



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

สุภัทรา เปี่ยมอ่อน ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 267 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 มีคะแนนเฉลี่ย 106.04 ± 13.57 (คะแนนเต็ม 125) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอ ($\beta = 0.276$) เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\beta = 0.264$) การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ($\beta = 0.175$) และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ ($\beta = 0.137$) ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้ร้อยละ 80.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การปฏิบัติงานตามบทบาท, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, จังหวัดสุโขทัย

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, E-mail : am1532528@gmail.com



Factors Influencing on the Role Performance of District Health Board in Primary Care Development in Sukhothai Province.

Supatta Piam-on ¹

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the role performance and factors influencing the role performance of the District Health Board (DHB) in primary care development in Sukhothai Province. The sample consisted of 267 DHB members selected by multi-stage random sampling. Data were collected using a questionnaire during November–December 2025 and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results revealed that the majority of respondents had a high level of role performance in primary care development (70.0%), with a mean score of 106.04 ± 13.57 (maximum 125 points). Four factors significantly influenced DHB role performance: adequate budget and resource allocation ($\beta = 0.276$), attitude toward primary care development ($\beta = 0.264$), support from senior administrators ($\beta = 0.175$), and duration of DHB membership ($\beta = 0.137$), respectively. These four predictor variables collectively explained 80.4% of the variance in role performance at a statistically significant level of 0.05.

Keyword : Influencing factors, Role performance, District Health Board, Primary care unit, Sukhothai Province

¹ public health officer, Professional Level, Sukhothai Provincial Health Office. E-mail : am1532528@gmail.com

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากประชาคมโลก จากการที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประกาศปฏิญญาแอสตานา (Declaration of Astana) ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเน้นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 3 มิติหลัก ได้แก่ การขับเคลื่อนและกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multi-sectoral policy and action) การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข (Public health function) และการเสริมพลังประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Empowered people and community) (World Health Organization, 2015) องค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวมมากกว่าการรักษาโรคที่ปลายเหตุ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวคิด Integrated and People Centered Health Services (IPCHS) ซึ่งมุ่งให้เกิดการบูรณาการการให้บริการสุขภาพในทุกมิติที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชนและชุมชนผู้รับบริการ (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย มีความพยายามพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิมาอย่างยาวนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางปฏิญญาแอสตานา ค.ศ. 2018 อย่างไรก็ตาม ความพยายามดังกล่าวยังเผชิญความท้าทายในเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการของระบบราชการไทยที่ทำงานแบบแยกส่วน ทำให้การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นของรัฐเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดเรื่อง “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)” มุ่งเน้นระบบการทำงานร่วมกันประชาชนและภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงและการจัดการที่ยั่งยืนเพื่อใช้ร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นที่ระบบการทำงานและเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้แบบอิงบริบทของพื้นที่ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2554) ปี พ.ศ. 2552-2555 รัฐบาลประกาศนโยบายยกระดับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 9,836 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ (Primary health care) โดยมีภารกิจที่สำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เน้นการเข้าถึงบริการของประชาชนและการกระจายผู้รับบริการสู่การบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีเงื่อนไขการให้บริการที่มีคุณภาพมีมาตรฐานรับรองสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ โดยการนำกรอบคุณภาพของ Malcolm Baldrige National Quality Award มาประยุกต์เป็นกรอบการพัฒนา และจัดทำเป็นเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ



(Primary Care Award: PCA) ขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการใช้เป็นเครื่องมือการพัฒนาและประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานให้บริการเป็นยอมรับและพึงพอใจของประชาชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

กรอบการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ระบบบริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์จำเป็น (Assess to essential medicines) กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/government) (WHO, 2007) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้นต้องดำเนินการตามรูปแบบบูรณาการด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคประชาชน ส่วนราชการต่าง ๆ การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมเป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพในการดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ มีการเชื่อมโยงการรักษาการส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพโดยมีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) เชื่อมโยงระบบบริการแบบผสมผสานทั้งทางด้านการบริหารจัดการ การบริการและการขับเคลื่อนชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)” ในปี พ.ศ.2556 คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนบูรณา การทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมประชาชน ให้ชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนสามารถจะประสานเชื่อมโยง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานเอกชน และภาคประชาสังคม เพราะระดับอำเภอสามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานสุขภาพ

จากนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีการรับรู้ถึงปัญหาความต้องการและความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) สามารถวางแผนพัฒนาได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงาน และจัดสรรทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่ายสอดคล้อง กับบริบทพื้นที่ สามารถจัดการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) คือ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเอง และดูแลสุขภาพ ตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน สถานะสุขภาพ (health status) ดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เชื่อมกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดเครือข่ายการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในอำเภอ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความ

