

บทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเขตสุขภาพที่ 10 ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต^{1*} เจนวิทย์ ศรพรหม² ชัยนันท์ ปู่แก้ว³

¹นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางและการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว ออกแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 63 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.87) และความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha = 0.82) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Pearson Correlation ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.3) อายุเฉลี่ย 45.5 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 58.7) ดำรงตำแหน่งระดับผู้บริหาร (ร้อยละ 73.0) การปฏิบัติบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 19.1 จาก 40 คะแนน, 95%CI = 18.2-19.9) เช่นเดียวกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 19.6 จาก 30 คะแนน, 95%CI = 18.8-20.4) ปัจจัยทางจิตสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติบทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.650$ และ 0.552) และการรับรู้นโยบายและแผนงาน ($r = 0.580$ และ 0.544) สรุปได้ว่า บทบาทการปฏิบัติงานของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอยังมีช่องว่างจากที่คาดหวัง โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้นโยบาย ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบฐานข้อมูล เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

คำสำคัญ: ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ/ กลุ่มเปราะบาง/ อนามัยสิ่งแวดล้อม

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, อีเมล: Supalucky77@gmail.com, โทร.: 09 2317 5264

Received: 22 ตุลาคม 2568/ Revised: 9 ธันวาคม 2568/ Accepted: 15 ธันวาคม 2568

The Roles of District Public Health Assistant Officers in Health Region 10 in Promoting Vulnerable Group Health and Implementing Environmental Health Operations According to the Public Health Act B.E. 2535

Supaluk Tanatamsatit^{1*} Jenwit Sornprom² Chatchanan Pookaew³

^{1*}Senior Policy and Planning Analyst, Strategic Drive and Workforce Development Group,
Health Promotion Center Region 10, Ubon Ratchathani

²Public Health Technical Officer, Professional Level, Strategic Drive and Workforce Development Group,
Health Promotion Center Region 10, Ubon Ratchathani

³Public Health Technical Officer, Professional Level, Environmental Health Group,
Health Promotion Center Region 10, Ubon Ratchathani

Abstract

This research aimed to study the roles of Sub-district Public Health Assistants in Health Region 10 in promoting the health of vulnerable groups and implementing environmental health operations in accordance with the Public Health Act B.E. 2535 (1992), as well as examining factors associated with their role performance. The study employed a cross-sectional analytical research design. The sample consisted of 63 Sub-district Public Health Assistants in Health Region 10. The research instruments included a questionnaire verified for content validity (IOC = 0.87) and reliability (Cronbach's Alpha = 0.82). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Correlation at a significance level of 0.05.

The findings revealed that most participants were male (68.3%), with an average age of 45.5 years, and held at least a bachelor's degree (58.7%). The majority occupied administrative positions (73.0%). The performance of roles related to health promotion for vulnerable groups was at a moderate to low level (mean = 19.1 out of 40, 95% CI = 18.2-19.9), as were environmental health operations (mean = 19.6 out of 30, 95% CI = 18.8-20.4). All psychosocial factors showed significant positive correlations with role performance ($p < 0.01$), particularly social support ($r = 0.650$ and 0.552) and policy and program awareness ($r = 0.580$ and 0.544). In conclusion, there remains a performance gap between expected and actual role performance, which is influenced by psychosocial factors, social support, and policy perception. Continuous personnel capacity development, data system improvement, network strengthening, and clearer role delineation are recommended to enhance their effectiveness.

Keywords: District public health assistant officer/ Vulnerable groups/ Environmental health

*Corresponding author: Supaluk Tanatamsatit, email: Supalucky77@gmail.com, Tel.: 09 2317 5264

Received: October 22, 2025/ Revised: December 9, 2025/ Accepted: December 15, 2025

บทนำ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 21 หนึ่งในประเด็นสำคัญที่กำลังทวีความสำคัญคือการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบาง ซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้พิการ แรงงานต่างด้าว ผู้มีความหลากหลายทางเพศ และผู้ด้อยชั้น กลุ่มเหล่านี้มักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ การศึกษา และโครงสร้างทางสังคม⁽¹⁻²⁾ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในบางจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 เช่น ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และยโสธร พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 20 และมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง⁽³⁾ ในขณะเดียวกัน กลุ่มเด็กในพื้นที่ห่างไกลโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างยังประสบปัญหาทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้า และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ตามรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ระบุว่าเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตายและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ⁽²⁾ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเปราะบางแล้ว การจัดการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายเท่าที่ควร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีเป้าหมายสำคัญในการควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นขยะมูลฝอย น้ำเสีย อาหาร และมลพิษทางอากาศ รวมถึงกิจการที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾ ในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) เขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 3-5 คิดเป็นปริมาณขยะเฉลี่ยรายปี 730,000-785,000 ตัน⁽⁵⁾ ข้อมูลจากกรมอนามัยระบุว่าจังหวัดศรีสะเกษและอุบลราชธานีมีจุดสะสมขยะและพื้นที่ล้นเกินทั้งขยะกว่า 150 จุด ที่ยังไม่ได้รับการจัดการตามมาตรฐานสุขาภิบาล ส่งผลให้เกิดกลิ่นเหม็น น้ำเสีย และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงพาหะนำโรค ปัญหาการเผาในที่โล่งและฝุ่น PM 2.5 สูงเกิน 60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ในหลายพื้นที่โดยเฉพาะในฤดูแล้ง ส่งผลให้ระดับค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 สูงเกินค่ามาตรฐานในหลายพื้นที่ เช่น อำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภอบึงสามพัน⁽⁵⁾ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ปัญหาสุขภาพอาหารจากการตรวจประเมินร้านอาหารในปี พ.ศ. 2566 พบว่ากว่าร้อยละ 35 ของสถานประกอบการอาหารไม่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลเบื้องต้น⁽⁶⁾ นอกจากนี้ปัญหาน้ำเสียและแหล่งน้ำปนเปื้อนในเขตสุขภาพที่ 10 มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูง จากการสุ่มตรวจของกรมอนามัย พบว่าร้อยละ 18 ของตัวอย่างน้ำในจังหวัดมุกดาหารและจังหวัดศรีสะเกษไม่ผ่านมาตรฐานน้ำสะอาดเพื่อการอุปโภคบริโภค⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางและการควบคุมสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ยังคงขาดประสิทธิภาพ จึงจำเป็นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะต้องหันมาให้ความสำคัญและร่วมมือกันขับเคลื่อนกระบวนการให้เกิดประสิทธิผล

ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นการกระจายอำนาจลงสู่ระดับพื้นที่มากขึ้น โดยเฉพาะในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยงานใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ภายใต้หลักการ “อำเภอควบคุมตนเอง” (District health system) หนึ่งในกลไกสำคัญคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกลไกการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ⁽⁷⁾ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอก่อตั้งขึ้นตามนโยบายของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แนวคิด “ตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอพัฒนาคุณภาพชีวิต” โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงานและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคมของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบและยั่งยืน⁽⁸⁾ บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ มีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

