน ผู้เขียนบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการและกองบรรณาธิการทราบเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมแนบเอกสารหลักฐานการเผยแพร่

2) การส่งต้นฉบับบทความวิจัยและบทความวิชาการ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิชาการได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ต้องมีทบคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3) เนื้อหาของบทความวิจัยและบทความวิชาการ หรือข้อคิดเห็นที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย และไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของการเผยแพร่เอกสารใด ๆ ของบทความ

4) เอกสารบทความวิจัยและบทความวิชาการทุกบทความต้องได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ทุกบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของผลงานทางวิชาการ

สำหรับประเภทของผลงานทางวิชาการที่รับพิจารณาในการเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย จำแนกประเภทของผลงานทางวิชาการ ดังนี้

1) บทความวิจัย (Original articles) รวมถึงบทความวิจัยที่แสดงขั้นตอนของวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเกิดขึ้นค้นพบใหม่ (รวมถึงการวิเคราะห์อภิมาน)

2) บทความวิชาการ (Academic articles) เป็นบทความที่ครอบคลุมบทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Evidence-based review และ systematic review) หรือบทความวิชาการทั่วไป (Narrative articles) ที่ผู้เขียนได้แสดงทัศน์และข้อคิดเห็นจากการเขียน

3) จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) บทความวิชาการประเภทแสดงความคิดสนับสนุน การโต้แย้งความคิดเห็นของนักวิจัย หรือการแสดงความคิดเห็นผ่านความรู้และประสบการณ์ในประเด็นที่สนใจเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ

<u>หมายเหตุ</u> สำหรับบทความวิจัย (Original articles) ต้องผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พร้อมทั้งแนบเอกสารใบรับรองที่ได้รับการอนุมัติพร้อมกับใบนำส่งบทความ

การเตรียมต้นฉบับ

1) บทความทุกประเภทกำหนดจำนวนหน้า 10 - 12 หน้ากระดาษ A4

2) พิมพ์ลงบทกระดาษด้วยตัวอักษร TH SarabunPSK ระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (ระยะขอบบน ขอบล่าง ขอบซ้าย และขอบขวา) ใส่เลขหน้ากำกับ (ชิดขวา) และระยะห่างบรรทัดเท่ากับหนึ่งบรรทัด (Single space) (ระยะห่างก่อนและหลังเท่ากับ 0 pt) จัดเนื้อหากระจายแบบไทย และการเว้นวรรค 1 เคาะ (1 Space bar) ทั้งฉบับ

3) การจัดเตรียมบทความต้นฉบับ การจัดเตรียมรายละเอียดต้นฉบับบทความวิชาการประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนนำ ส่วนเนื้อหา และส่วนท้าย มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนนำ

3.1) ใบนำส่งบทความ

3.2) ปกบทความ รายละเอียดปกบทความประกอบด้วย ชื่อบทความ (Title) **(ชื่อบทความภาษาไทย/อังกฤษขนาด 20 Point ตัวหนา จัดชิดซ้าย)**

3.3) ระบุรายชื่อผู้แต่ง พร้อมกำหนดตัวเลข (ตัวเลขยก) และเครื่องหมายดอกจัน (*) รายชื่อผู้แต่งทั้งหมดเว้นวรรคด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และไม่ต้องใส่คำนำหน้าชื่อหรือตำแหน่ง *(ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)*

3.4) ระบุตำแหน่งและหน่วยงาน (Affiliation) และที่อยู่ *(ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)* โดยระบุด้วยตัวเลขเป็นยก และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.3

3.5) ระบุรายระเอียดผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) โดยระบุที่อยู่จดหมายอีเล็กโทรนิกส์ (Email address) และเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ และสอดคล้องกับรายชื่อในข้อ 3.3 ที่กำหนดให้มีเครื่องหมายดอกจัน

