

613

ชบ 322 ก

ว.3

การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปริญญานิพนธ์

ของ

ณัฐชยา ลำดับวงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตร ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

180151

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการอนามัย ได้พิจารณาปัญหาเบื้องต้นแล้ว
เริ่มสมมติร่างเป็นแผนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปฏิบัติการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
อุตสาหกรรม ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ดร.ธนารักษ์ อิมสมบุญต์)

..... กรรมการ

(รณ. ธงชัย ทวีธาดา)

..... กรรมการ

(นางวิภา ไชยวงศ์)

คณะกรรมการสลับ

..... ประธาน

(ดร.ธนารักษ์ อิมสมบุญต์)

..... กรรมการ

(รณ. ธงชัย ทวีธาดา)

..... กรรมการ

(นางวิภา ไชยวงศ์)

..... กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม

(ดร.ดร.สมจิตร วงษ์ชัย)

โดยพิจารณาข้อเสนอนี้ไว้เป็นปฏิญญาเบื้องต้นไว้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปฏิบัติการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกอุตสาหกรรม ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณะบดีมหาวิทยาลัย

(ดร.ดร.สมจิตร วงษ์ชัย)

วันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2534

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของอาจารย์ ดร.ชนวรรัตน์ อิ่มสมบูรณ์ นายแพทย์ธงชัย ทวีชาชาติ คุณวิภา ไชยณรงค์ ที่ให้ความกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และ รศ.ดร.สมสรร วงษ์อยู่น้อย ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและนักสุขศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาช่วยตอบแบบสอบถาม ทำให้ปริญญานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอระลึกถึงพระคุณ ครูและอาจารย์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้รวมทั้งพระคุณของบุพการีที่เคารพรัก พี่ ๆ ทุกคน และคุณสุรศักดิ์ บุญศรีวัฒน์ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจ

ณัฐชยา ลำดับวงศ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	✓ ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
	แนวคิดและความหมาย	8
	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษา	12
	บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของนักสุขศึกษา	32
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
	การวิจัยในต่างประเทศ	40
	การวิจัยในประเทศไทย	41
	เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)	47
	✓ สมมติฐานการวิจัย	52
3	วิธีการศึกษาค้นคว้า	53
	ขั้นตอนแรก	53
	การสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา	53
	การสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา	59

ขั้นตอนที่สอง	61
การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	62
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
ตอนแรก	69
ผลการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา	69
ผลการสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา	70
ตอนที่สอง	72
ผลการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ...	72
5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	109
บทย่อ	109
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	109
วิธีดำเนินการวิจัย	110
การวิเคราะห์ข้อมูล	111
สรุปผลการค้นคว้า	112

อภิปรายผล	115
ข้อเสนอแนะ	120
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	131
ประวัติย่อของผู้นิพนธ์	146

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การลดลงของความคลาดเคลื่อนตามจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	49
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
3	เกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เรียงลำดับความสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ	70
4	การแปลความหมายของคะแนน T - score	73
5	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านความรู้	74
6	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการปฏิบัติ	75
7	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านบุคลิกภาพ	76
8	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการบริหารจัดการ และการจัดดำเนินการ	77
9	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการประสานงาน วางแผนและแนะแนวด้านสุขภาพ	78
10	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการวัดและ ประเมินผลแผนงาน	79
11	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์วิจัย และการนำไปใช้	80
12	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านการผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	81
13	การแปลความหมายของคะแนน T - score ของสมรรถภาพด้านความสามารถในการ ถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์	82

14	การเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามาจากการประเมินตนเองของนักศึกษ	83
15	จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง	84
16	การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษจำแนกตาม เพศ	87
17	การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษแต่ละด้านของนักศึกษชาย และหญิง	88
18	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษจำแนกตามกลุ่มอายุ	90
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษแต่ละด้านจำแนกตามกลุ่มอายุ	91
20	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษจำแนกตามวุฒิการศึกษา	94
21	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	95
22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษแต่ละด้านจำแนกตามวุฒิการศึกษา	96
23	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษจำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสุศึกษา	101
24	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษแต่ละด้านจำแนกตามประสบการณ์การทำงานด้านสุศึกษา	102
25	การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษตามการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุศึกษาและ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม	105

26	การเปรียบเทียบความแตกต่างสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับชั้นของ นักศึกษาระดับชั้นที่เคยและไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา	106
27	ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับชั้นที่เคยได้รับการฝึกอบรม ทางด้านสุขศึกษา	108

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	ความหมายของสุขศึกษา	11
2	แนวคิดหลักสุขศึกษา	12
3	รูปแบบขอบเขตการดำเนินงานโครงการสุขศึกษา	16
4	องค์ประกอบของการดำเนินงานสุขศึกษา	23
5	การพัฒนาสาธารณสุข	25
6	การดำเนินงานสุขศึกษาแบบผสมผสาน	26
7	ตัวอย่างบทบาทประชาชนในการดำเนินงานสุขศึกษา	27
8	รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา แบบที่ 1	28
9	รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา แบบที่ 2	28
10	รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา แบบที่ 3	29
11	บทบาทของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	31

บทที่ 1

บทนำ

บทนำ

ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ ในด้านสังคมและเศรษฐกิจไว้อย่างชัดเจน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) และได้มีการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติเป็นระยะ ๆ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ โดยเน้นการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของบุคคล ของครอบครัวและชุมชน ตามแนวทางของความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ตลอดจนการพัฒนาทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาประเทศ พร้อมกันนี้องค์การอนามัยโลกได้พยายามส่งเสริมสนับสนุนรัฐบาลทุกประเทศในการดำเนินงานทางสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้บรรลุถึงความเป็นผู้มีสุขภาพดีทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทั่วหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health For All By the Year 2000)

ปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่สำคัญ คือสภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งการที่จะบรรลุถึงความเป็นผู้มีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประชาชนจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ รู้วิถีปฏิบัติตนด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ จนกระทั่งสามารถมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2527 : 1-2)

ปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการตาย และการเจ็บป่วย พบว่าเกิดจากอุบัติเหตุ โรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็ว ปัญหาด้านสภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และปัญหาการจัดบริการด้านสุขภาพ (Muangman. 1977 : 256-260) การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ผ่านมาได้ใช้มาตรการทั้งทางด้านการให้บริการรักษา ใช้ระเบียบข้อบังคับ กฎหมายสาธารณสุข และการให้การศึกษา (สมจิตต์ สุนทรภักดิ์. 2530 : 7)

แต่ผลที่ได้ยังไม่ดีเท่าที่ควร (สุภาพ คำวัง. 2530 : 2) จากอัตราตายและเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศนั้น พบว่ามาจากสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือประชาชน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การที่ประชาชนขาดความรู้ มีทัศนคติและการปฏิบัติทางสุขภาพไม่ถูกต้อง หรือการปฏิบัติที่ไม่ส่งเสริมต่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตนที่ผิด ๆ ของประชาชนเกิดจากการขาดความคิดที่ว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง เป็นเรื่องกับบุคคลทุกคนจะต้องดำเนินการด้วยตนเอง (สมจิตต์ สุพรรณทาสัน. 2530 : 7)