จัดเวทีพิจารณาประเด็นปัญหาและแผนปฏิบัติการ รวมถึงประสานงานกับองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่⁽⁹⁾ งานวิจัยของ
ประเวศ วะสี ระบุว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นเวทีกลางที่สามารถบูรณาการความร่วมมือระหว่าง
ภาครัฐและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอที่เข้มแข็ง และมี
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างแท้จริง⁽¹⁰⁾

ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเป็นกลไกปฏิบัติการหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ ประสานงาน ลงพื้นที่สำรวจปัญหาเก็บข้อมูลจากชุมชน ทำหน้าที่
เป็นผู้ประสานระหว่างประชาชน หน่วยงานราชการ และองค์กรท้องถิ่น ช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมในระดับหมู่บ้านและตำบล เช่น
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค การดูแลกลุ่มเปราะบาง และการควบคุมสิ่งแวดล้อม⁽¹¹⁾
บทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอยังครอบคลุมถึงการเป็นผู้นำกระบวนการจัดเวทีประชาคม การรวบรวมข้อเสนอของ
ประชาชนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ การจัดทำแผนสุขภาพอำเภอ การประสานงบประมาณจากหน่วยงานอื่น และ
การติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งประสานงานเจ้าพนักงานในองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเพื่อติดตามควบคุมและสนับสนุนการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยเฉพาะงาน
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
ด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นภารกิจที่สัมพันธ์โดยตรงตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม
การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอยังเป็นไปอย่างจำกัดและไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ การศึกษาของ
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ พบว่าบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่ชัดเจนมากนัก
ขาดกรอบแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน และยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ นอกจากนี้การดำเนินงาน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางก็ยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การบริการสุขภาพ
ขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม งานของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
มีความหลากหลายและครอบคลุมหลายประเด็น แต่การอบรมหรือพัฒนาศักยภาพยังไม่ต่อเนื่องหรือเฉพาะเจาะจงเพียงพอ
งานศึกษาของจุฑาทิพย์ ลือบุญรัชชัย และคณะ พบว่า ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 68 ขาดทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นที่
และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรค⁽¹⁴⁾ ในหลายพื้นที่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอต้องทำงานภายใต้ข้อจำกัด
ด้านงบประมาณและอุปกรณ์ ปัญหาเหล่านี้ลดทอนความสามารถในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังต้อง
ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้เกิดภาวะ “งานล้นมือ” งานวิจัยของบุญเรือน เสนาคำ และคณะ พบว่า
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 61 มีภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน⁽¹⁵⁾ ในบางพื้นที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอยังไม่ได้รับ
การยอมรับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชนในฐานะผู้มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยชุมชน
ระบุว่าร้อยละ 32 ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอมีข้อขัดแย้งในบทบาทซ้อนทับกับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่
ของเทศบาล ทำให้เกิดช่องว่างในการทำงานร่วมกัน⁽¹⁶⁾

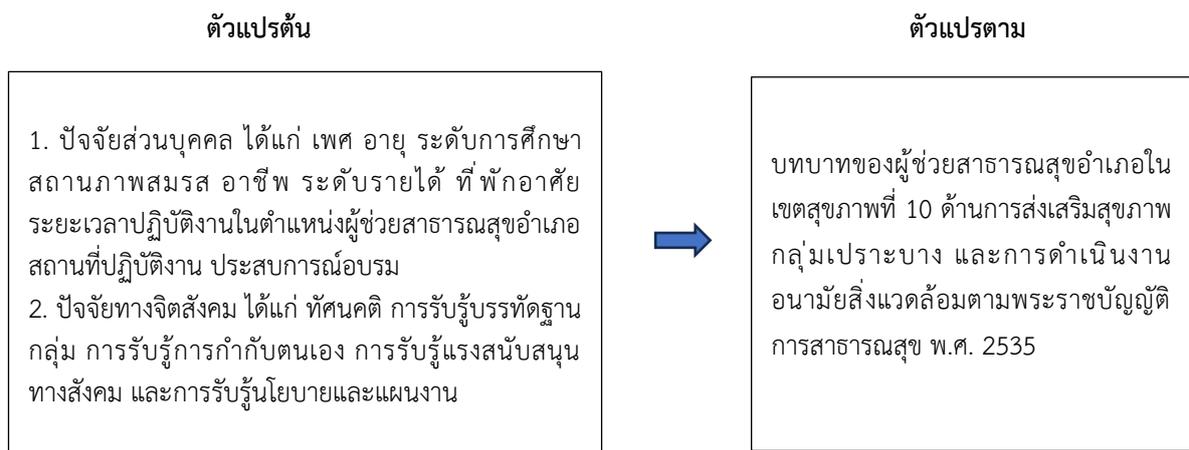
จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอมีความสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มเปราะบางและการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีจำนวนอำเภอ 70 อำเภอ แต่ที่ผ่านมา
ยังไม่มีการศึกษาบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในการปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าว รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าว ซึ่งถ้าทราบข้อมูลดังกล่าวจะเป็นแนวทางสำคัญในการนำไปวางแผน
ส่งเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และ
การปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมทั้งจะเป็นข้อมูลสำคัญ
ในการวางแผนพัฒนาเชิงนโยบายและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเปราะบาง และการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ

การสุขภาพในในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ให้เกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริงได้ในอนาคต ทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 ด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางจิตสังคม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยศึกษากับบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 ด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535
3. เพื่อศึกษาข้อจำกัด อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางและการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ขอบเขตการวิจัย

1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ บทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง บทบาทในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

1.2 ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง “ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ” ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

1.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาเน้นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ โสธร มุกดาหาร และอำนาจเจริญ ซึ่งมีประชากรกลุ่มเปราะบางจำนวนมากและมีบริบทด้านสาธารณสุขที่หลากหลายและซับซ้อน

1.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา การดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

2. วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ประกอบด้วย

2.1 การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเขตสุขภาพที่ 10 ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับบทบาทการปฏิบัติงาน

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 70 คน ในปีงบประมาณ 2568

2) เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ ก) ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ข) อ่าน พูด เขียน และสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ดี ค) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ง) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

3) ขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ Taro Yamane⁽¹⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แต่เนื่องจากประชากรมีจำนวนไม่มากและสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 70 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสำรวจแบบเจาะจงทั้งหมด (Total enumeration) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกคนในเขตสุขภาพที่ 10 ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อศึกษาข้อจำกัด อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 3 ปี และมีความหลากหลายด้านพื้นที่ปฏิบัติงาน จำนวน 10 คน

2) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ก) ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอมากกว่า 3 ปี ข) มีความเต็มใจให้ข้อมูลและสัมภาษณ์ และ 3) มีความหลากหลายในด้านพื้นที่ปฏิบัติงาน (เมือง ชานเมือง ห่างไกล)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับรายได้ ที่พักอาศัย ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์อบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเปราะบางและการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (Closed-ended questions)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen⁽¹⁸⁾ จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 4 = เห็นด้วย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนเต็ม 60 คะแนน แบ่งเกณฑ์แปลผลเป็น 3 ระดับ สูง กลาง ต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ >48.00-60.00 คะแนน = ทัศนคติเชิงบวกระดับมาก >36.00-48.00 คะแนน = ทัศนคติเชิงบวกระดับปานกลาง ≤36.00 คะแนน = ทัศนคติเชิงบวกระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen⁽¹⁸⁾ จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่จริงเลย, 2 = ไม่ค่อยจริง, 3 = ไม่แน่ใจ, 4 = ค่อนข้างจริง, 5 = จริงมาก) คะแนนเต็ม 50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ สูง กลางต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ >40.00-50.00 คะแนน = การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มระดับสูง > 30.00 - 40.00 คะแนน = การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มระดับปานกลาง ≤30.00 คะแนน = การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การกำกับตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura⁽²⁰⁾ จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่มั่นใจเลย, 2 = ไม่ค่อยมั่นใจ, 3 = ไม่แน่ใจ, 4 = ค่อนข้างมั่นใจ, 5 = มั่นใจมาก) คะแนนเต็ม 60 คะแนน เกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ สูง กลางต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ >48.00-60.00 คะแนน = การรับรู้การกำกับตนเองระดับสูง >36.00-48.00 คะแนน = การรับรู้การกำกับตนเองระดับปานกลาง ≤36.00 คะแนน = การรับรู้การกำกับตนเองระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House⁽²¹⁾ จำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่เคยเลย, 2 = นานๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 5 = เป็นประจำ) คะแนนเต็ม 70 คะแนน เกณฑ์เป็น 3 ระดับ สูง กลางต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ >56.00-70.00 คะแนน = การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง >42.00-56.00 คะแนน = การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ≤42.00 คะแนน = การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายและแผนงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยประยุกต์จากแนวคิดการรับรู้ นโยบาย (Policy awareness) จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่ทราบเลย, 2 = ทราบเล็กน้อย, 3 = ทราบปานกลาง, 4 = ทราบดี, 5 = ทราบดีมาก) คะแนนเต็ม 80 คะแนน แบ่งเกณฑ์การแปลเป็น 3 ระดับ สูง กลางต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ >64.00-80.00 คะแนน = การรับรู้นโยบายและแผนงานระดับสูง >48.00-64.00 คะแนน = การรับรู้นโยบายและแผนงานระดับปานกลาง ≤48.00 คะแนน = การรับรู้นโยบายและแผนงานระดับต่ำ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 2 ด้าน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ^(4, 12-13) จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ (8 ข้อด้านกลุ่มเปราะบาง, 7 ข้อด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) ลักษณะการวัด Rating scale 7 ระดับ (1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 7 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่) คะแนนเต็ม โดยเป็นด้านกลุ่มเปราะบาง 40 คะแนน และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 30 คะแนน เกณฑ์การแปลผลบทบาททั้ง 2 บทบาท เป็น 3 ระดับ สูง กลางต่ำ ตามแนวทางของ Best และ Kahn⁽¹⁹⁾ ดังนี้ 46.67-70.00 = การปฏิบัติบทบาทระดับมาก 23.34 - 46.66 = การปฏิบัติบทบาทระดับปานกลาง ≤23.33 คะแนน = การปฏิบัติบทบาทระดับน้อย

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และ นิยามศัพท์เฉพาะ จากการประเมินเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจำนวน 3 ครั้ง ได้ค่าดัชนีความ

สอดคล้องด้านเนื้อหา (IOC) แยกเป็นรายตอนดังนี้ ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.89 การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม 0.87, การรับรู้การกำกับตนเอง 0.85, การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม 0.88, การรับรู้นโยบายและแผนงาน 0.84 และการปฏิบัติตามบทบาทสาธารณสุขอำเภอ 0.90 โดยค่าเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

3.2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน คือ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแยกเป็นรายตอนดังนี้ ด้านทัศนคติ เท่ากับ 0.89 การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม 0.84, การรับรู้การกำกับตนเอง 0.82, การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม 0.86, การรับรู้นโยบายและแผนงาน 0.75 และการปฏิบัติตามบทบาทสาธารณสุขอำเภอ 0.88 โดยค่าเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

3.3 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1) ข้อจำกัดในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเปราะบางและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) อุปสรรคในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ 3) แนวทางในการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพการทำงาน โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองสัมภาษณ์กับผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

4.1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

4.1.2 ผู้วิจัยประสานงานทางโทรศัพท์กับสาธารณสุขอำเภอและผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในเขตพื้นที่วิจัยเพื่อเชิญชวนเป็นอาสาสมัครในการวิจัย อธิบายและชี้แจงรายละเอียดและวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.3 กำหนดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนเป้าหมาย

4.1.4 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบแสดงความยินยอม (Informed consent) เพื่อเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ตอบส่งคืนทางจดหมายติดแสตมป์ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้ ภายในเวลา 2 สัปดาห์

4.1.5 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนมา ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จนครบจำนวน 63 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 90.0

4.1.6 นำข้อมูลที่ได้ มาตรวจสอบความถูกต้อง (Data cleaning) บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

5.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.2.1 ประสานงานและนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามวัน เวลา และสถานที่ที่เหมาะสม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ล่วงหน้า

5.2.2 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

5.2.3 บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียง (โดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์) และจดบันทึกประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์

5.2.4 ถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ (Transcription) และจัดทำข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 24 ชั่วโมง หลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง

5.2.5 นำข้อมูลทีถอดเทปไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

6.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 95% Confidence Interval (95%CI)

6.1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ สำหรับตัวแปรกลุ่ม (เพศ ระดับการศึกษา บทบาทหลัก) ใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และ One-Way ANOVA สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (อายุ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงาน และปัจจัยทางจิตสังคมทั้ง 5 ด้าน) ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient (r) เพื่อหาความสัมพันธ์กับบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางและบทบาทด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การตีความค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.70-1.00 = มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก, 0.50-0.69 = มีความสัมพันธ์ในระดับสูง, 0.30-0.49 = มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง, 0.10-0.29 = มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ, 0.00-0.09 = มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากหรือไม่มีความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ: กำหนดที่ระดับ .05 ($p < .05$)

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดย 1) อ่านข้อมูลที่ถอดเทปซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจ 2) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาประเด็นข้อจำกัด อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา 4) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบซ้ำ (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน 5) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical description) พร้อมตัวอย่างข้อความจากการสัมภาษณ์ (Quotes) ที่สำคัญ

6.3 การบูรณาการข้อมูล นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาบูรณาการเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายและเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ

7. จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 ใบรับรองโครงการวิจัย: R10-EC04 รหัสโครงการ: ID-12-67-01-E วันที่รับรอง 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน โดยมีการศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.3 เพศหญิงมีร้อยละ 31.7 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ร้อยละ 58.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งระดับผู้บริหาร (ร้อยละ 73.0) ด้านกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี (S.D. = 6.2) กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 43-47 ปี และ 48-52 ปี มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 28.6) สำหรับระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.8) ดำรงตำแหน่งเป็นเวลา 1-6 ปี โดยมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 4.3 ปี (S.D. = 4.1) ด้านระยะเวลาที่มีประสบการณ์ทำงานกับกลุ่มเปราะบาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) มีประสบการณ์ 11-20 ปี โดยมีระยะเวลาประสบการณ์เฉลี่ย 4.3 ปี (S.D. = 1.6)

ปัจจัยทางจิตสังคมและการรับรู้นโยบาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกสูงต่อการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง โดยมีค่าเฉลี่ย 31.3 คะแนน (S.D. = 2.7) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน (95% CI = 30.6-32.0) และด้านอนามัย

สิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 26.2 คะแนน (S.D. = 2.4) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (95% CI = 25.7-26.9) ด้านการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม พบว่าการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางมีค่าเฉลี่ย 21.1 คะแนน (S.D. = 2.3) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (95% CI = 20.5-21.7) และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 17.0 คะแนน (S.D. = 1.8) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (95% CI = 16.62-17.56) การรับรู้การกำกับตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางมีค่าเฉลี่ย 32.7 คะแนน (S.D. = 4.6) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน (95% CI = 31.5-33.9) และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 20.3 คะแนน (S.D. = 2.7) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (95% CI = 19.8-21.1) การสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางมีค่าเฉลี่ย 28.9 คะแนน (S.D. = 3.1) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน (95% CI = 28.1-29.7) และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 28.7 คะแนน (S.D. = 3.8) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน (95% CI = 27.9-29.8) การรับรู้นโยบายและแผนงานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางมีค่าเฉลี่ย 32.7 คะแนน (S.D. = 4.6) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน (95% CI = 31.5-33.9) และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 28.6 คะแนน (S.D. = 3.9) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน (95% CI = 27.8-29.6)

การปฏิบัติบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ผลการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติบทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางอยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวม 19.1 คะแนน (S.D. = 3.5) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน (95% CI = 18.2-19.9) คิดเป็นร้อยละ 47.7 เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตามรายชื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย พบว่าบทบาทที่มีการปฏิบัติในระดับสูงสุดเมื่อเทียบกับข้ออื่น คือ การประสานงานและส่งต่อกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะเจ็บป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.4) และในระดับน้อย (ร้อยละ 41.3) ลำดับถัดมาคือ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่กลุ่มเปราะบาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.0) และระดับน้อย (ร้อยละ 39.7) ในลำดับต่อมาคือ การประสานงานคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 54.0) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.9) การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเปราะบาง อยู่ในลำดับถัดมา โดยมีผู้ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.7) และระดับน้อย (ร้อยละ 54.0) การประสานจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อยู่ในลำดับถัดไป โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 50.8) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.4) สำหรับการรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 55.6) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.1) ในส่วนของการสำรวจและจัดทำข้อมูลกลุ่มเปราะบาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 49.2) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.6) สุดท้ายคือ การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีระดับการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 61.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.3) ด้านการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พบว่าการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวม 19.6 คะแนน (S.D. = 3.0) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (95% CI = 18.8-20.4) คิดเป็นร้อยละ 65.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าลำดับแรกที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลางสูงที่สุดคือ การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีผู้ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.1) และระดับน้อย (ร้อยละ 42.9) ในลำดับที่สองคือ การตรวจสอบข้อร้องเรียนด้านมลภาวะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.0) และระดับน้อย (ร้อยละ 44.4) ในลำดับที่สามคือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 44.4) ลำดับที่สี่คือ การควบคุมและป้องกันแมลงพาหะนำโรค โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 46.0) ในลำดับถัดมาคือ การสำรวจและรายงานกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 52.4) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.9) ลำดับสุดท้ายคือ การแจ้งเตือน

กิจกรรมที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติในระดับน้อย (ร้อยละ 55.6) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.7)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรกลุ่มกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และบทบาทหลักในปัจจุบัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.494$, $p = 0.333$ และ $p = 0.173$, ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 1 ส่วนการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.159$, $p = 0.213$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.058$, $p = 0.651$) ระยะเวลาที่มีประสบการณ์ทำงานกับกลุ่มเปราะบางไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.043$, $p = 0.735$) และประสบการณ์ฝึกอบรมเกี่ยวกับกลุ่มเปราะบางไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.009$, $p = 0.945$) ส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติบทบาท ได้แก่ ทัศนคติ ($r = 0.550$, $p < .01$) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ($r = 0.566$, $p < .01$) การรับรู้การกำกับตนเอง ($r = 0.580$, $p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.650$, $p < .01$) และการรับรู้นโยบายและแผนงาน ($r = 0.580$, $p < .01$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรศึกษากับบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ($n = 63$)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง	p-value
เพศ				
ชาย	19.13	3.21	$t = 0.474$	0.494
หญิง	19.05	4.11		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	19.34	3.09	$F = 0.952$	0.333
สูงกว่าปริญญาตรี	18.94	3.80		
บทบาทหลักในปัจจุบัน				
นักวิชาการสาธารณสุข	18.25	3.86	$F = 1.808$	0.173
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	17.61	3.59		
พยาบาลวิชาชีพ	19.61	3.51		

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษากับบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ($n = 63$)

ตัวแปร	บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง (r)	p-value
ทัศนคติ	0.550	0.001*
การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม	0.566	0.003*
การรับรู้การกำกับตนเอง	0.580	0.002*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.650	0.005*
การรับรู้นโยบายและแผนงาน	0.580	0.006*

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรศึกษากับบทบาทการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (n = 63)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	บทบาทการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	p-value
เพศ				
ชาย	19.8	3.21	t=0.574	0.356
หญิง	19.0	4.10		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	20.07	2.91	F = 0.561	0.853
สูงกว่าปริญญาตรี	19.91	3.08		
บทบาทหลักในปัจจุบัน				
นักวิชาการสาธารณสุข	17.05	1.91	F = 0.853	0.234
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	17.52	2.41		
พยาบาลวิชาชีพ	18.41	2.90		

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษากับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (n = 63)

ตัวแปร	บทบาทการดำเนินงาน อนามัยสิ่งแวดล้อม (r)	p-value
ทัศนคติ	0.516	0.008*
การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม	0.556	0.001*
การรับรู้การกำกับตนเอง	0.495	0.003*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.552	0.007*
การรับรู้นโยบายและแผนงาน	0.544	0.001*