ส่วนเนื้อหา

3.6) บทคัดย่อ (Abstract) **ไม่เกิน 250 คำ (ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ)** และระบุคำสำคัญ (Keywords) ท้ายบทคัดย่อไม่เกิน 5 คำ ตามหลักสากลที่สอดคล้องกับหัวเรื่องบทความ และกำหนดให้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษอยู่ในแผนเดียวกัน 1 แผ่น และรูปแบบการเขียนบทคัดย่อชนิด**ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured abstract)** จัดกระจายไทย

3.7) เนื้อหาบทความ จำแนกเป็นหัวข้อประกอบด้วย **บทนำ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา** และ **อภิปรายผล** โดยกำหนดให้หัวข้อเนื้อหาตัวอักษรขนาด 16 Point และเนื้อหากำหนดย่อหน้า (Tab) 0.5 นิ้ว กระจายแบบไทย สำหรับเนื้อหาในผลการศึกษา ให้ระบุความเชื่อมโยงสู่ตารางและภาพ เช่น **“ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)”** หรือ **“ดังแสดงในภาพที่ 1 (Figure 1)”**

สำหรับตารางและภาพ กำหนดให้แนบในเนื้อหาของบทความในส่วนของผลการศึกษา และกำหนดให้นำเสนอตารางและภาพรวมกันไม่เกิน 3-4 ตารางและภาพ โดยกำหนดวิธีการเขียน ดังนี้ **ตารางที่ (Table) 1 .....** และ **ภาพที่ (Figure) 1 .....**

การเขียนหัวตารางและภาพ คือ **“ตารางที่ (Table)”** (ตัวหนา เหนือตาราง) และ **“ภาพที่ (Figure)”** (ตัวหนา ใต้ภาพ) เรียงลำดับตามหมายเลขและเขียนให้เชื่อมโยงในเนื้อหาเสมอ ชื่อภาพและตารางควรกระชับไม่ซ้ำซ้อนกับเนื้อหาที่นำเสนอในตาราง สำหรับภาพ**กำหนดความละเอียด เป็นไฟล์ .jpg ขนาดประมาณ 1200-2000 pixel**

***** สำหรับคำอธิบายและเนื้อหาในตารางและภาพกำหนดให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**

ส่วนท้าย

3.8) **เอกสารอ้างอิง** กำหนดให้อ้างอิงแบบ Vancouver style โดยการอ้างอิงในเนื้อหา (Cited in text) แบบเรียงลำดับตัวเลข (Numeric order) และการอ้างอิงในท้ายเรื่อง (References) ให้สอดคล้องกับการอ้างอิงในเนื้อหา โดยการอ้างอิงในท้ายเรื่องให้เขียนเอกสารอ้างอิง**เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น** และกำหนดให้ใช้นามสกุลและตามด้วยชื่อย่อของผู้แต่งแต่ละคน ในกรณีที่อ้างอิงเอกสารภาษาไทย ให้ผู้เขียนใช้ชื่อบทความ ชื่อผู้แต่ง ชื่อวารสารเป็นภาษาอังกฤษตามที่ปรากฏในบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความวิจัย หรือบทความวิชาการนั้น ๆ และระบุคำว่า **(In Thai)** ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงทุกครั้ง ดังแสดงในตัวอย่าง

ตัวอย่าง

การอ้างอิงในเนื้อหา

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1-2] จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) พบว่า ประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มและความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น[3] ซึ่งประชาชนวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน[2] ในปี พ.ศ. 2558 ทวีปเอเชียมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 70.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคนต่อปี[4] ในส่วนของสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น[5] โดยในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตายเท่ากับ 14.93 และในปี พ.ศ. 2557 อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 17.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011; 8(4): 228-236.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
3. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011; 94(3): 311-21.
4. Rakleng S, Woradet S, Chaimay B. Prevalence of using polypharmacy in diabetic treatment among diabetic paitents type II in Phatthalung province. Journal of Health Science 2017; 26(6): 1073-1081. (In Thai)
5. World Health Organization. Health topics: [Internet] 2018 [Cited 10 October, 2018]. Diabetes. Available from: http://www.who.int/diabetes/en/.

***** ให้เขียนชื่อผู้แต่งทุกคน**

การอ้างอิงท้ายเรื่อง หรือการเขียนเอกสารอ้างอิง

หนังสือ

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา; นำศิลป์โฆษณาจำกัด, 2558.