"การพัฒนาคูณภาพชีวิต" ได้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ มีแนวการดำเนินการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการดำเนินงานประสานกันระหว่างองค์กรของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของประชาชนตามเกณฑ์ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) ซึ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศให้มากที่สุด จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แนวคิดด้านสาธารณสุขมุ่งจะแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เคยให้ประชาชนเป็นเพียงแต่ผู้รับ เป็นแนวคิดที่จะมีการให้ความรู้ในวิชาการที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสได้ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ตามความเหมาะสมกับฐานะ เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม (ไพโรจน์ นิงสานนท์. 2530 : 31-32) และจากนโยบายที่ได้กำหนดไว้ถึงการปรับปรุงและการดำเนินการด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ สื่อมวลชนและวิธีการศึกษาทั้งในและนอกระบบ เพื่อให้ประชาชนรวมทั้งนักเรียนรู้จักปฏิบัติตนในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง (อานันท์ สุนธนาภิรมย์ ณ พัทลุง. 2530 : 48) จะเห็นได้ว่าการจัดบริการสุขภาพมีผลสนับสนุนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในด้านสาธารณสุข (เทพนม เมืองแมน. 2530 : 54) และงานสุขภาพเป็นองค์ประกอบพื้นฐานหนึ่งที่จะสามารถนำนโยบายสาธารณสุขของรัฐให้บรรลุถึงความต้องการให้เกิด "Health For All" (อานันท์ สุนธนาภิรมย์ ณ พัทลุง. 2530 : 48) จากแผนพัฒนาสาธารณสุข พ.ศ. 2530-2534 ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถ และพึ่งพาตนเองได้ถ่ายทอดความรู้และรู้จักใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งเทคโนโลยีในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคูณภาพชีวิตนักศึกษาเป็นผู้นำที่มีบทบาทสำคัญ (สมจิตต์ สุพรรณทาสัน. 2530 : 27) ที่จะทำให้ประชาชน มีความรู้ ทัศนคติ และมีการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้อง โดยใช้กระบวนการทางสุขภาพ

วิธีการดำเนินงานทางสุศึกษาและกลวิธีที่สำคัญที่สุดคือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) นักสุศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ตลอดทั้งหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ด้วย นักสุศึกษาเป็นผู้มีบทบาทโดยตรงที่จะแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินงานสุศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรของประเทศ ได้จัดแบ่งการดำเนินงานสุศึกษาใน 3 ขอบเขตด้วยกันคือ การดำเนินงานสุศึกษาในชุมชน การดำเนินงานสุศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข และการดำเนินงานสุศึกษาในสถานศึกษา

จะเห็นได้ว่างานสุศึกษา เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ในการที่จะให้ประชาชนรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้วและในขณะเดียวกันก็เสนอวิธีการ ทักษะ พฤติกรรม หรือทางเลือกอื่นที่เหมาะสมให้ (Levin. 1981 : 177-181) ดังนั้นบทบาทใหม่ของนักสุศึกษาจึงต้องสนับสนุนให้ประชาชนได้ข้อมูล วัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหาสาธารณสุขและสังคมได้ด้วย ความพยายามของชุมชนเอง (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 26) การปฏิบัติงานสุศึกษาให้ได้ผลสำเร็จบรรลุถึงจุดหมาย ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ที่สำคัญที่สุดคือ นักสุศึกษาเองที่จะต้องมีความรู้ ความสามารถด้านวิชาการ ทักษะในการทำงานกับประชาชน และเลือกใช้เทคโนโลยีสื่อสารมวลชนให้เหมาะสม เข้าใจปัญหาของประชาชน และที่สำคัญที่สุดคือ มีความรักที่จะทำงานกับประชาชน และมีความจริงใจที่จะทำงานร่วมกับประชาชน (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 112 ; บุญยงค์ เกี่ยวการค้า. 2530 : 379-480 ; คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. 2523 : 2 ; บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528 : 26) แต่ที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาแนวคิดเนื้อหาวิชา และการดำเนินงานต่าง ๆ ในด้านสุศึกษาเป็นอย่างมาก ประกอบกับการผลิตบุคลากรด้านสุศึกษาทั้งระดับปริญญาตรี และปริญญาโท มีมากกว่า 30 สถาบัน ซึ่งมีจุดหมาย หลักสูตร วิธีการ และจำนวนผลิตที่แตกต่างกัน บทบาทของนักสุศึกษาในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานเอกชน มักประสบปัญหาในด้านที่เกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ ทักษะของบุคลากรสุศึกษาเอง (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2527 : 2-3) รวมทั้งการกำหนดบทบาทของนักสุศึกษาจากต้นสังกัดส่วนกลางและคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

แตกต่างกัน ความคาดหวังของผู้บังคับบัญชาที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน และแนวความคิด นักศึกษาเองที่แตกต่างไปจากบทบาทที่กำหนดไว้ และไม่สอดคล้องกับหน่วยงานมอบหมายให้ จึงทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2526 : 873-885) และจากการศึกษา ทักษะของผู้บริหารและนักศึกษาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรนักศึกษา พบว่า การ ประเมินค่าการปฏิบัติที่คาดหวังสูงกว่าการปฏิบัติตามสภาพที่เป็นจริง (เฉลิมพล ต้นสกุล. 2527 : 15-53) และปัญหาที่เกิดจากนักศึกษาเองในการปรับปรุงตนเองด้านวิชาการ อุดมการณ์ และ กระบวนการอื่น ๆ จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติงานบริการด้านศึกษาแก่ประชาชนนั้นบุคลากรศึกษามี ส่วนสำคัญในการสนับสนุน (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2527 : 1-2) ทั้งนี้ นักศึกษาเองจะต้อง ประสบความสำเร็จในด้านพื้นฐานส่วนตัวและวิชาชีพด้วย (ถัฐ ภูมิประวดี. 2526 : 17-26) การปฏิบัติจึงจะประสบความสำเร็จซึ่งส่งผลถึงประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาศัยแบบสอบถามเป็นสื่อของการแสดงความคิดเห็น ตั้งแต่ 2-5 ครั้ง จนเกิดความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เพื่อให้ได้เกณฑ์มาตรฐานของนักศึกษาในการ ปฏิบัติงาน และประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาในสภาพที่เป็นจริง ของนักศึกษาสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการผลิต พัฒนากุศลกร ปรับปรุงสมรรถภาพของ นักศึกษาให้มีสมรรถภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนา ประเทศชาติต่อไป

๙ ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความมุ่งหมายในการค้นคว้าเพื่อ

1. ศึกษาสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาในปัจจุบัน
2. สร้างเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

3. เปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

4. เปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำแนกตามตัวแปรดังนี้

4.1 เพศ

4.2 อายุ

4.3 วุฒิการศึกษา

4.4 ประสบการณ์การทำงาน

4.5 การได้รับการฝึกอบรมทางสุขศึกษา

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดหลักสูตรของสถาบันที่ผลิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อผลิตนักศึกษาระดับปริญญาตรีให้มีสมรรถภาพอย่างเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในด้านการฝึกอบรมและการจัดระบบการศึกษาต่อเนื่องของนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีประเมินตนเองจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย นำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งสร้างขึ้นจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 799 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 346 คน โดยจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

3. ตัวแปรที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือสถานภาพของนักศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรดังนี้