*p<0.01

จากตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของบทบาทด้านการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างกลุ่มของตัวแปรศึกษา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา บทบาทหลักในปัจจุบัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.356$, $p = 0.853$ และ $p = 0.234$ ตามลำดับ) ส่วนการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน จากตารางที่ 4 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.171$, $p = 0.180$) ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.158$, $p = 0.0215$) แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ทัศนคติ ($r = 0.516$, $p < .05$) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ($r = 0.556$, $p < .05$) การรับรู้การกำกับตนเอง ($r = 0.495$, $p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.552$, $p < .05$) และการรับรู้นโยบายและแผนงาน ($r = 0.544$, $p < .05$) สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถจัดหมวดหมู่ข้อเสนอแนะได้ดังนี้ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.9 ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการอบรมความรู้และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง รองลงมาได้แก่การพัฒนาทักษะและศักยภาพการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ 18.6 และประเด็นด้านการส่งเสริมศักยภาพการจัดการ

ฐานข้อมูล ร้อยละ 16.3 นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะด้านการวางแผนและนโยบาย ร้อยละ 20.9 การสนับสนุนทรัพยากร ร้อยละ 7.0 และการพัฒนาทักษะเฉพาะด้าน ร้อยละ 9.3 ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ข้อเสนอแนะเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะ ร้อยละ 23.1 โดยเฉพาะความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 การขับเคลื่อนนโยบาย ร้อยละ 20.5 และการจัดการเฝ้าระวัง ร้อยละ 20.5 มีความสำคัญเท่าเทียมกัน รองลงมาคือการสร้างการมีส่วนร่วม ร้อยละ 17.9 การบูรณาการงาน ร้อยละ 12.8 และการสนับสนุนทรัพยากร ร้อยละ 5.1 ประเด็นข้อเสนอแนะที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งความไม่ชัดเจน ในบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและกับหน่วยงานอื่นในการร่วมกันปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การมีอำนาจตามกฎหมายเป็นของท้องถิ่น ซึ่งตามข้อกำหนดกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่เป็น อำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นทำให้การดำเนินงานต้องอาศัย การประสานงานของผู้ช่วยสาธารณสุข อำเภอเป็นสำคัญ ข้อเสนอแนะอื่นๆ เน้นการพัฒนาศักยภาพและการอบรมเป็นหลัก ร้อยละ 36.8 โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะ ใหม่ๆ เช่น การใช้ AI และเทคโนโลยีดิจิทัล การเขียนงานวิชาการและการวิจัย รวมถึงการสื่อสารแบบไร้รอยต่อ การสร้าง เครือข่าย ร้อยละ 21.1 ยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเสนอให้มีการพัฒนาเครือข่ายผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภออย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือการจัดการทรัพยากรและงบประมาณ ร้อยละ 15.8 การขับเคลื่อนและกลไก ร้อยละ 15.8 และความพึงพอใจและ ข้อคิดเห็น ร้อยละ 10.5

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเผยให้เห็นความขัดแย้งระหว่างความพร้อมทางจิตใจกับความ เป็นจริงในการปฏิบัติงาน ผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันว่า “เรารู้ว่างานนี้สำคัญ มีความรู้สึกที่ดี แต่เวลาลงมือทำจริงมีอุปสรรคเยอะ ไม่ใช่ว่ามีจิตใจดีแล้วจะทำได้ทุกอย่าง” ด้านข้อจำกัดหลักด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชาชน ได้แก่ การอบรมที่เน้นทฤษฎี มากกว่าปฏิบัติ ระบบข้อมูลกระจายหลายระบบไม่เชื่อมโยง และงบประมาณจำกัดโดยเฉพาะค่าเดินทางพื้นที่ห่างไกล ทำให้การเยี่ยมบ้าน (หัวใจของงาน) ทำได้เฉพาะกรณีเร่งด่วนเท่านั้น ส่วนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาเชิงโครงสร้างเด่นชัด โดย พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดอำนาจส่วนใหญ่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ต้องรับผิดชอบงาน “เราไปตรวจพบการฝ่าฝืน แต่ไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องประสานท้องถิ่น บางครั้งท้องถิ่นไม่ ดำเนินการหรือมีข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ เราก็ทำอะไรไม่ได้” การประสานงานมีอยู่แต่ “เป็นเพียงพิธีรีตอง ประชุมไป แต่สุดท้ายงานไม่คืบหน้า” การบูรณาการข้อมูลทั้งสองแบบทำให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ของปัญหาและคำตอบ ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงตัวเลขการปฏิบัติที่ดี (47.8-65.3%) และค่าสหสัมพันธ์ที่สูง ($r = 0.495-0.650$) ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายว่าทำไม ตัวเลขถึงเป็นเช่นนั้น การบูรณาการผลการวิจัยทั้ง 2 รูปแบบเผยให้เห็น 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ช่องว่างเกิดจากปัญหา เจริญระบบ ไม่ใช่ตัวบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ ($p > .05$) และผู้มีประสบการณ์ 15 ปียืนยันว่า “ปัญหามันอยู่ที่ ระบบ ที่ทรัพยากร ไม่ใช่ที่ตัวเรา” 2) ลักษณะงานต่างต้องการการสนับสนุนต่างกัน สอดคล้องกับผลวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสำคัญสุดในงานส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.650$) ตรงกับที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกว่า “เวลาได้รับการสนับสนุน มีกำลังใจทำงานต่อ” ส่วนบรรทัดฐานกลุ่มสำคัญในงานสิ่งแวดล้อม ($r = 0.556$) สอดคล้องกับ “ถ้าหัวหน้าไม่ให้ความสำคัญ เราก็ทำแค่พอสานไป” 3) การพัฒนาต้องเป็นแบบองค์รวม - ข้อเสนอจากข้อมูลคุณภาพสอดคล้องตรงกับค่าสหสัมพันธ์ที่พบ ยืนยันว่าต้องพัฒนาทั้งบุคลากร ระบบสนับสนุน ข้อมูล นโยบาย และโครงสร้างพร้อมกัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. บทบาทและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ผลการวิจัยเผยให้เห็นความขัดแย้งที่สำคัญระหว่าง ความพร้อมทางจิตใจกับผลลัพธ์การปฏิบัติจริง (Intention-behavior gap) โดยผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 มีปัจจัยทางจิตสังคมในระดับสูงทุกด้าน (>80%) ทั้งทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับตนเอง แรงสนับสนุน