เป็น

Chaimay B. Research Methods in Public Health (Third edition). Songkhla: Namsilp Advertising Co. Ltd.; 2014. (In Thai)

บทความวิชาการ

Chaimay B, Woradet S, Chaututanon S, Phuntara S, Suwanna K. Mortality among HIV/AIDS patients coinfected with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. Southern Asian J Trop Med Public Health 2013; 44(4): 641-648.

ในกรณีบทความวิจัยและบทความวิชาการเป็นภาษาไทย <u>(โดยใช้ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง และชื่อวารสารตามที่ปรากฏในบทความฉบับภาษาไทย เท่านั้น ไม่อนุญาตให้แปลด้วยตนเอง)</u>

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, จิรนันท์ ช่วยศรีนวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ปีการศึกษา 2557. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2560; 20(2): 29-37.

เป็น

Chaimay B, Woradet S, Chuaysrinual J. Factors related to exercise behavior among students in Thaksin University, Phatthalung campus academic year 2014. Thaksin University Journal 2017; 20(2): 29-37. (In Thai)

การอ้างอิงเว็บไซต์

สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น องค์กรหรือหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติเป็นต้น สำหรับการอ้างอิงเว็บไซต์ มีรายละเอียดและตัวอย่าง ดังนี้

World Health Organization. Fact sheets: adolescent pregnancy. [Internet]. 2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

United Nations. Sustainable development goals: 17 Goals to transform our world. [Internet]. 2018 [Cited in 9 October, 2018]. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/.

สำหรับการอ้างอิงเอกสารจาก Website อนุญาตให้อ้างอิงได้เฉพาะเวปไวต์ที่สำคัณระดับโลก องค์ระหว่างประเทศหรือองค์กรที่เป็นหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

การยกเลิกบทความและการถอนบทความ

ในกรณีของการยกเลิกบทความและการถอนบทความ ผู้เขียนสามารถร้องขอได้ โดยผู้เขียนบทความแจ้งเหตุผลการขอยกเลิกบทความหรือการถอนบทความเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้ผู้แต่งทุกคนลงนาม และส่งมายังวารสารวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย ทั้งนี้การยกเลิกบทความหรือการถอนบทความเป็นสิทธิ์และขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย เท่านั้น

สำนักงานกองจัดการวารสาร
กองจัดการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
เลขที่ 222 หมู่ที่ 2 ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210
โทรศัพท์ 0 7460 9600 ต่อ 7242 / 08 1540 7304
E-mail address: jhstsu@tsu.ac.th, editorjhstsu@tsu.ac.th,
adminjhstsu@tsu.ac.th
Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/index

ตัวอย่าง

ชื่อเรื่อง .....(ภาษาไทย).... Font ThSarabanPSK ขนาด point 20 จัดชิดซ้าย.....

.....

Title .....(English).....Font ThSarabanPSK, Point 20, Left justification.....

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ไม่ใส่คำนำหน้า หรือตำแหน่งทาง) เว้นวรรคแต่ละคนด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) กำหนดตัวเลขยก [1] และเครื่องหมายดอกจัน (*) ในตำแหน่ง Corresponding author
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงลำดับเช่นเดียวกับภาไทย

[1] ตำแหน่ง, สถาบัน
[2] ตำแหน่ง, สถาบัน
[3] ตำแหน่ง, สถาบัน
[4] ตำแหน่ง, สถาบัน
[5] ตำแหน่ง, สถาบัน

[1] Position, Affiliation
[2] Position, Affiliation
[3] Position, Affiliation
[4] Position, Affiliation
[5] Position, Affiliation

* Corresponding author: Email: XXXXXXX, Tel: XXXXXXXXX

ชื่อเรื่อง .....(ภาษาไทย).... Font ThSarabanPSK ขนาด point 20 จัดชิดซ้าย.....

.....

Title .....(English).....Font ThSarabanPSK, Point 20, Left justification.....

