



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง

Central Regional Primary Health Care Journal

ISSN 0857-3794 ปีที่ 38 ฉบับที่ 1
เดือนมกราคม – เมษายน 2567

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพภาคกลาง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวกมลชนก สหุณาฬุ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร.เมธี จันท์จารุภรณ์
ผศ.ดร.เพียงพร กัณหาธิ

สถาบันประชาชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
วิทยาเขตสิรินธรราชวิทยาลัยศรีราชา

ดร.วนัสรา เขาวนัณยม
รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒน์กุล

มหาวิทยาลัยปทุมธานี
สถาบันพระบรมราชชนก

ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา

ดร.พัฒนา พรหมณี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา

ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ดร.อดิสร วงศ์คงเดช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ปริชญ์ญา เรืองทิพย์

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.สมภพ อาจชนะศึก

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ดร.ศรัชมา กาญจนสิงห์

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

กองบรรณาธิการอำนวยการ

นางอัจฉริสุภา รอบคอบ

นางสาวนพวรรณ สุกุณา

นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตุรัส

นางรุ่งอรุณ บุรณะ

นางสุวรรณี มุงคุณ

นางสาวจันทนีย์ นพรัตน์

นางสาวปัทมา แก้วมณี

พันธนาการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง เป็นฉบับต้อนรับปีพุทธศักราช 2567 เพื่อสืบสานภารกิจแนวคิดวิชาการสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดความต่อเนื่องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกรมสนับสนุนสุขภาพที่ว่า “เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพภาคประชาชน ให้มีคุณภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม”

การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญในช่วงปี 2567 นี้ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพภาคกลาง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รับมอบหมายการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในภารกิจคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง และ การสนับสนุนการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติจำนวน 12 สาขา โดยได้ดำเนินการประชุมชี้แจงคณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่น และระดับเขต ภาค ภาคกลาง, จัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลางประจำปี 2567 ผ่านระบบออนไลน์ ได้รับเกียรติจากนายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานในพิธีเปิด รูปแบบการคัดเลือก 6 สาขา/ครั้งๆ ละ 2 วันๆ 12 จังหวัด โดย อสม.ดีเด่นนำเสนอผลงานพื้นที่จังหวัด คณะกรรมการทุกสาขาเข้าร่วมเป็นกรรมการที่ศูนย์ สสม.ภาคกลาง, สนับสนุนเตรียม อสม.ดีเด่นภาคกลาง สู่การคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ โดยทำการสรุปจุดเด่น - จุดพัฒนา ในการเตรียมความพร้อม อสม.ดีเด่นระดับภาคสู่การคัดเลือกระดับชาติที่ได้รับรวบรวมจากคณะกรรมการทั้ง 12 สาขาให้กับผู้รับผิดชอบงาน และจัดประชุมเตรียมความพร้อม อสม.ดีเด่นภาคกลางสู่การคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติผ่านระบบออนไลน์ เพื่อชี้แจงรูปแบบการคัดเลือกให้กับพี่เลี้ยงและ อสม.ดีเด่น, ลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง และถอดบทเรียน อสม.ดีเด่นระดับภาคกลาง ในการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ศูนย์ สสม.ภาคกลาง ขอแสดงความชื่นชม อสม.ที่เป็นตัวแทนการเข้าร่วมประกวดในทุกระดับได้นำเสนอผลงานมาแสดงให้เห็นที่ประจักษ์รวมพลังความสามารถ ความเข้มแข็งของ อสม.ให้ยั่งยืนตลอดไปและขอขอบพระคุณผู้บริหาร, คณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่น, พี่เลี้ยง อสม.ทุกระดับ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ

สำหรับวารสารฉบับนี้ มีผลงานวิชาการที่น่าสนใจให้ทุกท่านได้ติดตามเช่นเคย และทีมงานจะได้คัดสรรสิ่งดีๆ มานำเสนอท่านอีกต่อไป

สารบัญ

- การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับภาค และการสนับสนุนสู่อสม.ดีเด่นระดับชาติ..... **3**
- การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี
ศุภวัฒน์ ทศรัฐ..... **5**
- แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้าน
ต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน
โชติ เกิดบัณฑิต..... **15**
- ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565
เสาวนีย์ เวียงนิล, อมรรัตน์ พูลสวัสดิ์..... **26**
- ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
ชุตีไกร ตันติชัยวนิช..... **34**
- การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีในเขตภาคกลาง และภาคตะวันออก
ปีงบประมาณ 2561-2565
ธัญลักษณ์ ไพโรจน์, วันวิสาข์ เนตรเรืองแสง..... **45**

การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับภาค และการสนับสนุน อสม.ดีเด่นระดับชาติ

รวบรวม/เรียบเรียงโดย กมลชนก สหุณาหุ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ตั้งแต่ปี 2537 เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงการประกาศเกียรติคุณแก่ อสม.ที่ได้อุทิศตนเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสาธารณสุข สร้างผลงานดีเด่นด้านสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน 5 แห่ง ได้รับมอบหมายให้จัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขตและภาค โดยกำหนดรูปแบบและวิธีการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ประจำปี 2567 ผ่านระบบออนไลน์ และขับเคลื่อนการดำเนินงาน อสม.ดีเด่น ในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ประชุมคณะกรรมการการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง ประจำปี 2567

วันที่ 8 มกราคม 2566 ณ ศูนย์ สสม.ภาคกลางและผ่านระบบออนไลน์ จัดประชุมคณะกรรมการการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง ประจำปี 2567 ได้รับเกียรติจากนางศศิกริญา อัมพรพันธ์ ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพภาคกลางและศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี เป็นประธานการประชุม และชี้แจงหลักเกณฑ์, รูปแบบการคัดเลือก อสม.ดีเด่น, บทบาทของคณะกรรมการและเลขาฯ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย คณะกรรมการประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง จำนวน 12 สาขา



2. พิธีเปิด และประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ประจำปี 2567

วันที่ 9-12 มกราคม 2567 จัดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ผ่านระบบออนไลน์ ได้รับเกียรติจากนายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานในพิธีเปิด รูปแบบการคัดเลือก 6 สาขา/ครั้ง ๆ ละ 2 วัน ๆ 12 จังหวัด โดย อสม. ดีเด่น นำเสนอผลงาน ณ สสจ. หรือ สสอ. คณะกรรมการฯ รวมกัน ณ ศูนย์ สสม.ภาคกลาง



3. ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง ประจำปี 2567

ขอชื่นชม อสม. ดีเด่น ใน 7 จังหวัด ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับภาค ภาคกลาง ใน 12 สาขา ประจำปี 2567 ดังนี้

ผลการคัดเลือก

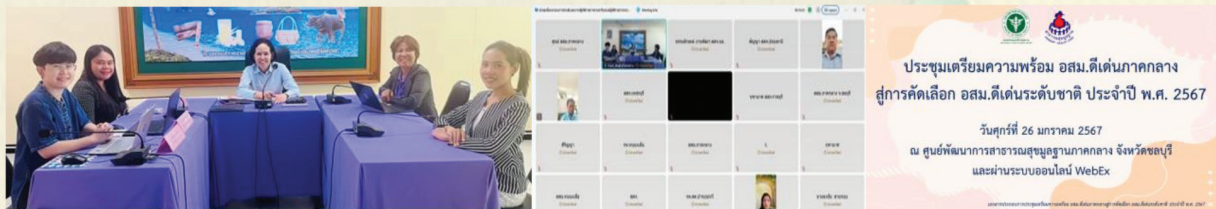
เขตสุขภาพที่	อสม.ดีเด่นระดับภาคกลาง ประจำปี2567	
4	- สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน - สาขาทันตสุขภาพ	นายวิสาห์ แสงหา ที่อยู่:12 ม .1 ต.บึงบา อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี นางพัฒนียา ไทธานี ที่อยู่:105 /10 ม.10 ต.พรหมณี อ.เมืองจครนนายก จนครนายก
5	- สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ - สาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก - สาขาการส่งเสริมสุขภาพ - สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนนางละมัย ศรีจันทร์ - สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ - สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ - สาขานุภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	นางสาววชิรินทร์ ศรีพนมวัน ที่อยู่:70 ม .12 ต.แสนตอ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี นางสาวนริญา แสงศักดิ์ ที่อยู่:658 /46 ม.2 ต.ท่าม่วง อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี นางอุษา โพธิ์ทอง ที่อยู่:59 ม .2 ต.หนองจอก อ.ท่าช้าง จ.เพชรบุรี นางสาวฐิติรัตน์ ภัคษา ที่อยู่: 18 หมู่ที่ 6 ต.หนองกระเจ็ด อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี นางสาวอารี บุญหลง ที่อยู่:92 /2 หมู่ที่ 5 ต.ไร่ใหม่พัฒนา อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี นางสาวอารี บุญหลง ที่อยู่:201 ม.2 ต.ตะนาวศรี อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี นางสาวประภา เกิดแก้ว ที่อยู่:98/3 ม.12 ต.ท่าคา อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม
6	- สาขาสุขภาพจิตในชุมชน - สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ตสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ - สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมนางสาวภรณ์พรรณ พงษ์สุวรรณ	นางคำนิง ศรีประสม ที่อยู่:39/ 6 ม.2 ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี นางญาณิศา ไตรนิวัฒน์ ที่อยู่:53 ถ.เทศบาลสาย8 ต.ท่าใหม่ อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี นางคำนิง ศรีประสม ที่อยู่:75 ม .2 ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี



ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่น

4. สนับสนุนการคัดเลือก อสม.ดีเด่นภาคกลาง สู่การคัดเลือก ระดับชาติ ประจำปี 2567

- ◎ **สรุปจุดเด่น – จุดพัฒนา** ในการเตรียมความพร้อม อสม.ดีเด่นระดับภาค สู่การคัดเลือกระดับชาติ จำนวน 12 สาขาให้กับผู้รับผิดชอบงาน
- ◎ **จัดประชุมเตรียมความพร้อม อสม.ดีเด่นภาคกลางสู่การคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี พ.ศ. 2567** ในวันที่ 26 มกราคม 2567 ณ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี และผ่านระบบออนไลน์



- ◎ **เยี่ยมเสริมพลัง เตรียมความพร้อม อสม.ดีเด่นภาคกลาง สู่การคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ** ลงพื้นที่ และผ่านระบบออนไลน์

จุดพัฒนาการประกวดคัดเลือกอสม.ดีเด่นระดับชาติ

เน้นการครองงานโดยนำเสนอ นวัตกรรม ผลงานเด่นในสาขาที่คัดเลือกนำไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และนำเสนอให้เห็นภาพการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายการทำงาน การขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่ใกล้เคียง และเพื่อเกิดความยั่งยืนต่อไป

ศูนย์ สสม.ภาคกลาง ขอแสดงความยินดีกับ อสม.ดีเด่นทุกระดับ และขอเป็นกำลังใจแก่ อสม.ดีเด่น ระดับภาค ภาคกลาง 12 สาขา และพี่เลี้ยงในสนับสนุน อสม. เพื่อเข้าร่วมประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติ

ในโอกาสต่อไป



การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

QUALITY OF LIFE OF THE PEOPLE : A CASE STUDY IN LAOKHWAN DISTRICT, KANCHANABURI PROVINCE

ศุภพัฒน์ ทศรัฐ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

SUPAPAT TOSSAROT

LAOKHWAN DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE, KANCHANABURI PROVINCE

บทคัดย่อ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน : กรณีศึกษาอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม เรื่อง คุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตอำเภอ เลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติที่ ค่าสถิติเอฟ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.70 มีอายุระหว่าง 36 - 45 ปี ร้อยละ 25.40 อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 66 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.10 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 47.10 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 3 - 4 คน ร้อยละ 57.90 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.46, SD. = 0.48$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.56, SD. = 0.66$) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 3.50, SD. = 0.50$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 3.43, SD. = 0.69$) และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\bar{X} = 3.35, SD. = 0.49$) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ประชาชนที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ประชาชนที่มี สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย ภาครัฐควรให้ความสำคัญในส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คนในชุมชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต, กรณีศึกษา

Abstract

A study “Quality of Life of the People in Laokhwan district, Kanchanaburi Province.” The purposes of this research were to explore the level of quality of life of the people in Laokhwan district, Kanchanaburi Province and to compare quality of life of the people classified according to personal factors consisting of gender, age, marital status, level of education, occupation, monthly income and number of family members. Data were collected from 379 subjects. The instrument for data collection was questionnaire. The statistics applied in the process were percentage arithmetic mean and standard deviation, t-test (Independent), F-test (One Way ANOVA), and content analysis.

The study found that most of the subjects were females, 36 - 45 years old, married (living together), with primary school education, Had a career in agriculture, 3 - 4 family members, and a monthly income between 5,001 - 15,000 Baht. Overall, the quality of life of people in Laokhwan district, Kanchanaburi Province was at a good level. ($\bar{X} = 3.46$, $SD. = 0.48$) When considered each factor, it was found that the quality of life in terms of the mental health was with the highest mean ($\bar{X} = 3.56$, $SD. = 0.66$) followed by environment ($\bar{X} = 3.43$, $SD. = 0.69$), social relationship ($\bar{X} = 3.43$, $SD. = 0.69$), and physical health ($\bar{X} = 3.35$, $SD. = 0.49$), respectively. For comparison of quality of life of people in Laokhwan district, Kanchanaburi Province according to their personal factors, it was found that people who were different in gender, age, level of education, occupation and monthly income had different quality of life at a significance level of .05 while people who were different in marital status and number of family members were not different in their quality of life.

Suggestions for study, the government should focus on physical development, psychological, social relationship and environment. It will be beneficial for people in the community to have a good quality of life. They can live happily.