ทางสังคม และการรับรู้นโยบาย แต่กลับปฏิบัติงานได้เพียงระดับน้อยถึงปานกลาง (47.8-65.3%) เท่านั้น ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen⁽¹⁸⁾ ที่ระบุว่าความตั้งใจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการแสดงพฤติกรรม หากขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสภาพแวดล้อมและทรัพยากร และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheeran และ Webb⁽²²⁾ ที่พบว่าเพียงร้อยละ 47 ของผู้ที่มีความตั้งใจสูงเท่านั้นที่สามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติจริงได้ เนื่องจากอุปสรรคเชิงโครงสร้าง การวิจัยล่าสุดของ Proctor et al.⁽²³⁾ ยังยืนยันว่าในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ช่องว่างระหว่างความตั้งใจกับการปฏิบัติมักเกิดจากข้อจำกัดด้านระบบมากกว่าความพร้อมของบุคลากร ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์สะท้อนความเป็นจริงนี้อย่างชัดเจนว่า “เรารู้ว่างานนี้สำคัญ มีความรู้สึกที่ดี แต่เวลาลงมือทำจริงมีอุปสรรคเยอะ” แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาเชิงระบบมากกว่าการพัฒนาบุคลากรเพียงอย่างเดียว ในด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง การปฏิบัติบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (47.8%) โดยงานที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (61.9% ปฏิบัติระดับน้อย) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของงานเชิงรุก ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอในประเทศไทยมีภาระงานมากและไม่สามารถลงพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงคุณภาพเผยให้เห็นอุปสรรคหลัก 3 ประการคือ (1) ทรัพยากรจำกัด โดยเฉพาะงบประมาณค่าเดินทางในพื้นที่กว้างใหญ่ของเขตสุขภาพที่ 10 (2) ระบบข้อมูลกระจัดกระจาย มีหลายระบบที่ไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้การติดตามกลุ่มเปราะบางทำได้ยาก และ (3) การขาดความรู้และทักษะเฉพาะทาง โดยการอบรมที่มีเน้นทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติและขาดระบบพี่เลี้ยง ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO⁽²⁵⁾ เรื่องความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศรายได้ปานกลาง ที่พบว่าขาดทรัพยากรและระบบสนับสนุนเป็นอุปสรรคหลักต่อการดูแลกลุ่มเปราะบาง ในทางตรงกันข้าม งานที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง คือ การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย (52.4%) และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ (54.0%) ซึ่งเป็นงานเชิงรับที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและไม่ซับซ้อนมาก สะท้อนว่าผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอมีศักยภาพในการเป็นกลไกเชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามแนวคิดของ WHO แต่ยังคงขาดความเข้มแข็งในการทำงานเชิงรุกและเชิงป้องกัน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีระดับการปฏิบัติที่ดีกว่าเล็กน้อย (65.39%) แต่ยังคงมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย มีการปฏิบัติน้อยที่สุด อาทิ การแจ้งเตือนกิจกรรมที่ฝ่าฝืนกฎหมาย (55.6%) การออกใบอนุญาต (50.8%) และการสำรวจกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (52.4%) ข้อมูลเชิงคุณภาพเผยให้เห็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญคือความไม่ชัดเจนของบทบาทและอำนาจตามกฎหมาย โดย พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดอำนาจส่วนใหญ่ให้อปท. แต่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอต้องรับผิดชอบงาน ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ “ไปตรวจพบการฝ่าฝืน แต่ไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องประสานท้องถิ่น บางครั้งท้องถิ่นไม่ดำเนินการหรือมีข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์” ปัญหานี้สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี⁽²⁶⁾ ที่พบว่าความซ้ำซ้อนและความไม่ชัดเจนของอำนาจหน้าที่ระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคสำคัญ นอกจากนี้ การประสานงานกับ อปท. ยังไม่มีประสิทธิภาพ แม้จะมีการประสานงานในระดับปานกลาง (57.1%) แต่ไม่มีผู้ใดปฏิบัติในระดับมาก และข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า “เป็นเพียงพิธีรีตอง ประชุมไป มีมติไป แต่สุดท้ายไม่มีใครทำตาม ขาดกลไกการติดตามและบังคับใช้” สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนของ WHO⁽²⁵⁾ และการศึกษาของ Emerson และ Nabatchi⁽²⁷⁾ เรื่อง Collaborative governance ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมและการบูรณาการข้ามหน่วยงาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับบทบาทการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบความแตกต่างที่สำคัญระหว่างอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยทางจิตสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด (เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ประสบการณ์ และการอบรม) ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ($p > .05$) ผลนี้แตกต่างจากการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าประสบการณ์และการศึกษามีผล แต่สอดคล้องกับแนวคิดของ GroL และ Grimshaw⁽²⁸⁾ และการศึกษาล่าสุดของ

Nilsen et al.⁽²⁹⁾ ระบุว่าในบริบทที่มีอุปสรรคเชิงระบบสูง การพัฒนาระดับบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานได้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันชัดเจนจากผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีประสบการณ์ 15 ปีว่า “ผมทำงานมา 15 ปีแล้ว อบรมมาหลายหลักสูตร มีความรู้เยอะ แต่พอมาทำงานจริงก็ติดปัญหาเหมือนเดิม ปัญหาขึ้นอยู่กับระบบ ที่ทรัพยากร ไม่ใช่ที่ตัวเรา” การค้นพบนี้มีนัยสำคัญสูงต่อนโยบายการพัฒนาบุคลากร โดยแสดงให้เห็นว่าการจัดอบรม หรือพัฒนาความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่ได้ผล หากไม่มีการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ระบบสนับสนุน และสภาพแวดล้อมการทำงานควบคู่กันไป ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Morgan และคณะ⁽³⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากร สาธารณสุขชุมชน พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต้องอาศัยการพัฒนาทั้งระบบ (System-level intervention) มากกว่า การพัฒนารายบุคคล ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยทางจิตสังคมด้านการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงกับการปฏิบัติงาน ที่สำเร็จ ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura รวมถึง การศึกษาล่าสุดของ Zhang et al.⁽³¹⁾ ที่พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งของประสิทธิภาพการทำงาน ในบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบาง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.650$) รองลงมาคือการรับรู้การกำกับตนเองและการรับรู้นโยบาย ($r = 0.580$ เท่ากัน) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ($r = 0.566$) และ ทักษะ ($r = 0.550$) ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ House, Awathi⁽³²⁾ และ Ramkisson และคณะ⁽³³⁾ ที่ยืนยันว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข การวิจัยของ Gillman⁽³⁴⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานสามารถชดเชยข้อจำกัดด้านทรัพยากรได้ ในระดับ และการวิจัยของ Schunk และ DiBenedetto⁽³⁵⁾ ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนด แรงจูงใจและความพยายามในการทำงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า “บางครั้งเราอยากทำ แต่ไม่มั่นใจว่าทำถูกหรือเปล่า โดยเฉพาะเรื่องกฎหมาย กลัวทำผิด เลยไม่กล้าทำ” แสดงความจำเป็นในการเสริมสร้างความมั่นใจผ่านการพัฒนาความรู้ เฉพาะทางและการสร้างระบบสนับสนุน ในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.556$) รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.552$) การรับรู้นโยบาย ($r = 0.544$) ทักษะ ($r = 0.516$) และการรับรู้การกำกับตนเอง ($r = 0.495$) การที่บรรทัดฐานกลุ่มมีความสัมพันธ์สูงสุดสะท้อนลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายและการควบคุม ซึ่งต้องอาศัยการกำกับดูแลและความคาดหวังจากองค์กร ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันว่า “ถ้าหัวหน้าไม่ให้ความสำคัญ เราก็ทำแค่พอให้ผ่านไป แต่ถ้าหัวหน้าเน้นย้ำ ติดตาม เราก็ต้องทำให้จริงจัง” ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิด Social norms theory และการศึกษาของ Cialdini และ Goldstein⁽³⁶⁾ เรื่องอิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมในองค์กร การรับรู้นโยบายและแผนงานมีความสัมพันธ์สูงกับการปฏิบัติงานทั้ง 2 ด้าน ($r = 0.544$ และ 0.580) สอดคล้องกับแนวคิด ของ Sabatier และ Weible⁽³⁷⁾ ที่ระบุว่าความชัดเจนของนโยบายและการสื่อสารสองทางช่วยเพิ่มประสิทธิผล ของการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า “เวลานโยบายชัดเจน เรารู้ว่าต้องทำอะไร มีเป้าหมายอะไร เราทำงานได้ง่ายขึ้น แต่บางครั้งนโยบายไม่ชัดเจน เปลี่ยนบ่อย ทำให้เราสับสน” แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารนโยบายที่มี ประสิทธิภาพ

