



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



# วารสาร สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

|| Central Regional Primary Health Care Journal

|| ISSN 085-3794 ปีที่ 37

ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2566

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐานภาคกลาง

## วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

## คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## บรรณาธิการ

นางมณฑา กิตติวรารุณี ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวกมลชนก สหุณาฬุ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

## กองบรรณาธิการ

ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์ สถาบันประชาชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน  
ผศ.ดร.เพียงพร กัณหารี มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
วิทยาเขตสิรินธรราชวิทยาลัยศรีราชา  
ดร.วนัสรา เขาวนัณยม มหาวิทยาลัยปทุมธานี  
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล สถาบันพระบรมราชชนก  
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา  
ดร.พัฒนา พรหมณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา  
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์  
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี  
ดร.อดิสร วงศ์คงเดช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ดร.ปริชญ์ญา เรื่องทิพย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา  
ดร.เดชา วรรณพาหุล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี  
ดร.สมภพ อาจชนะศึก กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ดร.ศรัชมา กาญจนสิงห์ กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

## กองบรรณาธิการอำนวยการ

นางอัจฉ์สุภา รอบคอบ  
นางสาวนพวรรณ สุกุณา  
นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตรีส  
นางรุ่งอรุณ บุรณะ  
นางสุวรรณี มุงคุณ  
นางสาวจันทิพย์ นพรัตน์  
นางสาวปัทมา แก้วมณี

# พันธนาการ

ในปี 2566 มีนโยบายและเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับ อสม. หมอคนที่ 1 แกนนำสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน อาทิเช่น “อสม. ทั่วไทยร่วมใจ คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ” สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมอบของขวัญปีใหม่ 2566 “ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย” เป้าหมายผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 10 ล้านคน โดยจัดกิจกรรม Kick off ของขวัญปีใหม่ 2566 ร่วมกันทั่วประเทศเมื่อ 28 มกราคม 2566 ซึ่งผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ความเสื่อมถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. ด้านความคิดความจำ 2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 3. ด้านการขาดสารอาหาร 4. ด้านการมองเห็น 5. ด้านการได้ยิน 6. ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7. ด้านการกลั่นปัสสาวะ 8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9. ด้านช่องปาก กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพจาก อสม. หมอคนที่ 1 เป้าหมายจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจาก อสม. หมอคนที่ 1 อย่างน้อยร้อยละ 85 ของเป้าหมายผู้สูงอายุตามเขตสุขภาพ ซึ่งมาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่ 1. จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2. จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรอง สุขภาพผู้สูงอายุและบันทึกข้อมูลใน สมาร์ท อสม. 3. อสม. ในพื้นที่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสุขภาพ 4. จังหวัด/อำเภอ/ตำบล มีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองสุขภาพ 5. อสม. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ อสม. 1 คน/ ผู้สูงอายุ 10 คน 6. จังหวัด/อำเภอ/ตำบล รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และ 7. อสม. หมอคนที่ 1 รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.

**"อสม. ร่วมสร้างหมู่บ้านพลเมืองดี วิถีประชาธิปไตย"** เพื่อการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของประเทศไทย ที่กำหนดในวันที่ 14 พฤษภาคม 2566 นี้ อสม. นับว่ามีบทบาทสำคัญ โดยร่วมเป็นคณะกรรมการ และเป็นอาสาสมัครพัฒนาการเมืองของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาประชาธิปไตยซึ่งตั้งอยู่ในทุกตำบล และดำเนินงานในฐานะเครือข่ายภาคประชาชน ทำหน้าที่รณรงค์ชี้แจงสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขให้แก่ประชาชน ถือเป็นภารกิจที่ท้าทายและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งให้กับเด็กเยาวชนและประชาชน ทำให้เกิดความรักและยึดมั่นในสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ เคารพกฎหมาย คุณธรรม จริยธรรม ระเบียบวินัย มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว มีความสามัคคี และยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงาม ช่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกตั้งเลือกผู้แทนที่ดีเข้ามาบริหารประเทศ มาตรฐานการทำงานโดยไม่เห็นแก่อาภิสินจ้างและไม่ขายเสียงรวมถึงการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิต ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความสงบสุขสร้างชุมชนเข้มแข็งส่งผลให้ประเทศมีความเจริญมั่นคง มั่งคั่งอย่างยั่งยืน โอกาสนี้ขอเป็นกำลังใจและขอบคุณทุกท่านในการร่วมขับเคลื่อนงานสำคัญดังกล่าวให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายต่อไป สำหรับผู้สนใจประชาสัมพันธ์งานวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง สามารถศึกษารายละเอียดได้ในเล่ม และติดต่อสอบถามเพิ่มเติมไปที่กองบรรณาธิการวารสารฯ ด้วยความยินดียิ่ง

# สารบัญ

- องค์การ อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ ร่วมใจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ..... **3**
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากรกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6  
ธัญพร อศัลยเศรษฐ์, ทิพย์วรรณ จุมแพง, นงลักษณ์ สุขเอี่ยม..... **5**
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)  
ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
ณัฐกริช โกลมศรี ..... **17**
- ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา  
: กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
อารียา เหล็กศิริ, กานต์นระรัตน์ จรามร..... **30**
- ประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภคพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ  
จังหวัดสระแก้ว  
ประวิทย์ คำนึ่ง..... **41**

## องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ ร่วมใจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

รวบรวม/เรียบเรียงโดย กมลชนก สหุษา  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีการขับเคลื่อนนโยบาย “ปี 2566 ปีแห่งสุขภาพผู้สูงอายุ” เป็นปีแห่งสุขภาพผู้สูงอายุไทย ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุ 10 ล้าน สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามศักยภาพอย่างมีคุณภาพ ลดภาระของ ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จึงได้พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” โดย อสม. กว่า 1.05 ล้านคน ออกให้บริการภายใต้นโยบาย 3 หมอ ในฐานะหมอคนที่ 1 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอคนที่ 2 ออกค้นหาคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ อย่างน้อย 10 ล้านคน สำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น อสม. หมอคนที่ 1 หนึ่งคนจะให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 คน บันทึกผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” หากพบความผิดปกติ จะทำการส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอคนที่ 2 ทำการคัดกรองเชิงลึก หากพบว่าผิดปกติทำการส่งต่อหมอประจำครอบครัวหมอคนที่ 3 เพื่อทำแผนการดูแลรายบุคคลต่อไป ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ อสม.จะให้ความรู้เรื่องการป้องกันและส่งเสริมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง นอกจากนี้แล้ว อสม. ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะต้องเข้ารับการคัดกรองสุขภาพด้วยเช่นกัน เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดี ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แก่ประชาชนต่อไป

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการสนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงานองค์กร อสม. (ชมรม อสม.ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด) เป้าหมาย 1 องค์กร/จังหวัด ให้สามารถเป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการบันทึกข้อมูลในแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” ดังนี้

1.ส่งเสริม สนับสนุน สื่อชุดความรู้การคัดกรองการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สื่อการคัดกรองผู้สูงอายุ, แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ, แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และคู่มือการบันทึกผลการคัดกรองผู้สูงอายุผ่านระบบ Smart อสม. ผ่านกลุ่มไลน์ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน 24 จังหวัดภาคกลาง และชมรม อสม.ภาคกลาง

2.โครงการ Kick off รวมพลัง อสม.มอบของขวัญปีใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุ องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ ทั้ง 24 จังหวัด เดือนมกราคมจัดกิจกรรม Kick off รวมพลัง อสม.มอบของขวัญปีใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุ และศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ได้ร่วมกิจกรรม Kick off รวมพลัง อสม.มอบของขวัญปีใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุ ในวันที่ 28 มกราคม 2566 ณ จังหวัดระยอง โดยมี ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธีเปิด ทั้งนี้มีทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, คณะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมเป็นเกียรติ ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย อสม.จังหวัดระยองกว่า 1,000 คน



ณ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีนางสาวเรวดี รัศมีทิตี ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธี ทั้งนี้ คณะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมเป็นเกียรติ ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย อสม. จังหวัดสมุทรปราการ



**3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ** ในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 ณ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี โดยมีนางมณฑา กิตติวารวดี ผู้อำนวยการศูนย์ฯ ประธานการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายอมรินทร์ นิ่มนวล ประธาน ชมรม อสม.ภาคกลาง, ประธาน ชมรม อสม., อสม.ดีเด่น, แกนนำ องค์กร องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ, ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพ ภาคประชาชนระดับ จังหวัด/อำเภอ/ตำบล, ศบส.เขต และภาคีเครือข่าย 24 จังหวัดภาคกลาง จำนวน 311 Username



**4. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคกลาง** ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี บูรณาการร่วมกับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม ดังนี้เขตสุขภาพที่ 4:จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดอ่างทอง, เขตสุขภาพที่ 5:จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดกาญจนบุรี เขตสุขภาพที่ 6:จังหวัดตราด จังหวัดจันทบุรี จังหวัดชลบุรี และจังหวัดฉะเชิงเทรา



เป้าหมายจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจาก อสม.หมอกคนที่ 1 ไตรมาสที่ 2 อย่างน้อย ร้อยละ 50 และไตรมาสที่ 4 อย่างน้อยร้อยละ 85 ของเป้าหมายผู้สูงอายุตามเขตตรวจราชการกำหนด โดยไตรมาสที่ 2 ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจาก อสม.หมอกคนที่ 1 ภาคกลาง (เขตสุขภาพที่ 4-5-6) คิดเป็นร้อยละ 38.68 (ผู้สูงอายุทั้งหมด 2,851,115 คน ได้รับการคัดกรองแล้ว 1,102,692 คน) ที่มา :ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ (www.3doctor.hss.moph.go.th) ณ วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด จึงมีการประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมสนับสนุนให้ อสม.ใช้ Application SMART อสม. ในการรณรงค์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ อสม.ทำงานแบบบัดดี้ เพื่อให้ อสม.ได้เรียนรู้ร่วมกัน

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากร กลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6

### FACTORS RELATED TO HEALTH BEHAVIORS OF THE WORKING AGE POPULATION IN HEALTH REGION 6

ธัญพร อศัลยเศรษฐ์, ทิพย์วรรณ จุ่มแพง, นงลักษณ์ สุขเอี่ยม  
ศูนย์อนามัยที่ 6

Thanyaporn Asanyaseth, Tippawan Jumpang, Nongluck Sukiam  
Regional Health Promotion Center 6

#### บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพของคนวัยทำงานในปัจจุบัน พบว่าประชากรวัยทำงานมีอัตราการป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชากร วัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 21,064 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลทิวภูมิในฐานะข้อมูลสมมุติสุขภาพประชาชน (H4U) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - พฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 อายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 46.2 อายุเฉลี่ย 41.46 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผักร้อยละ 74.4 ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง ร้อยละ 55.3 ด้านการนอน ร้อยละ 91.9 ด้านการแปรงฟัน ร้อยละ 73.4 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวม 4 ด้าน ร้อยละ 36.4 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคผัก ได้แก่ อายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง ได้แก่ เพศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนอน ได้แก่ เพศ และอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแปรงฟัน ได้แก่ เพศ

ข้อเสนอแนะการวิจัย ผลักดันนโยบาย/มาตรการด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องผ่านคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 6 และขับเคลื่อนสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, วัยทำงาน

## Abstract

Health problems of working-age people It was found that the working-age population has a higher morbidity rate related to inappropriate health behaviors. This study was a Retrospective Analytical to study the health behaviors of the working population aged 15-59 years and the factors related to desirable health behaviors in the working population in Health Region 6. The sample group is the working population aged 15-59 years in the Health Region 6, a total of 21,064 people. Data were collected using the secondary data collection in the Public Health Book (H4U) database between November 2021 - May 2022. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the correlation was determined using the Chi- Square test.

The results of the study showed that the majority of female (68.3%), aged 45 - 59 years (46.2%), average aged (41.46 years), lowest aged (15 years), highest aged (59 years), employed (26.7%). There were desirable behaviors in vegetable consumption 74.4%, physical activity 55.3%, sleep 91.9%, tooth brushing 73.4%, and overall desirable behaviors in 4 aspects 36.4%. The factors that correlated with desirable behaviors were found to be statistically significant at the .05 level that found the factors related to vegetable consumption were age. The factors related to physical activity behavior were sex. The factors related to sleeping behavior were sex and age. And the factors related to tooth brushing behavior were sex.