3.1.1 เพศ

3.1.2 อายุ

3.1.3 วุฒิการศึกษา

3.1.4 ประสิทธิภาพการทำงานทางด้านสุขภาพ

3.1.5 การได้รับการฝึกอบรมทางสุขภาพ

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา หมายถึง แบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อให้ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยให้นักศึกษาประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อรายการที่ครอบคลุมสมรรถภาพ 9 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ ด้านบุคลิกภาพ ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ด้านการประสานงานวางแผนและแนะแนวนักศึกษา ด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ ด้านการผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์ด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์

2. สมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขภาพ (Competencies of Health Educators)

หมายถึง คุณลักษณะของนักสุขภาพอันจะมีผลต่อการจัดบริการทางสุขภาพ ให้มีคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ นักสุขภาพที่มีสมรรถภาพจะต้องประกอบด้วย สมรรถภาพหรือคุณลักษณะ 9 ด้าน จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ สมรรถภาพ 9 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านความรู้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ในวิชาพื้นฐาน พฤติกรรมศาสตร์ เนื้อหาวิชาสุขภาพ และกระบวนการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

2.2 ด้านการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถที่จะนำความรู้ ที่มีอยู่ไปปฏิบัติงานได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ทั้งในสถานการณ์ ต่าง ๆ สามารถวิเคราะห์สาเหตุ และนำข้อมูลที่มีอยู่มาวางแผนแก้ปัญหา

2.3 ด้านบุคลิกภาพ หมายถึง การกระทำที่แสดงให้เห็นว่ามีความเชื่อมั่นในตนเอง มีวาจาดี การปรับตัว มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีความเป็นผู้นำ ความคิดริเริ่มเข้ากับกลุ่มเป้าหมายได้

2.4 ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน หมายถึง การจัดดำเนินการให้การทำงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณและอุปกรณ์ต่าง ๆ

2.5 ด้านการประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการติดต่อ ร่วมงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การวางแผน ดำเนินการให้คำปรึกษา แก่กลุ่มเป้าหมายบุคคลที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นไปตามนโยบาย ของหน่วยงาน และของรัฐ

2.6 ด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน หมายถึง ความสามารถในการศึกษาถึง ผลการดำเนินงาน ความสำเร็จของงานหรือโครงการต่าง ๆ โดยอาศัยรูปแบบการประเมิน หรือ คู่มือการประเมินผลงานสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ ของกองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2.7 ด้านการวิเคราะห์วิจัย และการนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการหาความรู้โดยใช้การวิเคราะห์วิจัย เพื่อนำผลไปแก้ปัญหา หรือประยุกต์ใช้ให้เข้ากับลักษณะงาน ปัญหา รวมทั้งด้านความสามารถในการเผยแพร่ผลการวิจัย และการแลกเปลี่ยน

2.8 ด้านการผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

ด้านการผลิต หมายถึง ความสามารถในการผลิต ออกแบบ ปรับปรุง สุขศึกษาให้มีความเหมาะสมตรงจุดประสงค์ และแปลความหมายให้ถูกต้อง เช่น แผนผังภาพโปสเตอร์ ต่าง ๆ

ด้านการจัดหา หมายถึง ความสามารถในการจัดอุปกรณ์ ประกอบการให้ สุขศึกษา เพื่อเป็นความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหา วิชาการแก่ประชาชน เช่น เครื่องฉายสไลด์ เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ โทรทัศน์ เป็นต้น

ด้านการนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการใช้สื่อและอุปกรณ์ได้ ถูกต้องรวมทั้งสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามคุณสมบัติของสื่อ และอุปกรณ์ นั้น ๆ

2.9 ด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาวิธีการ กระบวนการทางสุขศึกษามาประยุกต์ให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการปฏิบัติทางสุขภาพ

3. นักสุขศึกษา (Health Educator) หมายถึง นักวิชาการสุขศึกษา หรือ ผู้ปฏิบัติงาน สุขศึกษา หรือรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษาโดยตรงและจากการคัดเลือกตัวอย่างโดยฝ่าย ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ/หัวหน้างานในโรงพยาบาลบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตของกรม ควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4. เกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา หมายถึง คะแนนเฉลี่ยของ สมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา

5. เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) หมายถึง วิธีการที่พยายามรวบรวม การตัดสินใจของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ชุดแบบสอบถามในแต่ละรอบ นำผลมาวิเคราะห์หาผลสรุป ของแบบสอบถามในรอบที่ผ่านมา กระบวนการจะจบลงเมื่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและความหมาย

สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ ซึ่งพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้สำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของแต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งจะช่วยให้บริการต่าง ๆ เช่น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูหรือฟื้นฟูสภาพบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี มีประสิทธิภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 129 ; วารี ระกิติ. 2527 : 660)

จากแนวความคิดข้างต้นจะเห็นได้ว่าสุขศึกษาเป็นงานที่มีความสำคัญต่อระบบงานสาธารณสุข การปฏิบัติงานสุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีการปฏิบัติในหลายหน่วยงาน จึงมีผลทำให้ความหมายของสุขศึกษาแตกต่างกันออกไป มีผู้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้หลายท่านด้วยกัน เช่น

สมจิตต์ สุนทรทักสัน. (2530 : 42) ได้กล่าวว่า สุขศึกษา (Health Education) เป็นกระบวนการ (Process) จัดมวลประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติโดยความสมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับ กองสุขศึกษา (2531 : 120) ที่ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่า เป็นกระบวนการก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลหรือชุมชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในทางที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ

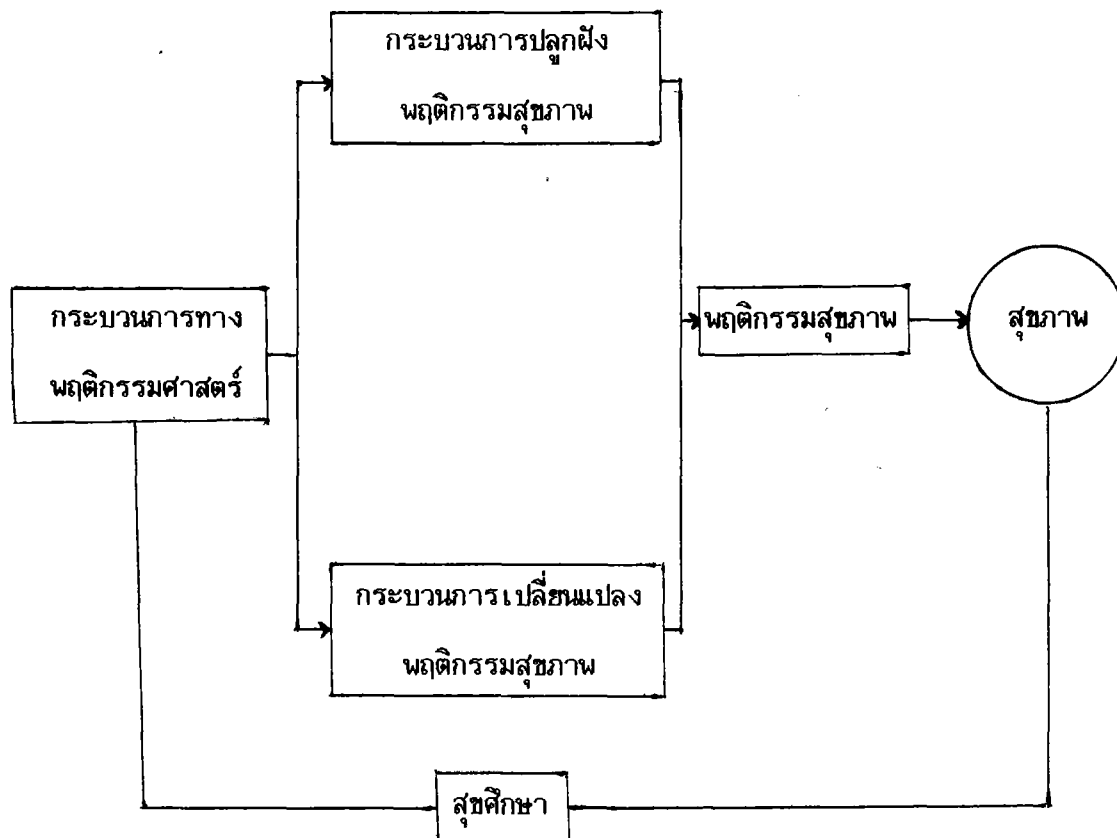
สำหรับ ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2531 : 1) ให้ความหมายของสุขศึกษาว่าเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานในลักษณะสหวิทยาการทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และ