3. ข้อจำกัด อุปสรรค และแนวทางการพัฒนา การบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทำให้เห็นข้อจำกัด หลักที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian model ที่แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการเป็น Structure, Process และ Outcome รวมถึงแนวคิด Implementation science ที่ระบุว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติต้องคำนึงถึงปัจจัย หลายระดับ ในมิติโครงสร้าง (Structure) พบข้อจำกัดสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ (1) ความไม่ชัดเจนของบทบาทและอำนาจ ตามกฎหมาย (35.8%) โดยเฉพาะ พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ. 2535 (2) ระบบข้อมูลกระจาย ไม่บูรณาการ (28.7%) (3) ทรัพยากรและงบประมาณจำกัด (22.1%) และ (4) บุคลากรและการขาดความรู้เฉพาะทาง (32.5%) ในมิติกระบวนการ (Process) พบว่า (1) การประสานงานกับ อปท. ไม่มีประสิทธิภาพ (28.4%) (2) การอบรมขาดการปฏิบัติจริงและการติดตามผล

และ (3) ระบบที่เสถียรไม่มีความชัดเจน ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Damschroder และคณะ⁽³⁸⁾ เรื่อง Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ที่ระบุว่าอุปสรรคในหลายระดับต้องได้รับการแก้ไขพร้อมกันจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และการวิจัยของ Nilsen และ Bernhardsson⁽³⁹⁾ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมในระบบสุขภาพ

4. การอภิปรายเชิงนโยบาย

4.1 แนวทางบูรณาการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอมีข้อจำกัดในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ อสม. เป็นกำลังสำคัญที่อยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับประชาชน การพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันจึงเป็นแนวทางที่สำคัญตามแนวคิด Task shifting ของ WHO⁽²⁵⁾ ที่ส่งเสริมการกระจายภารกิจสุขภาพไปยังบุคลากรในระดับชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนควรกำหนดให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน นิเทศ และสนับสนุนการทำงานของ อสม. ส่วน อสม. ทำหน้าที่เป็นตาและหูในพื้นที่ คัดกรอง ติดตาม และรายงานกลุ่มเปราะบาง พร้อมสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE หรือ Mobile application เฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Olaniran และคณะ⁽⁴⁰⁾ เรื่องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเชื่อมโยงบุคลากรสุขภาพชุมชนกับระบบสุขภาพหลักในแอฟริกา การพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างเป็นระบบผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคู่มือที่เข้าใจง่าย และการสร้างกลไกนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจผ่านระบบค่าตอบแทน การยอมรับ และการพัฒนาเครือข่าย อสม. ระดับอำเภอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน ตามที่ Perry และคณะ⁽⁴¹⁾ ศึกษาพบว่าการสนับสนุนและพัฒนา Community health workers อย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีนัยสำคัญ

4.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในอนาคต ผลการวิจัยเผยให้เห็นปัญหาสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกับ อปท. ซึ่งต้องการการปรับปรุงในหลายมิติ การปรับปรุงกรอบกฎหมายและนโยบายควรเริ่มจากการแก้ไข พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้กำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรับปรุงกลไกการบังคับใช้กฎหมายให้มีอำนาจดำเนินการเบื้องต้นได้ และกำหนดมาตรการลงโทษสำหรับอปท. ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ควบคู่ไปกับการพัฒนาโลก MOU และข้อตกลงการทำงานร่วมกันที่ระบุบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน กำหนดกลไกการประชุมร่วมอย่างเป็นทางการ และสร้างระบบรายงานผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Collaborative governance ของ Emerson และ Nabatchi⁽²⁷⁾ ที่เน้นความสำคัญของการสร้างความร่วมมือผ่านการสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การพัฒนาโลกการทำงานร่วมกันควรมีการจัดตั้งคณะทำงานร่วม (Joint working team) ที่มีผู้แทนจากทั้งสองหน่วยงานร่วมลงพื้นที่ตรวจสอบและแก้ไขปัญหา พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลร่วม (Shared information system) ที่เชื่อมโยงข้อมูลใบอนุญาตกิจการ ผลการตรวจสอบ และข้อร้องเรียนในระบบเดียวกัน โดยใช้เทคโนโลยี Cloud-based system เพื่อให้ทั้งสองหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลแบบ Real-time จะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

4.3 แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลแบบบูรณาการ จากผลการวิจัยที่พบว่าระบบข้อมูลกระจายตัวเป็นอุปสรรคสำคัญ (28.7%) การพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัลที่บูรณาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงข้อมูลจากระบบ HDC ระบบของจังหวัด และระบบของ อปท. มีการ Update แบบ Real-time และสามารถติดตามวางแผนการเยี่ยมบ้านได้อย่างเป็นระบบ ควบคู่ไปกับการพัฒนา Mobile application สำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่สามารถบันทึกข้อมูลได้ทันที มีระบบ GPS ถ่ายภาพ และลดการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อน พร้อมระบบติดตามและรายงานผลผ่าน Dashboard ที่แสดงผลแบบ Real-time และสามารถจัดทำรายงานอัตโนมัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

Digital transformation ในภาครัฐ ยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 และการศึกษาของ Kruse และคณะ⁽⁴²⁾ เรื่องการใช้ Digital health technologies ในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พบว่าระบบข้อมูลที่บูรณาการสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