The research had suggested that research suggestion pushing for policies or measures on food consumption and exercise that are correct through the Subcommittee on Development and Driving Health Promotion for 5 age groups in Health Region 6 and driving knowledge building on desirable health behaviors among working age groups for people to have good health Reduce the risk of developing chronic non-communicable diseases.

**Keywords :** desirable health behaviors, working age



## บทนำ

ประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปีเป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลผลิตด้านเศรษฐกิจและเป็นที่ยึดของคนในครอบครัว พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การกินอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย นอนหลับไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ส่งผลให้วัยทำงานมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์, 2561) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในช่วงวัยทำงาน โดยสาเหตุอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน จากรายงานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ.2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2561 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตาย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด และปี พ.ศ.2557 พบสาเหตุการตาย ส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในเพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งตับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนในเพศหญิงมีการตายจากจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ทั้งในเพศชายและหญิง และโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังยังเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย โดยอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทย ในเพศชายพบโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 6.6 พบโรคมะเร็งตับเป็นอันดับที่ 6

ร้อยละ 4.4 และพบโรคเบาหวานเป็นอันดับที่ 7 ร้อยละ 3.9 และในเพศหญิงพบโรคเบาหวานเป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 8.4 และพบโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่ 2 ร้อยละ 7.3 (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,2560)

จากรายงานผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี กินผัก 5 ทัพพีต่อวัน ร้อยละ 55.00, 72.12 และ 72.33 ตามลำดับ มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที ร้อยละ 22.07, 65.24 และ 69.52 ตามลำดับมีการนอนถึง 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 61.90, 49.09 และ 49.11 ตามลำดับแปรงฟันก่อนนอนนาน 2 นาที ร้อยละ 61.15, 62.6 และ 66.34 ตามลำดับ ซึ่งพบมีพฤติกรรมกินผัก กิจกรรมทางกาย และการแปรงฟันมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนพฤติกรรมนอนมีแนวโน้มลดลง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอย่างมาก การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของวัยทำงานนั้นพบว่าปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการศึกษาเอกสารและรายงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพและที่เกี่ยวข้อง (อัญจวิริมา พิสัยพันธ์, 2556, ชัชรินทร์ ภูมาะ, 2558, จกเศบุญชู เกษมพิพัฒน์พงศ์, 2558, วรรณวิมล เมฆวิมล, 2553) ได้นำไปสู่แนวคิดที่แสดงให้เห็นว่าตัวแปรของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ และอายุ น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6

กรมอนามัยดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (2566 - 2570) ในประเด็น

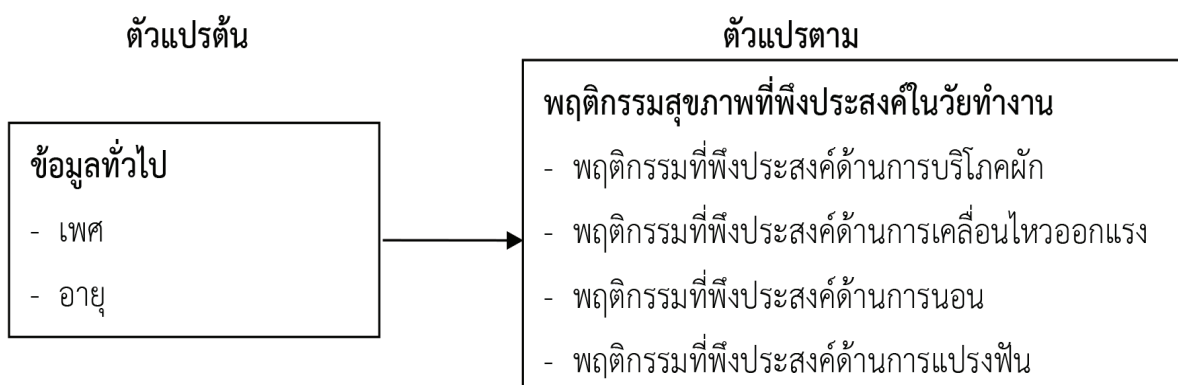
ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวัยทำงาน คือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้และทักษะในการพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดช่วงชีวิต ศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากรกลุ่มวัยทำงาน เพื่อนำผลการศึกษามาขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

เสริมสุขภาพวัยทำงานและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### นิยามศัพท์

**พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์** หมายถึง การกระทำที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยกรมอนามัยจัดทำระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยกำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การกินผัก การเคลื่อนไหวออกแรง การนอน และการแปร่งฟัน

**การกินผัก** หมายถึง การกินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป

**การเคลื่อนไหวออกแรง** หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์

**การนอน** หมายถึง การนอนวันละ 7-9 ชั่วโมง ตั้งแต่ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป

**การแปร่งฟัน** หมายถึง การแปร่งฟันก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาที ทุกวัน

**ประชากรกลุ่มวัยทำงาน** หมายถึง ประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี แบ่งเป็นวัยทำงานตอนต้น อายุ 15 - 29 ปี วัยทำงานตอนกลาง อายุ 30 - 44 ปี และวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามากำหนดเป็นนโยบายการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรกลุ่มวัยทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

2. เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากรกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Analytical Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 21,064 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ จากการประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชัน H4U ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - พฤษภาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21,064 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14,394 คน (ร้อยละ 68.3) อายุ 45-59 ปี 9,737 คน (ร้อยละ 46.2) อายุเฉลี่ย 41.46 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และประกอบอาชีพรับจ้าง 5,615 คน (ร้อยละ 26.7) รองลงมา คือ เกษตรกร 3,606 คน (ร้อยละ 17.1)

2. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน 9,889 คน (ร้อยละ 46.9) รองลงมา คือกินผัก 5 ทัพพี 4 - 5 วันต่อสัปดาห์ 5,784 คน (ร้อยละ 27.5) และกินผัก 5 ทัพพี 1 - 3 วันต่อสัปดาห์ 5,170 คน (ร้อยละ 24.2) พฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง 11,995 คน (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือไม่เติมเลย 7,019 คน (ร้อยละ 33.3) และเติมทุกครั้ง 2,050 (ร้อยละ 9.7) พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 1 - 3 วันต่อสัปดาห์ 8,871 คน (ร้อยละ 42.1) รองลงมาคือไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานเลย 5,725 คน (ร้อยละ 27.2) และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4 - 6 วันต่อสัปดาห์ 3,869 คน (ร้อยละ 18.4) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง โดยขยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ 11,658 คน (ร้อยละ 55.3) รองลงมา คือ นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไป 8,367 คน (ร้อยละ 39.7) และไม่ได้ทำ 1,039 คน (ร้อยละ 4.9) พฤติกรรมเนือยนิ่ง นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ 8,717 (ร้อยละ 41.4) รองลงมา คือ นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนานเกิน 2

ชั่วโมง 0 - 2 วันต่อสัปดาห์ 8,572 คน (ร้อยละ 40.7) และนั่งหรือเอนกายติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง 6-7 วันต่อสัปดาห์ 3,775 คน (ร้อยละ 17.9) พฤติกรรมการนอนหลับ 7 - 9 ชั่วโมงตั้งแต่ 6 - 7 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ 11,434 คน (ร้อยละ 54.3) รองลงมา นอนหลับ 7 - 9 ชั่วโมงตั้งแต่ 3 - 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ 7,925 คน (ร้อยละ 37.6) และนอนหลับ 7 - 9 ชั่วโมงตั้งแต่ 0 - 2 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ 1,705 คน (ร้อยละ 8.1) พฤติกรรมการแปร่งฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันอย่างน้อย 2 นาที 15,463 คน (ร้อยละ 73.4) รองลงมาคือ แปร่งฟันก่อนนอนด้วย ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันไม่ถึง 2 นาที 4,342 คน (ร้อยละ 20.6) และแปร่งฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปร่งบางวัน 987 คน (ร้อยละ 4.7) และไม่มีการเข้ารับบริการทันตกรรม 12,683 คน (ร้อยละ 60.2)

### 3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในด้านการบริโภคผัก ร้อยละ 74.4 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 55.3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอน ร้อยละ 91.9 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการแปร่งฟัน ร้อยละ 73.4 และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ร้อยละ 36.4

### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6

#### 4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผัก

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุ 45 - 59 ปี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผักมากกว่ากลุ่มอายุ 15 - 29 ปี และอายุ 30 - 44 ปี (ร้อยละ 77.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผัก

ปัจจัย (N=21064)	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผัก		$\chi^2$ - test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	4951	74.2	0.164	0.349
หญิง	10722	74.5		
อายุ				
15 - 29 ปี	2944	68.4	129.118	0.000***
30-44 ปี	5191	73.9		
45 - 59 ปี	7538	77.4		

\*\*\* p < 0.001

#### 4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการออกกำลังกาย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการเคลื่อนไหวออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 57.8) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

ปัจจัย (N=21064)	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผัก		$\chi^2$ - test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	3853	57.8	23.139	0.000***
หญิง	7805	54.2		
อายุ				
15 - 29 ปี	2393	55.6	3.130	0.209
30-44 ปี	3827	54.5		
45 - 59 ปี	5438	55.8		

\*\*\* p < 0.001

#### 4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง และอายุ 45 - 59 ปี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 15 - 29 ปี และอายุ 30 - 44 ปี (ร้อยละ 93.5 และ 92.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอน

ปัจจัย (N=21064)	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอน		$\chi^2$ - test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	6239	93.5	34.927	0.000***
หญิง	13120	91.1		
อายุ				
15 - 29 ปี	3914	90.9	18.352	0.000***
30-44 ปี	6413	91.3		
45 - 59 ปี	9032	92.8		

\*\*\* p < 0.001

#### 4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟัน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟันมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 74.9) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟัน

ปัจจัย (N=21064)	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการนอน		$\chi^2$ - test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	4688	70.3	48.825	0.000***
หญิง	10775	74.9		
อายุ				
15 - 29 ปี	3168	73.6	0.105	0.949
30-44 ปี	5148	73.3		
45 - 59 ปี	7147	73.4		

\*\*\* p < 0.001

#### 4.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน

ปัจจัย (N=21064)	พฤติกรรมที่พึงประสงค์ 4 ด้าน		$\chi^2$ - test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	6239	93.5	34.927	0.000***
หญิง	13120	91.1		
อายุ				
15 - 29 ปี	3914	90.9	18.352	0.000***
30-44 ปี	6413	91.3		
45 - 59 ปี	9032	92.8		

\*\*\* p < 0.001

## อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 พบพฤติกรรมการกินผัก 5 ทัพพีทุกวัน ร้อยละ 46.9 ซึ่งจากสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยจากการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 พบว่าประชากรไทยบริโภคผักไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.2 มีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม มากกว่า ร้อยละ 60 ซึ่งจากการสำรวจอนามัยสวัสดิการ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 ของสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.8) มีการเติมเครื่องปรุงรส ชนิดของเครื่องปรุงที่เติมก่อนรับประทานอาหารโดยพบว่า ร้อยละ 69.0 คือเติมน้ำปลาหรือซีอิ๊ว มีพฤติกรรมการเติมเครื่องตีรสหวานเกินกว่า ร้อยละ 70 ซึ่งจากการศึกษาของมณฑล การุณงามพรรณ (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการเพียงร้อยละ 49.3 ที่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดโดยสามารถปฏิบัติเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์เพียง ร้อยละ 55.3 ซึ่งจากผลการสำรวจกิจกรรมทางกายระหว่างปี 2555-2558 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2559) พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของกลุ่มวัยทำงานจะอยู่ในระดับที่สูงกว่า ร้อยละ 70

2. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 พบมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านที่น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ร้อยละ 36.4 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายประเทศ (เป้าหมายร้อยละ 46) รองลงมา คือ การเคลื่อนไหวออกแรง การแปรงฟัน การกินผัก และการนอน (ร้อยละ 55.3 73.4 74.4 และ 91.9 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 พบปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผัก ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผักอย่างมีนัยสำคัญ โดยวัยทำงานตอนปลายมากกว่าวัยทำงานตอนกลาง และวัยทำงานตอนต้นเนื่องจากวัยทำงานตอนปลายเป็นช่วงวัยที่ได้ผ่านชีวิตครอบครัวและการทำงานมาระยะหนึ่ง มีความมั่นคงและความสำเร็จมากกว่าช่วงวัยทำงานอื่น และเป็นวัยที่เริ่มมีความเสื่อมถอยของร่างกายจึงส่งผลให้ช่วงวัยนี้เป็นช่วงเวลาของการตระหนักถึงความสำคัญของร่างกายและหันมาดูแลสุขภาพร่างกายมากขึ้นซึ่งจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ของวิชัย เอกพลากร และคณะ พบว่าวัยทำงานตอนปลายอายุ 45-59 ปี มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคการกินอาหารครบทั้ง 3 มื้อต่อวัน สูงกว่าวัยทำงานตอนกลาง และวัยทำงานตอนต้น และจากการศึกษาของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2563) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีความรู้หนักเกินในชนบท พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง พบเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านเคลื่อนไหวออกแรง อย่างมีนัยสำคัญโดยเพศชายมากกว่าเพศหญิงจากการศึกษาของนาฏอนงค์ แผงพงษ์ (2560) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายของประชาชนตำบลขาม

ใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของ ประชาชนตำบลขามใหญ่ จากการศึกษาเนื่องมาจาก ประชาชนในชุมชนตำบลขามใหญ่มีลักษณะการ ดำเนินชีวิตแบบชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ในครอบครัว มีการช่วยกันทำงานมากขึ้น เพศชายมีการพบปะ ระหว่างเพื่อนมากจึงทำให้มีการชวนกันออกกำลังกาย ได้มาก และจากการศึกษาของวิลาวลัย อาธิเวช (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัด อุบลราชธานี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการนอน** พบเพศ และอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ด้านนอนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศชายมากกว่า เพศหญิง และวัยทำงานตอนปลายมากกว่าวัยทำงาน ตอนต้นและตอนกลาง จากการศึกษาของ J. Madrid- Valero. (2017) โดยศึกษาผลกระทบของอายุและเพศ ต่อความชุกของคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ใหญ่พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยที่ ปัจจัยด้านอายุ และเพศ มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยเพศหญิงจะมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเป็นเกือบ 2 เท่า ของเพศชาย และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การนอนที่แย่อย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษา ของเสาวลักษณ์ ปู่ทอง (2565) โดยศึกษาสถานการณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ของ วัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า ส่วนใหญ่ประชากรวัยทำงานตอนปลายมีการนอนหลับ 7 - 8 ชั่วโมงมากกว่าวัยทำงานตอนกลางและตอนต้น ซึ่งหากร่างกายนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อระบบ อวัยวะของร่างกาย ได้แก่ อารมณ์ เกิดภาวะเครียด

หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือด และ**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟัน** พบเพศมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้าน การแปรงฟันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมากกว่า เพศชาย จากการศึกษาของ พงศ์ปณิต สมบูรณ์พงษ์กิจ (2565) ได้ศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และปัจจัย พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานที่มีความสัมพันธ์ ต่อดัชนีมวลกายวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 2 อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ได้แก่ การกินผัก (Crude OR = 1.398, 95% CI: 1.043-1.872, p-value < 0.05) การแปรงฟัน (Crude OR = 0.755, 95% CI: 0.643-0.886, p-value < 0.05)

## สรุปผล

**พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6** พบมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่ การกินผักไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็ม ในอาหาร และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การเคลื่อนไหว ออกแรง ได้แก่ ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีกิจกรรม ทางกายลดน้อยลง และมีพฤติกรรมเหนื่อยนิ่งมากขึ้น การนอนหลับไม่เพียงพอ และมีพฤติกรรมมารับ บริการทางทันตกรรมน้อย **พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6** พบมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในภาพรวมน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการเคลื่อนไหว ออกแรง เหมาะสมน้อยที่สุด รองลงมา คือ ด้านการ แปรงฟัน ด้านการบริโภคผัก และด้านการนอน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมที่สุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง



4 ด้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 6 เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการนอนและเคลื่อนไหวออกแรงมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการแปร่งฟันมากกว่าเพศชาย และกลุ่มวัยทำงานตอนปลายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการกินผักและด้านการนอนมากกว่าวัยทำงานตอนต้นและตอนกลาง ดังนั้นจึงควรเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคผักโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานตอนต้นและตอนกลาง การเคลื่อนไหวออกแรงโดยเฉพาะในเพศหญิง การนอนโดยเฉพาะในเพศหญิงและกลุ่มวัยทำงานตอนต้นและตอนกลาง และการแปร่งฟันโดยเฉพาะในเพศชาย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สนับสนุนให้ชุมชน/หน่วยงาน/องค์กรทุกภาคส่วนขับเคลื่อนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการเคลื่อนไหวออกแรงโดยเน้นกลุ่มวัยทำงานเพศหญิง เพื่อส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพิ่มมากขึ้น การกินผักในโดยเน้นกลุ่มวัยทำงานตอนต้นและตอนกลาง เพื่อส่งเสริมให้บริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ รวมทั้งลดการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม และการแปร่งฟันโดยเน้นกลุ่มวัยทำงานเพศชาย เพื่อส่งเสริมให้มีการแปร่งฟันอย่างถูกวิธี และส่งเสริมให้วัยทำงานเข้ารับบริการทันตกรรมเป็นประจำและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มประชากรวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6

### เอกสารอ้างอิง

Madrid-Valero, JJ. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population Gaceta sanitaria. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301182> (in Thai).

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชนบท. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/245362/168233>

นาฏอนงค์ แฝงพงษ์. (2560). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดานการออกกำลังกายของประชาชนตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566, จาก [https://mis.ratchathani.ac.th/file\\_re/6zTquAmWed105637.pdf](https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/6zTquAmWed105637.pdf)

พงศ์ปมต สมบูรณ์พงษ์กิจ. (2565). พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 2. สืบค้นเมื่อ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/file/184.pdf>

- มงคล การรณรงค์มพรณ และคณะ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบ การเขตเมืองใหญ่ กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566, file:///C:/Users/Admin/Downloads/tanom Sri,+Journal+manager,+mongkol5.pdf
- วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิลาวัลย์ อาธิเวช. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) สมศักดิ์ หอมชื่น. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญตะวันออก เชียงเหนือ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาวะโรคและการเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโซลูชันส์ จำกัด.
- เสาวลักษณ์ บู่ทอง. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 - 2564. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JODPC8/issue/view/80/74>

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

### FACTORS RELATED PERSONNEL PARTICIPATION IN DEVELOPMENT OF PUBLIC SECTOR MANAGEMENT QUALITY AWARD (PMQA) SA KEAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

ณัฐกริช โกมลศรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

Nattakrit Komonsri

SaKaeo Provincail Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจในการทำงาน กับ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดำเนินการระหว่าง เดือนธันวาคม 2563 - มกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติการ ร้อยละ 82.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 32.0 เคยเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน ร้อยละ 41.0 เคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง ร้อยละ 45.0 ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการทำงานอยู่ในระดับสูง และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value}<0.025$ ) ระดับการศึกษา ( $p\text{-value}<0.001$ ) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ( $r=0.116$ ,  $p\text{-value}<0.023$ ) การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน ( $p\text{-value}<0.004$ ) การเคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง ( $p\text{-value}<0.034$ ) ความรู้ ( $r=0.152$ ,  $p\text{-value}<0.003$ ) ทักษะ ( $r=0.251$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) และแรงจูงใจในการทำงาน ( $r=.581$ ,  $p\text{-value}<0.001$ )

**ข้อเสนอแนะ** ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และสร้างแรงจูงใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้บุคลากรภายในองค์กร ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพองค์กรในทุกขั้นตอน

**คำสำคัญ** : การมีส่วนร่วม, การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## Abstract

This study aimed to evaluate the level of participation in public sector management quality development and to study the relationship between personality, knowledge, attitude, work motivation and participation in public sector management quality development. The population in this study were executives and personnel in the Sa Kaeo Provincial Public Health Office (n=100). The tool for data collection was a questionnaire. This research was conducted between December, 2020 - January, 2021. Then, the data was statistical analyzed; frequency, percentage, mean, chi-square standard deviation and Pearson's correlation coefficient.

The study found that most correspondent was operator (82.0%). Most of them was graduated with a bachelor's degree (66.00%). Working duration was 1-5 years (32.0%). They have been in a committee/working group (41.0%) and received training/seminars/explaining meetings (45.0%). Knowledge and attitudes were in moderate level. Working motivation was in high level. The participation in the development of public quality management was in moderate level. Factors significantly affecting participation of personnel in the development, were job position (p-value<0.025), educational level (p-value<0.001), working duration (r = 0.116, p-value<0.023), being a committee/working group (p-value<0.004), training on job quality development (p-value<0.034), knowledge (r = 0.152, p-value<0.003), attitude (r = 0.251, p-value<0.001) work motivation (r = .581, p-value<0.001).

The findings suggested that there should be continuous promotion in the aspect of knowledge, attitude, and working motivation. This also should include urging all personnel to participate in every stage of the organizational quality development.

**Keywords :** participation, development of public management, provincial public health office

## บทนำ

ปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ได้มีการนำระบบคุณภาพการบริหารจัดการมาใช้ ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และ ยังเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยที่การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบราชการไทย ที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมียกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระดับมาตรฐานสากล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ออกแบบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยนำหลักเกณฑ์และแนวคิดมาจากรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Malcolm Baldrige National Quality Award : MBNQA) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการบริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพที่สุด และรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ของประเทศไทย (Thailand Quality Award : TQA) ของภาคเอกชนไทย มาปรับให้สอดคล้องกับทิศทาง การพัฒนาระบบราชการไทยและการดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เพื่อให้ส่วนราชการนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร โดยอาศัยหลักการประเมินองค์กรด้วยตนเอง เป็นการทบทวนสิ่งที่องค์กรดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เมื่อตรวจพบว่าเรื่องใดยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับเกณฑ์องค์กรจะได้พัฒนาวิธีปฏิบัติเพื่อปรับปรุงองค์กรไปสู่ความสำเร็จ โดยมีแรง

จูงใจในรูปของรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ส่วนราชการต่างๆ สามารถนำไปปรับใช้ได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทำให้การส่งมอบผลผลิตและการบริการดีขึ้น ปรับปรุงผลการดำเนินงานด้านอื่นๆ และเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน โดยทำให้เกิดความสอดคล้องกันของแผนกระบวนการตัดสินใจ บุคลากร การปฏิบัติการ และผลลัพธ์ (สุกษา แก้วเกียรียงไกร และคณะ, 2558)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร และกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการองค์กร ตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ประกอบด้วย ลักษณะสำคัญขององค์กร และเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงองค์กร

ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน โดยปี 2563 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการดำเนินการพร้อมกันทั้ง 7 หมวด แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการได้เข้ามามีส่วนร่วมเพียงบางส่วนเท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2563) อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีส่วนร่วมจะทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพิ่มทางเลือกในการตัดสินใจ ทำให้งานที่ยากบางอย่างสำเร็จได้ ทำให้บุคคลคิดช่วยตนเอง รู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้ความช่วยเหลือนั้นตรงกับความต้องการ ประหยัดทรัพยากร และทำให้ชุมชนหรือสังคมนั้นเข้มแข็ง (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547) และทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์ โดยคำนึงถึงปัจจัย 2 ด้านควบคู่กัน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ

ประกอบด้วย ลักษณะของงานที่ปฏิบัติความรับผิดชอบ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ และปัจจัยค้ำจุนประกอบด้วย นโยบายและการบริหารงานความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในหน่วยงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน รายได้และสวัสดิการ