มีความสุขในการทำงาน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) มีการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับตัวผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการ พัฒนาบุคลากร (Resource sharing and development) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) เป็นการทำงานหลัก UCCARE และคุณภาพบริการเครือข่ายปฐมภูมิ และการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ ในการจะขับเคลื่อนนโยบายสู่เป้าหมายความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือแนวคิดกรอบระบบสุขภาพ WHO Framework (WHO, 2007) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์จำเป็น กลไกการคลังด้านสุขภาพ (FINANCING) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เข้าถึงประชาชนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการที่รัฐบาลได้กำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรไทยและสร้างภาระทางเศรษฐกิจให้กับประเทศอย่างมหาศาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวให้เกิดผลในทางปฏิบัติ จากข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามบริบทของพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 9 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง มีหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU) รวม 100 แห่ง สถานบริการปฐมภูมิ (สถานอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน 100 แห่ง และถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 18 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2568) ทั้ง 9 อำเภอ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ อำเภอเมืองสุโขทัย กงไกรลาศ ศรีนคร บ้านด่านลานหอย ทุ่งเสลี่ยม สวรรคโลก ศรีสำโรง ศรีมาศ และศรีสัชนาลัย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2568) ประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การป้องกันแก้ไขปัญห สุขภาพจิตและยาเสพติด การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เกษตรปลอดภัยและอาหารปลอดภัย การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ในปีงบประมาณ 2568 ได้รับการคัดเลือก และรับรางวัล



จังหวัดสุโขทัย ได้รับการยกย่องในการดำเนินงาน พหอ. ดีเด่น ได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อัมพฤกษ์อัมพาต และประเด็นปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิต อัมพฤกษ์อัมพาต

จังหวัดสุโขทัย ขับเคลื่อนประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่และยังแก้ไขปัญหายังไม่ประสบความสำเร็จ โดยยึดพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งด้านการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงานร่วม การประเมินและปรับแผนร่วมเชื่อมโยง การดำเนินงานระดับอำเภอ (พหอ.) และยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ เนื่องจากความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละอำเภออาจมีปัจจัยสนับสนุนที่แตกต่างกัน การศึกษาปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้เข้าใจถึงกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสม สำหรับแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการยกระดับการดำเนินงานให้มีความยั่งยืนและสามารถขยายผลไปสู่ จังหวัดอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อ สร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับปานกลาง
2. เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เจตคติเกี่ยวกับการ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ ตำแหน่งหน้าที่ใน คณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การประสานความร่วมมือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568

ขอบเขตด้านพื้นที่ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย ตามคำสั่งเรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 631 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 - มกราคม พ.ศ. 2569



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

คุณลักษณะส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- รายได้
- ระดับการศึกษา

ปัจจัยนำเข้า

- ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
- เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยเอื้อ

- ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม
- ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ
- ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ
- การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ

ปัจจัยเสริม

- การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง
- การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ

ตัวแปรตาม

การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ด้านระบบบริการสุขภาพ
- ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ
- ด้านระบบสารสนเทศ
- ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์
- ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข
- ด้านภาวะผู้นำและอภิบาลระบบสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 631 คน ตามคำสั่ง เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย ตามคำสั่ง เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (631 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบึงกาฬ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลี่ย 4.04 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 (ประเสริฐ ด้วงพันลำ, 2565)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.089

Alpha (α) = 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{631 \times (0.89^2) (1.96^2)}{[(0.089^2) (631 - 1)] + [(0.89^2)(1.96^2)]} \\ n &= 239.02 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 240 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น



$$n_{\text{adjusted}} = n/1-r$$

$$= 240/1-0.1$$

$$= 266.67$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 267 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แต่ละอำเภอ ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยแต่ละอำเภอมารandomอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อ จนได้ตัวอย่างครบทุกรายอำเภอ รวมทั้งสิ้น 267 ราย

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในแต่ละอำเภอคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	กงไกรลาศ	47	20
2	คีรีมาศ	70	30
3	ทุ่งเสลี่ยม	69	29
4	บ้านด่านลานหอย	81	34
5	เมืองสุโขทัย	104	44
6	ศรีนคร	89	38
7	ศรีสัชนาลัย	64	27

ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
8	ศรีสำโรง	68	29
9	สวรรค์โลก	39	17
รวม		631	267

