



บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ร่วม มะโนม¹, ยอดชาย สุวรรณวงษ์^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแค

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

(วันที่รับบทความ : 23 กันยายน 2564 ; วันที่แก้ไข : 9 พฤศจิกายน 2564 ; วันที่ตอบรับ : 28 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข และศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง และอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอหนองแค จำนวน 360 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านสภาพการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค คือ จุดแข็งด้านผู้นำ และบุคลากรมีความรู้ที่หลากหลาย ในขณะที่มีจุดอ่อนด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย และขาดความชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ 2) ด้านความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.50) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 54.71) และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี (ร้อยละ 47) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 78.89) และรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 56.67) โดยมีความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค โดยด้านบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = .145) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.59$, S.D. = .174) และบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = .182) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผู้นำ ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .215)

คำสำคัญ : บทบาทและภาพลักษณ์, การพัฒนาด้านสาธารณสุข, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



The Roles and Image on Public Health Development of District Health Boards in the Perspective of Village Health Volunteers in NongKhae District of Saraburi Province

Ruam Manonom¹, Yodchai Suwannawong^{2*}

¹NongKhae District Public Health Office

²Saraburi Provincial Public Health Office

Abstract

The aims of this descriptive research were to analyze the environment of the quality of life development in public health and study the role and image on the public health development of the district health board in the opinion of the village health volunteers of NongKhae District. The research was conducted during August - September 2021. The samples consisted purposive sampling of 11 representatives of the district health board and simple sampling of 360 village health volunteers. The semi-structured interview and the questionnaires were used as tools for data collection. The data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The results found that: 1) the environments of the quality of life development in public health of the district health board NongKhae district were strengths of leadership and diversity knowledge, the weakness of policy management and the role of district health board, 2) the roles and image on public health development of district health boards found most of the village health volunteers were female (67.50%). The age rang was 50-59 years (54.71%). The period of working as the village health volunteers was 11-20 years (47.50%). The majority of the village health volunteers had never worked on health with the district health boards (78.89%) . However, more than half of the samples did know in the roles of district health board (56.67%). Overall, the village health volunteers had attitude towards on the desired roles and image on public health development of district health boards in the high level ($\bar{x}$ = 4.51, S.D. = .145). The highest level of opinions was the accomplishment in public health ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = .174), while the samples had opinion towards on current roles and image on public health development of district health boards in the moderate level ($\bar{x}$ = 3.09, S.D. = .182). The highest level of opinions was the leader ($\bar{x}$ = 3.61, S.D. = .215).

Key words: Roles and image, public health development, district health boards,

Village health volunteers

* Corresponding author : ¹ruamrami56@gmail.com, ²yodchai53@hotmail.com

โทรศัพท์: 089 4108732, 085 3386238



บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (The United Nations: UN) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่เชื่อมโยงระหว่างมิติของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขึ้นภายในปี 2573 ซึ่งรัฐบาลไทยนำแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศโดยนำกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2561) ซึ่งในมิติของการพัฒนาด้านสาธารณสุข เป้าหมายที่สำคัญคือการสร้างภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน มีการพึ่งตนเองเพื่อครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งเป็นภารกิจที่มีความท้าทายอย่างมากของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ สุขภาพ (Health) มีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัยตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้านครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ และต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรหรือหน่วยงานหลายฝ่าย ตลอดจนภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำครอบครัวหรือกลุ่มองค์กรในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการหลักการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานร่วมกับคณะทำงานจากภาคีเครือข่ายทุกภาคทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ระดับอำเภอ ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงเป็นเสมือนตัวแทนและภาพลักษณ์ด้านศักยภาพของภาครัฐ ภายใต้ความคาดหวังของประชาชนต่อการนำพาความสำเร็จด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงถือได้ว่าเป็นคณะทำงานที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นคณะทำงานระดับอำเภอที่ต้องเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานกับคณะทำงานหน่วยงานย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการจำเป็นในระดับฐานรากที่แท้จริงของประชาชน และผสมผสานความสำคัญด้านนโยบายสาธารณสุขระดับต่างๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งในปี 2564 – 2565 มีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ **ความสำคัญกับการดูแลเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง การดูแลประชาชนจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน** (กองสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2564) ซึ่งการจัดการกับความท้าทายและความหลากหลายของปัญหาสาธารณสุขข้างต้นให้ได้ นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความสำคัญของงานด้านสาธารณสุข และระบบสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงกรอบระยะเวลาในการพัฒนาและจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมได้นั้น ใช้เวลาเพียง 4 ปี เท่านั้น (ปี 2561-2564) ดังนั้น จึงพบว่ามีความจำเป็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหลายแห่ง ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่ง



ในการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนให้คณะทำงานสามารถดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีอีกไม่น้อยที่มีปัญหาทั้งในเชิงโครงสร้างและรูปแบบการบริหารจัดการที่สามารถส่งผลเชิงลบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนและประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญ เช่น ประธานหรือเลขานุการไม่ให้ความสำคัญหรือไม่เห็นว่าเป็นโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนก็จะทำให้กลายเป็นเพียงเวทีประชุมที่ทำให้เสร็จไปตามแผนงบประมาณ อีกทั้งมีการหลายแห่งเข้าใจผิดว่าบทบาทของตนเองคือการมาประชุมเพื่อให้ความเห็นให้ข้อมูลแล้วให้ผู้อื่นลงมือทำ และหลายแห่งเลือกประเด็นขับเคลื่อนที่ตอบโจทย์หรือตอบตัวชี้วัดขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเท่านั้น หรือบางครั้งอาจมีคำสั่งให้เลือกประเด็นที่กำหนดเพื่อแก้ไขตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ให้ผ่านซึ่งส่งผลให้กรรมการจากหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของและลดบทบาทของตนเองลง เนื่องจากไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องและไม่สามารถมีส่วนร่วมกับประเด็นได้ อีกทั้งยังทำให้หน่วยงานเจ้าของประเด็นยังคงต้องขับเคลื่อนงานเพียงลำพัง อีกทั้งด้านงบประมาณ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวนมากเน้นการจัดประชุมให้ครบตามที่ระเบียบและแผนงานกำหนด มากกว่าขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562)

ปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาเชิงระบบ โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และทักษะของคณะทำงานที่เกิดจากการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความหลากหลายทางสังคม บทบาทหน้าที่ความชำนาญเชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีการกิจที่แตกต่างกัน แต่ต้องร่วมทีมเพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งในความเป็นจริงถือว่าเป็นจุดแข็งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แต่หากมีการเตรียมความพร้อมที่น้อยและขาดระบบการจัดการองค์กรที่ดี ก็อาจเป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดในด้านความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานที่สำคัญ และหากไม่ได้รับการพัฒนาหรือแก้ไขอย่างเหมาะสม ก็อาจทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้ตามเป้าหมาย และไม่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นที่ที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้อย่างกว้างขวางต่อไป อีกทั้งการปฏิบัติงานที่ขาดประสิทธิภาพก็จะส่งผลต่อภาพลักษณ์ ด้านประสิทธิภาพขององค์กร ทำให้ส่งผลความน่าเชื่อถือ และเชื่อมั่น ซึ่งความเชื่อถือและศรัทธาถือเป็นพื้นฐานสำคัญของรวมถึงและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายชุมชน (กรวิภา อมรประภา อีรกุล, 2553) และหากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเกิดภาพลักษณ์เชิงลบต่อชุมชนก็อาจจะนำไปสู่การขาดความร่วมมือของภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเฉพาะการพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพเพื่อสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพ หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับประชาชน และกลุ่มจิตอาสาอย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งอยู่ในบทบาทผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนก็อาจส่งผลกระทบเชิงลบต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศได้



อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาและเติบโตของภาคอุตสาหกรรม ควบคู่กับการขยายตัวของภาคการเกษตรกรรม และมีการเคลื่อนไหวของแรงงานจากจังหวัดต่างๆ เข้ามาประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ประกอบกับความหลากหลายของปัจจัยทางสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนในอำเภอหนองแค ให้มีลักษณะความเป็นสังคมเมืองที่ประชาชนมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงสังคมต่อกันน้อยลง สถานการณ์เหล่านี้จึงเป็นโจทย์ที่ท้าทายความสามารถของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ในการสร้างภาพลักษณ์ความเชื่อมั่น และความร่วมมือจากประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการร่วมขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองแค ซึ่งผู้วิจัยในบทบาทของนักบริหารและจัดการด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ตระหนักดีว่าการบริหารจัดการที่ดีจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดี และสามารถสร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธาซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเชื่อมโยงเพื่อสร้างความร่วมมือของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเป็นเครือข่ายที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) และอีกนัยหนึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ก็คือประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองแค ที่ได้รับผลกระทบและผลลัพธ์จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนั้นการแสดงความคิดเห็นบนมุมมองจากประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อภาพลักษณ์ด้านการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงเป็นเสมือนการสะท้อนโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พิจารณากำหนดแนวทางการบริหารจัดการองค์กรและเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรและสร้างเสริมภาพลักษณ์ด้านศักยภาพและขีดความสามารถของการเป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นศูนย์กลางของการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอหนองแคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค
2. เพื่อศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค
3. เพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค



ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยใช้หลักการวิเคราะห์ SWOT Analysis เป็นกรอบการวิเคราะห์ และศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ และที่เป็นจริงของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ในด้านผู้นำ ด้านบุคลากร/คณะทำงาน ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ด้านการสื่อสารสังคม และด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข และศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านนโยบาย ด้านวิชาการ และด้านการนำองค์ความรู้สำหรับการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเท่านั้น

ขอบเขตด้านประชากรศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ตัวแทนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค (พขอ.) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค และกลุ่มที่ 2 คือ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีรายชื่อขึ้นทะเบียนระบบอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอหนองแค ในปี 2564 เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2564 รวมเวลา 2 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2550) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอหนองแค โดยเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Purposive selection) เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) โดยคำนึงถึงความครอบคลุมทุกภาคส่วนตามองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความสนใจ และความอึดตัวของข้อมูล (Data Saturation) (B. Marshall et al., 2013 อ้างในจำเนียร จวงตระกูล, 2561) จำนวน 11 คน คือ ประธาน/รองประธาน จำนวน 1 คน, เลขานุการฯ จำนวน 1 คน, คณะกรรมการผู้แทนหน่วยงานของรัฐจำนวน 3 คน, ภาคเอกชน จำนวน 3 คน, และภาคประชาชน จำนวน 3 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอหนองแค ในปี 2564 จำนวนทั้งสิ้น 1,516 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างการวิจัยจากสูตร $n = \frac{X^2}{Np(1-p) + e^2}$ (Krejcie and Morgan, 1973) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 307 ตัวอย่าง



เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล การวิจัยครั้งนี้จึงใช้ตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 360 ตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เลือกตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน/ตำบล ครอบคลุมทั้ง 18 ตำบลของอำเภอหนองแค

เครื่องมือในการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องสภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอหนองแค ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิดการวิเคราะห์สภาพการณ์ด้วยหลัก SWOT Analysis (เอกชัย บุญยาทิศฐาน, 2553) วิเคราะห์ปัจจัยภายในด้วยหลักการ 4M (man, management, money, material) และปัจจัยภายนอกด้วยหลัก PETS (Political, economy, technology, social) (D.D. Van Fleet with R.W. Griffin and others, 2006) โดยเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ และ 2) ความคิดเห็นต่อสภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติง, 2552) ตัวแทนทุกภาคส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. แบบสอบถามบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง และเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale, 1967) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 67 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ 3) แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ คือค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.835 เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหนองแคโดยวิธีจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายผลการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (ศิริชัย กาญจนวาส และดิเรก ศรีสุข, 2559)



การป้องกันด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethics) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขออนุมัติจริยธรรม EC 008/2564

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอหนองแค

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอหนองแค มีจุดแข็งที่สำคัญด้านคุณลักษณะของผู้นำ และบุคลากรมีความรู้หลากหลาย ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีจุดอ่อนด้านการบริหารจัดการโดยขาดความชัดเจนด้านนโยบายสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และด้านโอกาสมีนโยบายสนับสนุนจากส่วนกลาง และมีระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ และลักษณะความเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมและสังคมเมืองเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมภายใน

1.1 จุดแข็ง (Strength) ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านบุคลากร (Man)

(1) ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำสูง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข (2) คณะกรรมการฯ เป็นผู้มีความรู้ด้านการพัฒนาที่หลากหลายมีติดตามขอบเขตบทบาทขององค์กร และ (3) คณะกรรมการฯ ในส่วนของภาคประชาชนที่ประสบการณเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยตรง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขและสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ 2) ด้านการบริหารจัดการ (Management) มีแผนงานและโครงการด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ด้านทรัพยากร (Money, Material) (1) มีเครือข่ายบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล และระดับองค์กรในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (2) อำเภอหนองแคเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนางานและโครงการด้านสาธารณสุข เช่น การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โครงการเด็กกตัญญูแทนคุณแผ่นดิน เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องมือในการจัดการด้านสุขภาพ และ (3) มีช่องทางสำหรับใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพที่หลากหลาย เช่น Application Line, Face book, เสียงตามสายของเทศบาลและหมู่บ้าน, วิทยุชุมชน

1.2 จุดอ่อน (Weakness) ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านบุคลากร (Man)

(1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวนหนึ่งขาดทักษะและความเข้าใจในมิติการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานจากภาคส่วนอื่นๆ ส่วนหนึ่งยังมองเรื่องสุขภาพเพียงมิติด้านร่างกาย และไม่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และไม่เข้าใจว่าตนเองมีบทบาทในงานด้านสาธารณสุขอย่างไร (2) คณะกรรมการฯ บางส่วนขาดศักยภาพในการนำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจในการวางแผนการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และ (3) คณะกรรมการฯ บางส่วนมีการโยกย้าย ลาออก เปลี่ยนงาน ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ



ต่อภาระงาน และขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน 2) **ด้านการบริหารจัดการ (Management)** (1) นโยบายการพัฒนางานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพขาดความชัดเจน ไม่มีการประกาศนโยบายการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมและลายลักษณ์อักษร ซึ่งการดำเนินงาน/แผนงาน/โครงการส่วนใหญ่จะอิงกับนโยบายส่วนกลาง และส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเป็นหลัก (2) การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่มักให้เป็นบทบาทหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุข จึงขาดการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ (3) แผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุขเป็นแผนภาพรวมระดับอำเภอที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ทั้งหมดของอำเภอ และส่วนหนึ่งไม่ได้ผ่านความเห็นชอบและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชนทำให้บางโครงการไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน (4) โครงการพัฒนาด้านสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โครงการส่วนใหญ่มักเป็นโครงการที่สนับสนุนกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งไปที่การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และ (5) การทำงานแบบแยกส่วนมากกว่าการทำงานเป็นทีม ขาดการดำเนินงานสุขภาพเชิงรุก และขาดการบูรณาการงานด้านสุขภาพกับการพัฒนางานอื่นๆ 3) **ด้านทรัพยากร (Money, Material)** (1) การบริหารและจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญไปกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขโรคของชุมชน และมีความล่าช้า อีกทั้งไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (2) ข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ ไม่เป็นปัจจุบัน ขาดความครบถ้วน และบางข้อมูลเป็นสารสนเทศสาธารณสุขที่ไม่มีคุณภาพ

2. สภาพแวดล้อมภายนอก

2.1 **โอกาส (Opportunity) ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข** พบว่า 1) **ด้านการเมือง/กฎหมาย/นโยบาย (Political and Legal)** (1) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอโดยคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (2) กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่สื่อและข้อมูลด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างกระแสการรับรู้ด้านสุขภาพของสังคม (3) กระทรวงมหาดไทยและกรมการปกครองมีนโยบายในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในภาวะวิกฤติ และ (4) มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ด้านสาธารณสุขต่างๆ ที่สนับสนุนด้านการควบคุม ป้องกันด้านสุขภาพ 2) **ด้านเศรษฐกิจ (Economic)** (1) มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคเอกชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และ (2) ร้านค้า/องค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนและบริจาควัสดุ ครุภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ 3) **ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural)** (1) มีกลุ่มจิตอาสาที่จิตสาธารณะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือชุมชน และ (2) ประชาชนให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากขึ้น และตระหนักต่อการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 และ 4) **ด้านเทคโนโลยี (Technology)** (1) ความทันสมัยของเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันเอื้อต่อการส่งผ่านองค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม สู่เครือข่ายและประชาชนได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน และ (2) มีศูนย์การเรียนรู้/มีระบบอินเทอร์เน็ตชุมชนที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารให้รวดเร็ว ทันสมัย



2.2 อุปสรรค (Threat) ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านการเมือง/กฎหมาย/นโยบาย (Political and Legal) (1) นโยบายการทำงานของระดับกระทรวง เขต จังหวัด มีจำนวนมากเกินและบางส่วนไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ และมีข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน และ (2) นโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางมีอิทธิพลต่อการกำหนดแผนงานโครงการของพื้นที่ **2) ด้านเศรษฐกิจ (Economic)** (1) สภาพเศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความเครียดและเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตมากขึ้น และ (2) มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนมากเข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองแควซึ่งเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพ **3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural)** (1) มีภูมิประเทศเป็นเขตพื้นที่อุตสาหกรรมหลายประเภทตั้งอยู่ในอำเภอและมีโอกาสเกิดมลพิษจากของเสียในกระบวนการผลิตของสถานประกอบการ/โรงงานอุตสาหกรรม (2) วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่มีความเป็นเมืองมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงประชาชนมีความยุ่งยากมากขึ้น และประชาชนส่วนใหญ่ขาดโอกาสในการร่วมเสนอความคิดเห็นและความต้องการด้านสุขภาพ (3) ประชาชนบางส่วนไม่ตระหนัก ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (4) โครงสร้างประชากรมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งมีโอกาเป็นภาวะพึ่งพิงสูง และ (5) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานตามแผนงานโครงการได้ และ **4) ด้านเทคโนโลยี (Technology)** (1) มีการสื่อสารด้านธุรกิจสุขภาพเพื่อสร้างความเชื่อและค่านิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และ (2) ประชาชนส่วนหนึ่งขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมจากพฤติกรรมการติดสื่อออนไลน์

2. บทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแคว

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเพศชาย (117 คน, ร้อยละ 32.50) และเพศหญิง (243 คน, ร้อยละ 67.50) มีสถานภาพสมรส (297 คน, ร้อยละ 82.50) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 54.17) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (203 คน, ร้อยละ 56.39) รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น (53 คน, ร้อยละ 14.72) และมีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (189 คน, ร้อยละ 52.50) รองลงมาคือเกษตรกร (85 คน, ร้อยละ 23.61) โดยมีรายได้/เดือนระหว่าง 10,000 – 19,999 บาท (183 คน, ร้อยละ 50.83) รองลงมาน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (98 คน, ร้อยละ 27.22) และมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่าง 11-20 ปี (171 คน, ร้อยละ 47.50) รองลงมา มากกว่า 20 ปี (94 คน, ร้อยละ 26.11) และ 6-10 ปี (81 คน, ร้อยละ 22.50) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (284 คน, ร้อยละ 78.89) โดยมี (11 คน, ร้อยละ 3.06) ที่เคยร่วมปฏิบัติงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งลักษณะงานที่ผู้เคยร่วมปฏิบัติกับ พชอ. ร้อยละ 100 เป็นการร่วมตัดสินใจ/ แสดงความต้องการของชุมชน และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข และพบว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะปฏิบัติร่วมกับ พชอ. ลักษณะงานที่ต้องการร่วมปฏิบัติด้วย คือ การร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 87.22) รองลงมา คือ การร่วมตัดสินใจ/ แสดงความต้องการของชุมชน (ร้อยละ 86.11) และการร่วมประเมินผลกิจกรรม/โครงการ (ร้อยละ 83.06) ตามลำดับ



และอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ (204 คน, ร้อยละ 56.67) รับรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในด้านการพัฒนางานสาธารณสุข และปัญหาด้านสาธารณสุขที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พัฒนางานด้านสาธารณสุขมากที่สุด ในด้านปัญหาโรคติดต่อ เช่น โควิด 19 (229 คน, ร้อยละ 63.61) และรองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (56 คน, ร้อยละ 15.56)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ภาพรวมพบว่า บทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = .145) และเมื่อพิจารณารายด้านบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.59$, S.D. = .174) ในขณะที่ภาพรวมของบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = .182) โดยบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผู้นำ ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .215) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านผู้นำ	4.57	.141	มากที่สุด	3.61	.215	มาก
1	มีวิสัยทัศน์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข	4.73	.174	มากที่สุด	4.11	.274	มาก
2	มีภาวะความเป็นผู้นำด้านสุขภาพหรือปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ	4.52	.141	มากที่สุด	3.47	.551	มาก
3	มีความสามารถในการชี้แนะ/โน้มน้าวให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนางานด้านสาธารณสุข	4.44	.211	มากที่สุด	3.42	.144	มาก
4	สอดส่อง ดูแล และเข้าถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน	4.22	.145	มากที่สุด	3.75	.511	มาก
	ด้านบุคลากร/คณะทำงาน	4.41	.171	มากที่สุด	3.17	.135	ปานกลาง
5	มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข	4.52	.144	มากที่สุด	3.31	.147	ปานกลาง
6	เข้าถึงชุมชนเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพ	4.77	.125	มากที่สุด	2.97	.141	ปานกลาง
7	มีความเสียสละและให้ความสำคัญกับการช่วยแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างจริงจัง	4.24	.141	มากที่สุด	3.41	.185	มาก



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
8	มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างภาคประชาชนและองค์กรท้องถิ่น	4.45	.217	มากที่สุด	3.33	.174	ปานกลาง
9	ปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดี	4.27	.142	มากที่สุด	2.89	.174	ปานกลาง
	ด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.49	.109	มากที่สุด	2.97	.211	ปานกลาง
10	มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมแสดงถึงค่านิยมเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านสุขภาพ	4.24	.114	มากที่สุด	2.64	.134	ปานกลาง
11	มีการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่คำนึงถึงประโยชน์ และสิทธิของประชาชนเป็นหลัก	4.89	.173	มากที่สุด	3.44	.211	มาก
12	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสาธารณสุขระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน	4.24	.201	มากที่สุด	3.31	.118	ปานกลาง
13	มีการบูรณาการเรื่องสุขภาพกับการพัฒนาอื่นๆ	4.19	.141	มาก	2.57	.301	น้อย
14	มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับของประชาชนอยู่ในคณะทำงาน	3.99	.173	มาก	2.51	.141	น้อย
15	สร้างศรัทธาความเชื่อมั่นต่อความมั่นคงด้านสาธารณสุขให้กับประชาชน	4.11	.104	มาก	2.59	.027	ปานกลาง
16	มีสัมพันธภาพที่ดีกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชน	4.52	.214	มากที่สุด	3.38	.221	ปานกลาง
17	มีการดำเนินงานในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและจริงจัง	4.87	.177	มากที่สุด	3.23	.214	ปานกลาง
18	สร้างคุณค่าและก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	4.89	.141	มากที่สุด	3.39	.019	ปานกลาง
	ด้านการบริหารจัดการ	4.55	.137	มากที่สุด	3.01	.177	ปานกลาง
19	มีการจัดทำและประกาศนโยบายด้านสาธารณสุขของพื้นที่ที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ	4.22	.174	มากที่สุด	2.77	.014	ปานกลาง
20	มีแผนการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขครอบคลุมทุกชุมชน	4.52	.125	มากที่สุด	3.40	.124	ปานกลาง