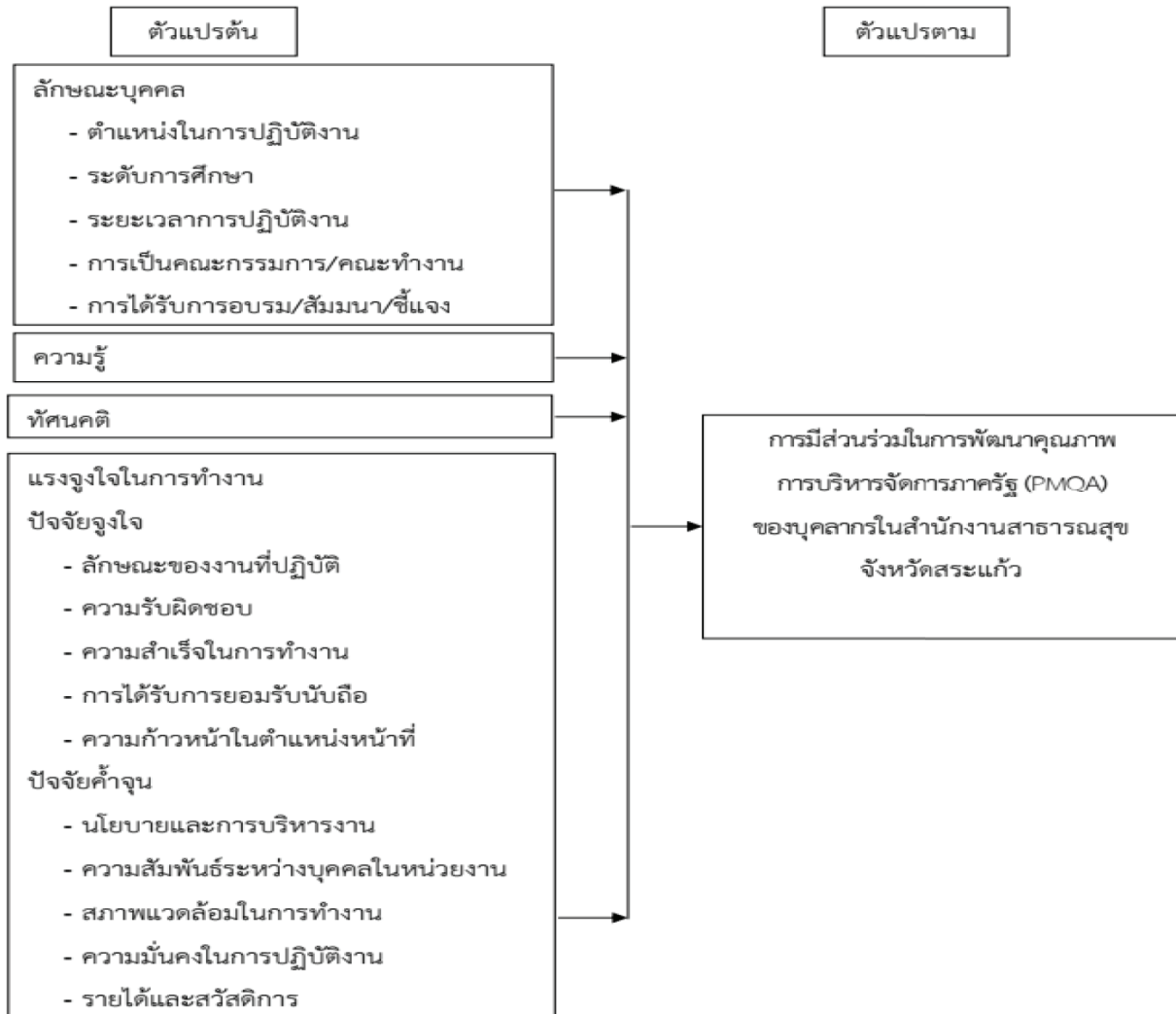
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล ความรู้ ทศนคติ แรงจูงใจในการทำงานกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ความรู้ ทักษะ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) และการมีส่วนร่วม (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากร ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานเป็นองค์กรแห่งคุณภาพ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรทุกคนในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จำนวน 100 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเป็นคณะกรรมการ/ คณะทำงาน และการได้รับการอบรม/สัมมนา/ชี้แจง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ โดยนำมาจาก วาสนา ตรีเนตร (2563) มี 2 ตัวเลือก วัดความรู้เกี่ยวกับความหมาย หลักการ แนวคิด เป้าหมายการพัฒนา เกณฑ์มาตรฐาน แนวทาง และเกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ตอบถูก ข้อละ 1 คะแนน และตอบผิด ข้อละ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแบบสอบถาม มาตรฐาน ประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 15 ข้อ โดยนำมาจาก วาสนา ตรีเนตร (2563) และใช้เกณฑ์ในการ แปลผลตามวิธีของลิเคิร์ท (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) แบ่งเป็น 5 ระดับ

5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

4 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

3 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงปานกลาง

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงน้อย

1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง หรือ ข้อความนั้นเป็นจริงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการทำงานพัฒนาคุณภาพ

การบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแบบสอบถาม มาตรฐาน ประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 50 ข้อ โดยนำมาจาก ญาณิ นาคพงษ์ (2559) และ ใช้เกณฑ์ในการ แปลผลตามวิธีของลิเคิร์ท (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) แบ่งเป็น 5 ระดับ

5 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

4 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

3 คะแนน ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงปานกลาง

2 คะแนน ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงน้อย

1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 30 ข้อ โดยนำมาจาก ญาณิ นาคพงษ์ (2559) และใช้เกณฑ์ในการ แปลผลตามวิธีของลิเคิร์ท (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) แบ่งเป็น 5 ระดับ

5 คะแนน มากที่สุด หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมากที่สุด หรือข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด

4 คะแนน มาก หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมมาก หรือข้อความนั้น เป็นจริงมาก

3 คะแนน ปานกลาง หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมปานกลาง หรือข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง

2 คะแนน น้อย หมายถึง ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมน้อย หรือข้อความนั้น เป็นความจริงน้อย

1 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย หรือข้อความนั้น เป็นความจริงน้อยที่สุด



สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของอิลลิปสัน เคริต (รติ บุญมาก, 2551) ดังนี้

ช่วงค่าคะแนน	การแปรผลระดับความสัมพันธ์
$r = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์
$r = \pm 0.01$ ถึง $\pm 0.30$	ระดับต่ำ
$r = \pm 0.31$ ถึง $\pm 0.70$	ระดับปานกลาง
$r = \pm 0.71$ ถึง $\pm 0.99$	ระดับสูง
$r = \pm 1$	ระดับสูงมาก

ส่วนที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือราชการจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ถึงบุคลากรทุกคนในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์พร้อมแบบสอบถาม

2. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ และหากไม่ได้รับแบบสอบถามคืน จะนัดรับแบบสอบถามอีกใน 1 สัปดาห์

3. นำแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมด ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. สถิติเชิงพรรณนา

1) ข้อมูลลักษณะบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การได้รับการอบรม/สัมมนา/ชี้แจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดย

การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลความรู้ ทักษะ ทักษะจิตใจในการทำงาน และการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ข้อมูลปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

#### 2. สถิติเชิงอนุมาน

1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน และการได้รับการอบรม/สัมมนา/ชี้แจง

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการทำงาน

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะบุคคล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติการ ร้อยละ 82.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 32.0 เคยเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน ร้อยละ 41.0 และเคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง ร้อยละ 45.0

2. ข้อมูลความรู้ พบว่า บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 8.96$ , S.D = 1.08) คิดเป็นร้อยละ 70.0

3. ข้อมูลทักษะ ทักษะ พบว่า บุคลากรมีทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.53$ , S.D = 0.36) คิดเป็นร้อยละ 66.0

4. ข้อมูลแรงจูงใจในการทำงาน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.85$ , S.D = 0.36) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.92$ , S.D = 0.40) และ ( $\bar{X} = 3.79$ , S.D = 0.39) ตามลำดับ
5. ข้อมูลการมีส่วนร่วม พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.66$ , S.D = 0.97)
6. ข้อมูลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ ตัวแปรปัจจัยต่างๆ กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ( $p\text{-value} < 0.025$ ) ระดับการศึกษา ( $p\text{-value} < 0.001$ ) การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน ( $p\text{-value} < 0.004$ ) การเคยได้รับ การอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง ( $p\text{-value} < 0.034$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่าง ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของบุคลากร			$\chi^2$	df	p-value
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน				7.34	2	.025
กลุ่มผู้บริหาร	10 (10.00)	6 (6.00)	2 (2.00)			
กลุ่มปฏิบัติการ	20 (20.00)	61 (71.00)	1 (1.00)			
ระดับการศึกษา						
อนุปริญญา	10 (10.00)	34 (34.00)	1 (1.00)			
ปริญญาตรี	20 (20.00)	25 (25.00)	2 (2.00)			
ปริญญาโท	5 (5.00)	2 (2.00)	1 (1.00)			
การเป็นคณะกรรมการ/ คณะทำงาน				10.87	2	.004
ไม่เป็น	3 (23.55)	19 (19.00)	3 (3.00)			
เป็น	30 (37.77)	44 (44.00)	1 (1.00)			
การได้รับการอบรม/ สัมมนา/ประชุมชี้แจง				6.78	2	.034
ไม่เคย	3 (3.00)	19 (19.00)	2 (2.00)			
เคย	30 (30.00)	44 (44.00)	2 (2.00)			

วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ( $r=0.116$ ,  $p\text{-value}<0.023$ ) ความรู้ ( $r=0.152$ ,  $p\text{-value}<0.003$ ) ทักษะ ( $r=0.251$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) และแรงจูงใจในการทำงาน ( $r=.581$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจในการทำงานกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ลักษณะส่วนบุคคล			
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	.116	.023	ต่ำ
ความรู้	.152	.003	ต่ำ
ทักษะ	.251	.001	ต่ำ
แรงจูงใจในการทำงาน	.581	.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	.551	.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	.517	.001	ปานกลาง

### อภิปรายผล

7. ข้อมูลปัญหาอุปสรรค พบว่า บุคลากรมีภาระงานมาก บุคลากรมีไม่เพียงพอ ทำให้ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมทำกิจกรรม และข้อเสนอแนะ ควรสร้างระบบ หารูปแบบ/ช่องทางต่างๆ ให้บุคลากรได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ควรมี Coaching พี่เลี้ยงของจังหวัด ควรให้ทุกคนประเมินตนเองในส่วนของหน้างานของตนเอง แล้วค่อยมารวมกัน และให้มีการรายงานผลการประเมินตนเองและวิเคราะห์ผลเพื่อให้ทราบว่าจะเน้นอยู่ระดับใด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (OFI) และแผนพัฒนาองค์กรต่อไป

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับวาสนา ตรีเนตร (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 สอดคล้องกับนิรันดร์ รามศิริ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรใน

การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากการมีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง นอกจากนี้ ยังพบว่าเริ่มเกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ระลอกใหม่ ส่งผลทำให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกคน ต้องดำเนินการตามมาตรฐานทางการแพทย์และการสาธารณสุข ดังนั้น ควรประยุกต์การพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้มีกระบวนการที่ง่ายขึ้น โดยบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับงานประจำที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว พร้อมกำหนดระยะเวลาให้ชัดเจน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล ความรู้ ทักษะคติ แรงจูงใจในการทำงาน กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พบว่า

1) ปัจจัยลักษณะบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การเคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมชี้แจง และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับวาสนา ตรีเนตร (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 สอดคล้องกับ มุทิตา พัวพิพัฒน์พงษ์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพ

การจัดการจัดการภาครัฐ และสอดคล้องกับญานี นาคพงษ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์คุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว ดังนั้น องค์กรควรให้ความสำคัญกับปัจจัยลักษณะบุคคล เช่น มอบหมายงานให้ ตรงกับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การแต่งตั้งให้เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพองค์กรส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร ด้านการศึกษาหรือองค์ความรู้ใหม่ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรมากขึ้น

2) ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับวาสนา ตรีเนตร (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 และสอดคล้องกับมุทิตา พัวพิพัฒน์พงษ์ (2552) ได้ศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการจัดการภาครัฐ ดังนั้น องค์กรควรส่งเสริมให้บุคลากรให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจัดอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง และปรับทัศนคติบุคลากรว่าทุกคนมีความสำคัญและเป็นหน้าที่ของทุกคนในองค์กร

3) แรงจูงใจในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการจัดการภาครัฐของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับรติ บุญมาก (2551) ได้ศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการ

ปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู สอดคล้องกับญานี นาคพงษ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์คุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว พบว่าแรงจูงใจในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์คุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮร์ซเบิร์ก (Herzberg, 1959) ดังนั้นองค์กรควรสนับสนุนแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งปัจจัยจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจให้ทำงานเกิดความพอใจในการทำงาน และปัจจัยค้ำจุนซึ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในการทำงานในองค์กร

### สรุปผล

สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน การได้รับการอบรม/สัมมนา/ชี้แจง ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการทำงาน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง และสร้างความเข้าใจในประเด็นที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนำองค์การผู้บริหารต้องเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม และทิศทางขององค์กร เป็นต้น
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรเกิดทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เช่น การพัฒนาคุณภาพไม่ใช่เป็นการเพิ่มภาระงาน และองค์กรจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบคุณภาพ เป็นต้น
3. ควรสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น สวัสดิการ ประเภทต่างๆ ของบุคลากร เป็นต้น
4. ควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนภายในองค์กร เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในทุกขั้นตอน เนื่องจากพบว่า บางหมวดมีระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ และประยุกต์กระบวนการทำงานที่ง่ายขึ้น โดยบูรณาการกับการปฏิบัติงานประจำของบุคลากร เนื่องจากพบว่าบุคลากรในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และมีภาระงานมาก