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่ง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างน้อย 1 ปี
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือ ในการศึกษาโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยที่มีภารกิจ และไม่อยู่ในจังหวัดสุโขทัย ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามโดยการปรับปรุงดัดแปลงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (รัชนิกร อินทเชื้อ ,2563) (ฤทธิ์ เพ็ชรนิล, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามคือ ตอบถูก และตอบไม่ถูก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกต้อง มีค่าคะแนน 1

ตอบไม่ถูกต้อง ค่าคะแนน 0

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ใช้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10 คะแนนขึ้นไป)



ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 7 คะแนน)

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 5 หน่วย เพื่อให้ทราบ ข้อมูลที่แสดงปริมาณและทิศทาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แปลผลโดย

ข้อความที่เป็นลักษณะทางบวก มีการให้คะแนนดังนี้

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้	5 คะแนน
ตอบเห็นด้วย ให้	4 คะแนน
ตอบไม่แน่ใจ ให้	3 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย ให้	2 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้	1 คะแนน

ข้อความที่เป็นลักษณะทางลบ มีการให้คะแนนดังนี้

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้	1 คะแนน
ตอบเห็นด้วย ให้	2 คะแนน
ตอบไม่แน่ใจ ให้	3 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วย ให้	4 คะแนน
ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้	5 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พิจารณาจาก เกณฑ์เฉลี่ยของระดับเจตคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

เจตคติระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป)
เจตคติระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (30-39 คะแนน)
เจตคติระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชน ระยะเวลาการ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การ รับทราบประเด็นการขับเคลื่อน รับทราบประเด็นการขับเคลื่อน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง จำนวน 4 ข้อ การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แปลผลโดย

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ		
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลปัจจัยเสริมโดยรวม และรายด้านมีเกณฑ์ในการจัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ปัจจัยเสริมระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48 คะแนนขึ้นไป)
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน)
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 36 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านระบบบริการสุขภาพ 5 ข้อ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ 5 ข้อ ด้านระบบสารสนเทศ 5 ข้อ ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ 2 ข้อ ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข 4 ข้อ ด้านภาวะผู้นำและอภิบาลระบบสุขภาพ 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ		
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน



การแปลผลสำหรับการปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวม และรายด้านมีเกณฑ์ในการจัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (100 คะแนนขึ้นไป)
การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (75-99 คะแนน)
การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 75 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity)

เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาครอบคลุม ความครบถ้วนของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยต่อไป โดยวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตามวิธีของ Rovinelli และ Hambleton (1977) โดยกำหนดเกณฑ์การผ่านที่ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำไปทดลองใช้ (Pilot test) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป โดยพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.82 ปัจจัยเสริม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.87 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.91 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า 0.82

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 9 อำเภอ
2. ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัยได้รับทราบ และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดำเนินการส่งมอบแบบสอบถามให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 267 คน
4. นำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามและบันทึกผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยต่างๆ โดยหา จำนวน ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.86/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.87/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2568



สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	111	41.6
หญิง	156	58.4
อายุ (ปี)		
≤30	3	1.1
31-40	49	18.4
41-50	119	44.6
51 ปีขึ้นไป	96	36.0
(Mean = 47.93 SD = 6.82, Median = 49.0, Min = 28.0, Max = 59.0)		
ระดับรายได้รวมต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	20	7.5
10,001-20,000 บาท	28	10.5
20,001-30,000 บาท	94	35.3
30,001-40,000 บาท	34	12.6
40,001 บาทขึ้นไป	91	34.1
(Mean = 39,903.63 SD = 18,403.33, Median = 40,000, Min = 1,100, Max = 100,000)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	1.1
มัธยมศึกษาตอนต้น /ปวช.	28	10.5
อนุปริญญา/ปวส.	13	4.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	223	83.5

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 มีอายุเฉลี่ย 47.93 ± 6.82 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 44.6 รองลงมาคืออายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 83.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 10.5 มีรายได้เฉลี่ย $39,903.63 \pm 18,403.33$ บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 100,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,100 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001–30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ 40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 34.1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 267$)

ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (10 คะแนนขึ้นไป)	49	18.4
ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	195	73.0
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน)	23	8.6
(Mean = 8.64 S.D. = 1.79, Median = 8.0, Min = 6.0, Max = 13.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.64 ± 1.79 คะแนน (คะแนนเต็ม 13) ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 267$)

เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติระดับสูง (10 คะแนนขึ้นไป)	226	84.6
เจตคติระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	41	15.4
เจตคติระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน)	0	0
(Mean = 44.21 S.D. = 4.87, Median = 50.0, Min = 32.0, Max = 50.0)		



จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.6 มีเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 44.21 ± 4.87 คะแนน (คะแนนเต็ม 50) ต่ำสุด 32 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชน		
นายอำเภอ	4	1.5
ปลัดอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ	7	2.6
สาธารณสุขอำเภอ	9	3.4
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	9	3.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	103	38.6
ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ	30	11.2
ปลัด/นายก อบท.	22	8.2
ผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	35	13.1
อสม./Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)	40	15.0
ผู้ทรงคุณวุฒิ	8	3.0
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
ต่ำกว่า 5 ปี	154	57.7
5-10 ปี	102	38.2
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	11	4.1
(Mean = 4.78 SD = 5.57, Median = 4.00, Min = 1.0, Max = 42.0)		
ทำหน้าที่หลักในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
ประธาน	9	3.4
เลขา	11	4.1

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267) (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
กรรมการผู้รับผิดชอบงาน ที่ปรึกษา	239 8	89.5 3.0
การรับทราบประเด็นการขับเคลื่อนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พขอ.)		
ไม่ทราบ	3	1.1
ทราบ	264	98.9
ประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พขอ.) ของอำเภอที่ท่านเป็นคณะกรรมการ (ตอบได้มากกว่า1ประเด็น)		
ยาเสพติด	127	47.6
อุบัติเหตุ	89	33.3
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	13	4.9
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	122	45.7
การกำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอย	26	9.7
ผู้สูงอายุ	14	5.2

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 38.6 รองลงมาคืออสม./Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ร้อยละ 15.0 และผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 13.1 ด้านระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.78 ± 5.57 ปี ระยะเวลาสูงสุด 42 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ 5-10 ปี ร้อยละ 38.2 ด้านหน้าที่หลักในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ทำหน้าที่กรรมการผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือที่ปรึกษา ร้อยละ 3.0 ด้านการรับทราบประเด็นการขับเคลื่อนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พขอ.) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบประเด็น พขอ. ร้อยละ 98.9 และสำหรับประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นคณะกรรมการ (ตอบได้มากกว่า 1 ประเด็น) ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการในประเด็นยาเสพติด ร้อยละ 47.6 รองลงมาคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 45.7 และอุบัติเหตุ ร้อยละ 33.3



ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยเสริม (n = 267)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสริมระดับสูง (48 คะแนนขึ้นไป)	237	88.8
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	30	11.2
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ (น้อยกว่า 36 คะแนน)	0	0
(Mean = 54.72 S.D. = 5.88, Median = 60.0, Min = 36.0, Max = 60.0)		

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 มีปัจจัยเสริมเฉลี่ย 54.72 ± 5.88 คะแนน (คะแนนเต็ม 60) ต่ำสุด 36 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 267)

การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง (100 คะแนนขึ้นไป)	187	70.0
การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับปานกลาง (75-99 คะแนน)	77	28.8
การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับต่ำ (น้อยกว่า 75 คะแนน)	3	1.1
(Mean = 106.04 S.D. = 13.57, Median = 105.0, Min = 73.0, Max = 125.0)		

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.8 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 106.04 ± 13.57 คะแนน (คะแนนเต็ม 125) ต่ำสุด 73 คะแนน สูงสุด 125 คะแนน

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 8 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 267)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง	1.174	0.175	2.307	<0.022*
การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ	1.430	0.276	4.237	<0.001*
เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.740	0.264	4.273	<0.001*
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ	0.334	0.137	2.797	<0.006*

Constant (a) = 24.606 R Square =0.812 Adjusted R Square = 0.804 F =69.768 P = <0.05

จากตาราง 8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัยได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (p-value = 0.022, β = 0.175) การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ (p-value < 0.001, β = 0.276) เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (p-value < 0.001, β = 0.264) และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ (p-value = 0.006, β = 0.137) โดยสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 80.4 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ = 24.606 + 1.174 (การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง) + 1.430 (การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ) + 0.740 (เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ) + 0.334 (ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ และการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



อภิปรายผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการฯ อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยผลที่ได้สูงกว่าสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่า คณะกรรมการ พชอ. จังหวัดสุโขทัย มีความตระหนักและพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 85.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒินันต์ สุตบอนิจ (2565) ที่ศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร พบว่าการดำเนินงานตามบทบาทในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.0 เช่นเดียวกัน รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพันธ์ (2565) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทของ พชอ. ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 3.96, SD = 0.72) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้สูงกว่าการศึกษาของ ฤทธิ เพ็ชรนิล (2560) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร ซึ่งพบว่ามีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 32.0 ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นเพราะบริบทของจังหวัดสุโขทัยมีการดำเนินงาน พชอ. อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น นับตั้งแต่มีการประกาศนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในปี 2556 จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับจังหวัดสุโขทัยได้รับการยกย่องและรับรางวัล พชอ. ดีเด่น ในปีงบประมาณ 2568 ทั้งในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอศรีมาศ และประเด็นยาเสพติดและสุขภาพจิต อำเภอกงไกรลาศ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งผลสัมฤทธิ์และบรรยากาศการทำงานที่เข้มแข็ง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 80.4 ($R^2 = 0.804$) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพันธ์ (2565) ที่ร้อยละ 93.1 อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ที่ร้อยละ 50 และวุฒินันต์ สุตบอนิจ

(2565) ที่ร้อยละ 74 สะท้อนว่าตัวแปรทั้ง 4 ที่ระบุในการศึกษารั้งนี้มีพลังอธิบายการปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ได้ดีในบริบทของจังหวัดสุโขทัย โดยเรียงลำดับความสำคัญของอิทธิพลจากมากไปน้อย ดังนี้

การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ ($\beta = 0.276, p < 0.001$) สอดคล้องกับกรอบกลไกการคลัง (Financing) ของ WHO Framework (2007) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) วุฒินันต์ สุตบอนิจ (2565) และธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย ที่พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter (2005) ที่ระบุว่าทรัพยากรที่เพียงพอเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) จำเป็นต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์

เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ($\beta = 0.264, p < 0.001$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ดั่งคำพัน (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนเจตคติเชิงบวก เป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายบทบาทของ พชอ. มากที่สุด (ร้อยละ 93.1) และสอดคล้องกับ สุรพงษ์ ลักษณะ (2564) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่าเจตคติเชิงบวกเป็นปัจจัยนำ (Predisposing factor) สำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมกาปฏิบัติงาน

การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ($\beta = 0.175, p = 0.022$) สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass, 1985) และกรอบองค์ประกอบภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ของ WHO (2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับ สุรพงษ์ ลักษณะ (2564) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ในการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. สะท้อนว่าผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและชัดเจน เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้คณะกรรมการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ พชอ. ($\beta = 0.137, p = 0.006$) สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ Kolb (1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ดั่งคำพัน (2565) ที่พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ฤทธิ เพ็ชรนิล (2560) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรู้ปัญหาสุขภาพอำเภอ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ มีผลทำให้ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ยิ่งมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน คณะกรรมการยิ่งเรียนรู้บทบาทหน้าที่และสร้างเครือข่ายความร่วมมือได้มากขึ้น



โดยสรุป ตัวแปรทั้ง 4 ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter (2005) ยืนยันว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พขอ. จำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวมทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสนับสนุน สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการบูรณาการทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (WHO, 2007)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการ พขอ. ไปใช้ในการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่ตรงจุด โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับกรอบระบบสุขภาพ WHO Framework ทั้ง 6 องค์ประกอบ การปรับเจตคติเชิงบวกต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และการสร้างความเข้าใจร่วมในบทบาทหน้าที่ของสมาชิก พขอ. แต่ละระดับ พร้อมทั้งจัดให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางดังกล่าวอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ผู้บริหารระดับจังหวัดและนายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการ พขอ. ควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการเปิดพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์ ความท้าทาย และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พขอ. อย่างลึกซึ้ง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับประธานและสมาชิกคณะกรรมการในอำเภอที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในอำเภอที่มีปัญหา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโมเดลการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดสุโขทัย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการเสริมสร้างขีดความสามารถของคณะกรรมการ พขอ. ที่อิงจากปัจจัยอิทธิพลที่พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยติดตามผลระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปีงบประมาณ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการขยายผลไปสู่จังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 2

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). ยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- ธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 93-105.
- ประเสริฐ ดั่งคำพัน. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบึงกาฬ. เข้าถึงได้จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb>
- รัชนิกร อินทเชื้อ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสร้างเครือข่ายการจัดการศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก <https://repository.nida.ac.th/handle/662723737/5507>.
- ฤทธิ เพ็ชรนิล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วุฒินันต์ สดบอนิจ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(1), 89-95.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และแนวโน้มในอนาคต. นนทบุรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย .
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. (2554). การจัดการความรู้และการชื่นชมในงานสาธารณสุขระดับพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุรพงษ์ ลักษุธ. (2564). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), 192–206.

อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสภาพ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 169–183.

Bloom. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.

Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons. Rovinelli