Keywords : Quality of Life, comparison level of quality, Case Study

บทนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ ตั้งแต่แผนพัฒนาฉบับที่ 1 (2504-2509) ในช่วงระยะที่ผ่านมาแม้จะได้ผลทางด้านพัฒนาเศรษฐกิจ แต่กลับก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมา การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมทำให้เกิดการย้ายถิ่นของประชากรที่มุ่งเข้าสู่เมืองหลวงและเมืองใหญ่อื่นๆ เพื่อแสวงโอกาสในการประกอบอาชีพ

แม้ความยากจนลดลงแต่เศรษฐกิจฐานรากยังอ่อนแอ และมีความเหลื่อมล้ำคนไทยต้องเผชิญความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวบางส่วนคุณภาพการศึกษามีปัญหาไม่สามารถปลูกฝังการคิดเป็น ทำเป็นทำให้คุณภาพของคนในการพัฒนาประเทศมีสภาพถดถอยลงคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมเริ่มมีปัญหามากขึ้น จากผลของการพัฒนาประเทศเมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-2539) สรุปออกมาว่า เศรษฐกิจดี สังคม มีปัญหาพัฒนาไม่ยั่งยืน ทำให้ต้องมาคิดเรื่องการวางแผนและการพัฒนาประเทศกันใหม่ว่าจะปรับเปลี่ยนวิธีการกันอย่างไร จึงนำไปสู่แนวทางในการปรับปรุงหรือวางแผนนโยบายของประเทศ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในประเทศ ดังจะเห็นได้จากตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) เน้น “คนเป็นศูนย์กลาง” หรือ “จุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนา” การพัฒนาเศรษฐกิจควรเป็นเครื่องมือของการพัฒนาคน และคุณภาพชีวิต และปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ยึดหลัก “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” “อยู่รอด” “ยั่งยืน” และ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งในมิติของการมีปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ การมีสภาพแวดล้อมที่ดี การมีปัจจัยสนับสนุนให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจการมีโอกาสที่จะใช้ศักยภาพของตน ในการ

สร้างความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง, 2565, ประกาศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 - 2570)

นอกจากนี้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปีพุทธศักราช 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 47 ก, 2550) ก็ได้มีบทบัญญัติในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อาทิเช่น ในมาตรา 80 ได้มีการกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม สาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ด้วยการสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งต้องมีการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ หรือในมาตรา 85 (5) ที่กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ต้องส่งเสริมบำรุงรักษาและคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นภาระกิจหนึ่งที่มีผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันรัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ พิเศษ 54 ง, 2561) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน

มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน (คู่มือการบริหารจัดการเพื่อยกระดับศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), 2565)

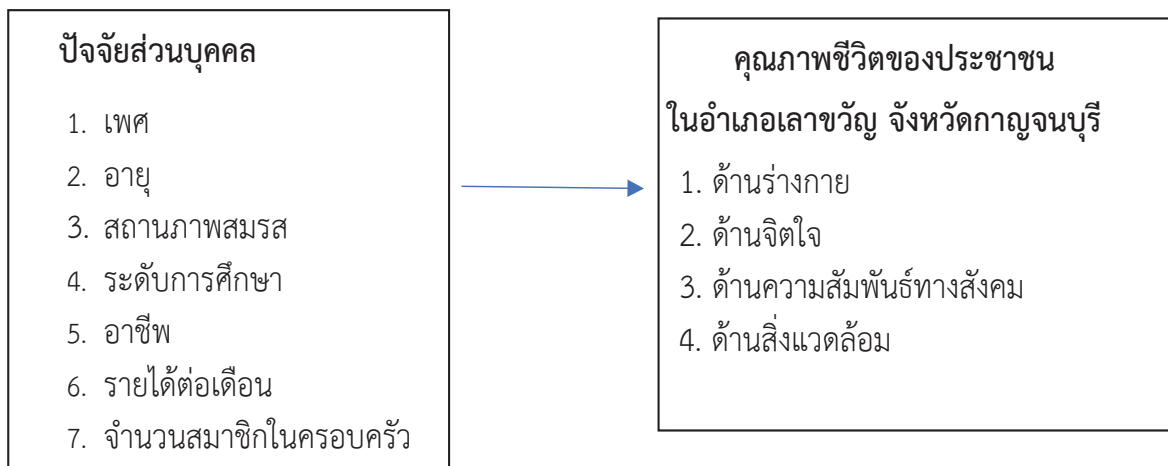
ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเลาขวัญจังหวัดกาญจนบุรี จึงมีความสนใจ กรณีศึกษา : การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน และการกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริง

ให้กับประชาชน รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และนโยบายของหน่วยงานต่อไป เหตุผลดังกล่าวจึงเป็นประเด็นสำคัญของการทำวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยทำการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสัมพันธ์ทางสังคม และ

ด้านสิ่งแวดล้อม (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2545, เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ตัวชี้วัด) มีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งได้จากการสำรวจจากทะเบียนราษฎร จำนวน 45,372 คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการ

เก็บข้อมูลเกณฑ์การคัดออกไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือบุคคลที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ และการสื่อสารได้แก่ ผู้พิการทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ผู้พิการจิตใจหรือพฤติกรรม ผู้พิการทางสติปัญญา หรือ ผู้พิการทางการออกเสียง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane (Taro Yamane, 1973) ที่ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 397 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) แบ่งตามสัดส่วนของประชากรที่อาศัยอยู่ใน 7 ตำบล อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว รวม 7 ข้อ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อคุณภาพชีวิตมีลักษณะคำถามปลายเปิดโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คนโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
มากที่สุด 5 คะแนน	ไม่เลย 5 คะแนน
มาก 4 คะแนน	เล็กน้อย 4 คะแนน
ปานกลาง 3 คะแนน	ปานกลาง 3 คะแนน
เล็กน้อย 2 คะแนน	มาก 2 คะแนน
ไม่เลย 1 คะแนน	มากที่สุด 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 28 - 130 คะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลความหมายคะแนน ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยปรับลดความถี่มาตราส่วน ประมาณค่า เป็น 5 ระดับ

ทั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์ความหมายของคะแนนเฉลี่ยของคำตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

$$\text{ระดับค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

4.21 - 5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีมาก

3.41 - 4.20 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

2.61 - 3.40 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำร่างการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

2. ประชุมคณะทำงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลพร้อมแจกแบบสอบถามอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3. คณะทำงานลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างประเมินคำตอบด้วยตนเอง

4. กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรับแบบสอบถามคืน โดยผู้ศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อขอรับคืนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งของอำเภอเลาขวัญด้วยตนเอง

5. ผู้ศึกษารวบรวมแบบสอบถาม ได้คืนครบตามจำนวน 397 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุดและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าร้อยละ (Percentage)

2. คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และ การวิเคราะห์ความ

แปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ด้วยสถิติ F-test และเมื่อพบความแตกต่างรายคู่ใช้วิธีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ (Post hoc) โดยวิธีของ Scheffe

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.70 มีอายุระหว่าง 46 - 55 ปี ร้อยละ 29.00 รองลงมาอายุระหว่าง 36 - 45 ปี ร้อยละ 25.40 และอายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 21.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 18.40 และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 12.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 21.40 และระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.70 มีอาชีพ เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน) ร้อยละ 44.10 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 44.10 และมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 7.60 มีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 47.10 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 36.80 และมีรายได้ต่อเดือน 15,001 - 25,000 บาท ร้อยละ 6.30 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 4 คน ร้อยละ 57.90 รองลงมา มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 22.70 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 - 2 คน ร้อยละ 19.40

ระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ในภาพรวม ทั้ง 4 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.56 รองลงมา ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.50 และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.43 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 3.35 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยภาพรวม

คุณภาพชีวิตของประชาชน	\bar{X}	S.D	แปลค่า
ด้านร่างกาย	3.35	0.49	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.56	0.66	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.43	0.69	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.50	0.50	ดี
โดยภาพรวม	3.46	0.48	ดี

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ทำให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนสถานภาพสมรส และจำนวน

สมาชิกในครอบครัว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานของปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	t	F	Sig.	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
				ยอมรับสมมติฐาน	ปฏิเสธสมมติฐาน
เพศ	.847		.034**	✓	
อายุ		4.470	.002**	✓	
สถานภาพสมรส		.865	.459		✓
ระดับการศึกษา		6.315	.001**	✓	
อาชีพ		3.689	.003**	✓	
รายได้ต่อเดือน		8.246	.001**	✓	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		.215	.806		✓

**p<.05

อภิปรายผล

การวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOLBREF-THAI) ซึ่งครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี มีคุณภาพชีวิตระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รายละเอียดรายด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ด้านร่างกาย พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากประชาชนมีความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองพอใจกับการนอนหลับสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีและพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาอยู่ในระดับดี ในขณะที่การมีกำลังเพียงพที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้มีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมประจำวันบ้างเล็กน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

2. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ด้านจิตใจ พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ เนื่องมาจากประชาชนรู้สึกพอใจในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และมีสมาธิในการทำงาน รู้สึกพอใจมากที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุขความสงบ มีความหวัง) และไม่ได้รู้สึกไม่ดี เช่น เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง หรือวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย อนรรฆ อีสเฮาะ

(2562) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอม อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง

3. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากประชาชนพอใจกับการผู้กมิตรหรือเข้ากับคนอื่นพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ เนื่องจากสภาพการเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ เป็นสังคมชนบท ชุมชนขนาดเล็กจึงทำให้คนในชุมชนรู้จักมักคุ้นกัน มีมิตรช่วยเหลือเกื้อกูลและให้ความช่วยเหลือพึ่งพอาศัยกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ณัฐวัฒน์ ชันโท (2557) ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่หน่วยบริการชุมชน คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา การมีสัมพันธ์มิตรระหว่างครอบครัว ชุมชนเดียวกัน และต่างชุมชน จากกิจกรรมที่ชุมชนได้ทำร่วมกันเป็นการแสดงถึงการมีมิตรทางสังคมที่อยู่ร่วมกันเป็นอย่างดี ทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมจนนำมาซึ่งการเชื่อมความสัมพันธ์อันดีต่อกันทั้งในครอบครัวและชุมชนมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี

4. คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ เนื่องมาจากประชาชนชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยตามความจำเป็น ชุมชนมีสภาพแวดล้อมในพื้นที่ที่ดีต่อสุขภาพ การคมนาคมมีความสะดวก และมีเงินหรือรายได้นำมาใช้จ่ายเพียงพอตามความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนรรฆ อีสเฮาะ (2562) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอม อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี เป็นอันดับแรก

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

จากการศึกษา พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นมีลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ประชาชนเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ประชาชนมีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลวัยอื่น ทำให้ไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตประชาชนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. และปริญญาตรี ก็จะมีโอกาสประกอบอาชีพที่สามารถหารายได้เพียงพอที่จะให้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นอำนวยความสะดวกหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์โดยไม่ต้องมีความวิตกกังวลในด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของปรานทิพย์ ภักดีศิริไพรัช (2559) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ อำเภอเกาะคำ จังหวัดลำปาง ศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน พบว่า ตัวแปรในด้าน เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของศรีบุญ เย็นผาสุก และรุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน (2562) การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนรรฆ อีสเฮาะ (2559) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอม อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่าปัจจัยด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

สรุปผล

คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 และลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ทำให้ประชาชนในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละด้านคือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ หน่วยงานภาครัฐควรที่เน้นในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุกด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน และด้านสิ่งแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีพื้นที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ หรือออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้เป็นข้อเสนอแนะให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) นำผลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือแนวทางการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ เพื่อให้คนในชุมชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงปัญหา อุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน และปัจจัยอื่นๆ เพื่อหาวิธีการพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ที่เหมาะสมต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน
2. ควรศึกษาการดำเนินงานการแก้ไขคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้าน โดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบให้แก่ชุมชนอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ตัวชี้วัด*. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2566, <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>.
- ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ. (2561). *คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี*. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561.
- ปรางทิพย์ ภัคศิรีไพรวัลย์. (2559). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผาอำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดลำปาง*. (สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 124 : ตอนที่ 47 ก. (2550, 24 สิงหาคม). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560*
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135 : ตอนพิเศษ 54 ง. (2561, 9 มีนาคม). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561*.
- ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ประกาศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570)*.
- ศรัณยู เย็นผาสุก และรุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน (2562) *การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการบริหารจัดการเพื่อยกระดับศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)*.
- อนรรฆ อิสมะ. (2562). *ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอม อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). *ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี*. รายงานการวิจัย สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing (5th ed.)*. New York : Harper Collins Publishers. (pp.202-204)
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). *Quality of life index: Development and psychometric properties*. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 29 - 37.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York : Harper and Brothers.
- Sartorius, N. and Kuyken, W. (1994). *Translation of Health Status Instruments*. In : *Quality of Life*
- Taro Yamane. (1973). *Statistics : an introductory analysis*. New York : New York : Harper & Row.

แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงาน เคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน

THE MOTIVATION OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, WAT PHLENG DISTRICT IN PERFORMANCE ON THE DOOR - KNOCK- ING OPERATION, AGAINST COVID-19 IN THE COMMUNITY

โชติ เกิดบัณฑิต

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

CHOTE GIRDBUNDIT

SUAN PHUNG DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE, RATCHABURI PROVINCE

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลง และเปรียบเทียบระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประชากรเป็น อสม. ในอำเภอวัดเพลง จำนวน 200 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane จำนวน 194 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทีแบบอิสระ ค่าสถิติเอฟ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ

ผลการวิจัย พบว่าระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายและเพศหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : แรงจูงใจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การปฏิบัติงานเคาะประตูบ้าน, โรคโควิด-19

Abstract

This research is survey research, the purposes of this research aimed to study and compare the motivation in performance of the Village Health Volunteers in Wat Phleng District. The population consisted of 200 Village Health Volunteers, Sample size determination using Yamane's formula for 194 people Sampling with specific selection methods. The research instrument was a questionnaire, Alpha-Coefficient 0.78, the data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test and Scheffe were used for compare.

The results showed that: All of the Village Health Volunteers had motivation in performance at a moderate level. The comparison of levels of motivation in performance of the village health volunteers between male and female had no differences of motivation. ($p < 0.05$). There weren't significance different of motivation in performance of the village health volunteers who had a variety of ages. There weren't significance different of motivation in performance of the village health volunteers who had a variety of education levels. There weren't significance different of motivation in performance of the village health volunteers who had various marital status. The level of motivation in performance of the village health volunteers who had various incomes and work experiences weren't different.

Keywords : Motivation, Village Health Volunteers, The Door-Knocking Operation, Covid-19 Diseases

บทนำ

อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลในหมู่บ้านที่มีความสำคัญที่ต้องมีความเสียสละมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการให้บริการกับประชาชนเบื้องต้นได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในหมู่บ้านจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนไม่เท่ากันในแต่ละหมู่บ้านขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือน และจำนวนประชากรของหมู่บ้านนั้นๆ หมู่บ้านใดที่มีจำนวนหลังคาเรือนและประชากรจำนวนมากจะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน จะรับผิดชอบ 8 - 15 หลังคาเรือน การได้มาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมาจากการทำเวทีประชาคมประจำหมู่บ้าน และบุคคลผู้นั้นได้รับการคัดเลือก ใน 1 หมู่บ้าน จะมีหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน เรียกบุคคลผู้นี้ว่า “ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้วต้องผ่านกระบวนการอบรมเป็น “อสม.” ตามหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ของ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ฝึกอบรม ประกอบด้วย ภาควิชาความรู้และภาคปฏิบัติ เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกอบรมตามหลักสูตรแล้ว จะได้ปฏิบัติงานในหมู่บ้านของตนเองที่อาศัยอยู่ โดยดูแลและเวกบ้านใกล้เคียงและช่วยงานในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดตามสังกัด ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข

ในเดือนธันวาคม 2562 มีการตรวจพบการเกิดผู้ติดเชื้อรายแรกในประเทศไทย โดยสัมผัสจากนักท่องเที่ยวชาวจีน หลังจากนั้นทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ได้มีการเตรียมการวางแผนรองรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ของประเทศไทย โดยเฉพาะกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ยังคงมีการกระจายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการอยู่อาศัยของประชาชนหนาแน่น เช่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ และจังหวัดอื่นๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยเฉพาะสถานที่ที่มีการจัดกิจกรรมรวมคนหนาแน่น เช่น สนามมวย สนามกีฬา โรงภาพยนตร์ โรงแรม สนามบิน ในช่วงแรกๆ ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันของโรคโควิด - 19 ด้วยตนเอง เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ มาตรการการป้องกันโรคโควิด - 19 ยังถ่ายทอดไปไม่ถึงปลายทาง ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อบางรายต้องเข้ารับการรักษาตัว จนเกิดภาวะคนไข้ล้นโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงได้รับคำสั่งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ให้ดำเนินการควบคุมโรคและเฝ้าระวังโรคโควิด - 19 อย่างเข้มงวดตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข โดยติดตามสถานการณ์จากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ของประเทศไทยซึ่งในแต่ละจังหวัด ศบค.มท. มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ นอกจากนี้ ในทุกอำเภอจะมี ศบค.มท. อำเภอ เป็นส่วนควบคุมกำกับ การที่มีการสั่งการจากผู้ว่าราชการจังหวัด ใน ศบค.มท. ระดับอำเภอ จะมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีการดำเนินการตามมาตรการความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ในส่วนของการดำเนินงานตามมาตรการ ศบค.มท.อำเภอนั้น จะมีการดำเนินการผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยเหตุที่อาสาสมัครสาธารณสุข