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

## เอกสารอ้างอิง

- Bunmak, R. (2008). *Organizational Motivation and Support Affecting Public Health Of ficers' Quality Development Practices in Community Health Centers, Nong Bua Lam Phu Province*. (Master of Education Thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- รติ บุญมาก. (2551). *แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Kaewkiangkrai, S. Prasomsri, K. Chaopho, M. and Roopsuay. R. (2015). *Factors Affecting Personnel Participation in Public Sector Management Quality Development (PMQA) of the Royal Irrigation Department*. Bangkok: Planning Division, Royal Irrigation Department. (In Thai)
- สุกษา แก้วเกรียงไกร, กัลยาณี ประสมศรี, มณฑา ชาวโพธิ์ และวิศิธา รูปสวาย. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกรมชลประทาน*. กรุงเทพฯ : กองแผนงาน, กรมชลประทาน.
- Nakpong, Y. (2016). *Factors related to Participation in Service System Development According to Quality Criteria of Hospital Personnel in sub-district health promoting hospital, Sa kaeo province*. (In Thai)
- ญาณี นาคพงษ์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์คุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว*.
- Patanapongsa, Narinchai. (2004). *Participation : Fundamentals, Techniques and Case studies*. (2nd ed.). Chiang Mai: Sirilak Printing Co., Ltd. (In Thai)
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). *การมีส่วนร่วม : หลักพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- Puapipatpong, M. (2009). *The personnel participation in quality improvement according to public sector management quality award program of community hospitals in Phitsamulok province*. (Master of Education Thesis, Sukhothai Thammathirat Open University). (In Thai)
- มุทิตา พัทธิพัฒน์พงษ์. (2552). *การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Ramsiri, N. Saengchang, L. and Suphachan, S. (2008). *Factors Affecting Personnel Participation in Development for Quality Accreditation of Mae Tha Hospital Lamphang Province*. (Master of Education Thesis, Naresuan University). (In Thai)

- นิรันดร์ งามศิริ, ลักษณะ แสงซัง และสุคนธ์ทิพย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2563). *สรุปผล สภาจันท์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ พ.ศ. 2563.*
- โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ Trenate, W. (2020). *Factors related to the ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร. participation in Public sector Management Quality Award (PMQA) of public health Srisa-at, Boonchom. (2002). *Introduction to Research. (7th ed.). Bangkok: Suweeriyasan. officer in the health region 6<sup>th</sup>. (In Thai) (In Thai) วาสนา ตรีเนตร (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6.**
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6.*
- ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวีริยาสาส์น.
- Sa Kaeo Provincial Public Health Office. (2020). *Summary of results of civil service Herzbeg, F. (1959). *The Motivation to Work. New York: John Willey & Sons.**
- inspection and supervision in normal cases, 2020. (In Thai)*

## ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา : กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### THE RESULTS OF HOME ISOLATION PROVIDING CARE SERVICES IN THE PRIMARY CARE UNIT, CHACHOENGSAO PROVINCE; A CASE STUDY OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 ELDERLY PATIENTS

อารียา เหล็กศิริ, กานต์นะรัตน์ จรามร  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา  
Areeya Leksiri, Karnnarut Jaramorn  
Chachoengsao Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเจาะจงเลือกจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้น 60 คนโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (สำหรับเจ้าหน้าที่) และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดฉะเชิงเทรา กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีบุคลากรและงบประมาณเพียงพอ มีการวางแผน การมอบหมายงานและการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผลการประเมินตามปัจจัย 4 ด้านพบว่า ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.62$ ) เมื่อพิจารณาการประเมินรายด้านพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ( $\bar{X} = 4.07$ ) ด้านปัจจัยนำเข้า ( $\bar{X} = 3.69$ ) ด้านกระบวนการ ( $\bar{X} = 3.59$ ) และด้านผลผลิต ( $\bar{X} = 3.70$ ) มีการปฏิบัติในระดับดีทุกด้าน ซึ่งผลการศึกษานำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

**คำสำคัญ :** การจัดบริการดูแลผู้ป่วย, การแยกกักตัวที่บ้าน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



## Abstract

The study design was evaluation research. The purpose of this research was to study the results of home isolation providing care services for coronavirus disease 2019 elderly patients in the primary care unit, in Chachoengsao province. The Purposive sampling group was personnel caring for COVID-19 patients in community hospitals and in sub-district health promotion hospitals and elderly patients or relatives or caregivers of elderly patients with coronavirus disease 2019, totaling 60 people by stratified random sampling. The collected data from the provision of care services for elderly patients with coronavirus disease 2019 at home isolation in the primary care unit in Chachoengsao province (for staff) and in-depth interviews for elderly patients or their relatives or caregivers. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Evaluation results of home isolation providing care services for coronavirus disease 2019 elderly patients in the primary care unit in Chachoengsao province found that the arrangement of patient care services is consistent with the established policy, the problems and needs of patients and sufficient personnel and budget. There is clear planning, task assignment and evaluation with the participation of all sectors to make the elderly patients, relatives and caregivers satisfied with the service provider of the primary care unit. The results of the evaluation as a whole have practiced at a high level. Considering all 4 factors, the environmental factor, import, process and productivity factor was practiced at a high level in all aspects. The research results can be used to plan the development of a more efficient care system for patients to be effective.

**Keywords :** providing care services, home isolation, coronavirus disease 2019

## บทนำ

จังหวัดฉะเชิงเทราพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในเดือนมีนาคม 2563 และจำนวนผู้ติดเชื้อระลอกมกราคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 - 17 พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 40,022 ราย (อันดับที่ 14 ของประเทศ) กำลังรักษา 1,961 ราย รักษาหาย 37,985 รายและเสียชีวิต 76 ราย โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (8,045 ราย) รองลงมาได้แก่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว (7,240 ราย) อำเภอพนมสารคาม (6,018 ราย) อำเภอบางปะกง (3,718 ราย) อำเภอแปลงยาว (2,787 ราย) และอำเภอที่พบ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยที่สุดได้แก่อำเภอท่าตะเกียบ (730 ราย) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2565) ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ขยายเป็นวงกว้างส่งผลให้สถานบริการสาธารณสุขต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยเพื่อให้ทันต่อผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในระดับความรุนแรงของโรค กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้พัฒนารูปแบบการขยายเตียงรองรับผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและ/หรือที่มีอาการเล็กน้อยให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) และโรงพยาบาลสนาม อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ติดเชื้อยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเพียงในสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งนี้พบว่าอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง จึงอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้ ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายได้เอง โดยผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยสูงอายุโดยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตเฉพาะในวันที่ 17 พฤษภาคม 2565

จำนวน 38 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม 608 จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 95) แบ่งเป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 74) และในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปีเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 8 ราย (ร้อยละ 21) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องสังเกตอาการตนเองหรือผู้ดูแลควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แต่การแยกกักตัวจากผู้อื่นขณะอยู่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วันนับตั้งแต่วันตรวจพบการติดเชื้อนั้นมีความเสี่ยงต่ออาการที่อาจรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลให้เสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และเพื่อให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพป้องกันอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึงเสียชีวิต หน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขที่มีความพร้อมมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันที่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ซึ่งในการดำเนินงานโดยเฉพาะงานด้านบริการ มีความจำเป็นต้องประเมินผลการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานให้ได้ผลดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะแนวคิดการประเมินของสตีฟเฟิลบีมในรูปแบบชิปปี้ เป็นวิธีการประเมินที่นิยมใช้เป็นทางเลือกในการประกอบการตัดสินใจบริหารโครงการ

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและอาจมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจึงส่งผลให้มีโอกาสในการเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากที่สุด รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแบบแยกกักตัวที่บ้าน โดยผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปกำหนดแนวทางและวางแผนพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์

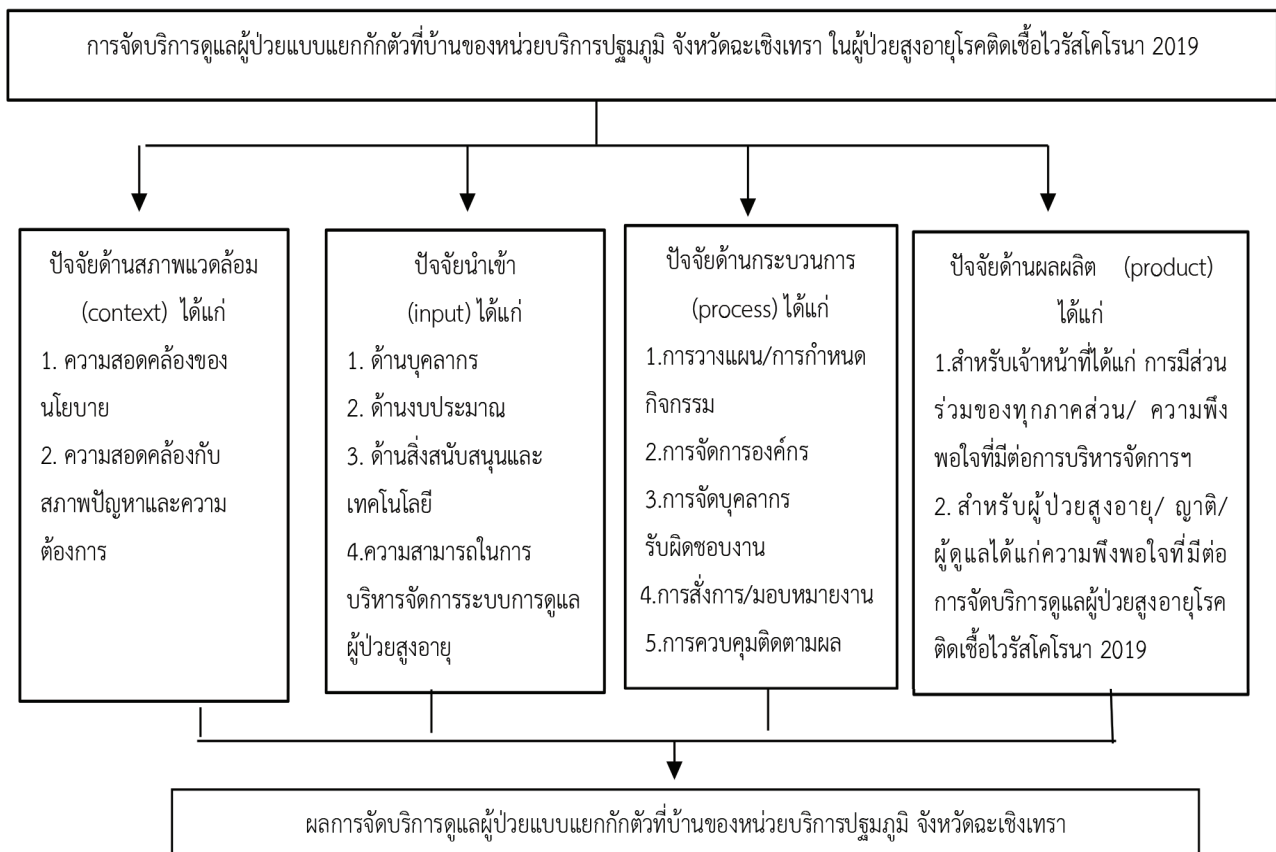
เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา

## ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถวางแผนทางในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ สำหรับสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework) (เอกกมล เอี่ยมศรี, 2558) มาเป็นกรอบวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปี้โมเดล (CIPP model) (Stufflebeam, 2003)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ อำเภอบางปะกง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการศึกษากิจการบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางปะกง 12 แห่งๆ ละ 3 คน รวม 36 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกต้องเป็นผู้ที่สมัครใจและต้องการแลกเปลี่ยนข้อมูลในประเด็นนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลบางปะกง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอบางปะกงจำนวน 12 แห่ง ผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือการขอถอนตัวหรือได้รับผลกระทบข้างเคียงระหว่างการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและมีสิทธิปฏิเสธไม่ตอบคำถามข้อหนึ่งข้อใดก็ได้ รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลโดยการวิเคราะห์ในภาพรวม

## เครื่องมือการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพมีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (open-ended questions) จำนวน 4 ข้อ

2. แบบประเมินผลการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตโดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับต่ำ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการ ด้วยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญล่วงหน้า จากนั้นสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่นัดหมาย