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
21	โครงการและแผนงานแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสุขภาพมาจากความต้องการของประชาชน	4.24	.311	มากที่สุด	2.78	.141	ปานกลาง
22	มีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่ประสานงานด้านข้อมูลปัญหาสุขภาพระหว่าง พชอ. กับประชาชน	4.49	.209	มากที่สุด	2.21	.241	น้อย
23	มีการบริหารงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชนในรูปแบบแนวราบไม่ใช้การสั่งการ	4.23	.041	มากที่สุด	2.99	.141	ปานกลาง
24	มีการเชื่อมโยงและบูรณาการองค์ประกอบทุกมิติ ด้านสุขภาพในการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่	4.23	.211	มากที่สุด	2.87	.132	ปานกลาง
25	สนับสนุนการดำเนินงานหรือภารกิจด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข	4.79	.141	มากที่สุด	3.37	.143	ปานกลาง
26	ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในบทบาทของการบริหารระบบสุขภาพชุมชน	4.53	.114	มากที่สุด	3.31	.101	ปานกลาง
27	มีการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของชุมชนต่อการเผชิญสถานการณ์หรือภัยคุกคามสุขภาพ	4.71	.004	มากที่สุด	3.43	.147	มาก
28	มีแนวทางการพัฒนาบทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมสร้างความมั่นคงด้านสาธารณสุข	4.63	.221	มากที่สุด	3.31	.211	ปานกลาง
29	สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการสุขภาพของชุมชน	4.88	.011	มากที่สุด	3.44	.144	มาก
30	สนับสนุนการนำทุนทางสังคม (สิ่งแวดล้อม/ภูมิปัญญา/ประเพณีวัฒนธรรม) มาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่	4.59	.103	มากที่สุด	2.44	.084	น้อย
31	นำองค์ความรู้หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพเข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	4.54	.117	มากที่สุด	3.11	.174	ปานกลาง
32	มีการกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐท้องถิ่น และเอกชนด้านสาธารณสุข	4.29	.141	มากที่สุด	2.57	.141	น้อย



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	ด้านการสื่อสารสังคม	4.52	1.78	มากที่สุด	3.02	.131	ปานกลาง
33	มีการสื่อสารด้านสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่	4.41	.041	มากที่สุด	3.39	.014	ปานกลาง
34	มีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล	4.73	.011	มากที่สุด	3.31	.211	ปานกลาง
35	สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทราบ	4.79	.141	มากที่สุด	3.23	.247	ปานกลาง
36	สนับสนุนการสร้างแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน	4.53	.041	มากที่สุด	2.61	.714	ปานกลาง
37	มีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ	4.47	.201	มากที่สุด	3.37	.143	ปานกลาง
38	สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในด้านการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข	4.79	.141	มากที่สุด	3.31	.121	ปานกลาง
39	สนับสนุนการสร้างมาตรการด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีของชุมชน	4.43	.117	มากที่สุด	3.33	.147	ปานกลาง
40	การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการนำเสนอความต้องการด้านสุขภาพ	4.59	.134	มากที่สุด	2.44	.114	น้อย
	ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข	4.59	.174	มากที่สุด	3.11	.274	ปานกลาง
41	แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	4.82	.104	มากที่สุด	2.66	.201	ปานกลาง
42	มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ	4.52	.125	มากที่สุด	3.31	.147	ปานกลาง
43	มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	4.22	.211	มากที่สุด	2.51	.014	น้อย
44	สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้อย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์	4.79	.119	มากที่สุด	3.11	.214	ปานกลาง