มีความใกล้ชิดประชาชนมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค โดย ได้กำหนดกิจกรรม “การเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน” ขึ้นสำหรับการควบคุมโรคโควิด - 19 ในระยะนั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2564)

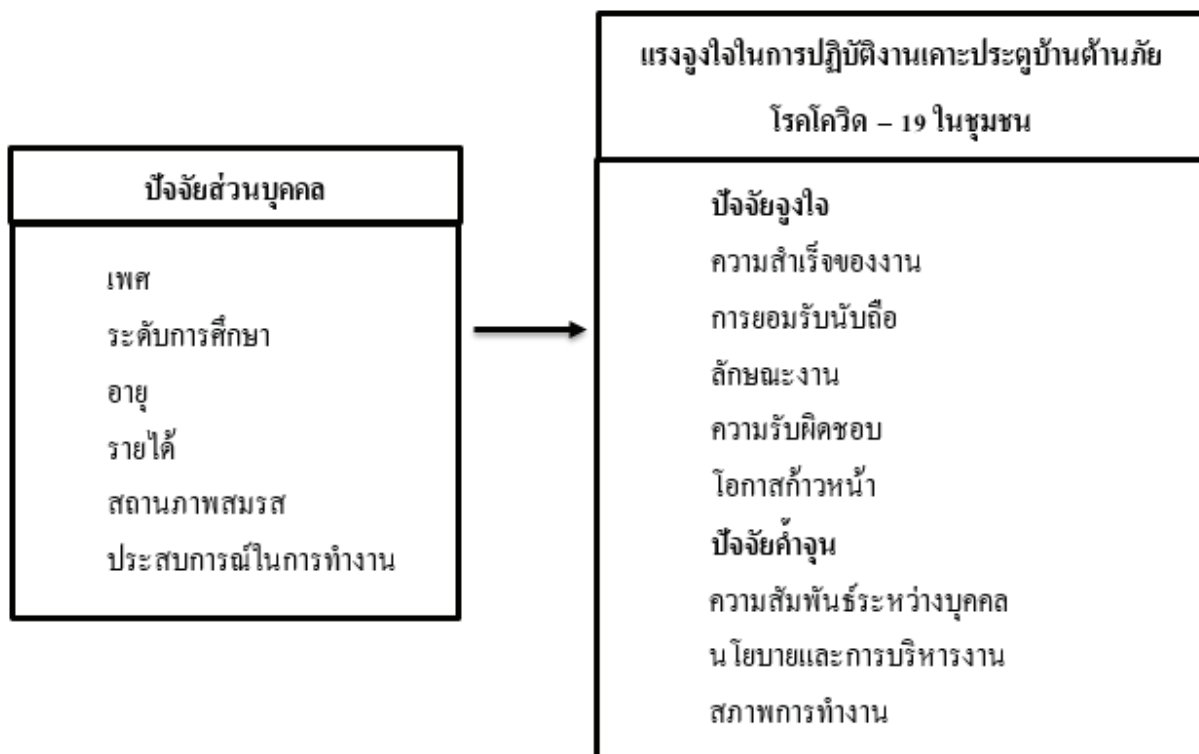
ในสถานการณ์ปกติ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลง มีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมี อายุค่อนข้างมาก โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติงานตามมาตรการควบคุมโรคโควิด - 19 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ ทั้งภายในส่วนของอำเภอวัดเพลงและคณะทำงานที่เข้ามาในอำเภอวัดเพลง เพื่อทำงานควบคุมโรคโควิด - 19 ในการดำเนินงานในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขต้องร่วมมือกับผู้ใหญ่บ้าน กำนัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา สถานประกอบการ พระภิกษุสงฆ์ ประชาชนทุกๆ คน ทุกระดับ ในการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการควบคุมโรคโควิด - 19 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง, 2564) นอกจากนี้ ต้องทำการคัดกรองประชาชนเมื่อมีกิจกรรมเกิดขึ้นในหมู่บ้าน การร่วมออกตรวจสอบสถานที่ การร่วมเตรียมสถานที่เพื่อรองรับผู้สัมผัสเชื้อโรคโควิด - 19 ในการกักตัว 14 วันในพื้นที่ที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) กิจกรรมเหล่านี้ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีมาตรฐานตามมาตรการควบคุมโรคโควิด - 19 แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอวัดเพลงที่ส่วนใหญ่มีอายุมาก แต่คุณภาพการทำงานไม่เคยลดลงแต่อย่างใด ขณะที่การทำงานมีการร่วมแรงร่วมใจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถประกอบกับภูมิประเทศของอำเภอวัดเพลงเป็นสวนมะพร้าวและสวนผลไม้อื่นๆ พื้นที่ไร่ พุงนา การทำงานดังกล่าวค่อนข้างยาก แต่ “กิจกรรมการเคาะประตู บ้านต้านภัย

โรคโควิด - 19 ” ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การคัดกรองผู้ป่วยตามกิจกรรมในอำเภอที่มีการจัดขึ้น เช่น งานประเพณี งานบุญ งานมงคล และอวมงคลยังคงพบความร่วมมือที่ดีตลอดมาของอาสาสมัครสาธารณสุข ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีเงินเดือน มีเพียงค่าป่วยการเดือนละ 1,000 บาท เท่านั้นที่ได้รับ ซึ่งโดยส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เช่น ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง และอำนวยความสะดวกในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง, 2564) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนว่ามีแนวโน้มเป็นอย่างไร โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ปัจจัยจูงใจกับปัจจัยค้ำจุน) เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวจะนำมาใช้ในการศึกษาถึงสาเหตุความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในงานของบุคคล โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรกเรียกว่า ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากงานที่ทำ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน สำหรับกลุ่ม 2 เรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของงาน เป็นปัจจัยที่ลดความไม่พอใจที่เกิดจากการทำงาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำ ด้านสภาพและเงื่อนไขในการทำงาน และด้านนโยบายการบริหารงาน (Herzberg, 1959: 45-98) และผู้วิจัยมีความคาดหวังที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับใช้กับการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด - 19 ในชุมชน และงานควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง โดยนำผลการวิจัยที่ได้มากำหนดแนวทางสนับสนุนการทำงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน

กรอบแนวคิด



สมมติฐาน

อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางแผนงานสุขภาพภาคประชาชนให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและความต้องการของชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลงในอนาคต

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลเกาะศาลพระ ตำบลจอมประทัด และตำบลวัดเพลง ทั้งสิ้น 28 หมู่บ้าน จำนวน 200 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง, 2563: น. 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 28 หมู่บ้าน จำนวน 194 คน ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (อาวุธ วัฒนสิน, 2536: น. 59)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน ตามทฤษฎีลำดับความต้องการมนุษย์ มาสโลว์ (Maslow Theory) (สมยศ นาวิการ, 2521: 70) และทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอิร์ซเบิร์ก (Herzberg Theory) (Herzberg, 1959: 45-98) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 32 ข้อ มี 2 องค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบในปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน องค์ประกอบในปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำ ด้านสภาพและเงื่อนไขในการทำงาน และด้านนโยบายการบริหารงาน

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ได้แก่ จัดทำข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และดำเนินการทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาคุณภาพ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการวิจัยและประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอวัดเพลง เพื่อเตรียมการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

2. ระยะดำเนินการ ได้แก่ การดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในช่วงเดือนมกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงเป็นค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบระดับแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน ซึ่งทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe)

ผลการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.47 มีอายุในช่วงอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 80.41 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 93.30 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 85.57 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.92 และมีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 31.96

ระดับแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่มีต่อองค์ประกอบในปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรด้านระดับการศึกษา เมื่อพิจารณาในองค์ประกอบด้านปัจจัยค้ำจุน พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของวชิระ กันภัย (2559) ที่ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการศึกษาพบว่าด้านสภาพแวดล้อม ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ

และด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงานมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงในแต่ละองค์ประกอบในปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน พบว่า มีระดับแรงจูงใจแตกต่างกันไป โดยมีทั้งระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง โดยพบว่าทุกองค์ประกอบในปัจจัยจูงใจมีระดับแรงจูงใจปานกลาง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบในปัจจัยค้ำจุน พบว่า การปฏิบัติงานทุกด้านในองค์ประกอบในปัจจัยค้ำจุน มีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำชุมชน ด้านสภาพและเงื่อนไขในการทำงานและด้านนโยบายการบริหารงานผู้วิจัยได้แยกพิจารณาแต่ละองค์ประกอบตามระดับของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง จากระดับปานกลาง-สูงโดยการเปรียบเทียบแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลง ตามตัวแปรต่างๆ ดังนี้

เพศกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรีเพศชายและเพศหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในการทำงานของเพศชายและเพศหญิง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับองค์ประกอบด้านปัจจัยค้ำจุนเมื่อแยกพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ด้านสภาพและเงื่อนไขในการทำงานของเพศชาย

และเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงโดยรวมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านด้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี เพศชายและเพศหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวชิระ กันภัย (2559) ที่ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า พนักงานมหาวิทยาลัยเพศชายและเพศหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษณา สังเกต (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการเลือกเล่นกีฬาบาสเกตบอลของนักเรียนนักศึกษาในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ปี พ.ศ. 2559 ผลการศึกษาพบว่านักเรียนนักศึกษาที่มีเพศต่างกันจะมีแรงจูงใจภายในและภายนอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อายุกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านด้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านด้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของประทุมพร ชนะสิทธิ์ (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน กรณีศึกษาฝ่ายบริหารหนี้ธนาคารแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า พนักงานธนาคาร

ที่มีอายุต่างกันมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านคุณภาพของงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .05 ตามลำดับ แต่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของวชิระ กันภัย (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า พนักงานมหาวิทยาลัยที่มีอายุต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่พบความแตกต่าง

ระดับการศึกษากับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านด้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกันเมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านในปัจจัยจูงใจ พบว่า ด้านความก้าวหน้าในการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในองค์ประกอบด้านปัจจัยค้ำจุน พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านด้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของวชิระ กันภัย (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า พนักงานมหาวิทยาลัยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่พบความแตกต่าง แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษณา สังเกต (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจ

ในการเลือกเล่นกีฬาบาสเกตบอลของนักเรียนนักศึกษา ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี ปี พ.ศ. 2559 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนนักศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีแรงจูงใจภายในและภายนอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน จากความไม่สอดคล้องดังกล่าวเนื่องจากในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ทางด้านรายได้พบว่าร้อยละ 85.57 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท แต่มีความสุขด้วยการดำรงชีวิตอยู่แบบพอเพียง ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงจึงสามารถดำรงชีพอยู่ได้ อีกทั้งการอยู่ในชุมชนหมู่บ้านค่าครองชีพไม่สูงมากนัก

สถานภาพสมรสกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน จากความไม่สอดคล้องดังกล่าวเนื่องจากในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในด้านสภาพการสมรส พบว่า ร้อยละ 63.92 มีสถานภาพสมรส อยู่เป็นครอบครัว ส่วนสถานภาพโสดและ

แยกกันอยู่มีร้อยละ 26.80 และ 9.28 ตามลำดับ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงจึงสามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างครบครัน

ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่ปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของวชิระ กันภัย (2559) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า พนักงานมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์ต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน

สรุปผล

1. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงเพศชายและหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาในองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ในด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ เพศชายและเพศหญิงมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ด้านสภาพและเงื่อนไขในการทำงานของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน

4. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้านในปัจจุบัน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในองค์ประกอบด้านปัจจัยค่าจูง พบว่า ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวัดเพลงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเคาะประตูบ้านต้านภัยโรคโควิด - 19 ในชุมชนแตกต่างกัน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

6. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงที่มีรายได้ต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

7. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอวัดเพลงที่มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ต้องการให้ผู้บริหารในระดับเหนือขึ้นไป พิจารณาทบทวนกำหนดแนวทางการดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้

1. เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้แสดงความคิดเห็นหรือแนวทางในการทำงานตามระบบ
2. ติดตามเสริมพลังการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นพี่ปรึกษาในการปฏิบัติงาน ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม
3. สนับสนุนงบประมาณโดยมีค่าตอบแทนในเรื่องค่าอาหาร ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง เมื่อต้องออกปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลาหลายวันหรือต้องออกปฏิบัติงานในเวลากลางคืน
4. สร้างหลักประกันความปลอดภัยเมื่อต้องออกปฏิบัติงานในเวลากลางคืน
5. สนับสนุนให้มีความก้าวหน้าทางด้านการศึกษาและการประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้

1. การศึกษาความคิดเห็นของประชาชนแกนนำสุขภาพครอบครัวในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคคลในครอบครัวเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี
2. การศึกษาแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในดูแลผู้ป่วยโควิด - 19 ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดราชบุรี
3. การศึกษาแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานต้านโควิด - 19 ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดราชบุรี

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา สังเกต. (2559). แรงจูงใจในการเลือกเล่นกีฬา บาสเกตบอลของนักศึกษาในเขตเทศบาลนครอุดรธานี (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ประทุมพร ชนะสิทธิ์. (2559). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานกรณีศึกษาฝ่ายบริหารหนี้ธนาคารแห่งหนึ่ง (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- วชิระ กันภัย. (2559). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- สมยศ นาวิการ. (2521). การพัฒนาองค์การและการจูงใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงกมล.
- สาธารณสุข,กระทรวง. (2563). คู่มือแนะนำสำหรับ อสม. ในการเคาะประตูเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตอาการ โควิด-19. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ.
- สาธารณสุข, จังหวัด. (2564). เอกสารประกอบการประชุม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี.
- สาธารณสุข, อำเภอ. (2564). เอกสารแผ่นพับ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดเพลง.
- อาวุธ วัฒนสิน. (2536). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ กรุงเทพฯ: ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- Herzberg Fredericoel Bernard Mansner and Babara Block Symderman. (1959). *The Motivation Of Work*. 2nd ed. New York: John Wiley Andersons Inc.

ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภค ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565

QUANTITY OF FLUORIDE CHLORIDE AND NITRATE IN ICE AND DRINKING WATER IN SEALED CONTAINERS DURING 2020-2022

เสาวนีย์ เวียงนิล, อมรรัตน์ พูลสวัสดิ์
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

SAOWANEE WIANGNIL, AMONRAT POONSAWAT
REGIONAL MEDICAL SCIENCES CENTER 6 CHONBURI

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และเก็บข้อมูลตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี โดยทางสำนักงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมกับภาคเอกชนจังหวัดชลบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง ได้ทำการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ในระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 รวม 1,101 ตัวอย่าง แบ่งเป็น น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จำนวน 916 ตัวอย่าง และน้ำแข็ง จำนวน 185 ตัวอย่าง จากผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวอย่าง คลอไรด์ 3 ตัวอย่าง และไนเตรท 12 ตัวอย่าง และในน้ำแข็ง มีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง คลอไรด์ไม่พบตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ว่ามีตัวอย่างน้ำบางส่วนที่ยังคงมีปัญหาในด้านคุณภาพ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสื่อสาร ให้ความรู้ คำแนะนำให้แก่ผู้ผลิตเพื่อปรับปรุงคุณภาพ และมีการเฝ้าระวังเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป

คำสำคัญ : ฟลูออไรด์, คลอไรด์, ไนเตรท, น้ำแข็ง, น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

Abstract

This research is survey research with the objective to study, analyze and collect data on water samples submitted for analysis of the amount of fluoride, chloride and nitrate in ice and drinking water in sealed containers during 2020-2022 at the Regional Medical Sciences Center 6 Chonburi. The Public Health Office in the Health Area 6, in collaboration with the private sector in Chonburi Province and nearby areas, sent samples for quality analysis at the Medical Sciences Center 6 Chonburi during 2020-2022, total 1,101 samples. Divided into 916 samples of drinking water in sealed containers and 185 samples of ice. From the results of the analysis, it was found that 8 samples of drinking water in sealed containers did not meet the criteria for fluoride, 3 chloride samples and 12 nitrate samples. And in the ice, there were 2 samples of fluoride that did not meet the criteria, chloride was not found in any samples that did not meet the criteria. And 2 samples of nitrate not meeting the criteria. From the results of the study, it can be noted that some water samples still have quality problems. The relevant agencies should communicate, provide knowledge, and give advice to manufacturers to improve quality. And there is further surveillance to ensure compliance with the criteria as announced by the Ministry of Public Health.

Keywords : Fluoride, Chloride, Nitrate, Ice, Drinking water in sealed containers

บทนำ

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ไม่ว่าจะใช้ดื่มกินหรือประกอบอาหาร ซึ่งน้ำที่เรานำมาบริโภคนั้นต้องเป็นน้ำที่มีความสะอาดและปลอดภัยต่อสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมคุณภาพของน้ำก่อนที่จะนำมาบริโภค ซึ่งคุณภาพน้ำสามารถแบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ๆ ได้ 3 ลักษณะคือ คุณภาพน้ำทางกายภาพ เช่น สี รส ความขุ่น เป็นต้น คุณภาพน้ำทางเคมี เป็นสารละลายที่เจือปนอยู่ในน้ำ ต้องตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการ เช่น ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง ฟลูออไรด์ คลอไรด์ ไนเตรท ซัลเฟต เป็นต้น และคุณภาพน้ำทางจุลินทรีย์ เช่น เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคซึ่งปนเปื้อนอยู่ในอาหารและน้ำ เป็นต้น (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร, 2562: 33-35)

โดยสารละลายที่เจือปนอยู่ในน้ำนั้น หากมีปริมาณที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลเสียต่อร่างกายได้ เช่น ฟลูออไรด์ หากได้รับในปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดการสะสมและเกิดสภาวะฟันตกกระได้ (สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา และ อังศณา ฤทธิอยู่, 2548:7-9) คลอไรด์ในน้ำที่มีปริมาณความเข้มข้นสูงอาจส่งผลต่อรสชาติของน้ำ และอาจทำให้เกิดการกัดกร่อนของท่อส่งน้ำที่ทำจากโลหะได้ ส่งผลทำให้ปริมาณโลหะในน้ำเพิ่มขึ้น หรือไนเตรทที่เกิดจากการย่อยสลายของสารอินทรีย์โดยแบคทีเรียบางชนิดมีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กทารก ซึ่งจะทำให้ร่างกายเกิดการขาดออกซิเจน มีอาการตัวเขียว และอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ (กองมาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาล, [ม.ป.ป.]:ออนไลน์)

จากผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-2556 พบว่า คุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ด้านกายภาพ เฉลี่ยร้อยละ 22.81 ด้านเคมี เฉลี่ยร้อยละ 16.59 และด้านชีวภาพ เฉลี่ยร้อยละ 82.58 (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค, [ม.ป.ป.]:4-6)

เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพของน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 และฉบับที่ 78 พ.ศ.2527 ทางสำนักงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 จึงร่วมกับภาคเอกชนจังหวัดชลบุรี และพื้นที่ใกล้เคียงจึงทำการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ในปี พ.ศ.2563-2565 รวม 1,101 ตัวอย่าง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเก็บข้อมูลตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

2. เพื่อวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565

กรอบแนวคิด

ศึกษาปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 โดยตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่ส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 รวบรวมข้อมูลที่ได้และทำการแบ่งประเภทของตัวอย่าง (น้ำแข็ง/น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท) จำนวนตัวอย่างในแต่ละปีที่ทำการศึกษา (พ.ศ. 2563-2565) และผลการตรวจวิเคราะห์ (เชิงคุณภาพ ได้แก่ ตรวจไม่พบ ตรวจพบและอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และเชิงปริมาณ) จากนั้นเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้กับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์นั้นมีคุณภาพเป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นการยืนยันความปลอดภัยของผู้บริโภค และเป็นการรับรองว่ามาตรฐานของผู้ผลิตนั้นยังเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์นั้น สามารถนำมาทำเป็นแผนติดตามคุณภาพและเฝ้าระวังคุณภาพของน้ำ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภคต่อไป

วิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีขอบเขตในการสำรวจตัวอย่างน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทเพื่อนำมาตรวจวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 และเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้กับเกณฑ์มาตรฐาน

2) การกำหนดพื้นที่และขอบเขตการรวบรวมข้อมูลตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่างที่ส่งตรวจ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 ประเภท ได้แก่ น้ำแข็ง และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการดำเนินการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ของสำนักงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 และภาคเอกชน (ผู้ประกอบการที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 และพื้นที่ใกล้เคียง) จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และสมุทรปราการ

3) วิธีการตรวจวิเคราะห์ ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างโดยเทตัวอย่างน้ำใส่ขวดพลาสติกอย่างน้อย 2 หน่วยผสมให้เข้ากัน ในกรณีที่เป็นน้ำแข็ง ทำการวางตัวอย่างอย่างน้อย 2 หน่วย ในภาชนะรองรับ ทิ้งไว้ที่ อุณหภูมิห้องจนละลายหมด จากนั้นเทใส่ขวดพลาสติกผสมให้

เข้ากัน ดูดตัวอย่างที่เตรียมด้วยกระบอกฉีดยาพลาสติกกรองผ่าน syringe filter ขนาด 0.45 ไมครอน ใส่ลงในหลอดพลาสติกสำหรับวิเคราะห์ตัวอย่าง วิเคราะห์ต่อโดยเครื่อง Ion chromatograph คำนวณผลที่ได้

4) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ได้แก่ 1.เครื่อง Ion chromatograph ยี่ห้อ Thermo รุ่น ICS-5000+ พร้อมคอมพิวเตอร์ที่มีโปรแกรมควบคุมการทำงานและระบบประมวลผล Chromeleon 7 Software 2.สารละลายมาตรฐานตั้งต้นที่มีคุณสมบัติสอบกลับได้ของฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรท 3.แก๊สไนโตรเจน ความบริสุทธิ์ไม่น้อยกว่า 99.999% 4.กระบอกฉีดยาพลาสติก 5.syringe filter ขนาด 0.45 ไมครอน 6.micropipette 7.น้ำ deionized ค่าความต้านทาน ≥ 18 เมกกะโอห์ม 8.หลอดพลาสติกสำหรับวิเคราะห์ตัวอย่าง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ทำการตรวจวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้จากตัวอย่างที่สำนักงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมกับภาคเอกชนจังหวัดชลบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 พ.ศ.2524 และฉบับที่ 78 พ.ศ.2527 ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 รวม 1,101 ตัวอย่าง แบ่งเป็นน้ำแข็ง 185 ตัวอย่าง และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 916 ตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่

ผลการศึกษา

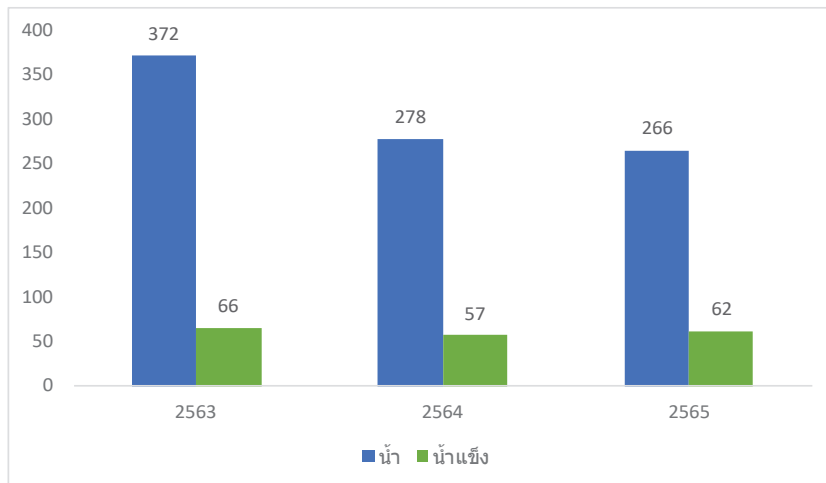
1. ผลการศึกษาและเก็บข้อมูลตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์

การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ผลการเก็บข้อมูลตัวอย่างน้ำที่ส่งตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรท ในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 438 ตัวอย่าง (น้ำ 372 ตัวอย่าง น้ำแข็ง 66 ตัวอย่าง) ปี 2564 จำนวน 335 ตัวอย่าง (น้ำ 278 ตัวอย่าง น้ำแข็ง 57 ตัวอย่าง) และ ปี 2565 จำนวน 328 ตัวอย่าง (น้ำ 266 ตัวอย่าง น้ำแข็ง 62 ตัวอย่าง) (ดังรูปที่ 1)

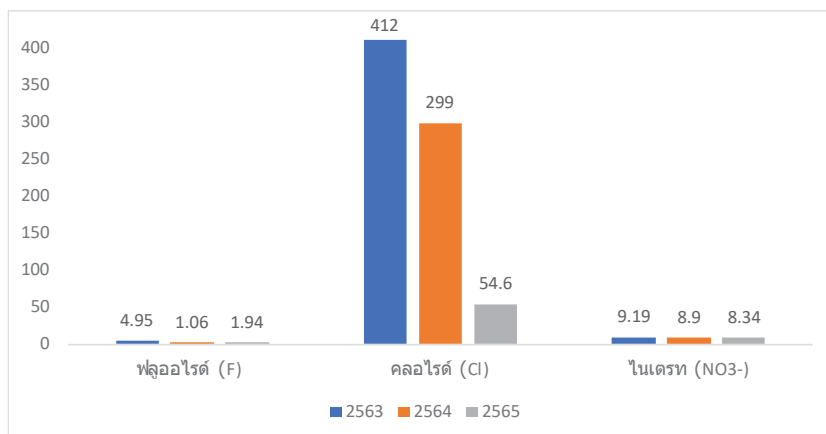
2. ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณของสารฟลูออไรด์ (F) คลอไรด์ (Cl) และไนเตรท (NO₃⁻) พบว่ามีปริมาณสูงสุดของสารฟลูออไรด์คลอไรด์และไนเตรท (รายงานในหน่วย มิลลิกรัมต่อลิตร) ที่ตรวจพบใน

แต่ละปีในตัวอย่างน้ำแข็ง (ดังรูปที่ 2) และน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ดังรูปที่ 3) และทำการแบ่งผลการตรวจวิเคราะห์เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตรวจไม่พบ ตรวจพบและอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ พบว่า 1) ตัวอย่างประเภทน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีจำนวนตัวอย่างที่มีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวอย่าง คลอไรด์ 3 ตัวอย่าง และไนเตรท 12 ตัวอย่าง (ดังรูปที่ 4) 2) ตัวอย่างประเภทน้ำแข็ง มีจำนวนตัวอย่างที่มีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง คลอไรด์ไม่พบตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง (ดังรูปที่ 5)

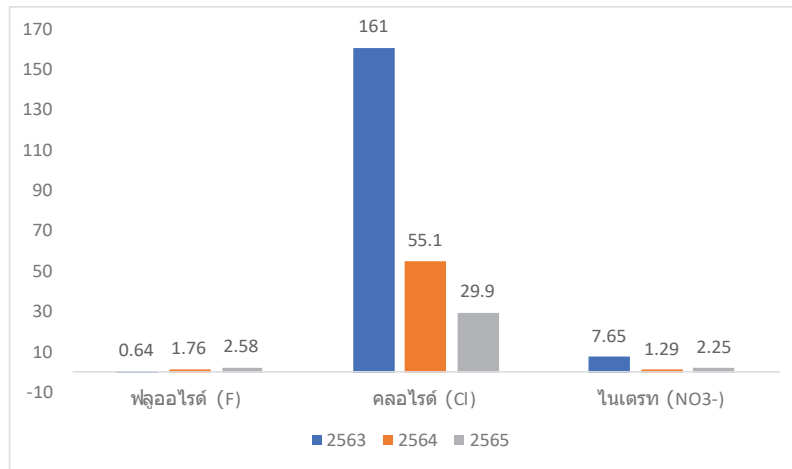
รูปที่ 1 แสดงประเภทและจำนวนของตัวอย่างในแต่ละปี



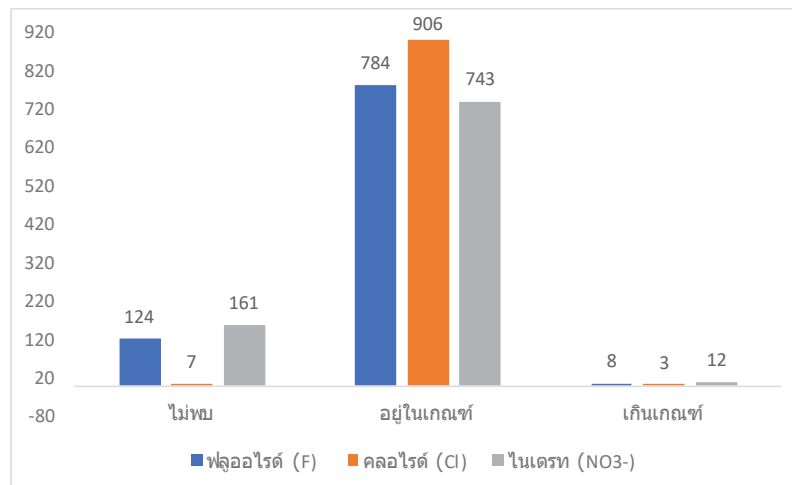
รูปที่ 2 แสดงปริมาณสูงสุดของสารฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรท (มิลลิกรัมต่อลิตร) ที่ตรวจพบในแต่ละปีในตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท



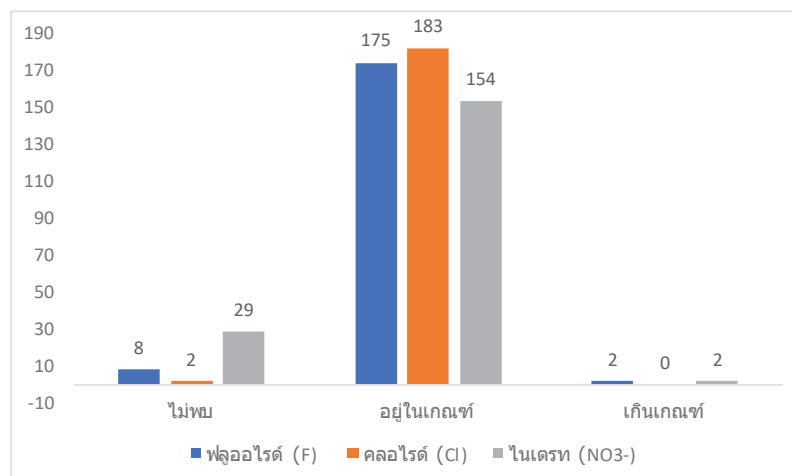
รูปที่ 3 แสดงปริมาณสูงสุดของสารฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรท (มิลลิกรัมต่อลิตร) ที่ตรวจพบในแต่ละปี ในตัวอย่างน้ำแข็ง



รูปที่ 4 แสดงจำนวนผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณของสารฟลูออไรด์ (F-) คลอไรด์ (Cl-) และไนเตรท (NO3-) ในตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท



รูปที่ 5 แสดงจำนวนผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณของสารฟลูออไรด์ (F-) คลอไรด์ (Cl-) และไนเตรท (NO3-) ในตัวอย่างน้ำแข็ง



อภิปรายผล

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ได้กำหนดให้น้ำบริโภคต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐานด้านคุณสมบัติทางเคมีดังนี้ ฟลูออไรด์โดยคำนวณเป็นฟลูออรีน ไม่เกิน 0.7 มิลลิกรัมต่อลิตร คลอไรด์โดยคำนวณเป็นคลอรีน ไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อลิตร ไนเตรทโดยคำนวณเป็นไนโตรเจน ไม่เกิน 4.0 มิลลิกรัมต่อลิตร และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (พ.ศ.2527) เรื่อง น้ำแข็ง ได้กำหนดให้การผลิตน้ำแข็งเพื่อจำหน่ายที่มีวัตถุประสงค์ให้ใช้รับประทาน ต้องใช้น้ำสะอาดที่มีมาตรฐานดังต่อไปนี้ ฟลูออไรด์โดยคำนวณเป็นฟลูออรีน ไม่เกิน 1.5 มิลลิกรัมต่อลิตร คลอไรด์โดยคำนวณเป็นคลอรีน ไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อลิตร ไนเตรทโดยคำนวณเป็นไนโตรเจน ไม่เกิน 4.0 มิลลิกรัมต่อลิตร

จากผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 0.73-4.95 มิลลิกรัมต่อลิตร ปริมาณคลอไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 3 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 293-412 มิลลิกรัมต่อลิตร และปริมาณไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 12 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 4.28-9.19 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามลำดับ สำหรับตัวอย่างน้ำแข็งมีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 1.76-2.58 มิลลิกรัมต่อลิตร และมีปริมาณไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 5.14-7.65 มิลลิกรัมต่อลิตร ในส่วนของปริมาณคลอไรด์ในตัวอย่างน้ำแข็ง พบว่ามีปริมาณเป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งมีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 0-161 มิลลิกรัมต่อลิตร

เมื่อพิจารณาจากผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ในแต่ละปี พบว่า คุณภาพของน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทมีแนวโน้มพัฒนาคุณภาพไปใน

ทางที่ดีขึ้นในส่วนของตัวอย่างน้ำที่มีผลไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดทางผู้ประกอบการต้องดำเนินการตรวจสอบหาสาเหตุซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น แหล่งน้ำที่นำมาใช้ในการผลิต ขั้นตอนกระบวนการผลิต ขั้นตอนการปรับปรุงคุณภาพน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ควรปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น ก่อนจะนำส่งตรวจยืนยันอีกครั้งเพื่อเป็นการควบคุมให้น้ำมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สรุปผล

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ดำเนินเก็บข้อมูล และทำการตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรท ในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ในปี พ.ศ. 2563-2565 รวม 1,101 ตัวอย่าง แบ่งเป็นน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจำนวน 916 ตัวอย่าง และน้ำแข็ง จำนวน 185 ตัวอย่าง พบตัวอย่างน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 8 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 0.73-4.95 มิลลิกรัมต่อลิตร ปริมาณคลอไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 3 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 293-412 มิลลิกรัมต่อลิตร และปริมาณไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 12 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 4.28-9.19 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามลำดับ สำหรับตัวอย่างน้ำแข็งมีปริมาณฟลูออไรด์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 1.76-2.58 มิลลิกรัมต่อลิตร และมีปริมาณไนเตรทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 2 ตัวอย่าง มีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 5.14-7.65 มิลลิกรัมต่อลิตร ในส่วนของปริมาณคลอไรด์ในตัวอย่างน้ำแข็ง พบว่ามีปริมาณเป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งมีค่าที่ได้อยู่ในช่วง 0-161 มิลลิกรัมต่อลิตร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาทำเป็นแผนติดตามคุณภาพและเฝ้าระวังคุณภาพของน้ำ เพื่อให้คุณภาพของน้ำบริโภคมีความสะอาดปลอดภัย สร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการให้คำแนะนำแก่ผู้ผลิต ผู้ประกอบการเกี่ยวกับการควบคุม การปรับปรุงคุณภาพน้ำ เพื่อให้มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาปริมาณฟลูออไรด์ คลอไรด์ และไนเตรทในน้ำแข็งและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในแต่ละปี พบว่า คุณภาพของน้ำบริโภคมีแนวโน้มตรงตามเกณฑ์มาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดมากขึ้น ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี และมีการศึกษาคุณภาพน้ำทางเคมีเพิ่มเติม เช่น ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง ปริมาณโลหะในน้ำ เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร. (2562). *คู่มือมาตรฐานน้ำดื่มประเทศไทย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กองมาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาล. [ม.ป.ป.]. *สารระนำรู้เกี่ยวกับคุณภาพน้ำ*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566, <http://www.dgr.go.th/dga/th/about/352>

กระทรวงสาธารณสุข สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). *พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พร้อมกฎกระทรวง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง)*. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566, <https://food.fda.moph.go.th/food-law/sum-law>

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา. อังศณา ฤทธิชัย. (2548). *แนวทางการจัดการฟลูออไรด์สูงในน้ำบริโภคเพื่อป้องกันผลกระทบต่อด้านทันตสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1: นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค. [ม.ป.ป.]. *สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2556*: สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566, https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/12253/16501.pdf

ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
HAPPINESS AT WORK OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
IN PLUAKDAENG DISTRICT, RAYONG PROVINCE

ชุตติไกร ตันติชัยวนิช
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลวกแดง
CHUTIGAI TANTICHAIVANIT
PLUAKDAENG DISTRICT HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถ
ร่วมทำนายความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงาน อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป
ในเขตอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง จำนวน 230 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้
เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสถิติไคสแควร์
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 56.1 มีความสุขในระดับปานกลาง
รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 36.9 และระดับน้อย ร้อยละ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สถานะแวดล้อมทางสังคม (p -value < 0.001)
ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งสามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร้อยละ 35.7 และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายได้สูงสุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรเสริมสร้างความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน โดยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ส่งเสริม
สัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึง การจัดการสถานะแวดล้อมทางสังคม ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถี
การดำเนินชีวิต เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความสุขในการทำงาน

Abstract

The objectives of this cross-sectional survey research were to study the happiness at work and the factors influencing the happiness at work of the village health volunteers in pluakdaeng distric, Rayong province. The samples were 230 the village health volunteers, selected by multi-stage random sampling. The data were collected by interview questionnaires and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

The results showed that 56.1 percent of the village health volunteers had a moderate level of happiness at work, followed by a high level (36.9%) and a low level (7%). The factors which were significantly associated with happiness at work of the village health volunteers were age, self - esteem, family relationship, social support and perception of social circumstances (p -value < 0.001). The statistically significant predictor variables were social support and family relationship. The classification result was 35.7% correctly classified.

The finding suggest that involved organizations should establish the reinforcement of promoting happiness at work of the village health volunteers by promoting the village health volunteers's self-esteem. There should also be sufficient social support, family relationship as well as management of social circumstances in agreement with the desire and life style, to maintain the with happiness at work of the village health volunteers.

Keywords : The Village health volunteers , Happiness at work

บทนำ

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ (นราภรณ์ มงคลแสง,2559) ที่ได้ทำให้ทิศทางการพัฒนาการสาธารณสุขไทยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบ การบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม ซึ่งให้ความสำคัญ ในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน โดย การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่ พบบ่อยในท้องถิ่น ด้วยการผสมผสานให้บริการทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชน และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักและให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ถือเป็นหัวใจสำคัญต่อระบบสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชน โดยมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์,2550)

อำเภอปลวกแดง มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม สู่วัฒนธรรมอุตสาหกรรม ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพราะวิถีชีวิตส่วนมากเป็นแบบสังคมเมือง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. มีปริมาณภาระงานที่เกี่ยวข้องกับโรค การเจ็บป่วย ภัยสุขภาพที่ซับซ้อนรุนแรงมากขึ้น รวมถึงจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปราะบางมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับค่าป่วยการ ทำให้เกิดแรงกดดันจากความคาดหวังของประชาชน หน่วยงานราชการ หรือองค์กร

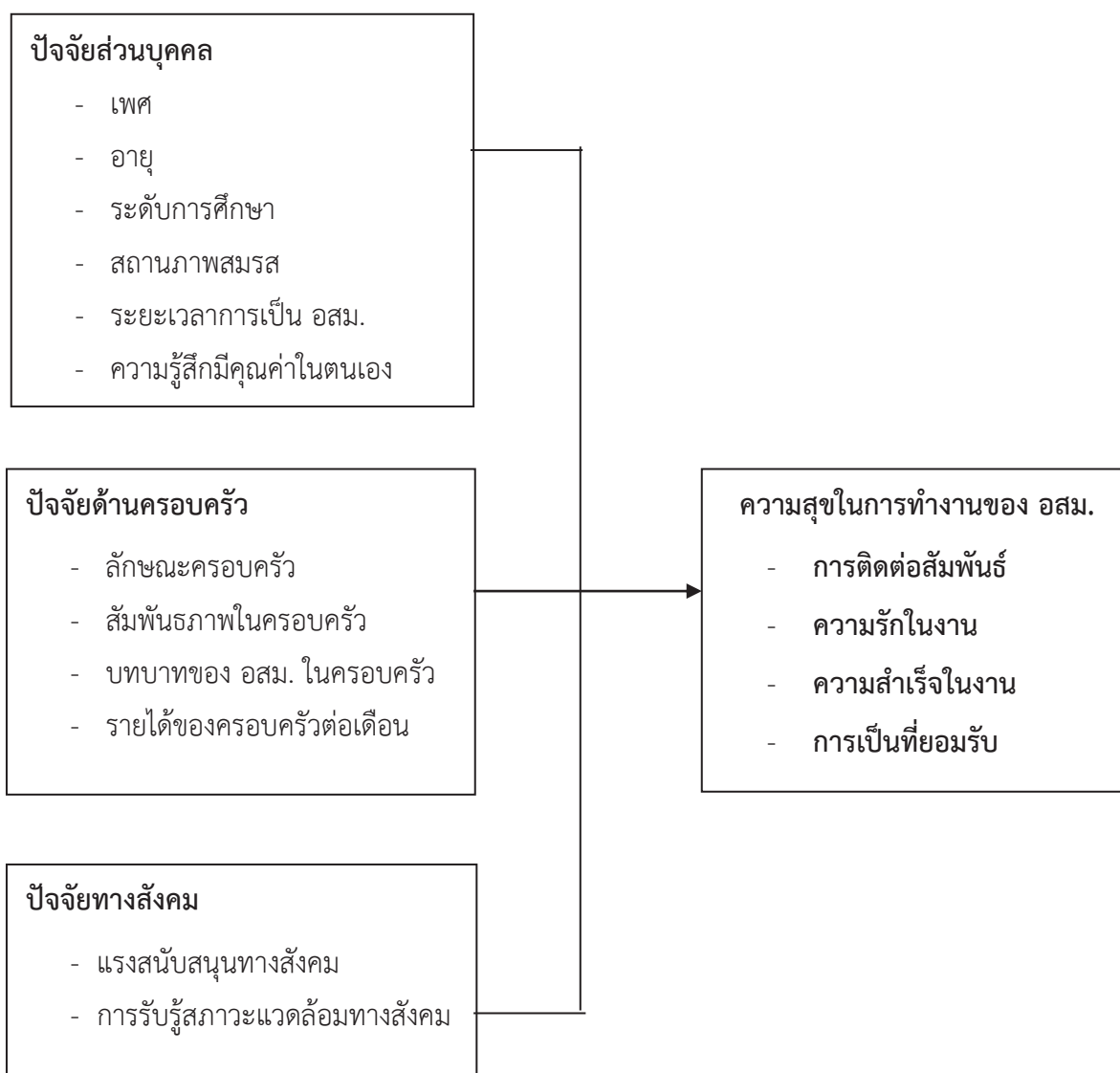
ต่างๆ ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์,2553) นอกจากนี้ ยังมีภาระหน้าที่หลักทางครอบครัวที่ต้องดูแล พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ร้อยละ 44.40 มีอาชีพเป็นเกษตรกร และ ร้อยละ 25.40 ทำงานรับจ้าง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน,2563) ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากิน และต้องเลี้ยงดูครอบครัว ภาระที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ต้องรับผิดชอบดูแลนี้ อาจก่อให้เกิดความเครียดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ และความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ได้ จึงทำให้ไม่สามารถคาดหวังให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเผชิญต่อภาวะความเครียดในงาน ย่อมทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการทำงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความเครียดเรื้อรัง จนกลายเป็นภาวะหมดไฟในการทำงาน ทำให้สูญเสียอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ,2562)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความสุขในการทำงาน และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัวและด้านสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เพื่อให้ทำงานในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำงานได้อย่าง มีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมกับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีความสุข

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ซึ่งมีจำนวน 640 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel WW.,1991 โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 230 คน และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และได้รับเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552, พ.ศ. 2560, พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน.2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยทางสังคม และความสุขในการทำงาน

ของ อสม. ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 เครื่องมือวัดความสุขในการทำงาน อสม. องค์กรประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ การติดต่อสัมพันธ์ ความรักในงานความสำเร็จในงาน และการเป็นที่ยอมรับ โดยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ ที่ประยุกต์มาจากแบบวัดภาวะความสุขในการทำงานของ เอื้องคำ จันทะพรหม และแปลจากแบบวัดความสุข ในการทำงานของ Manion มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 การแปรผลความสุขในการทำงาน คะแนนความสุขในการทำงาน จำนวน 16 - 80 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 16 - 47 คะแนน แสดงถึงการมีความสุขในการทำงานระดับน้อย คะแนน 48 - 63 คะแนนแสดงถึงการมีความสุขในการทำงานระดับปานกลาง และคะแนน 64 - 80 คะแนน แสดงถึงการมีความสุขในการทำงานระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะทั่วไปของ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยทางสังคม
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ (Chi -Square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
3. สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายความสุขในการทำงานของ อสม. อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระยอง เลขที่ COA. No.17/2566 ลงวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้ง วัตถุประสงค์การวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและ ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคม

ผลการศึกษาอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 230 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 70.9 และ 29.1 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 56.4 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 42.2 และ 1 ใน 3 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 59.6 ระยะเวลาการเป็น อสม. มีค่าเฉลี่ย 14.34 ปี (S.D.