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยก

กักตัวที่บ้านด้วยแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย นัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญล่วงหน้าทางโทรศัพท์ จากนั้น ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ในกลุ่ม บุคลากร ผู้ป่วยสูงอายุ หรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย และจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตอบกลับตามวันเวลาที่กำหนด

3) นำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้เข้าสู่ กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์ เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics Analysis) ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean)และค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation)

### ผลการศึกษา

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพและ เชิงปริมาณ ดังนี้

ผลการศึกษาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบ แยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัด ฉะเชิงเทรา กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกในกลุ่ม

ตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบาย ที่กำหนด สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย มีบุคลากรและงบประมาณเพียงพอ มีการวางแผน การมอบหมายงานและการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีการแก้ปัญหาให้ อย่างรวดเร็วและทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วย บริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น บุคลากร/ เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในรูปแบบการจัด บริการตามนโยบายเนื่องจากทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความรุนแรงและ ยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเป็นสำคัญ

สำหรับผลประเมินการจัดบริการดูแลผู้ป่วย แบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ตามปัจจัย 4 ด้านในภาพรวมพบว่ามี การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.62$ ) เมื่อพิจารณา การประเมินรายด้านพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ( $\bar{x} = 4.07$ ) ด้านปัจจัยนำเข้า ( $\bar{x} = 3.69$ ) ด้าน กระบวนการ ( $\bar{x} = 3.59$ ) และด้านผลผลิต ( $\bar{x} = 3.70$ ) และด้านความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการ อยู่ในระดับดี ทุกด้าน ดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 6

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกรายด้าน

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	$\bar{x}$	S.D	
ด้านสภาพแวดล้อม	4.07	0.78	ดี
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.69	1.01	ดี
ด้านกระบวนการ	3.59	1.03	ดี
ด้านผลผลิต	3.70	1.16	ดี
รวม	3.62	0.86	ดี

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	$\bar{x}$	S.D	
ความสอดคล้องกับนโยบายฯ	4.61	0.74	ดีมาก
ความสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ และความต้องการ	3.52	0.81	ดี
<b>รวม</b>	<b>4.07</b>	<b>0.78</b>	<b>ดี</b>

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านปัจจัยนำเข้า

ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	$\bar{x}$	S.D	
ความเพียงพอ/เหมาะสมของบุคลากร	3.87	0.89	ดี
ความเพียงพอ/เหมาะสมของงบประมาณ	3.53	1.01	พอใช้
สิ่งสนับสนุนด้านเทคโนโลยี	3.44	1.43	ดี
ความสามารถในการบริหารฯ	3.89	0.69	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.69</b>	<b>1.01</b>	<b>ดี</b>

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านกระบวนการ

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	$\bar{x}$	S.D	
การวางแผน/ การกำหนดกิจกรรม	3.66	0.86	ดี
การจัดองค์กร	3.72	0.99	ดี
การจัดบุคลากรรับผิดชอบงาน	3.56	0.90	ดี
การสั่งการ/ การมอบหมายงาน	3.31	1.54	ดี
การควบคุม กำกับ ติดตามผล	3.69	0.86	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.59</b>	<b>1.03</b>	<b>ดี</b>

**ตารางที่ 5** คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยด้านผลผลิต (กลุ่มเจ้าหน้าที่)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	$\bar{x}$	S.D	
การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	3.51	1.02	ดี
ความพึงพอใจที่มีต่อการบริการฯ	3.89	1.30	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.70</b>	<b>1.16</b>	<b>ดี</b>

**ตารางที่ 6** คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยด้านผลผลิต (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยฯ)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
	$\bar{x}$	S.D	
การแก้ปัญหาของเจ้าหน้าที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.08	0.77	มาก
ความพึงพอใจที่มีต่อการบริการฯ	3.98	1.03	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.03</b>	<b>0.90</b>	<b>มาก</b>

### อภิปรายผล

จากผลประเมินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ( $\bar{x} = 4.07$ ) ด้านปัจจัยนำเข้า ( $\bar{x} = 3.69$ ) ด้านกระบวนการ ( $\bar{x} = 3.59$ ) และด้านผลผลิต ( $\bar{x} = 3.70$ ) และด้านความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการ อยู่ในระดับดีทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนของผู้บริหารและกระบวนการที่เป็นระบบ มีการกำหนดทีมที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีระบบ

บริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการสอดคล้องกับการศึกษาการเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (นิสากร วิบูลชัยและชาติ ไทยเจริญ, 2563) ที่พบว่าแนวทางการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนการเยี่ยมและการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลควรเน้นการเป็นผู้ประสาน ผู้บริหารจัดการ ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการ และตรวจสอบความพร้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ทีมเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน

ควรเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว และ ประยุกต์กระบวนการพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยและครอบครัว และ 3) ขั้นตอนหลังการ เยี่ยมบ้าน บทบาทพยาบาลเน้นการสรุปข้อมูลการ พยาบาล และการบันทึกกิจกรรม การเยี่ยมและอาการ ของผู้ป่วย รวมทั้งงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospital (รวีพร โรจนอาษาและคณะ, 2564) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยความพร้อมของ บุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงานเป็นทีม เช่นเดียวกับการศึกษาการเตรียม ความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการ ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลศิริราช (นภาพร อภิรตวิจิตรเศรษฐ์และคณะ, 2564) พบว่าผู้บริหารมี นโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ต้องมีแผนในการ จัดการป้องกันและควบคุมโรครวมทั้งการดูแล รักษาผู้ป่วยโควิด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมและ สมรรถนะบุคลากรพยาบาลและการจัดการทางการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และการศึกษากรณี ของการตอบสนองต่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ต่อการระบาดใหญ่ของ covid 19 การตอบสนองที่มี ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพต่อ การระบาดใหญ่ (Begun, J.W. & Jiang, H.J, 2020) ได้เน้นย้ำถึงการสื่อสาร การทำงานร่วมกันและนวัตกรรม ที่ต้องดำเนินการรวดเร็วและการได้รับข้อมูลและหลัก ฐานที่ดีจากทีมผู้ปฏิบัติงานช่วยให้องค์กรด้านการดูแล สุขภาพมีความคล่องตัวและส่งเสริมสามารถเรียนรู้ เพื่อรับมือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่าง มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิติมา ลัมประเสริฐ, 2565) ที่ศึกษาโครงการประเมิน

ผลการจัดบริการพยาบาลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าการจัด บริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสอดคล้องกับนโยบาย เน้นการมีส่วนร่วม มีการทำงานเป็นทีมและใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจในการดำเนินงาน ด้านกระบวนการมีการ รวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ ปรับบทบาท หน้าที่โดยมีหลักการจัดขั้นตอนการให้บริการคือ fast trackและ onewayflowด้านผลลัพธ์มีการขยายเตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยจาก 23 เตียงเป็น 233 เตียง เปิดโรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง 2,160 เตียง ผู้ป่วย เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยกลุ่มเหลืองและกลุ่มแดง ส่วนกลุ่ม สีเขียวไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งผู้รับบริการมีความ พึงพอใจและโรงพยาบาลมีความพร้อมรับสถานการณ์ ระบาดโรคอุบัติใหม่

นอกจากนี้พบว่า ปัญหาอุปสรรคการจัดบริการ ดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐม ภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราในผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อาทิ การปรับเปลี่ยนแนวทาง การปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยฯ ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง การ สื่อสารระดับนโยบายผ่านสื่อสังคมสาธารณะโดยยัง ไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนหรือเป็นลายลักษณ์อักษร การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้สะดวกรวดเร็ว ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ จำนวนบุคลากรเท่าเดิมหรือลดลง เนื่องจากบุคลากร เป็นผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลสนามมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการ บริการ อาจก่อให้เกิดการร้องเรียนผ่านสื่อสังคมสาธารณะ ส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรเช่นกัน



## สรุปผล

ผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดฉะเชิงเทรา กรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับนโยบายที่กำหนดสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีบุคลากรและงบประมาณเพียงพอ มีการวางแผนการมอบหมายงานและการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุญาติและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยผลการประเมินตามปัจจัย 4 ด้านได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ( $\bar{X} = 4.07$ ) ด้านปัจจัยนำเข้า ( $\bar{X} = 3.69$ ) ด้านกระบวนการ ( $\bar{X} = 3.59$ ) และด้านผลผลิต ( $\bar{X} = 3.70$ ) และด้านความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการ อยู่ในระดับดีทุกด้าน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบลในพื้นที่ ในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอ โดยนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนในพื้นที่
2. หน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ควรขยายขอบเขตการศึกษาในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย รวมทั้งประเมินผลการจัดบริการในด้านอื่นๆ เช่น การบริการทางสังคม การดูแลคุณภาพชีวิต เป็นต้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนต่อไป

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกลุ่มอื่นๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-5 ปี เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลกระทบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกมิติของการจัดบริการแบบแยกกักตัวที่บ้าน

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2565, จาก: [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/190865.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/190865.pdf).
- ธีรวิฑูมิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นภาพร อภิรวดีวิจิตรเศรษฐ์และคณะ. (2564). การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 14(4): 81-90.
- นิตาสกร วิบูลชัยและชาติ ไทยเจริญ. (2563). การเยี่ยมบ้าน : บทบาทพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17(2): 119-127.
- รวีพร โรจนอาษาและคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา จ.สงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 14(1) :134-156.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2565, จาก <https://drive.google.com/drive/folders/1aTdHUR2fLawr1WNjrP1fdgwf3uyODMmq>
- Begun, J.W. & Jiang, H.J. (2020). *Healthcare management during Covid-19: Insights from complexity science*. NEJM Catalyst Innovation in Care Delivery. 1(5).
- Stufflebeam, D.L. The CIPP Model for Evaluation. (2003). Annual Conference of the Oregon Program valuation Network. (OPEN), Portland. Oregon, 2003.

ประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค  
พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

EVALUATE THE RESULTS OF HEALTHY THE CITY DEVELOPMENT  
INTERMS OF DRINKING WATER IN SPECIAL ECONOMIC ZONE  
ARANYAPRATHET DISTRICT SAKAEO PROVINCE

ประวิทย์ คำนึ่ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

Prawit Kamnueng

Sakaeo Provincial Puplic Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเจาะจงเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลป่าไร่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คน สุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยใช้แบบทดสอบสำหรับประเมินความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และแบบบันทึกการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 85.00) มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70.00) อายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 92.50) อาศัยอยู่ในชุมชน 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 45.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.50) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.50) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ระดับปานกลาง (Mean = 3.86, SD = 0.91) ผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน จำแนกตามประเภทน้ำ พบว่า ประเภทน้ำบริโภค ที่คุณภาพดีที่สุด ได้แก่ น้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ รองลงมาได้แก่ ตู้น้ำหยอดเหรียญ และน้ำบรรจุขวด

คำสำคัญ : การพัฒนาเมืองสุขภาพดี คุณภาพน้ำบริโภค ความรอบรู้

## Abstract

The objective of this evaluation study was to evaluate the development of healthy cities in terms of water consumption in special economic zone, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province. The samples were selected from village health volunteers in Pa Rai Subdistrict, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province, to 40 people randomly randomized using a multi-step randomization method. The test to assess the knowledge of water quality management and water quality surveillance records. Data were Analyzed by percentages, averages, and standard deviations.

The results of the study showed that: the majority of the respondents were females (85.00%), married (85.00%), had 10 years or more experience as village health volunteers (70.0%), the respondents were under 60 years old (92.50%), lived in the community for 30 years or more (75.00%), had the highest high school/ Vocational Certificate (45.00%), were farmers (47.50%) and had no underlying disease (77.50%). Samples were an average overall score of proficiency in drinking water quality management with moderate level (Mean = 3.86, SD = 0.91) The results of monitoring the quality of household drinking water, classified by water type, showed that the type of edible water with the best quality was groundwater through water purifiers, followed by vending machines and bottled water.