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
45	มีช่องทางให้ประชาชนนำเสนอหรือแจ้งข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน	4.53	.114	มากที่สุด	2.54	.012	น้อย
46	มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพ/ด้านสาธารณสุขของชุมชน	4.51	.104	มากที่สุด	2.63	.114	ปานกลาง
	ด้านการสื่อสารสังคม	4.52	1.78	มากที่สุด	3.02	.131	ปานกลาง
47	เกิดนวัตกรรมหรือองค์ความรู้สำหรับการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	4.52	.405	มากที่สุด	2.21	.119	น้อย
48	เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านสุขภาพของประชาชน เช่น ลดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้	4.83	.241	มากที่สุด	3.07	.134	ปานกลาง
49	สถานบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพและมาตรฐาน	4.84	.031	มากที่สุด	3.99	.214	มาก
50	เกิดเครือข่ายด้านสุขภาพที่เข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่	4.45	.104	มากที่สุด	3.23	.211	ปานกลาง
51	เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน	4.49	.214	มากที่สุด	3.07	.199	ปานกลาง
52	ชุมชนมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับพื้นฐาน (การดูแลสุขภาพตนเอง/การแก้ปัญหาด้านสุขภาพเบื้องต้น/การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็น/การช่วยเหลือและดูแลสมาชิกในครอบครัว/มีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม)	4.77	.177	มากที่สุด	3.31	.117	ปานกลาง
	ภาพรวม	4.51	.145	มากที่สุด	3.09	.182	ปานกลาง



3. แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีมุมมองเชิงข้อเสนอแนะโอกาสในการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข ดังนี้

แนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรจัดทำนโยบายการพัฒนาด้านสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นรูปธรรม และแผนพัฒนาต้องเกิดจากความต้องการของประชาชนหรือสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพร่วมของประชาชนในอำเภอหนองแค และสื่อสารประกาศนโยบายให้พื้นที่ทราบ

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อเป็นคณะทำงานในการเชื่อมประสานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระหว่างประชาชนฐานรากและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

แนวทางการพัฒนาเชิงวิชาการ

1) ควรมีการพัฒนาหรือสร้างช่องทางการสื่อสารความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพที่สามารถสื่อสารได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ โดยตรงระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเฉพาะทางและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน

แนวทางการพัฒนาเชิงปฏิบัติการ

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีการจัดประชุมเฉพาะด้านสาธารณสุข 2 ครั้ง/ปี และให้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบลทุกตำบลเข้าร่วมประชุมเพื่อ ร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของอำเภอหนองแค

2) สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรมีการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศสถานการณ์สาธารณสุขของอำเภอกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเป็นการกระตุ้นและนำเสนอความเชื่อมโยงในลักษณะบทบาทหน้าที่กับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม/ลายลักษณ์อักษร เพื่อสร้างความตระหนักและเกิดการทบทวนบทบาทหน้าที่หรือความเชื่อมโยงเชิงภารกิจ

อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค (พชอ.) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย (2561) ในขณะที่ต่างจากแวตตี เหมวานนท์ (2563) ที่พบว่าภาพรวมความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ในระดับมาก และภาพรวมประสิทธิภาพ



ในการดำเนินงานอยู่ที่ระดับดี รวมถึงผลการศึกษาของสุระจิต สุตะพันธ์, วรรณถ พรหมศวร, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, ภาวินี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา (2563) ที่พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ในภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออยู่ในระดับมาก ซึ่งความแตกต่างที่พบอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาที่แตกต่างกัน

บทบาทและภาพลักษณ์ของผู้นำ พบว่า ตัวแทนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากทุกภาคส่วนเห็นตรงกันว่า “ผู้นำ” คือ ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งมีคุณลักษณะภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์ในงานสาธารณสุข และเข้าถึงประชาชน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ปรากฏจริงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือ ผู้นำมีวิสัยทัศน์ และเข้าถึงความต้องการสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับทวนธง ครุฑจ้อน (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านผู้นำ ทั้งผู้นำจากภาคส่วนราชการ ผู้นำจากภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปรับภาพลักษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยที่มีการบริหารที่เป็นเลิศซึ่งถือว่าเป็นบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21 (พิชญ์นิฐา พรรณศิลป์, สัญญา เคนาภูมิ, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2558)