= 9.281) และ 2 ใน 3 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.2 และ อาศัย อยู่ในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 60.4 ในขณะที่ สัมพันธภาพในครอบครัวมีระดับใกล้เคียงกัน ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางและระดับดี คือ ร้อยละ 47.8 และ 44.8 ตามลำดับ เกือบครึ่งหนึ่งของ อสม. ยังมีบทบาทในครอบครัว เป็นผู้มีรายได้หลัก ให้ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 45.7 ในขณะที่ 3 ใน 4 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอ นอกจากนี้ อสม. ร้อยละ 53.0 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง รวมถึง เกือบครึ่งหนึ่งมีการรับรู้สถานะ แวดล้อมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1

ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่าระดับความสุขในการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความสุขในการทำงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมา ระดับสูง และระดับน้อย ร้อยละ 36.9 และ 7.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามระดับความสุขในการทำงานของ อสม.

ระดับความสุขในการทำงาน	จำนวน (N = 230)	ร้อยละ (100.0)
ความสุขในการทำงานในระดับน้อย (16-47 คะแนน)	16	7.0
ความสุขในการทำงานในระดับปานกลาง (48-63 คะแนน)	129	56.1
ความสุขในการทำงานในระดับสูง (64-80 คะแนน)	85	36.9
Mean = 59.43 S.D. = 9.07 MIN = 32 MAX = 76		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคม กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าอายุ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สภาวะแวดล้อม

ทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วน เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. ลักษณะครอบครัว บทบาทของ อสม.ในครอบครัว และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($p\text{-value} > 0.05$) (ตารางที่ 2,3)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. โดยวิธีคำนวณสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi - Square)

ปัจจัย	ความสุขในการทำงานของ อสม. (N = 230)						p-value
	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.252
ชาย	2	3.0	37	55.2	28	41.8	
หญิง	14	8.6	92	56.4	57	35.0	
ระดับการศึกษา							0.081
ต่ำกว่าระดับประถม	12	10.3	70	59.8	35	29.9	
มัธยม/ปวช./ปวส.	4	4.1	52	53.1	42	42.8	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	9.1	7	46.7	8	53.3	
สถานภาพสมรส							0.317
คู่	11	8.0	70	51.1	56	40.9	
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	5	5.4	59	63.4	29	31.2	
ระยะเวลาการเป็น อสม.							0.522
ต่ำกว่า 10 ปี	4	4.7	51	59.3	31	36.0	
11 – 20 ปี	8	8.2	53	54.6	36	37.1	
21 – 30 ปี	4	12.5	18	56.2	10	31.3	
ตั้งแต่ 31 ปี ขึ้นไป	0	0.0	7	46.7	8	53.3	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. โดยวิธีคำนวณสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi - Square) (ต่อ)

ปัจจัย	ความสุขในการทำงานของ อสม. (N = 230)						p-value
	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ลักษณะครอบครัว							0.707
ขยาย	9	6.5	81	58.3	49	35.2	
เดี่ยว	7	7.7	48	52.7	36	39.6	
บทบาทของ อสม. ในครอบครัว							0.027
ไม่มีบทบาท	3	13.6	11	50.0	8	36.4	
เป็นผู้ไม่มีรายได้	12	11.6	56	54.4	35	34.0	
เป็นผู้มีรายได้	1	0.9	62	59.1	42	40.0	
รายได้ของครอบครัว							0.028
ไม่เพียงพอ	8	14.0	26	45.6	23	40.4	
เพียงพอ	8	4.6	103	59.6	62	35.8	

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยทางสังคมกับความสุขในการทำงานของ อสม. โดยวิธีคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม	ความสุขในการทำงานของ อสม.	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	- 0.175	< 0.001
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง	0.385	< 0.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.443	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.493	< 0.001
การรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม	0.424	< 0.001

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถทำนาย

ความสุขในการทำงานของ อสม. ได้ ร้อยละ 35.7 และ ปัจจัยที่สามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม. ได้ดีที่สุด โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่า Beta = 0.270 รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว มีค่า Beta = 0.260 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)
 ระหว่างตัวทำนายและความสุขในการทำงานของ อสม.

ตัวทำนาย	B	Std. Error (B)	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.266	0.072	0.270	3.685	< 0.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.249	0.058	0.260	4.283	< 0.001

R = 0.597 R² = 0.357 B(0) = 0.487 Std. Error (B 0) = 0.168 Sig F < 0.001

อภิปรายผล

ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ครึ่งหนึ่งมีความสุขในการทำงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมา ในระดับสูง ร้อยละ 36.9 และมีความสุขในการทำงานในระดับน้อย ร้อยละ 7.0 การที่ อสม. มีความสุขในการทำงานในระดับปานกลาง ค่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย จะมีความใกล้ชิดอบอุ่น ได้รับความเคารพและเห็นความสำคัญ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และสนับสนุนในด้านต่างๆ ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า รวมถึงยังคงมีบทบาทในครอบครัว ทั้งเป็นผู้ที่มีรายได้ให้กับครอบครัว ดูแลลูกหลาน ช่วยเหลืออาชีพและงานบ้าน ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถไม่เป็นภาระแก่คนอื่น อีกทั้งทำให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ลูกหลานให้ความเคารพ เชื่อฟัง จึงเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้อสม. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ (ชลิต ไทยอุทิศ, 2561) พบว่า ความสุขในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($\gamma=0.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง มี 2 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 35.7 โดยมีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ต้องการได้รับการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นในสังคม ให้เป็นไปตามความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมจะช่วยให้มีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดีสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดำรงชีวิตและทำงานได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ (ว่าที่ร้อยตรีรุชฌา แยกคาย, 2560) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวจะส่งผลต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีโดยบุคคลในครอบครัวมีการดูแล

เอาใจใส่ ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ อสม. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะทำให้ อสม. รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความรักและความผูกพันที่มีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ (นภัชชล รอดเที่ยง, 2550) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญโดยปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร

ผลสรุป

ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการประเมิน ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ครึ่งหนึ่งมีความสุขในการทำงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมา ในระดับสูง ร้อยละ 36.9 และมีความสุขในการทำงานในระดับน้อย ร้อยละ 7.0

การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง พบว่า อายุ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และ

การรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม. ได้ ร้อยละ 35.7 และปัจจัยที่สามารถคาดการณ์ความสุขในการทำงานของ อสม. ได้ดีที่สุด โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่า Beta = 0.270 รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยมีค่า Beta = 0.260 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดนโยบาย แผนงาน และการส่งเสริมระดับความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และแบบองค์รวม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐในระดับปฏิบัติ ควรร่วมกันส่งเสริมความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแบบบูรณาการ โดยจัดโปรแกรมและกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ให้เข้มแข็งและอบอุ่น รวมถึง สนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน ให้เป็นชุมชนที่พึ่งตนเองและ เป็นชุมชนแห่งความสุขที่ยั่งยืน เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สึกได้ว่า ตนเองมีประโยชน์และคุณค่าต่อสังคม และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, แนวทางการดำเนินงานการจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ผ่านระบบ e-Payment 2564. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2566 จาก https://hss.moph.go.th/HssDepartment/img/pdf/e-payment_61.pdf

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม.(2563). สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2566. จาก <https://www.thaiphc.net/new/2020/content/1>

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). *อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสากับสุขภาวะไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชลิต ไทยอุทิศ.(2561). สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2566, http://pantong.cbo.moph.go.th/pantong/assets/doc_uploads/5d368ff021aad.pdf

นราภรณ์ มงคลแสง.(2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเทศบาลเมืองอโยธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.

นภัชชล รอดเที่ยง. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. มหาวิทยาลัยมหิดล

ว่าที่ร้อยตรียุทธนา แยกคาย. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, ปรีนทร จำปาทอง, ชนัญ มงคล, เนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง. (2562). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก*. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา ; 20(2) : 82-91.

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. (2553). *กลยุทธ์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : เอช อาร์ เซ็นเตอร์.

เอื้องคำ จันทะพรม.(2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์. สกลนคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

Daniel WW.(1995). *Biostatistics : A foundation for Analysis in the Health Sciences*. Sixth edition. New York : John Wiley & Sons, Inc;.

Manion, J. (2003). *Joy at work: Creating a positive work place*. Journal of Nursing Administration, 33(12), 652-655

การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีในเขตภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2561-2565

External Quality Assessment for HIV Serology Testing of Laboratories in Central and Eastern Thailand 2018-2022

ธัญลักษณ์ ไพโรจน์, วันวิสาข์ เนตรเรืองแสง

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

THANYALAK PHAIROT, WANVISA NEADRUENGSAANG

REGIONAL MEDICAL SCIENCES CENTER 6 CHONBURI

บทคัดย่อ

การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอกเป็นกระบวนการสำคัญของการประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง และเชื่อถือได้ การเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญยังเป็นหนึ่งในข้อกำหนดในการรับรองมาตรฐาน ISO 15189 ด้วย ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของห้องปฏิบัติการในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 ห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมเป็นห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจเอชไอวีซีโรโลยี จำนวน 143 - 194 แห่ง คุณภาพการตรวจประเมินจากผลสอดคล้องกับค่ากำหนด การดำเนินงานประกอบด้วย การส่งตัวอย่างทดสอบให้สมาชิกจำนวน 3 ครั้ง/ปี การรวบรวมข้อมูลการตรวจ การประเมินผลความถูกต้องและแม่นยำ และการจัดทำรายงานผล ผลการศึกษาพบอัตราการตอบกลับของห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ 91.70, 93.83, 94.31, 94.27 และ 92.72 ตามลำดับ ผลความถูกต้องของผลการตรวจคิดเป็น ร้อยละ 95.17, 95.36, 97.45, 97.05 และ 89.87 ตามลำดับ สาเหตุของความผิดพลาดพบสูงสุด คือ การรายงานผลหรือสรุปผลผิด การปนเปื้อน และการสลับตัวอย่าง ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการมีความความแม่นยำในการตรวจตัวอย่างซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 98.79, 99.23, 99.45, 99.27 และ 99.24 ตามลำดับ ในส่วนของการสรุปผลการตรวจพบว่า สมาชิกมีการสรุปผลไม่เป็นไปตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้ดำเนินแผนฯ จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ต่อสมาชิกในการเฝ้าระวัง ปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังมีประโยชน์ในการนำไปพัฒนาโปรแกรมการทดสอบความชำนาญให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การประเมินคุณภาพ, ห้องปฏิบัติการ, เอชไอวีซีโรโลยี

Abstract

External Quality Assessment is the important process for evaluate the laboratory performance due to ensure that the analysis results are accurate and reliable. Participation in proficiency testing program is the once requirement for accreditation of ISO 15189 assessment. In this study, the objective was to evaluate laboratory quality in National External Quality Assessment Scheme for HIV serology testing program in the Central and Eastern regions during the fiscal year 2018 – 2022. Participant laboratories were 143 – 194 laboratories performing HIV serology testing. Quality assessment based on compliance with assigned value. The operations consist of sample delivery to member 3 times in a year, result accumulation, result evaluation and reporting. This study found the response rate of participants were 91.70%, 93.83%, 94.31%, 94.27% and 92.72%, respectively. The percentage of accuracy results were 95.17%, 95.36%, 97.45%, 97.05% and 89.87%, respectively. The most common causes of error are incorrect records or incorrect conclusions, contamination and sample switching. The result of laboratory's testing in repeat sample at 98.79%, 99.23%, 99.45%, 99.27% and 99.24%, respectively. In the part of final interpretation, It found the laboratories were not followed the Thailand guideline on HIV/AIDS Diagnosis, Treatment and Prevention but the trend of misinterpretation was decrease after getting the recommendation from the provider. The information from this study is useful for laboratory improvement and prevention. It also beneficial to develop a proficiency testing program to be more effective.

Keywords : Quality assessment, Laboratory, HIV serology

บทนำ

การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment : EQA) เป็นกระบวนการสำคัญอย่างหนึ่งของการประกันคุณภาพ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ว่ามีความถูกต้องแม่นยำ และเชื่อถือได้ เป็นที่ยอมรับและเป็นไปตามมาตรฐาน ISO 15189 (ISO 15189, 2012: 32-33) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี เป็นองค์กรหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจในการสนับสนุนการปฏิบัติงานในระบบคุณภาพ จึงได้จัดทำโครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการครอบคลุมห้องปฏิบัติการในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5 และ 6 รวม 16 จังหวัด ประกอบด้วย สุพรรณบุรี นครปฐม กาญจนบุรี ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด เพื่อประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการที่ให้บริการตรวจเอชไอวีซีโรโลยี

การถูกวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และกระทบต่อการใช้ชีวิตเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้วิตกกังวลกับค่ารักษาพยาบาล จำนวนคาดการณ์ผู้ติดเชื้อในประเทศไทยที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี 2565 มีจำนวนประมาณ 560,000 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 รายและยังมีแนวโน้มคงที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2666: ออนไลน์) ดังนั้นความถูกต้อง แม่นยำของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นเรื่องสำคัญ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินแผนทดสอบความชำนาญการตรวจเอชไอวีซีโรโลยี จึงมีแนวคิดจะประเมินคุณภาพการตรวจของห้องปฏิบัติการสมาชิก โดยวิธีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันมีให้เลือกหลากหลาย

ทั้งการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวี (HIV antigen) หรือการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (HIV antibody) เช่น การตรวจแอนติเจนและแอนติบอดีด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ การตรวจหาแอนติบอดีของเชื้อด้วยวิธี Particle agglutination (PA) การตรวจหาแอนติเจนและแอนติบอดี หรือแอนติบอดีเพียงอย่างเดียว ด้วยชุดตรวจ Simple test หรือ Rapid test (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2565: ออนไลน์) โดยห้องปฏิบัติการดำเนินการตรวจตามแนวทางที่ห้องปฏิบัติการได้จัดทำไว้

ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยแผนทดสอบความชำนาญการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติ เขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลสำหรับห้องปฏิบัติการสมาชิกในการวางแผนพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการเอง และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงานสำหรับอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยี ในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ตั้งอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และ 6

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้เป็นการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีโดยให้ห้องปฏิบัติการสมาชิกทดสอบตัวอย่างชุดเดียวกันและตอบผลกลับ ผู้วิจัยรวบรวมผลการตรวจของสมาชิก และประเมินผลการตรวจในด้านของความถูกต้อง (Accuracy) โดยเปรียบเทียบกับค่ากำหนดของตัวอย่าง ประเมินความแม่นยำ (Precision) โดยพิจารณาจากผลการตรวจตัวอย่างซ้ำ และรวบรวมสาเหตุของความผิดพลาดที่พบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบถึงคุณภาพการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีของห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ ปัญหาที่พบบ่อย แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 ห้องปฏิบัติการสมาชิกซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการภาครัฐและเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 ที่เข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติ ในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะเวลาการดำเนินงานและเก็บข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565