วิทยาศาสตร์สุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีและทักษะของการจัดการกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพขึ้นในตัวบุคคล หรือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะที่พึงประสงค์

สำหรับในต่างประเทศได้มีการให้ความหมายของสุขศึกษาหลายความหมายด้วยกัน เช่น สมาคมสุขศึกษาชุมชนสหรัฐอเมริกา (Haron. 1977 : 407 ; citing America Public Health Association. 1976) กล่าวว่า สุขศึกษา หมายถึงกระบวนการที่ประกอบไปด้วยความรู้ทางด้านจิตวิทยา และสังคมมิติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมสุขภาพ ที่ทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับผลกระทบบ้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้มากขึ้น เป็นกระบวนการวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่ง่ายต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้บริโภค รวมทั้งเด็กและเยาวชนด้วย

กรีน (Green. 1980 : 7) ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่าเป็นการรวมกันของการเรียนรู้ประสบการณ์ เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจเพื่อนำมาซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และที่ประชุมคณะกรรมการสุขศึกษาได้รายงานไว้ว่าความหมายของสุขศึกษาน่าจะหมายถึงกระบวนการที่ประสานช่องว่างระหว่างความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจทำให้บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย และปฏิบัติสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจนเป็นนิสัย

จากความเห็นที่แตกต่างกันออกไปนั้น ในทัศนะของผู้วิจัย สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการทางการศึกษาที่ผสมผสานความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ ทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ด้วยการตัดสินใจของตนเอง เพื่อยังผลให้การบริการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ประสบความสำเร็จสู่การมีสุขภาพดี



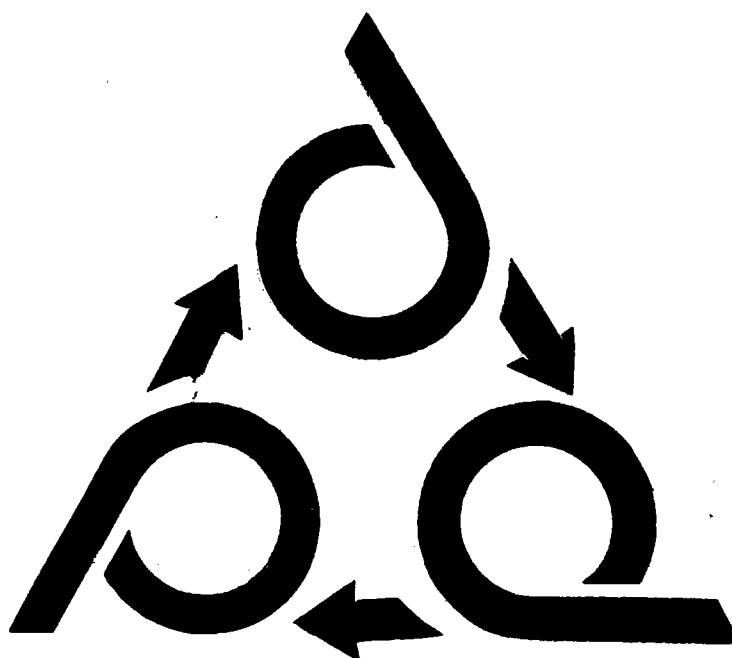
ภาพประกอบ 1 ความหมายของสุขศึกษา

จุดหมายของสุขศึกษา

1. ทำให้ชุมชนรู้ถึงคุณค่าของสุขภาพ และทำให้สุขภาพกลายเป็นสมบัติที่มีค่าของชุมชน ที่จะต้องรักษาไว้
2. สิ่งที่จะช่วยให้แต่ละคนมีความตั้งใจ และสามารถในอันที่จะต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เขาจะต้องทำเพื่อตัวเองหรือเพื่อชุมชนของเขา หรือเพื่อที่จะให้ได้สุขภาพที่สมบูรณ์ของ ความหมายของคำว่าสุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา การบริการสาธารณสุข และการใช้บริการเหล่านั้น อย่างเหมาะสม (การุณ เลี้ยวศรีสุข. 2523 : 25-28 ; อ้างอิงมาจาก W.H.O. 1954)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษา

สุขศึกษามีแนวคิดหลักอยู่ 3 ประการ ที่สัมพันธ์สอดคล้องกันเป็นลูกโซ่ แต่สุขศึกษาไม่มีทฤษฎีเป็นของตนเองโดยเฉพาะ จึงประยุกต์ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และวิทยาการระบาดมาดำเนินงานสุขศึกษา (นิภา มนูญ. 2526 : 20 ; School Health Study. 1968 : 30)



ภาพประกอบ 2 แนวคิดหลักสุขศึกษา

แนวคิดที่ 1 เป็นแนวคิดทางสุขภาพ หมายถึง สุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ถ้าสุขภาพด้านใดเจ็บป่วยก็ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่น ๆ ด้วย

แนวคิดที่ 2 เป็นแนวคิดทางพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตน ทางด้านสุขภาพอนามัย

แนวคิดที่ 3 เป็นแนวคิดทางด้านบุคคล หมายถึง บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

การเกิดปัญหาสุขภาพย่อมเกิดจากแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งมีปัญหาซึ่งอาจจะ เป็นทางด้าน
สุขภาพ พฤติกรรม ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมาย
ของสุขภาพนั้น เพื่อให้พฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ จะต้องครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ประการ
ดังกล่าว (ธนาวรรณ อัมสมบูรณ์. 2531 : 10-14) ในการที่จะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมของบุคคล
บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2530 : 70-75) ได้สรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ
ด้วยกัน

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในบุคคล รากฐานของแนวคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่า
สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล
อันได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจในพฤติกรรม ซึ่งรากฐาน
ของแนวความคิดนี้เกี่ยวข้องกับทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติและ
การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ และทฤษฎีค่านิยม จากแนวความคิดนี้ ทฤษฎีที่
เกี่ยวข้องมีผลต่อวิธีการศึกษา โดยวิธีการศึกษาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น เน้นการให้
ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างค่านิยม

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า
สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพ เช่น
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างทางสังคม และลักษณะทางภูมิศาสตร์ ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้
คือ ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า
พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก

ขอบเขตการดำเนินงานสุขภาพ

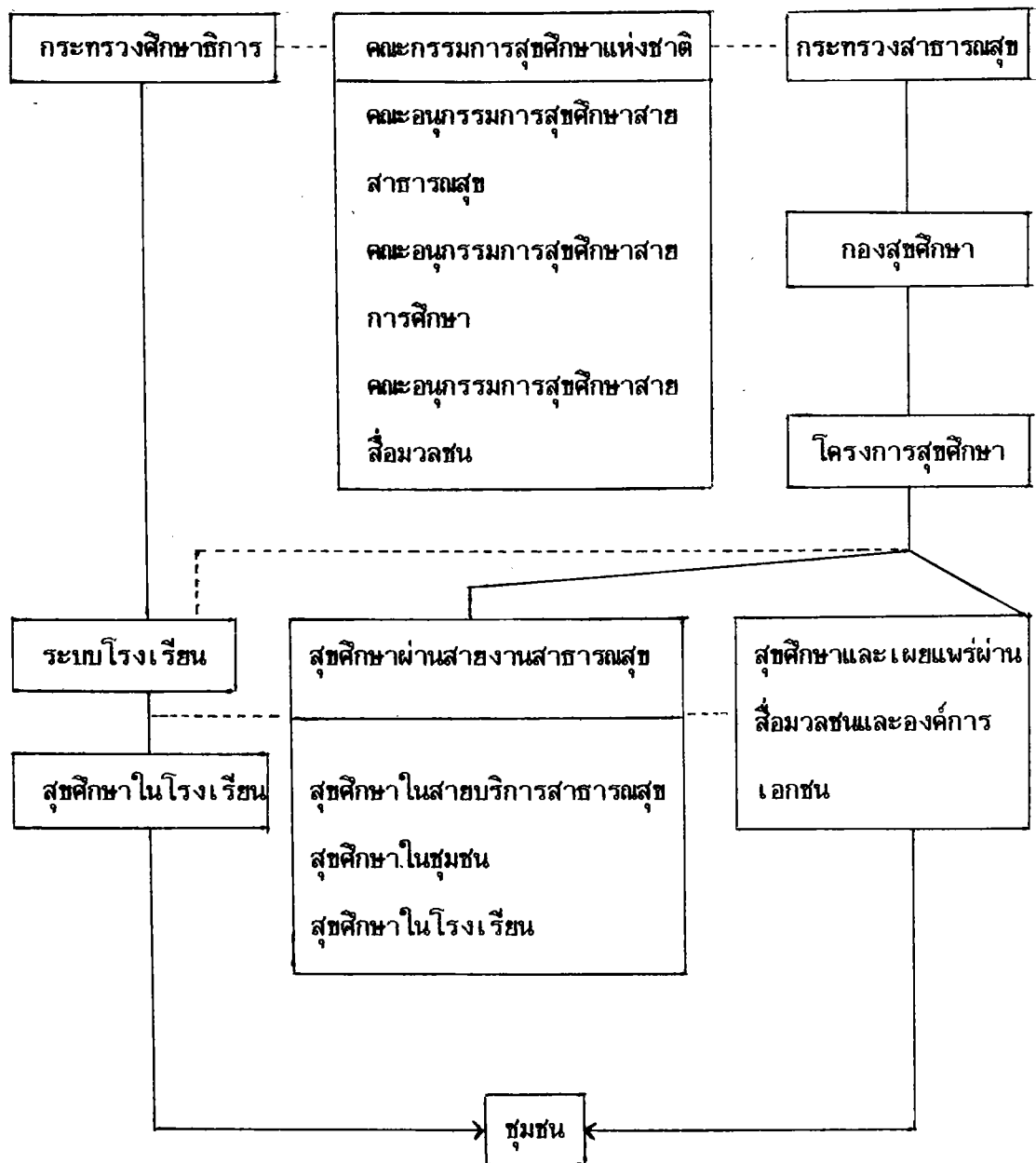
งานสุขภาพเป็นงานที่ผสมผสาน เข้า ไปกับโครงการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ซึ่งจะต้อง
เกี่ยวข้องกับประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 141) ลักษณะงาน

สุขภาพในปัจจุบัน มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และควบคุมโรค งานสุขภาพ ได้รับบรรจุเข้าไปในแผนสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 3 คณะ คือ คณะกรรมการสุขภาพสาขาสารณสุข คณะกรรมการสาขการศึกษา และคณะกรรมการสาขาสื่อมวลชน และในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ขอบเขตของงานสุขภาพได้พัฒนาให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยจัดให้ครอบคลุมดังนี้ (กองสุขภาพ. 2531 : 122)

1. สุขศึกษาในชุมชน (Community Health Education) มุ่งเน้นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสาธารณสุข หรือกลุ่มผู้นำท้องถิ่น และอาสาสมัครพัฒนากลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในหมู่บ้าน ให้เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหาสาธารณสุขในชุมชน
2. สุขศึกษาในโรงเรียน (School Health Education) เนื่องจากโรงเรียนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และเป็นที่ยอมรับของเด็กนักเรียนที่มาจากครอบครัวต่าง ๆ และกลุ่มอายุ เพศ แตกต่างกันไป มีโอกาสการกระจายของโรคติดต่อต่าง ๆ หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย งานสุขภาพในโรงเรียนจะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าว และช่วยสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่เด็กนักเรียน (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 41) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ได้มีการพัฒนาหลักสูตรประถมศึกษา และมัธยมศึกษา รวมทั้งการจัดบริการสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ
3. สุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัย) การสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข เป็นบริการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและประชาสัมพันธ์ด้านสาธารณสุข แก่กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย ญาติ และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล นอกเหนือจากบริการด้านการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล
4. สุขศึกษาทางสื่อมวลชน ได้มีการพัฒนาวิถีชีวิตโดยใช้ประโยชน์จากสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั้งด้านวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร โดยจัดและส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพ และข่าวสารสาธารณสุข โดยสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ได้ปรับปรุงขอบเขตการดำเนินงานสุขศึกษาเป็น 3 สาขางาน (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 142) ดังนี้

1. สุขศึกษาสาขางานสาธารณสุข เน้นการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อเผยแพร่ และส่งเสริมให้ประชาชนได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งในด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ งานสุขศึกษาในสาขางานสาธารณสุขนี้จะครอบคลุมถึงงานสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุขและงานสุขศึกษาในชุมชน
2. สุขศึกษาสาขาสื่อมวลชน จะเน้นหนักในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ได้รวดเร็วและสามารถครอบคลุมประชาชนได้กว้างขวาง
3. สุขศึกษาในสาขางานการศึกษา ซึ่งเป็นการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพตามรูปแบบของโรงเรียน ระดับชั้นต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงเรื่องการสอน การจัดหาและผลิตอุปกรณ์สุขศึกษา เพื่อใช้เป็นสื่อการเรียนวิชาสุขศึกษาตามหลักสูตรที่กำหนดไว้



ภาพประกอบ 3 รูปแบบขอบเขตการดำเนินงานโครงการศึกษา

นโยบายและแผนการดำเนินงานสุขภาพในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6

ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) เน้นคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีสภาพเปลี่ยนแปลงไปสู่การบรรลุสภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาว และมีการแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการที่สนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานตามสภาวะการณ์ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต โดยยึดหลักการเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคม และการพึ่งตนเองได้ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การพัฒนาสาธารณสุขในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 จึงได้กำหนดนโยบายไว้ดังนี้