4.4 การพัฒนารูปแบบการอบรมและพัฒนาบุคลากรแบบใหม่ จากผลการวิจัยที่พบว่าการอบรมเน้นทฤษฎีมากกว่าปฏิบัติ (32.5%) และปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน จึงควรพัฒนารูปแบบการอบรมใหม่ที่เน้น Active learning โดยใช้ Case-based learning, Simulation และ Learning by doing ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Adult learning ของ Knowles และการศึกษาของ Rowe และคณะ⁽⁴³⁾ เรื่อง Competency-based training ในบุคลากรสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) ที่จับคู่ผู้ใหม่กับผู้ที่มีประสบการณ์ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระดับเขต การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) ที่เขียนเป็นขั้นตอนชัดเจน มีตัวอย่างกรณีศึกษา อ้างอิงฐานกฎหมาย และเป็น Digital format ที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community of practice) ที่มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอและใช้ Online platform ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมีประสิทธิภาพสูงกว่าการอบรมแบบดั้งเดิม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ส่งเสริมปัจจัยทางจิตสังคม จัดตั้งเครือข่ายผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอระดับเขต พัฒนาระบบพี่เลี้ยง จัดกระบวนการโค้ชการทำงาน จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเฉพาะด้านผ่านการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษา (Case-based learning) พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติมาตรฐานรูปแบบดิจิทัล (Digital) มีกระบวนการชี้แจงนโยบายชัดเจน เปิดโอกาสมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย พัฒนาระบบกำกับติดตามด้วยตัวชี้วัดแบบสมรรถนะที่บรรลุได้

1.2 แก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ควรบูรณาการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการพัฒนาเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลบูรณาการ HDC, ThaiQM, Mobile App บันทึกข้อมูลทันที จัดทำ MOU กับ องค์การปกครองท้องถิ่น ระบุบทบาทชัดเจน รวมทั้งการอบรมกฎหมายสาธารณสุขเชิงปฏิบัติการ เสนอแก้ไข พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ. 2535 จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเฉพาะกิจลงพื้นที่ให้เพียงพอ

1.3 เสริมสร้างบทบาทที่ปฏิบัติได้ พัฒนารูปแบบทำงานร่วมอาสาสมัครสาธารณสุข วางแผนเยี่ยมบ้านใช้แผนที่ใช้ Video Call/Telemedicine บูรณาการระบบข้อมูลหลายแหล่งลดการกักขัง เสริมสร้างความรู้ความมั่นใจด้านกฎหมาย พัฒนากลไกทำงานร่วม อปท. สร้างระบบติดตามผลเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้วยวิธีเชิงคุณภาพให้ทราบถึงสาเหตุเชิงลึกและแนวทางในการยกระดับบทบาทที่แท้จริง

2.2 พัฒนาและทดสอบโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ (Intervention research) พัฒนา SEM วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เปรียบเทียบข้ามเขตสุขภาพ ศึกษาการบูรณาการกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศึกษาผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness)

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF. Vulnerable groups and health equity. Geneva: WHO; 2020.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์ประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2566.

3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566.
5. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษทางอากาศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ; 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานผลการตรวจประเมินสถานประกอบการอาหาร ประจำปี 2566. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร; 2566.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
8. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายสาธารณสุขเพื่อความเป็นธรรม. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารงานสาธารณสุขอำเภอ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ: ประสบการณ์และบทเรียน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
11. สมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย; 2562.
12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางในสถานการณ์วิกฤต. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2564.
13. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุภาพร ชูชื่น, รัตนา สมบัติดี. บทบาทของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562;49(3):445-58.
14. จุฑาทิพย์ ลือบุญธวัชชัย, วิภาดา คุณาวงศ์, สมชาย จันทร์เจริญ. ความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2564;15(2):87-99.
15. บุญเรือน เสนคำ, พรพิมล ธารินทร์, จิราพร แสงจันทร์. ภาวะเหนื่อยล้าและความเครียดในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(1):23-35.
16. สถาบันพัฒนาอนามัยชุมชน. รายงานการศึกษาบทบาทและความร่วมมือของผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาอนามัยชุมชน; 2565.
17. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
19. Best JW, Kahn JV. Research in education. London: Pearson Education; 2006.
20. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. J Manag. 2012;38(1):9-44.
21. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
22. Sheeran P, Webb TL. The intention-behavior gap. Soc Personal Psychol Compass. 2016;10(9):503-18.
23. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. Adm Policy Ment Health. 2009;36(1):24-34.
24. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W. Thailand Universal Coverage Scheme. Econ Polit Wkly. 2012;47(8):52-7.
25. World Health Organization. Primary health care systems (PRIMASYS): Comprehensive case study from Thailand. Geneva: WHO; 2021.
26. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการประเมินศักยภาพผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอในการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุข. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
27. Emerson K, Nabatchi T. Collaborative governance regimes. Georgetown: University Press; 2021.

28. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225–30.
29. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, Birken SA, Schildmeijer K. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):147.
30. Morgan D, Kosteniuk J, O'Connell ME, Seitz D, Elliot V, Bayly M, et al. Factors influencing sustainability and scale-up of rural primary healthcare memory clinics: perspectives of clinic team members. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):148.
31. Zhang X, Lin D, Pforsich H, Lin VW. Physician workforce in the United States of America: forecasting nationwide shortages. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):8.
32. Awasthi S, Zaveri B, Parida S, Suri S, Sidhu A, Thorat MM. Impact of leadership styles on healthcare team performance and patient satisfaction. *Health Leadersh Qual Life* [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 20];3. Available from: <https://hl.ageditor.ar/index.php/hl/article/view/373>
33. Ramkisson S, Pillay BJ, Sibanda W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 20];9(1). Available from: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1405>
34. Gillman JC, Turner MJ, Slater MJ. The role of social support and social identification in challenge and threat, perceived stress, and life satisfaction. *Soc Personal Psychol Compass*. 2024;18(7):e12982.
35. Schunk DH, DiBenedetto MK. Motivation and social cognitive theory. *Contemp Educ Psychol*. 2020;60:101832.
36. Cialdini RB, Goldstein NJ. Social influence: compliance and conformity. *Annu Rev Psychol*. 2004;55(1):591–621.
37. Sabatier PA, Weible CM. *Theories of the policy process*. 5th ed. London: Routledge; 2023.
38. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci*. 2022;17(1):75.
39. Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):189.
40. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, Van Den Broek N. Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1272223.
41. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Wilhelm J, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 1. rationale, methods and database description. *J Glob Health*. 2017;7(1):010901.
42. Kruse CS, Stein A, Thomas H, Kaur H. The use of electronic health records to support population health: a systematic review of the literature. *J Med Syst*. 2018;42(11):214.
43. Rowe M, Frantz J, Bozalek V. Beyond knowledge and skills: the use of a Delphi study to develop a technology-mediated teaching strategy. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):51.
44. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implement Sci*. 2009;4(1):11.