1.2 ตัวอย่างทดสอบหรือตัวอย่างประเมินคุณภาพที่ส่งให้สมาชิกเป็นพลาสติกผู้บริจาคน้ำลายผ่านการตรวจคุณลักษณะอย่างละเอียดต่อ Anti-HIV, HIV p24 Antigen และ Anti-HCV และผ่านการ Inactivate ด้วยความร้อนอุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียสเป็นเวลานาน 1 ชั่วโมงเพื่อความปลอดภัยด้านการขนส่ง ตัวอย่างทดสอบจะผ่านทดสอบคุณลักษณะ (Characterization) การทดสอบความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity test) และการทดสอบความคงตัว (Stability test) และจัดชุดตัวอย่างเพื่อส่งให้ห้องปฏิบัติการสมาชิก ดำเนินการโดยห้องปฏิบัติการอ้างอิงของฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ซึ่งดำเนินงานตามมาตรฐาน ISO 17043:2010 และ ISO 15189:2012 (ISO/IEC 17043:2010, 2010, ISO 15189:2012, 2012) เพื่อให้ห้องปฏิบัติการสมาชิกตรวจวิเคราะห์ตามขั้นตอนปกติ การจัดส่งตัวอย่างทดสอบจะจัดส่งให้สมาชิกพร้อมคำแนะนำในการตรวจตัวอย่างจำนวน 3 ครั้ง/ปี ครั้งละ 8 ตัวอย่าง โดยจะมีตัวอย่าง

ซ้ำ 1 คู่ (duplicated sample) เพื่อทดสอบความแม่นยำ (Precision) ของการตรวจ

1.3 วิธีการตรวจวิเคราะห์ ดำเนินการตรวจวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอน ที่ห้องปฏิบัติการสมาชิกกำหนดไว้ (ชุดตรวจเบื้องต้น และชุดตรวจเสริม)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้ดำเนินแผนฯ รวบรวมข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการสมาชิกในระหว่างระยะเวลาวิจัย

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ ในหัวข้อการตอบกลับของสมาชิก น้ำยาหรือชุดตรวจที่ใช้ ความถูกต้องของผลการตรวจ (Accuracy) และความแม่นยำของผลการตรวจ (Precision) การพิจารณาความถูกต้องของผลการตรวจ จะพิจารณาเปรียบเทียบกับค่ากำหนดของตัวอย่างทดสอบ โดยสมาชิกต้องรายงานผลตรวจถูกต้องในทุกวิธีที่ใช้ในการตรวจ รวมถึงการสรุป/แปลผลถูกต้องตามค่ากำหนด จึงจะถือว่าสมาชิกรายงานผลถูกต้อง

การพิจารณาความแม่นยำของผลการตรวจพิจารณาจากผลการตรวจตัวอย่างซ้ำ (duplicated sample) ในแต่ละรอบ หากผลการตรวจของตัวอย่างทั้ง 2 หลอด สอดคล้องกัน ถือว่าสมาชิกมีความแม่นยำในการตรวจ

2.3 ประเมินความสอดคล้องของการตรวจและรายงานผล ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย คือ หากผลการตรวจด้วยชุดตรวจเบื้องต้น (ชุดตรวจที่ 1) ให้ผลไม่เกิดปฏิกิริยา หรือผลลบ (Non-reactive) ให้สรุปผล/รายงานผลเป็น Negative หากผลการตรวจเป็นเกิดปฏิกิริยาหรือผลบวก (Reactive) ให้ตรวจต่อด้วยวิธีที่ 2 และ 3 และหากทั้ง 3 ชุดตรวจให้ผลเป็นเกิดปฏิกิริยา (Reactive) หรือผลบวกตรงกัน ให้สรุป/รายงานผลเป็น Positive (เสาวนีย์ วิบุลสันติ, ศศิโสภิณ เกียรติบุรณกุล, โอภาส พุทธิเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล และรังสิมา โล่เลขา, 2565: 34-39)

ผลการศึกษา

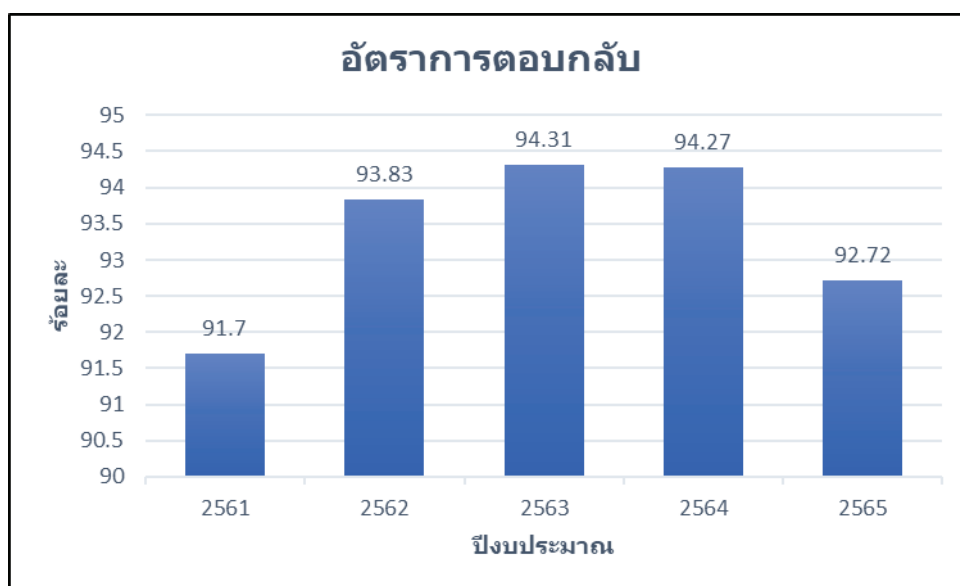
จากการรวบรวมข้อมูลการดำเนินแผนทดสอบความชำนาญการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 สรุปข้อมูลได้ดังนี้

1. การตอบผลกลับของห้องปฏิบัติการสมาชิกในปีงบประมาณ 2561 มีสมาชิกเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ จำนวน 181 แห่ง, ปีงบประมาณ 2562 มีสมาชิกเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ จำนวน 184 แห่ง, ปีงบประมาณ 2563 มีสมาชิกเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ จำนวน 194 แห่ง, ปีงบประมาณ 2564 มีสมาชิกเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ

จำนวน 192 แห่ง และปีงบประมาณ 2565 มีสมาชิกเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญ จำนวน 143 แห่ง แต่ในรอบแรกจะมีการส่งตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนสมาชิกทั้งหมดเนื่องจากมีห้องปฏิบัติการขอเข้าร่วมหลังจากที่ส่งตัวอย่างทดสอบครั้งแรกแล้ว ห้องปฏิบัติการดังกล่าวจึงไม่ได้รับตัวอย่างครั้งที่ 1 จากการรวบรวมข้อมูลการตอบผลกลับของสมาชิก พบว่าอัตราการตอบกลับเฉลี่ย 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.70, 93.83, 94.31, 94.27 และ 92.72 ตามลำดับ รายละเอียดการตอบผลกลับในแต่ละครั้งการส่งตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญและจำนวนสมาชิกที่ตอบผลกลับ

ปีงบประมาณ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		เฉลี่ย
	จำนวนตอบผลกลับ/ส่ง	ร้อยละการตอบผลกลับ	จำนวนตอบผลกลับ/ส่ง	ร้อยละการตอบผลกลับ	จำนวนตอบผลกลับ/ส่ง	ร้อยละการตอบผลกลับ	
2561	165/180	91.67	166/181	91.71	166/181	91.71	91.70
2562	172/183	93.99	176/184	95.65	169/184	91.85	93.83
2563	176/193	91.19	184/194	94.85	188/194	96.91	94.31
2564	183/192	95.31	181/192	94.27	179/192	93.23	94.27
2565	130/140	92.86	128/143	89.51	137/143	95.80	92.72



ภาพที่ 1 อัตราการตอบกลับของสมาชิก ระหว่างปี 2561-2565

2. จากการศึกษา น้ำยาและชุดตรวจที่ห้องปฏิบัติการสมาชิกใช้ในการตรวจ พบว่าสามารถแบ่งตามหลักการของการตรวจได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติระบบปิด หรือ Machine based assay กลุ่มที่ 2 Particle agglutination และกลุ่มที่ 3 Rapid test โดยอัตราการใช้น้ำยาหรือชุดตรวจระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 ชุดตรวจกลุ่ม Rapid test มีอัตราการใช้สูงที่สุด คือ ร้อยละ 68.15 - 76.05 รองลงมา คือการใช้เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติระบบปิด อัตราการใช้ชุดตรวจ ร้อยละ 14.88 - 25.68 และมีการใช้ชุดตรวจกลุ่ม Particle agglutination น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 3.42 - 16.97 ซึ่งการใช้ชุดตรวจในกลุ่ม Particle agglutination มีแนวโน้มลดลง การใช้เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติระบบปิดมีแนวโน้มที่ห้องปฏิบัติการสมาชิกจะนำมาใช้มากขึ้นรายละเอียดการใช้น้ำยาหรือชุดตรวจแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการใช้ชุดตรวจเอชไอวีของห้องปฏิบัติการสมาชิก

ชุดตรวจ	2561	2562	2563	2564	2565
Machine based assay	1248 (14.88)	1540 (17.47)	1944 (19.92)	2318 (23.11)	1853 (25.68)
Particle agglutination	1423 (16.97)	571 (6.48)	622 (6.37)	510 (5.08)	247 (3.42)
Rapid test	5714 (68.15)	6704 (76.05)	7194 (73.71)	7204 (71.81)	5116 (70.90)
รวม	8385	8815	9760	10032	7216

3. จากการศึกษาผลการตรวจของห้องปฏิบัติการสมาชิก โดยวิเคราะห์ความถูกต้อง (Accuracy) ของการตรวจวิเคราะห์และรายงานผล และความแม่นยำ (Precision) ของการตรวจและรายงานผลในตัวอย่างซ้ำ (duplicated sample) ในแต่ละครั้ง ในปี 2561 - 2565 พบว่าความถูกต้องของการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลเท่ากับ 95.17, 95.36, 97.45, 97.05 และ 89.87 ตามลำดับ โดยแสดงรายละเอียดจำนวนห้องปฏิบัติการสมาชิกที่พบความผิดพลาด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนห้องปฏิบัติการสมาชิกที่พบความคลาดเคลื่อนในการรายงานผลกลับของสมาชิก

รอบการส่งตัวอย่าง	จำนวนที่รายงานผลคลาดเคลื่อน/ตอบผลกลับ (แห่ง)				
	2561	2562	2563	2564	2565
ครั้งที่ 1	12/165	8/172	6/176	6/183	2/130
ครั้งที่ 2	5/166	11/176	3/184	1/181	3/128
ครั้งที่ 3	7/166	5/169	5/188	9/179	35/137
จำนวนรวม	24/497	24/517	14/548	16/543	40/395
ร้อยละความคลาดเคลื่อน	4.83	4.64	2.55	2.95	10.13
ร้อยละความถูกต้อง	95.17	95.36	97.45	97.05	89.87

เมื่อรวบรวมสาเหตุของความผิดพลาดพบว่า เกิดจากการสลับหลอดของตัวอย่างทดสอบตัวอย่าง การปนเปื้อนของตัวอย่างบวกทำให้เกิดผลบวกปลอม การเตรียมตัวอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่ชำนาญในการอ่านผลของเจ้าหน้าที่ความผิดพลาดจากการใส่ผลการตรวจผิด การใส่ชื่อน้ำยา/ชุดตรวจผิด การไม่สรุปผลการตรวจ โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การรายงานผลการตรวจผิด พบถึงร้อยละ 25.35 ของ จำนวนข้อผิดพลาดทั้งหมด การปนเปื้อนของตัวอย่างบวก พบร้อยละ 23.24 และการสลับหลอดของตัวอย่างทดสอบ ร้อยละ 21.13 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทดสอบซ้ำ (duplicated sample) พบว่าความแม่นยำในการตรวจของห้องปฏิบัติการสมาชิก โดยพิจารณาจากการรายงานผล ระหว่างปี 2561 - 2565 พบความแม่นยำของการตรวจและรายงานผลสมาชิกเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 99.79, 99.23, 99.45, 99.27 และ 99.24 ตามลำดับ

จากข้อมูลการตรวจวิเคราะห์และการสรุปผล/แปลผลของห้องปฏิบัติการสมาชิก พบว่ามีสมาชิก รายงานผลไม่สอดคล้องกับแนวทางการตรวจรักษา และการป้องกันเอชไอวีประเทศไทย แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ในปีงบประมาณ 2561 มีการใช้วิธีตรวจและการรายงานผลไม่สอดคล้องกับแนวทาง ร้อยละ 51.51 แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้ดำเนินแผน โดยพบการรายงานผลไม่สอดคล้องลดลงในปี 2562-2565 เท่ากับ ร้อยละ 49.52, 48.18, 46.59 และ 33.16 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราการตอบกลับเฉลี่ยของห้องปฏิบัติการสมาชิกตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 - 2565 อยู่ที่ร้อยละ 91.70 - 94.27 โดยปีงบประมาณ 2561 มีการตอบกลับร้อยละ 91.70 และเพิ่มขึ้นเป็น 93.83, 94.31, 94.27 ในปี 2562 -

2564 และลดลงเล็กน้อยในปี 2565 แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความสำคัญของการเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญหรือการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการจากองค์กรภายนอก ซึ่งมีเป็นข้อกำหนดหนึ่งที่ห้องปฏิบัติการสมาชิกต้องดำเนินการในการขอการรับรองตามมาตรฐาน ISO 15189 (ISO 15189, 2012: 32-33) จากการติดตามการตอบกลับของห้องปฏิบัติการสมาชิก พบว่าห้องปฏิบัติการสมาชิกที่ไม่ได้ตอบผลกลับมักเกิดจากการที่ได้รับตัวอย่างและไม่ได้ดำเนินการตรวจวิเคราะห์ทันที ทำให้ลืมนำ หรือไม่ได้สื่อสาร ส่งต่อ งานระหว่างผู้ปฏิบัติงานทำให้ตัวอย่างไม่ถูกนำมาตรวจวิเคราะห์และส่ง ผลกลับทันเวลา

อัตราการใช้น้ำยาและชุดตรวจของสมาชิกที่ถูกรวบรวมไว้ทำให้เห็นว่า การตรวจด้วยชุด Rapid test เป็นชุดตรวจที่ห้องปฏิบัติการสมาชิกใช้มากที่สุด รองลงมาคือน้ำยาหรือชุดตรวจในกลุ่มเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติระบบปิด และ Particle agglutination ตามลำดับ สาเหตุที่มีการใช้ชุดตรวจกลุ่ม Rapid test สูงที่สุด (ร้อยละ 68.15 - 76.05) น่าจะเป็นเพราะการใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์ไม่นาน คือ 15 - 30 นาที วิธีการตรวจและการอ่านผลไม่ยุ่งยาก ประกอบกับปัจจุบันมีการพัฒนาชุดตรวจเอชไอวีรุ่นที่ 4 หรือ 4th Generation HIV test kit ที่มีความไวที่สามารถตรวจจับได้ทั้งแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และแอนติเจนของเชื้อเอชไอวีพร้อมกันในการตรวจเพียงครั้งเดียว ซึ่งพัฒนามาจากชุดตรวจเอชไอวีรุ่นที่ 3 ซึ่งตรวจได้เฉพาะแอนติบอดี โดยรูปแบบที่ถูกต้องพัฒนา ได้แก่ ชุดตรวจที่ใช้หลักการ Enzyme Immuno Assay (EIA) ทั้งรูปแบบ microplate และ เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ และหลักการ Immunochromatography (IC) (กระทรวงสาธารณสุข, 2561:ออนไลน์) ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุให้ห้องปฏิบัติการสมาชิกเปลี่ยนมาใช้ชุดตรวจรุ่นที่ 4 มากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลพบว่ามีผู้ใช้เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.88 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 25.68 ในปี 2565 อาจเป็น