1. ส่งเสริม และขยายโอกาสในการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่เน้นความสำคัญของความจำเป็นพื้นฐาน
2. ส่งเสริมการริเริ่ม และขยายงานสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
3. ส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารงานสาธารณสุข ด้วยการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจ
4. ส่งเสริมการประสานงานภายในสาขาอย่างต่อเนื่อง
5. ส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขา และระหว่างภาครัฐและเอกชน
6. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุข
7. ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข
8. เร่งรัดพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
9. ปรับปรุงบทบาทนิติแห่งกฎหมายสาธารณสุข
10. ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีในการดำเนินงานสาธารณสุข
11. เร่งรัดการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข

12. แสวงหาทางเลือกหรือริเริ่มวิธีการและระบบการเงินเกี่ยวกับสาธารณสุข

(คณะกรรมการวางแผนงานสาธารณสุข. 2530 : 260-266)

แผนงานสุขภาพศึกษา ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6

หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามแผนพัฒนาฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 เก่าที่ผ่านมา ได้มุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในรูปของการก่อสร้าง การขยายสถานบริการ การเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ และการจัดอบรม ผสส./อสม. ให้มีความรู้พื้นฐานสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อให้ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และในการอบรม เจ้าหน้าที่ก็มุ่งเน้นให้มีความรู้ความสามารถในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่จะให้การสนับสนุนระบบงาน ผสส./อสม. ส่วนความรู้ความสามารถทางด้านถ่ายทอดความรู้และทางด้านขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนทางด้านความร่วมมือประสานงานกับหน่วยที่เกี่ยวข้องนั้นยังขาดอยู่ในส่วนของการอบรมเจ้าหน้าที่และการอบรม ผสส./อสม.

ดังนั้น การดำเนินงานสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด จำเป็นต้องพัฒนาทางด้านคุณภาพของงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชน ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขง่าย ๆ ขีดความสามารถของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ และการขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหาสาธารณสุข และขีดความสามารถในการร่วมมือประสานงาน การทำงานร่วมกันแบบผสมผสานของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ในการนี้จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานเน้นหนักทางด้านสุขภาพศึกษา และประชาสัมพันธ์เป็นหัวใจสำคัญ

อนึ่ง ในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในเชิงคุณภาพไว้หลายประการ เพื่อนำไปใช้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ต่อไป ซึ่งได้แก่ โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุข โครงการบัตรสุขภาพ โครงการกองทุนหมู่บ้าน

และโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งโครงการเหล่านี้ได้เน้นการดำเนินงานด้านสุขภาพ และ
ประชาสัมพันธ์เป็นหลักอยู่แล้ว

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพชีวิตประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพอนามัย
ทั้งร่างกายและจิตใจให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว และมีการแก้ไขปัญหา
หรือการดำเนินงานที่สนองต่อความจำเป็นพื้นฐานตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และที่จะ
เกิดขึ้นในอนาคต ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ทุวงการอาชีพได้นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้
มีการใช้สารเคมีซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่ออันตรายทั้งทางตรงและ
ทางอ้อม ในการแก้ปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องยึดหลักการเสริมสร้างความเสมอภาคทางสังคมและ
การพึ่งพาตนเองได้ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าวจะบรรลุ
วัตถุประสงค์ไปได้ด้วยดีต้องอาศัยการส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสาธารณสุข
ที่เหมาะสม โดยเฉพาะปัจจุบัน ประชาชนมีความผูกพันกับสื่อมวลชนมาก จึงได้เน้นการใช้ประโยชน์
จากสื่อมวลชนดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ต่องานสาธารณสุขให้มากที่สุด ที่จะช่วยในการพัฒนาทรัพยากร
บุคคลสอดคล้องกับทรัพยากรด้านอื่น ๆ ที่กำลังพัฒนา และการให้การสนับสนุนด้านวิชาการของรัฐ
อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองของประชาชนอย่างต่อเนื่องและถาวร

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ ความสามารถ
ดูแลพึ่งพาตนเองทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสามารถถ่ายทอด
ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์การสาธารณสุข เพื่อขยายการมีส่วนร่วมของประชาชนในงาน
สาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนั้นเพื่อให้ประชาชนรู้จักระดับทรัพยากรและเทคโนโลยีที่มีในท้องถิ่นและ
สามารถบริหารจัดการทรัพยากรเทคโนโลยีดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและพัฒนาเครือข่ายงาน
ประชาชนเทคโนโลยีและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขทุกระดับ พร้อมทั้งให้วัสดุและเทคโนโลยีที่ใช้ในการ

ประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาเทคนิควิธีการ กระบวนการ
อื่น ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมในการดำเนินงาน

กลวิธีดำเนินงาน

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเพื่อให้สะดวกต่อการบริหารโครงการ
แผนงานสุขภาพตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 จึงประกอบขึ้นด้วย งานสุขภาพและงานสื่อและ
เทคโนโลยีด้านสุขภาพและประชาสัมพันธน์

กิจกรรม เป้าหมาย และงบประมาณ

งานสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังต่อไปนี้ ประชุมปฏิบัติการ สสจ., สว.บส.,
ผอ.รพศ./รพท./รพช. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ของกรมการแพทย์ ในเรื่องงาน
ประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์ และประชุมปฏิบัติการ หัวหน้าฝ่ายเผยแพร่, สสอ. หัวหน้าฝ่าย
เวชกรรมสังคมใน รพศ./รพท. หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมฯ รพช. ประชุมปฏิบัติการหัวหน้าหน่วยงาน
(ส่วนกลาง) และระดับบริหารในเรื่องการเผยแพร่ (ประชาชนไทย) และประชาสัมพันธน์ อบรม
ผู้ปฏิบัติงานประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์ของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับส่วนกลางและส่วน
ภูมิภาค อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนภูมิภาค ในเรื่องการผลิต การจัดหาและการใช้สื่อที่เหมาะสม
เพื่อดำเนินการประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์ อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วน
ภูมิภาค ในเรื่องการศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีในงานสุขภาพ ประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์
ประชุมปฏิบัติการสื่อมวลชนในเรื่องงานสาธารณสุข พร้อมทั้งนิเทศติดตามและประเมินผลงาน จัดตั้ง
ศูนย์สารนิเทศและประชาสัมพันธน์ กระทรวงสาธารณสุข สร้างจุดเชื่อมโยงและประสานงานระหว่าง
หน่วยงานประชาชนไทย และประชาสัมพันธน์ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรต่าง ๆ
ที่สนับสนุนงานประชาชนไทยและประชาสัมพันธน์ สร้างสื่อมวลชนสัมพันธ์ เช่น Peer Tour ในงาน
สาธารณสุข

งานพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีด้านสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย การจัดทำต้นแบบสื่อ และเพื่อใช้ในการดำเนินงานประชาสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อและเทคโนโลยี พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของศูนย์ผลิตสื่อ กองสุขศึกษา ผลิตและจัดหาสื่อที่เหมาะสม สนับสนุนงานประชาสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา และสาธิตรูปแบบ รวบรวมและสรุปประสบการณ์ที่มีอยู่แล้ว จัดทำเอกสาร คู่มือ การดำเนินงานสนับสนุน/โครงการ สนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้การศึกษาต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยผ่านระบบสื่อมวลชนท้องถิ่น เช่น วิทยุ หอกระจายข่าว และที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน

หลักและกลวิธีการดำเนินงานสุขศึกษา

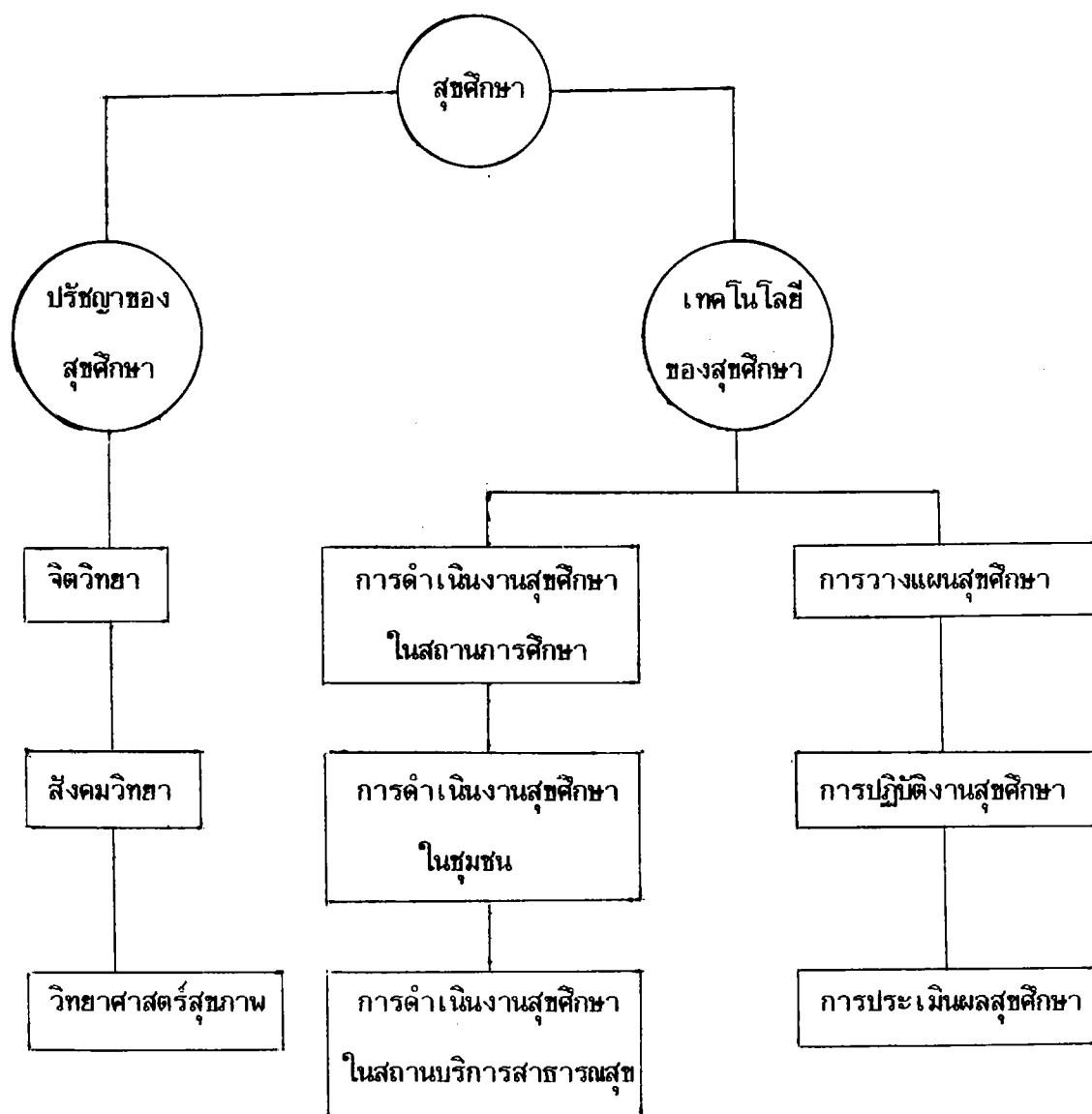
การดำเนินงานสุขศึกษาต้องเกี่ยวข้องกับโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ การดำเนินงานสุขศึกษา จึงควรมีหลักเกณฑ์การดำเนินงานสุขศึกษาดังต่อไปนี้ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 145)

1. ปัญหาสาธารณสุข และปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับโครงการจะต้องทำการศึกษาและบ่งชี้ปัญหาให้แจ่มชัด ก่อนที่จะดำเนินงาน
2. กำหนดเป้าประสงค์ที่แน่นอนในการดำเนินงาน พร้อมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์ทางการศึกษาที่สามารถวัดและประเมินได้ เพื่อการประเมินผลต่อไป
3. กลุ่มเป้าหมายที่งานสุขศึกษาจะต้องไปเกี่ยวข้องกับ ทั้งในระยะก่อนดำเนินงาน และขณะดำเนินงาน โดยจะต้องทราบลักษณะของกลุ่มเป้าหมายให้แน่ชัด ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ
4. ศึกษากลวิธีในการดำเนินงานอย่างแน่นอน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย
5. พิจารณาโอกาส และเวลาที่จะดำเนินงานสุขศึกษาให้สอดคล้องกับงานบริการสาธารณสุขแต่ละโครงการ
6. ศึกษาสถานที่ที่จะให้การสุขศึกษาแก่ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ และด้านจิตใจ เพื่อที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมาย เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งปวงประสงค์

7. กำหนดบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพและแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้ดำเนินงานทุกระดับ

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2531 : 9-14) ได้กล่าวถึงการดำเนินงานสุขภาพว่า จะต้องอาศัยความรู้ และเข้าใจในเนื้อหาวิชาการสุขภาพ ซึ่งเนื้อหาที่สำคัญ 2 ส่วน คือ ปรัญญาสุขภาพ และเทคโนโลยีทางสุขภาพ ในด้านปรัญญาสุขภาพนักสุขภาพต้องมีความรอบรู้และเข้าใจอย่างเพียงพอ ในด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ องค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ ในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีทางพฤติกรรม รวมทั้งเกี่ยวกับสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ โรค วิทยาการระบาดของโรค ด้านเทคโนโลยีทางสุขภาพ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานหรือปฏิบัติงานสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพ ขั้นตอนการดำเนินงานสุขภาพ รวมทั้งกลวิธีและกิจกรรมสุขภาพตามกระบวนการสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการปลูกฝังและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพจะต้องอาศัยความเข้าใจในส่วนของปรัญญาสุขภาพด้วย



ภาพประกอบ 4 องค์ประกอบการทำงานศึกษา

หลักการทำงานศึกษาตามแนวคิดของ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2530 : 42-43)

ประกอบด้วย

1. พิจารณาวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน ของหน่วยงานตนเอง หน่วยงานเหนือ และ หน่วยงานสูงสุดของประเทศ เช่น นโยบายของประเทศ เน้นเรื่องคุณภาพชีวิต การประสานงาน และเน้นองค์การชุมชนเป็นหลัก

2. วิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพให้ได้ ปัญหาสุขภาพ คือปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ในการดำเนินงานในชั้นนี้ นักศึกษาจะต้องพิจารณา