ภาพลักษณ์ด้านการสื่อสารสังคม พบว่า เป็นประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงด้านการสื่อสารสังคมอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่บทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูง อีกทั้งข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระบุว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือสร้างช่องทางการสื่อสารสารสนเทศสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว กับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับหลักการด้านการสื่อสารโดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการกำหนดภาพลักษณ์ขององค์กร โดยจะต้องเลือกเครื่องมือการสื่อสารให้สอดคล้องกับจุดยืนหรือคุณค่าของสินค้า (สุจิตรา แก้วสินวล, 2556) และสอดคล้องกับมโนทัศน์ สรุชัยกุลวัฒนา (2557) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านการเป็นสื่อที่สร้างความจดจำที่ดีให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารมวลชน และการประชุมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสอดคล้องในทางเดียวกันกับสมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงศ์ (2564) ที่ระบุว่าระบบการสื่อสารที่เอื้อต่อการสั่งการและรายงานเป็นเงื่อนไขสนับสนุนต่อภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค ควรพิจารณาปรับปรุงหรือพัฒนาในประเด็นที่ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เห็นว่าเป็นจุดอ่อนและอุปสรรคของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และเสริมสร้างความเข้มแข็งในประเด็นของบทบาทภาพลักษณ์



ที่พึงประสงค์ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เห็นว่าสำคัญและปรับปรุงในประเด็นของบทบาท
ภาพลักษณ์ที่เป็นจริงที่ต่ำกว่าระดับมากลงมา ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรจัดทำนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขของ
อำเภอหนองแค ให้เป็นรูปธรรมและประกาศนโยบายสุขภาพอำเภอหนองแคผ่านสื่อสาธารณะเพื่อสร้าง กระแส
การรับรู้ร่วมของสังคมอำเภอหนองแค
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน และสามารถจัดทำแผนการพัฒ นา
ด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นที่แท้จริงของประชาชน
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรพัฒนาและสร้างช่องทางการสื่อสารด้านสาธารณสุข
ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสนับสนุนให้มีตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ร่วมมีบทบาทในการร่วมเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเวทีของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method Research) เพื่อพัฒนารูปแบบ
การเสริมสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อสนับสนุนกลไกการพัฒนาคุณภาพ
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. ควรมีการศึกษาวิจัยด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินศักยภาพ
และความต้องการในการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒ นา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแคกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออื่นๆในจังหวัดสระบุรี
เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากลไกการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของอำเภอหนองแค



เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2564, จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf
- กรวิภา อมรประภาธิกุล. (2553). *อัตลักษณ์ภาพลักษณ์ของร้าน MOS BURGER ที่มีต่อความภักดีและพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579)*. สืบค้น 11 กรกฎาคม 2564, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf
- กองสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2564). *มท.ประชุมคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พชอ. และ พชข. ร่วมกับ สธ. กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน ปี 2564-2565 พร้อมยกระดับการขับเคลื่อน พชอ. โดย พชข.* สืบค้น 13 กรกฎาคม 2564, จาก <http://newskm.moi.go.th/?p=11050>
- สุจิตรา แก้วสินวล. (2556). *การสื่อสารเพื่อสร้างภาพลักษณ์*. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2564, จาก: <http://utcc2.utcc.ac.th/localuser/brandthaicenter/Article%20etc/การสื่อสารเพื่อการสร้างภาพลักษณ์%20-%20สุจิตรา%20แก้วสินวล.pdf>
- จำเนียร จวงตระกูล. (2561). ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 1(2), 1-21.
- ทวนธง ครุฑจ้อน. (2554). *การปรับภาพลักษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย: กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารที่เป็นเลิศ*. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2564, จาก: http://www.conference.phuket.psu.ac.th/proceedings/PSU_OPEN_WEEK_2011/data/FIS/FIS05_paper.pdf
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย*. นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2550). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิชญ์นิษฐา พรหมศิลป์, สัณญา เคนาภูมิ, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอมพร. (2558). บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 3(2): หน้า 146-61.
- มนัสชนก สุรัชกุลวัฒนา. (2557). *รูปแบบการสื่อสารเพื่อการสร้างภาพลักษณ์ของผู้นำท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม*. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม*, 4(1), 36-46.
- แหวดดี เหมวรานนท์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(1): หน้า 140-57.



เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ศิริชัย กาญจนวาส และดิเรก ศรีสุข. (2559). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ ศรีจารนัย. (2561). *ศึกษาเรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 [หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60]*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- สมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564). *การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี*.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 115-128.
- สุระจิต สุตะพันธ์, วรรณถ พรหมศวร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ภาวินี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา. (2563). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติเพื่อสุขภาวะชุมชน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10 (2), 254-273.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. (2561). *คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 หลักการ กรอบเนื้อหาและเจตนารมณ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. (2562). *ถอดรหัส พขอ. กับ 5 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ*. สืบค้น 13 กรกฎาคม 2564, จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20191225110034.pdf
- เอกชัย บุญยาทิศฐาน. (2553). *คู่มือวิเคราะห์ SWOT อย่างมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- D.D. Van Fleet with R.W. Griffin and others, (2006). "The Journal of Management's First 30 Years," *Journal of Management*, 32 (4), 477-506.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), page 607-610.
- Likert Rensis. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.