บทคัดย่อ (ตัวหนา)

.....(บทคัดย่อชนิดไม่มีโครงสร้าง และไม่เกิน 250 คำ ตัวอักษรปกติ).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

คำสำคัญ: คำสำคัญที่ 1, คำสำคัญที่ 2, คำสำคัญที่ 3, คำสำคัญที่ 4, คำสำคัญที่ 5 (ไม่เกิน 5 คำสำคัญ)

Abstract (Bold)

(Unstructured abstract and not exceeding 250 words)..... .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Keywords: Keyword 1, Keyword 2, Keyword 3, Keyword 4, Keyword 5 (Not exceeding 5 keywords คำสำคัญแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่)

บทนำ

.....[1] .....[2] .....
.....[3-4] ....
.....
.....

.....[5-7] .....[8-10] .....
.....[11] ....
.....
.....

วิธีการวิจัย

.....(ครอบคลุม รูปแบบการวิจัย ห้วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (การคำนวนหาขนาดตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย การวัดและการประเมินตัวแปรตาม การวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ระบุเลขที่เอกสารอ้างอิง และวันที่ได้รับอนุมัติ)) .....

.....

.....

.....

.....

ผลการศึกษา

.....(เรียงลำดับความสำคัญตามาวัตถุประสงค์ และเชื่อมโยงกับตาราง (Table) และภาพ (Figure)) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of patients with diabetes (n = XXX)

Characteristics	Number	Percent
Sex		
Male		
Female		

.....

.....

.....ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1



Figure 1 .....*กำหนดความละเอียดเป็นไฟล์ .jpg ขนาดประมาณ 1200-2000 pixel*...

อภิปรายผล

.....(1).....(2).....

.....(3-4)..... .....

.....

.....(5-7).....

.....(8-10).....(11).....

....

โดยสรุป .....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

1. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011; 8(4): 228-236.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-53.
3. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2011; 94(3): 311-21.
4. Rakleng S, Woradet S, Chaimay B. Prevalence of using polypharmacy in diabetic treatment among diabetic paitents type II in Phatthalung province. Journal of Health Science 2017; 26(6): 1073-1081. (In Thai)
5. Chaimay B, Woradet S, Chaututanon S, Phuntara S, Suwanna K. Mortality among HIV/AIDS patients coinfected with Mycobacterium Tuberculosis in southern Thailand. Southern Asian J Trop Med Public Health 2013; 44(4): 641-648.



ใบนำส่งบทความ

สถานที่เขียน.....

.....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอนำส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทความต้นฉบับ *(หรือระบุตามประเภทของบทความ)*

2. อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....พร้อมด้วยคณะ (ถ้ามี) มีความประสงค์ที่จะส่งบทความต้นฉบับผลงานวิจัย ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ จดหมายถึงบรรณาธิการ เรื่อง ..... บทความฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า และคณะฯ (ถ้ามีผู้ร่วมนิพนธ์) ขอรับรองว่าบทความต้นฉบับดังกล่าวนี้*ไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ในระหว่าง*ของการพิจารณาเพื่อการเผยแพร่ในวารสารอื่น ที่ประชุมวิชาการที่มีรายงานสืบเนื่องจากที่ประชุม (Proceedings) ในกรณีที่เนื้อหาส่วนใดส่วนหนึ่งของบทความดังกล่าวเคยนำเสนอหรือเผยแพร่มาก่อน ผู้นิพนธ์ได้แนบแนบเอกสารเนื้อหาบทความหรือบทคัดย่อที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อนแล้ว และผู้ร่วมนิพนธ์ทุกคนยินยอมให้ข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบบทความฉบับดังกล่าวนี้ การเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ **และเป็นไปตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เรื่อง การประเมินด้านจริยธรรม/ จรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2562**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับบทความดังกล่าว เพื่อการเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ (สถานที่ติดต่อสะดวก) .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร.....E-mail:.....

Health Science Journal of Thailand

สถาบันวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยทักษิณ
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง 93210
โทรศัพท์ 0-7460-9600 ต่อ 7242
E-mail Address : jhstsu@tsu.ac.th