**Keywords :** Healthy City Development, Drinking water quality, Knowledge

## บทนำ

ตามมติคณะรัฐมนตรีเรื่องการขับเคลื่อนประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและการพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก (SEZ & EEC) เพื่อรองรับการขยายตัวของเมืองและเชื่อมต่อด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ รวมถึงพื้นที่ใกล้เคียง ทำให้ต้องเร่งสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนชาวไทยและชาวต่างประเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อาทิ การจัดการขยะ การตรวจสอบคุณภาพอากาศ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อประชาชน และปัจจัยพื้นฐานที่ขาดไม่ได้สำหรับการดำรงชีวิต ทั้งน้ำและอาหาร จึงยังต้องสร้างความเชื่อมั่นด้านคุณภาพน้ำบริโภค และการพัฒนาระบบสุขภาพอาหาร ในพื้นที่ 10 จังหวัดที่รัฐบาลประกาศให้เป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ จังหวัดตาก จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดสระแก้ว จังหวัดตราด จังหวัดสงขลา จังหวัดเชียงราย จังหวัดหนองคาย จังหวัดนครพนม จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดนครราชสีมา ทิศทางยุทธศาสตร์ชาติมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างการเติบโตภายใต้ความสมดุล ทั้งเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต กรมอนามัยในฐานะเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนสุขภาพดี มีบทบาทภารกิจสำคัญในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน กรมอนามัยจึงมีแนวคิดในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองสุขภาพ

ดีในพื้นที่เขตเมือง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานเมืองสุขภาพดี โดยหลักการเมืองสุขภาพดีนั้นเป็นการสร้างจิตสำนึก และความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาเมืองให้เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้น ไม่ว่าเมืองใดก็สามารถพัฒนาเป็นเมืองสุขภาพดีได้ ไม่ได้ขึ้นกับสถานะทางสุขภาพของประชาชนในเมืองนั้น โดยในการขับเคลื่อนจำเป็นต้องเกิดคำมั่นสัญญาหรือข้อตกลงร่วมกัน (commitment) ในความมุ่งมั่นสร้างสุขภาพและปรับปรุงกระบวนการและโครงสร้างของเมืองให้เอื้อต่อสุขภาพ มีการสร้างสรรค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ และขยายไปยังชุมชนให้มีความเข้มแข็งอย่างเต็มประสิทธิภาพ เป็นการหาช่องทางและวิธีการที่จะยกประเด็นด้านสุขภาพเป็นวาระสำคัญของเมือง เป็นการสร้างเสริมความเท่าเทียม การสร้างภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมและความสามัคคีของหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านต่างๆ การดำเนินงานให้สำเร็จประกอบด้วย การให้ความสำคัญและความมุ่งมั่นในระดับนโยบาย ความเป็นผู้นำ การมีภาคีเครือข่ายความร่วมมือในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ซึ่งแนวคิดการพัฒนาเมืองสุขภาพดีนี้ได้ดัดแปลงจากมาตรการส่งเสริมสุขภาพตามอดีตดาวาชาเตอร์ แนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (SDGs) และแนวทางการพัฒนา Healthy City ขององค์การอนามัยโลก ผนวกกับบริบทนโยบายการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย จึงได้กำหนดองค์ประกอบของเมืองสุขภาพดีประกอบด้วย 3 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)

สถานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) และ ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดี (Healthy People) ประกอบด้วย นโยบายด้านสิ่งแวดล้อม, พื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี, การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล, การจัดการน้ำบริโภค, การจัดการร้องเรียนเหตุรำคาญ คุณภาพอากาศ และการจัดการในภาวะฉุกเฉินและ สาธารณภัย (คู่มือการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี: 2566) ในการดำเนินงานเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภคในพื้นที่ เขตเศรษฐกิจ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีการดำเนินงานโดยการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานเมืองสุขภาพดี และให้ความรู้เกี่ยวกับการ จัดการน้ำบริโภคแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้รับผิดชอบงานจากกรม อนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลัก

จังหวัดสระแก้วเป็นพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ประกอบด้วย 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอรัญประเทศ และ อำเภอวัฒนานคร เพื่อเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับการพัฒนา เป็นเมือง สุขภาพดีด้านน้ำบริโภค ด้วยน้ำเป็นปัจจัยสำคัญใน การดำรงชีวิตอยู่ของประชาชนอย่างมีสุขภาพดี และ คุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว ได้รายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมา จากอาหารและน้ำ เป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัด อีกทั้ง ประชาชนเข้าถึงบริการจัดหาน้ำบริโภคได้ยากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ น้ำฝน น้ำประปา น้ำดื่มบรรจุขวด และตู้จำหน่ายหยอดเหรียญ และกรรมวิธี ทำให้สะอาดพร้อมดื่ม พร้อมใช้ มีต้นทุนที่สูง อีกทั้ง การขยายตัวของกิจการน้ำบริโภคในประเทศไทยมี การเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องตามการเพิ่มขึ้นของ จำนวนประชากรที่ต้องการบริโภคน้ำดื่มที่สะอาด ปลอดภัย

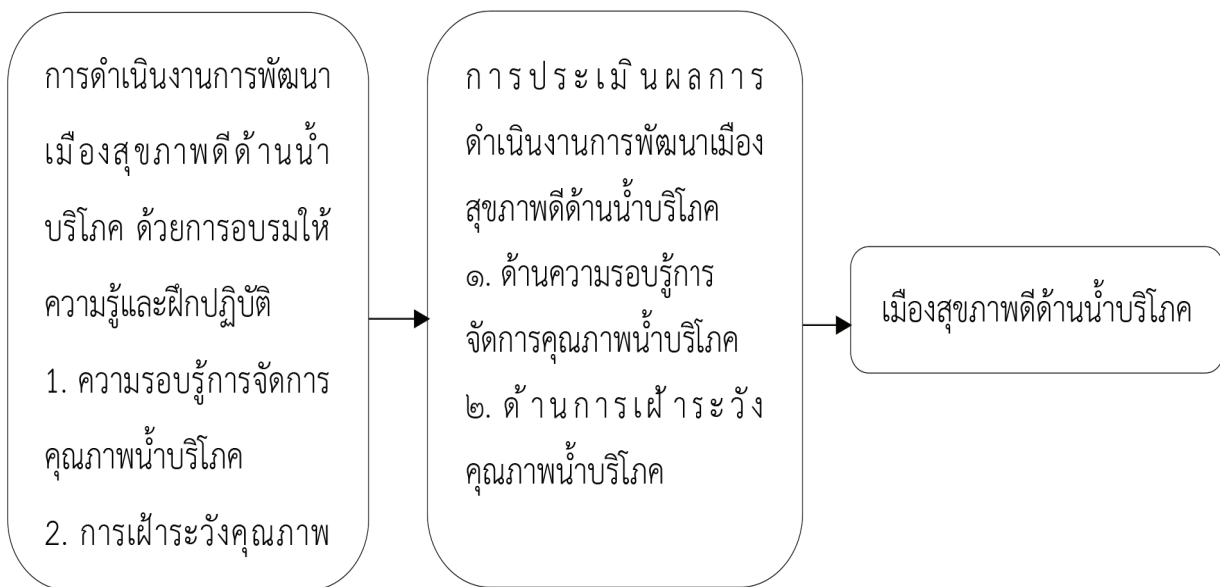
อย่างไรก็ตามจังหวัดสระแก้วได้ดำเนินการ สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย การส่งเสริมปฏิบัติการ เจริญระดับพื้นที่การเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำ บริโภคพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และเสริมสร้างความเข้มแข็งและ ความร่วมมือภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนงานผ่านกลไก การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของคณะ กรรมการระดับพื้นที่ เพื่อทำให้เกิดการขับเคลื่อนงาน ลงไปในพื้นที่ทั้งระดับอำเภอ ตำบล ตลอดจนชุมชน โดยมีองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ในการจัดหาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ แก่ประชาชน ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชน มีบทบาท ในการร่วมคิด ร่วมดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภคพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีความพร้อมต่อการรับมือกับสภาพปัญหาอนามัย สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน เพื่อให้ ประชาชนอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินผลการพัฒนาเมือง สุขภาพดีด้านน้ำบริโภค พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ให้ทราบถึงความรอบรู้ ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การสร้างภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคมในการ วางแผนจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ที่นำไปสู่การมี คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้าน น้ำบริโภค ในความรอบรู้การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ในพื้นที่เขต เศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

## กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค ภายใต้หลักการเมืองสุขภาพดีที่เป็นความรอบรู้ การสร้างจิตสำนึก และความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีความรอบรู้การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และสามารถพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค ให้มีการดำเนินงานมีความเข้มแข็งและเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ที่ขับเคลื่อนผ่าน การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเมืองสุขภาพดีระดับพื้นที่
2. ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้บริโภคน้ำที่สะอาดปลอดภัย และป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อได้

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัย

ประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ด้านความรู้การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และด้านการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค

## ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,530 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 40 คน ด้วยการสุ่มแบบหลาย

ขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากพื้นที่ 13 ตำบล ของอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว สุ่มได้ตำบล ป่าไร่ อำเภออรัญประเทศ จากนั้นเจาะจงเลือกจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลบ้านไร่ ที่ผ่านการอบรมการดำเนินงานเมืองสุขภาพดี ด้านน้ำ บริโภค จากศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดชลบุรี และกรม อนามัย จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้สำหรับประเมินความ รอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค สร้างและ กำหนดรูปแบบของข้อคำถามจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 42 ข้อ ตรวจสอบ คุณภาพของแบบทดสอบโดยตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาและเชิงโครงสร้างด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ที่ได้จากการพิจารณา ของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายชื่อจำนวน 5 คน ผลการ ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.65-0.8 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.74 ตรวจสอบ ความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค โดยนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนชนในตำบล บ้านใหม่หนองไทร อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกันนำผล การทดลองใช้แบบทดสอบมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 พร้อมทั้งตรวจสอบ คุณภาพรายชื่อ ด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหา ค่าสหสัมพันธ์รายชื่อกับคะแนนรวมพบว่ามีความสำคัญ ทางสถิติ มีการกำหนดน้ำหนักคะแนนดังนี้

ดีมาก	กำหนดให้	5 คะแนน
ดี	กำหนดให้	4 คะแนน
ปานกลาง	กำหนดให้	3 คะแนน
พอใช้	กำหนดให้	2 คะแนน
ต้องปรับปรุง	กำหนดให้	1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าน้ำหนัก คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของระดับความรู้ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

3.51 - 4.50	หมายถึง	ระดับดี
2.51 - 3.50	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.51 - 2.50	หมายถึง	ระดับพอใช้
1.00 - 1.50	หมายถึง	ระดับต้องปรับปรุง

2. แบบบันทึกการสำรวจการเฝ้าระวังคุณภาพ น้ำบริโภค จำแนกประเภทคุณภาพน้ำบริโภค (น้ำบาดาล ผ่านเครื่องกรองน้ำ ตู้น้ำหยอดเหรียญ และน้ำบรรจุขวด) ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบบันทึกกับวัตถุประสงค์ การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นปรับปรุงแบบ บันทึกตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 22/2565

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประเมินผลการพัฒนา เมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุญาตและประสานงานการเก็บข้อมูล ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ล่วงหน้า
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
3. ดำเนินการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภค จากน้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ ตู้น้ำหยอดเหรียญ และน้ำบรรจุขวด
4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การวิเคราะห์ แปรผล และนำเสนอข้อมูล

**ระยะเวลาเวลา** ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



## ผลการศึกษา

ผลการศึกษา จากการรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 85.00) ประสบการณ์

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70.00) อายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 92.50) อาศัยอยู่ในชุมชน 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 45.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.50) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	6	15.00
หญิง	34	85.00
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	1	2.50
สมรส	34	85.00
หม้าย/หย่า/แยก	5	12.50
<b>ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</b>		
ต่ำกว่า 10 ปี	12	30.00
10 ปีขึ้นไป	28	70.00
<b>อายุ</b>		
ต่ำกว่า 60 ปี	37	92.50
60 ปีขึ้นไป	3	7.50
<b>ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน</b>		
ต่ำกว่า 30 ปี	10	25.00
30 ปีขึ้นไป	30	75.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	6	15.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	18	45.00
อนุปริญญา/ปวส.	3	7.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	2.50

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
<b>ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>		
รับจ้างทั่วไป	10	25.00
เกษตรกร	19	47.5
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	4	10.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	5.00
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	0	0.00
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	5	12.50

### ความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค

ความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค จำแนกตามองค์ประกอบ ทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าใจข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคสูงสุดในระดับดี (Mean = 4.05, SD = 0.95) รองลงมาด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมใน

ระดับดี (Mean = 3.96, SD = 0.91) ส่วนในด้านการเข้าถึงข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคมีคะแนนต่ำสุดแต่อยู่ในระดับดี (Mean = 3.70, SD = 0.95) เช่นเดียวกัน และมีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในระดับดี (Mean = 3.86, SD = 0.91) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค จำแนกตามองค์ประกอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดสระแก้ว

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค	Mean	SD	ระดับ
อ.1 การเข้าถึงข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค	3.70	0.95	ดี
อ.2 การเข้าใจข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค	4.05	0.89	ดี
อ.3 การได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค	3.81	0.92	ดี
อ.4 การตัดสินใจข้อมูลการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค	3.79	0.94	ดี
อ.5 การเปลี่ยนพฤติกรรม	3.96	0.91	ดี
อ.6 การบอกต่อ	3.87	0.90	ดี
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค</b>	<b>3.86</b>	<b>0.91</b>	<b>ดี</b>

## ผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ

การศึกษาผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน ซึ่งได้มีการตรวจก่อนการดำเนินการศึกษาจำนวน 1 ครั้ง และดำเนินการความรอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข และหลังจากนั้นได้มีการศึกษาผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน อีกหลังครั้ง เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งได้ผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษาเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน จำแนกตามประเภทน้ำ ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสระแก้ว พบว่า ประเภทน้ำบริโภคที่คุณภาพดีที่สุด ได้แก่ น้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ รองลงมาได้แก่ ตู้น้ำหยอดเหรียญ และ น้ำบรรจุขวด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน จำแนกตามประเภทน้ำ ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2

ประเภทน้ำ	ครั้งที่ 1 ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)	ครั้งที่ 2 ผ่านเกณฑ์(ร้อยละ)
ประปาผ่านเครื่องกรอง	38.46	48.76
ตู้น้ำหยอดเหรียญ	57.14	57.14
น้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ	100.00	100.00
น้ำฝน	37.50	37.00
น้ำบรรจุขวด	42.86	51.86
น้ำถัง 20 ลิตร	43.48	47.89

ผลการศึกษาเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน จากการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าไร่ ตำบลป่าไร่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า ผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนดีขึ้นหลังจากที่ได้มีการอบรมความรอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน

## อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 85.0) ประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70.0) อายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 92.5) อาศัยอยู่ในชุมชน 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.0) การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 45.0) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.5) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.5) โดยพบว่ามีระดับความรอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในภาพรวมอยู่ในระดับดี

(Mean = 3.86, SD = 0.91) และผลการศึกษาเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน จำแนกตามประเภทน้ำในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดสระแก้ว พบว่าประเภทน้ำบริโภคที่คุณภาพดีที่สุดได้แก่ น้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ รองลงมาได้แก่ ตู้น้ำหยอดเหรียญ และ น้ำบรรจุขวด สอดคล้องกับการศึกษาของสุวารีศรีบุญณะ (2561) เรื่องการจัดการคุณภาพน้ำอุปโภคบริโภคตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง ของชุมชน บ้านโคกสะแบง ตำบลท่าข้าม อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ที่พบว่าชุมชนต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาช่วยติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำอุปโภคบริโภคสม่ำเสมอ และต้องการเรียนรู้การตรวจวัดคุณภาพน้ำด้วยวิธีการที่คนในชุมชนสามารถทำได้เอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการพึ่งตนเองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชญัญญาช เวียงแก้ว พรเพชร ศักดิ์ศิริชัยศิลป์ และเอมอร ชันมี (2564) เรื่องการศึกษาการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ที่พบว่าควรมีผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และสถานศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพน้ำเพื่อร่วมหาแนวทางในการที่จะทำให้ได้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำที่เหมาะสมต่อการบริโภค หากแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ (2561) เรื่อง รูปแบบการจัดการน้ำบริโภคของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม พื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ ปี 2561 ที่พบว่า เมื่อผู้ดูแลเด็ก และนักเรียนอาสาสมัครมีความรู้ สามารถสื่อสารกับบุคคลที่มีความรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำได้จะทำให้การดำเนินงานการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียนดีขึ้น และมีความพึงพอใจมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการให้ความรู้แก่ประชาชนควรเพิ่มเนื้อหากิจกรรมเกี่ยวกับศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคจากหลายแหล่งต่างๆ เพื่อยืนยันความเข้าใจ

ที่ถูกต้อง ก่อนบอกคนอื่นต่อ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสอบถามจากผู้รู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค เพื่อให้เหมาะสม. มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจในการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชนและให้คำแนะนำหรือทางเลือกในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และควรเพิ่มกิจกรรมหรือแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทนผู้จัดการคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน เพื่อให้เกิดการชักชวนให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในส่วนของการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค หลังจากมีการสร้างความรอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคแล้ว คุณภาพของน้ำบริโภคมีค่าสูงขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

## สรุปผล

ผลการประเมินผลการพัฒนาเมืองสุขภาพดีด้านน้ำบริโภค ในความรอบรู้การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค และการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.86, SD = 0.91) และผลการศึกษาเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนจำแนกตามประเภทน้ำ ประเภทน้ำบริโภคที่คุณภาพดีที่สุดเป็นน้ำบาดาลผ่านเครื่องกรองน้ำ รองลงมาเป็นตู้น้ำหยอดเหรียญและน้ำบรรจุขวด

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านน้ำบริโภคให้แก่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ประชาชน ผู้นำชุมชน ร้านค้า ผู้ประกอบการตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ

2. หน่วยงานสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเพิ่มช่องทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำบริโภคประเภทต่างๆ รวมถึงการจัดการให้น้ำบริโภคที่มีคุณภาพ

3. หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาอุปกรณ์/เครื่องมือในการตรวจคุณภาพน้ำบริโภคให้กับชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562) (ออนไลน์). *คู่มือมาตรฐานน้ำดื่มประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.kanpho.go.th/new/downloads> สืบค้นวันที่ 15 มกราคม 2566

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2560) (ออนไลน์). *มาตรฐานน้ำบริโภคในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก [http://foodsafety.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=977&filename=water\\_index18](http://foodsafety.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=977&filename=water_index18) สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2566

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2565). *คู่มือการดำเนินงานสู่เมืองสุขภาพดี ประจำปี 2566*. นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2557). *คู่มือปฏิบัติ ผู้นำดื่มหยอดเหรียญ การประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

จันทร์ธานี สงวนนาม. (2545). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา*. กรุงเทพฯ : บุ๊คพอยท์.

จันทน์ ศรีเกตุ, พัฒนา พรหมณี และทิฆัมพร ศรีเกตุ. (2559). *การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดในแหล่งน้ำดิบผลิตประปาและน้ำประปาหมู่บ้านตำบลงบังอำเภอลำปาง จังหวัดปราจีนบุรี*. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2559. หน้า 189-198.

ทิวากรณ์ ราชูธร และนรา ระวาดชัย. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพน้ำดื่มตู้หยอดเหรียญอัตโนมัติชุมชน* หน้ามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 จาก <https://tdc.thailis.or.th/>

ธาวินี อ่อนเป็ง. (2561). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในวิสาหกิจชุมชนกลุ่มผลิตน้ำดื่ม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 จาก <https://tdc.thailis.or.th/>

ประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ (ระบบออนไลน์) สืบค้นวันที่ 10 มกราคม 2566 จาก <https://laws.anamai.moph.go.th/practices/201133>

พิมพ์ชนก หยิวิม. (2563). *อัตราการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคประจำครัวเรือน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 จาก <https://tdc.thailis.or.th/>

เมืองสุขภาพดี Healthy City. (ระบบออนไลน์) สืบค้นวันที่ 12 มกราคม 2566. จาก <https://hia.anamai.moph.go.th/th/healthycity>

- รชยา กุลดารมย์.(2563). การศึกษาคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตลาดกระบัง เขตคลองสามวาและเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 จาก <https://tdc.thailis.or.th/>
- อริยานุติ รัชชัยไพศาล.(2560). คุณภาพน้ำดื่มของตู้จำหน่ายเครื่องดื่มและการรับรู้ความปลอดภัยของประชาชนที่ใช้น้ำในเขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2566 จาก <https://tdc.thailis.or.th/>
- อังคินันท์ อินทรกาแหง. (2560).(ออนไลน์). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ ด้านสุขภาพของคนไทย. สืบค้นวันที่ 15 มกราคม 2566. จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> 2566
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). *Development Of a brief test to measure functional health literacy*. Patient Education and Counseling, 38(1),33-42.
- Department of Health Service Support. (2011). *Health literacy*. Bangkok: New Thammada. (In Thai)
- Fleisher, J. E. (2016). Associations and implications of low health literacy in Parkinson's disease. *Movement Disorder Clinical Practice Journal*, 3(3), 250-256.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wellston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
- Health Education Division, Ministry of Public Health. (2014a). *A health literacy and health Behavior assessment instrument: National health recommendation*. Bangkok: New Thammada. (In Thai)

## คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง เป็นวารสารวิชาการของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเผยแพร่ทางออนไลน์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - มกราคม                      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม                      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 ธันวาคม - 31 มกราคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน มิถุนายน - กันยายน                      ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 เมษายน - 30 พฤษภาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

**1. บทความวิจัย (Research Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบ หรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

**2. บทความวิชาการ (Academic Article)** หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

### ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี <http://phce.hss.moph.go.th/> หรือ



2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล [ssmphc2020@gmail.com](mailto:ssmphc2020@gmail.com) โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลางขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

### รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
  - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
  - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
  - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
  - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
  - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พีเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
<b>ชื่อเรื่อง (Title)</b>			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
<b>ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)</b>			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
<b>บทคัดย่อ (Abstract)</b>			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ชื่อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ชื่อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>คำสำคัญ (Keywords)</b>			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
<b>รายละเอียดบทความ</b>			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

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

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

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบ ผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการ นำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ ที่เข้ารับการศึกษ และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการ ศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการ ศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

**กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)** มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค พิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ตารางที่.....**” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ภาพที่.....**” ไว้ใต้ภาพประกอบ ตัวอย่างการใส่ตาราง

**ตารางที่ 1** แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

## ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

## รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยจัดเรียงคู่กันคือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

\* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

### รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style  
(American Psychological Association Citation Style) 6<sup>th</sup> Edition



ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสาร  
ในวารสาร เพิ่มเติม

## ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงาน องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ และถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พื้นที่ภาคกลาง

ในปี 2566 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ได้รับมอบหมายจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดำเนินการถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยเป้าหมาย การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 1 ตำบล/อำเภอ จำนวน 201 ตำบล/อำเภอในพื้นที่ภาคกลาง ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการสนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงาน การพัฒนาองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงานองค์กร อสม. (ชมรม อสม.ระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด) เป้าหมาย 1 องค์กร/จังหวัด จำนวน 24 องค์กรในพื้นที่ภาคกลาง จึงได้บูรณาการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงาน องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ และถอดบทเรียน การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตร่วมกัน

ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 นางสาวกมลชนก สหุนาหุ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ และคณะ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงาน องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ และถอดบทเรียนการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยการสุ่มในเขตสุขภาพที่ 4,5,6 ดังนี้

วันที่ 15 พ.ค. 2566 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต : ต.ท่าคอย อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี  
องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ : อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี



วันที่ 16 พ.ค. 2566 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต : ต.หนองโสน อ.เมืองตราด จ.ตราด  
องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ : จ.ตราด



วันที่ 18 พ.ค. 2566 ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต : ต.ดงละคร อ.เมือง จ.นครนายก  
องค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ : ต.ดงละคร อ.เมืองนครนายก จ.นครนายก



จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหวังเดียวกัน ทำให้เกิดการร่วมมือ ร่วมใจ และเต็มใจในการปฏิบัติงาน, การมีรูปแบบการทำงานที่เป็นระบบ แนวทางแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้คำปรึกษา สนับสนุนการทำงานที่ดี ผู้นำชุมชน บุคลากร เครือข่าย แกนนำที่เข้มแข็งให้ ,อสม.มีต้นทุนในการเป็น สมาร์ท อสม. 4.0 และความร่วมมือร่วมใจของประชาชนทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในพื้นที่



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง  
จังหวัดชลบุรี

“เป็นผู้นำการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน  
ในระดับอาเซียน ภายในปี พ.ศ. 2573”



038-467251



100 หมู่ 1 ถ.พระยาสุรเสนา ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี



Saraban\_crtc.chon@hss.mail.go.th



<http://phce.hss.moph.go.th>