เพราะเป็นวิธีที่มีความไว (sensitivity) ในการตรวจวิเคราะห์สูง ทำให้ตรวจพบการติดเชื้อได้เร็ว (กัลยาณี คุปุลทรัพย์ และคนอื่นๆ, 2560: 13-17, วิมลสิริ ชนะตริรัตน์พันธุ์, 2564: 27-34) ส่วนวิธี Particle agglutination ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งห้องปฏิบัติการสมาชิกนำมาใช้เป็นวิธีทดสอบเสริม เพื่อยืนยันผลบวก แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้ลดลง จากร้อยละ 16.97 ในปี 2561 เหลือเพียงร้อยละ 3.42 ในปี 2565 อาจเป็นเพราะเป็นการตรวจที่ใช้เวลานานเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติและ Rapid test และการแปลผลขึ้นกับการอ่านของแต่ละบุคคล (กัลยาณี คุปุลทรัพย์ และคนอื่นๆ, 2560: 16-17)

ความถูกต้องของการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลโดยห้องปฏิบัติการสมาชิกอยู่ระหว่างร้อยละ 89.87 - 97.45 โดยปี 2561 - 2564 มีความถูกต้องของการตรวจวิเคราะห์และรายงานเท่ากับร้อยละ 95.17, 95.36, 97.45 และ 97.05 ตามลำดับ แต่ลดลงเหลือ 89.87 ในปี 2565 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในปี 2565 ครั้งที่ 3 มีการส่งตัวอย่างทดสอบที่เติม p24Ag ให้ห้องปฏิบัติการสมาชิกตรวจการสรุปผล/แปลผลการตรวจจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียวซึ่งจากประเด็นนี้ทำให้ความถูกต้องในการตรวจวิเคราะห์ของสมาชิกลดลง ซึ่งเมื่อพิจารณาจากสาเหตุที่ทำให้สมาชิกรายงานผลคลาดเคลื่อนระหว่างปี 2561-2564 สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ การสลับหลอดตัวอย่างทดสอบ (ร้อยละ 35) ทั้งที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ดำเนินงานสลับตำแหน่งเองและเกิดจากความผิดพลาดของสมาชิก รองลงมาคือ ไม่สรุปผล/แปลผลการทดสอบ (ร้อยละ 22.5) และ มีการปนเปื้อนตัวอย่างบวกก่อนหน้าหรือที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้เกิดผลบวกปลอม (ร้อยละ 20) ตามลำดับ แต่ปี 2565 เมื่อมีการส่งตัวอย่างที่ HIV Ag positive ให้สมาชิก สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ การใส่ผลการทดสอบผิดหรือแปลผิด (ร้อยละ 43.55) ซึ่ง บางแห่งมี

ความเชื่อมโยงกับการระบุชื่อชุดตรวจผิดซึ่งทำให้การรายงานผลผิดพลาดไปด้วย หรือเกิดจากการรายงานผลโดยไม่มีการทวนสอบ รองลงมาคือ มีการปนเปื้อนตัวอย่างบวก (ร้อยละ 27.42) และการเตรียมตัวอย่างไม่เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามเอกสารคำแนะนำหรือไม่ชำนาญในการอ่านผล (ร้อยละ 16.13) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสลักจิต ชุตติพงษ์วิเวท และคณะ ที่มีการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีของโรงพยาบาลในเขตตอนกลางของประเทศไทย ระหว่างปี 2555-2556 ที่พบความคลาดเคลื่อนของการรายงานผลบวกปลอมและลบปลอมในทุกประเภทของวิธีการตรวจเกิดจากการปนเปื้อนของตัวอย่างทดสอบระหว่างขั้นตอนการทดสอบ และการสลับตัวอย่างทดสอบ และอาจเกิดจากผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะในการอ่านผลบวกอ่อน (Weakly positive) ซึ่งในชุดตรวจบางชนิดต้องอาศัยประสบการณ์ในการอ่านผล (สลักจิต ชุตติพงษ์วิเวท, 2557: 316)

สำหรับความแม่นยำในการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างซ้ำ (duplicated sample) พบว่าผลการตรวจวิเคราะห์ของสมาชิกมีความแม่นยำสูง คือ ค่าเฉลี่ยระหว่างปี 2561-2565 เท่ากับ ร้อยละ 98.79, 99.23, 99.45, 99.27 และ 99.24 ตามลำดับ ซึ่งไม่ต่างกับการศึกษาสลักจิตชุตติพงษ์วิเวท และคณะในปี 2555-2556 พบผลการตรวจมีความแม่นยำเท่ากับ ร้อยละ 99.15 และ 98.40 ตามลำดับ (สลักจิต ชุตติพงษ์วิเวท, 2557: 315) และการประเมินห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีในเขตภาคเหนือ ระหว่างปี 2561-2565 พบความแม่นยำในการตรวจเท่ากับ ร้อยละ 98.8, 98.2, 99.8, 99.6 และ 98.7 ตามลำดับ (สุรียา ศพรสกุล, 2566) สาเหตุที่ทำให้การรายงานผลผิดพลาด คือการสลับหลอดตัวอย่างทดสอบการเตรียมตัวอย่าง ไม่เหมาะสม ไม่ทำตามเอกสารคำแนะนำที่ผู้ดำเนินงานฯ ส่งให้หรือความไม่ชำนาญในการอ่านผล ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการการสรุป/แปลผลการตรวจผิดและรายงานผลผิด

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความคลาดเคลื่อนและความไม่แม่นยำที่เกิดขึ้นนั้น พบได้ใน ทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ คือ pre-analysis, analysis และ post-analysis ห้องปฏิบัติการสมาชิก ควรตระหนักถึงความสำคัญของทุกขั้นตอน อีกทั้งการ เข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญเป็นกระบวนการหนึ่ง ของการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ สมาชิกจึงควร นำข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปพิจารณาเพื่อหา สาเหตุและป้องกันแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำต่อไป และเป็น การพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการเพื่อ ประโยชน์ของผู้รับบริการต่อไป

จากข้อมูลการตรวจวิเคราะห์และการสรุปผล/ แปลผลของห้องปฏิบัติการสมาชิก พบห้องสมาชิก ตรวจวิเคราะห์และรายงานผลไม่สอดคล้องกับ แนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันเอชไอวี ประเทศไทย คือ มีการตรวจด้วยน้ำยาหรือชุดตรวจ 3 วิธี ทั้งในตัวอย่างที่ให้ผลบวกและลบ ในการตรวจ เบื้องต้น (วิธีที่ 1) ซึ่งตามแนวทางห้องปฏิบัติการ สามารถรายงานผลเป็น Negative ได้ เมื่อวิธีการตรวจ เบื้องต้นให้ผลเป็นลบ (เสาวนีย์ วิบูลสันติ และคนอื่น ๆ, 2565) การตรวจต่อด้วยวิธีที่ 2 และ 3 ทำให้ห้อง ปฏิบัติการมีค่าใช้จ่ายเรื่องต้นทุนชุดตรวจเพิ่มขึ้น และ พบห้องปฏิบัติการที่สรุป/แปลผลเป็น Positive ใน ตัวอย่างบวกที่ตรวจด้วยชุดตรวจเพียง 1 หรือ 2 วิธี ซึ่ง อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดสำหรับผู้นำผลการตรวจ ไปใช้ ทำให้เข้าใจว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการตรวจยืนยัน ครบทั้ง 3 วิธีแล้ว ซึ่งความคลาดเคลื่อนในการตรวจ และรายงานผลนี้ยังพบทั้งในงานวิจัยของการประเมิน ห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีโรไลย์ในเขตภาคเหนือ ด้วยเช่นกัน (สุริยา ยศพรสกุล, 2566)

สรุปผล

จากการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจ เอชไอวีโรไลย์ในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียง หน่่วงปี 2561 - 2565 พบอัตราการตอบผลกลับของ ห้องปฏิบัติการอยู่ที่ ร้อยละ 91.70 - 94.31 ห้องปฏิบัติการ มีความถูกต้องของการตรวจ ร้อยละ 89.97 - 97.45 และมีความแม่นยำอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 99.79 - 99.23 และสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดที่พบมาก คือ การ สลับตัวอย่างการรายงานผลไม่ครบหรือรายงานผลผิด ซึ่งเกิดจากความไม่ระมัดระวังของเจ้าหน้าที่ และการ ปนเปื้อนของตัวอย่างทำให้เกิดผลบวกปลอม การ รายงานผลการตรวจที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการ ตรวจรักษาและป้องกันเอชไอวีประเทศไทย มีแนวโน้ม ลดลงเมื่อได้รับคำแนะนำ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการประเมินคุณภาพการตรวจเอช ไอวีโรไลย์ของห้องปฏิบัติการสมาชิก สมาชิกควรเพิ่ม ความระมัดระวังในทุกขั้นตอนของการตรวจวิเคราะห์ ทั้งการตรวจสอบเพื่อป้องกันการสลับตำแหน่งของ ตัวอย่างการปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนการตรวจวิเคราะห์ รวมถึงการทวนสอบก่อนส่งรายงานผล

2. เมื่อดูจากผลการตรวจที่ลดลงในปี 2565 พบว่าสาเหตุเกิดจากมีการส่งตัวอย่างทดสอบที่เดิม p24Ag ซึ่งไม่เคยปฏิบัติในรอบก่อนหน้า ทำให้พบการ รายงานผลผิดพลาดมากขึ้น เห็นได้ว่าควรมีการพิจารณา วางแผนส่งตัวอย่างที่ให้ผลบวกต่อ HIV Ag ในรอบ ดำเนินการต่อไปในอนาคต เพื่อให้สมาชิกเพิ่มความ ระมัดระวังในการตรวจวิเคราะห์มากขึ้น เนื่องจาก ตัวอย่างเหล่านี้มีโอกาสที่จะพบได้จริงในการตรวจ วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ เกิดการเฝ้าระวังการออกแบกกลวิธีการตรวจในห้อง ปฏิบัติการอีกด้วย

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลผลการตรวจจำแนกตามวิธีการหรือหลักการ และการสรุปผล
2. เก็บข้อมูลรายงานผลตรวจที่ไม่ถูกต้อง เช่น รายงานผลบวกปลอม ผลลบปลอม จำแนกตามวิธีการหรือหลักการตรวจ เพื่อพิจารณาหาสาเหตุและความถี่ที่พบ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และแก้ปัญหาต่อไป
3. พิจารณาเตรียมตัวอย่างทดสอบที่ให้ผลบวกต่อเอชไอวีแอนติเจน (HIV antigen) เพื่อเป็นประโยชน์ต่อห้องปฏิบัติการสมาชิก ในการออกแบบหรือกำหนดกลวิธีที่ใช้ในการตรวจ

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี คุณพลทรัพย์, อีรกุล อภรณ์สุวรรณ, วัชนันท์ วงศ์เสนา, วิไล เฉลิมจันทร์, ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์, ศิริรัตน์ ลิกานนท์สกุล, สุดา ลุยศิริโรจนกุล และสมบุญรณ์ หนูไข. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: พีเอสเซอร์วิส.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2566). *HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย*. สืบค้น 3 ตุลาคม 2566, จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. (2561). *ชุดตรวจ เอชไอวีด้วยวิธีรวดเร็วที่ตรวจหาแอนติบอดีและแอนติเจนในชุดเดียวกัน (4th Generation HIV rapid test kit)*. สืบค้น 22 ธันวาคม 2566 จาก <https://nih.dmsc.moph.go.th/>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด. (2565). *รายชื่อผู้รับอนุญาต*

- ผลิต-นำเข้าชุดตรวจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย. สืบค้น 29 มกราคม 2566 จาก <http://tpp.dmsc.moph.go.th>
- วิมลสิริ ชนะตรีรัตนพันธุ์. (2564). การประเมินประสิทธิภาพชุดตรวจเอชไอวี รุ่นที่ 4 ชนิดได้ผลเร็ว เปรียบเทียบกับเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3*. 18(1) 27-34 <https://thaidj.org/>
- สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท, ยงยุทธ พรหมพันธุ์ใจ และ วันวิสาข์ เนตรเรืองแสง. (2557). การประเมินคุณภาพภายนอกของห้องปฏิบัติการการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีของโรงพยาบาลในเขตตอนกลางของประเทศไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์วิจัย ครั้งที่ 6*. 19(3) 312-317 <https://scijournal.buu.ac.th/>
- สุริยา ยศพรสกุล. (2566, 21 มิถุนายน). *การประเมินคุณภาพการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีของห้องปฏิบัติการในเขตภาคเหนือในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565*. [การนำเสนอด้วยโปสเตอร์]. งานประชุมวิชาการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 31
- เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภิน เกียรติบุญกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล และ รังสิมา โล่เลขา. (2565). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- ISO 15189:2012 *Medical laboratories-Requirements for quality and competence*. (2012). Switzerland.
- ISO/IEC 17043:2010 *Conformity assessment-General requirements for proficiency testing*. (2010). Switzerland.

คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง

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

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

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

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย 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 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 พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- 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) 6th Edition



ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสาร
ในวารสาร เพิ่มเติม



ขอแสดงความยินดีกับ

อสม.ดีเด่น ระดับภาคกลาง ประจำปี ๒๕๖๗

สาขา การเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ

นางสาววชิรินทร์ ศรีพนมวัน

จังหวัดกาญจนบุรี



สาขา การส่งเสริมสุขภาพ

นางอุษา โพธิ์ทอง

จังหวัดเพชรบุรี



สาขา สุขภาพจิตชุมชน

นางคำนิง ศรีประสม

จังหวัดจันทบุรี



สาขา การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

นางละมัย ศรีจันทร์

จังหวัดเพชรบุรี



สาขา การบริการใน คสมช.
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

นางญาณิดา ไตรนิเวศน์

จังหวัดจันทบุรี



สาขา การคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ

นางสาวอารี บุญหลง

จังหวัดราชบุรี



สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ

นางสาวประภา เกิดแก้ว

จังหวัดสมุทรสงคราม



สาขา การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในชุมชน

นายวิสานต์ แสงหา

จังหวัดปทุมธานี



สาขา การจัดการสุขภาพชุมชน
และอนามัยสิ่งแวดล้อม

นางสาวกรณพรรณ พงษ์สุวรรณ

จังหวัดจันทบุรี



สาขา นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก

นางสาวเนรัญชลา แสงศักดิ์

จังหวัดกาญจนบุรี



สาขา ทันตสุขภาพ

นางพัฒน์นิยา ไทธานี

จังหวัดนครนายก



สาขา การป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อ

นางสาวจุติรัตน์ กัทธา

จังหวัดเพชรบุรี



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี



วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี

“เป็นผู้นำการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ในระดับภูมิภาค ภายในปี พ.ศ. 2573”

- ☎ 038-467251
- 🌐 <http://phce.hss.moph.go.th>
- ✉ Saraban_crtc.chon@hss.mail.go.th
- 📍 100 หมู่ 1 ถ.พระยาเสด็จฯ ต.เสม็ด
อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000