2.1 เลือกเอาปัญหาที่ง่าย ๆ มาทำการแก้ไขก่อน

2.2 พยายามให้บุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นตัวการรณรงค์ หรือแก้ไขปัญหานั้น

2.3 การดำเนินงานสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหานั้น จะต้องไม่ทำให้คนเสียเงินทองมาก โดยคำนึงว่าการเปลี่ยนแปลงนั้น ต้องไม่ทำความเดือดร้อนให้กับคนที่จะเปลี่ยนมากนัก

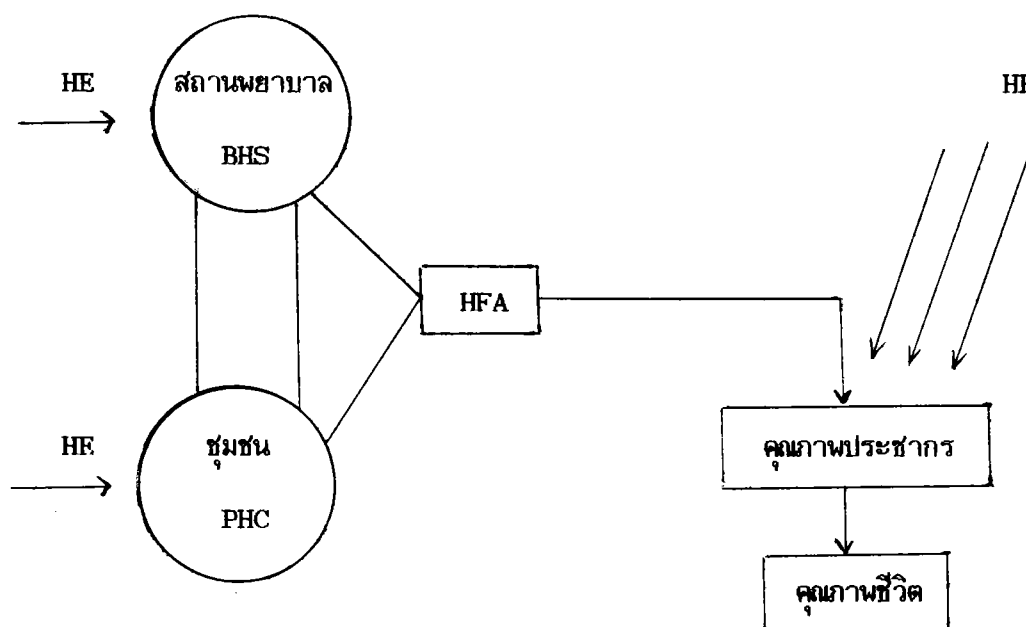
2.4 การเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งระบบ

2.5 การดำเนินงานต้องมีการต่อเนื่อง จนเกิดความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะคงทนถาวร

2.6 ต้องมีความเชื่อมั่น ศรัทธาในการทำงาน

กลวิธีการดำเนินงานสุขภาพในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ไพบรจน์ นิงสานนท์ (2530 : 38-41) ให้แนวคิดในการดำเนินงานเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนดังนี้

1. การดำเนินงานสุขภาพ ต้องคำนึงถึงการพัฒนาระบบสุขภาพในสถานพยาบาลและชุมชน ด้านชุมชนจะพัฒนาเรื่อง PHC (Primary Health Care) และด้านสถานพยาบาลจะพัฒนาเรื่อง BHS (Basic Health Service) เพื่อให้เกิด HFA (Health For All) อันจะนำไปสู่คุณภาพประชากร ซึ่งจะต้องมีส่วนร่วมร่วมกับส่วนราชการอื่น ๆ ด้วย เพื่อผสมผสานให้ประชากรมีคุณภาพแข็งแรง มีความรู้



BHS = Basic Health Service

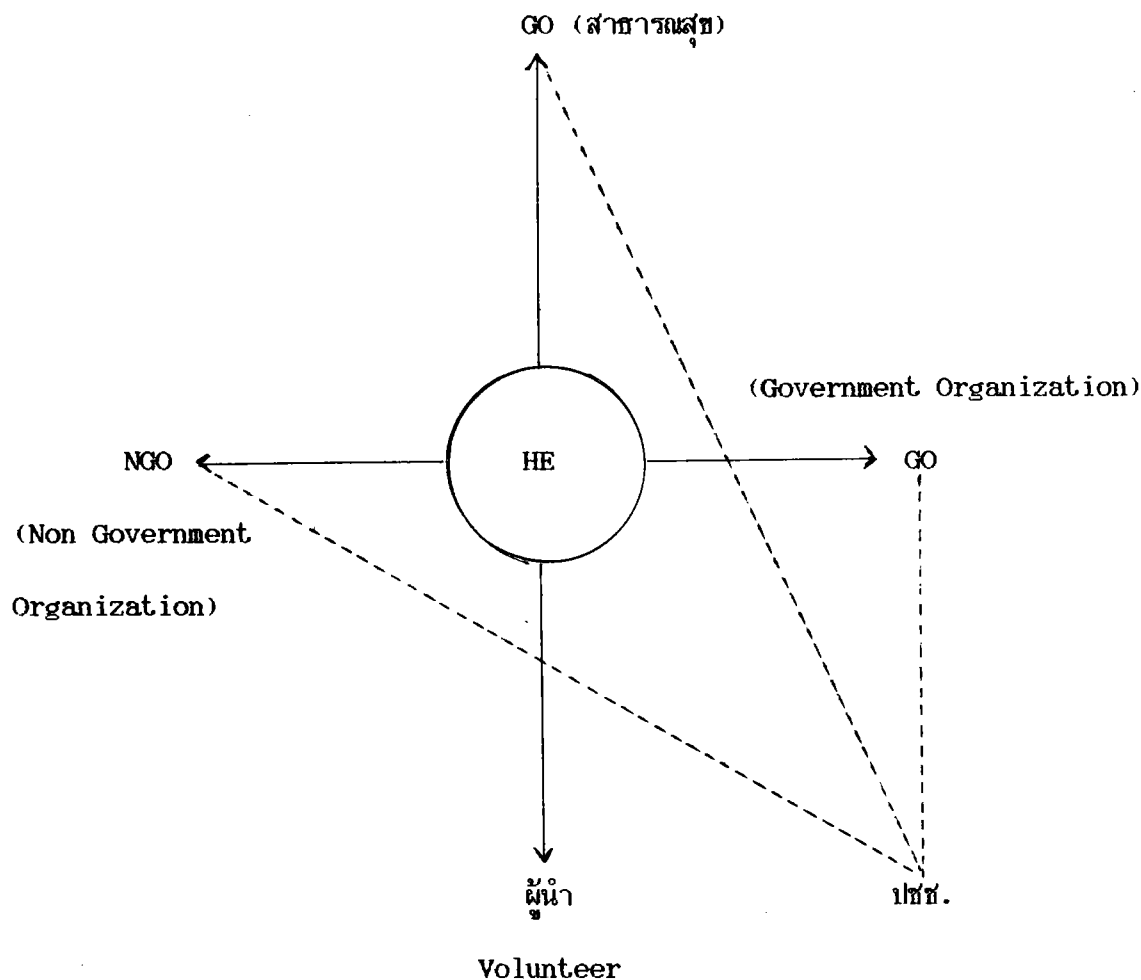
PHC = Primary Health Care

HFA = Health For All

HE = Health Education

ภาพประกอบ 5 การพัฒนาสาธารณสุข

2. การดำเนินงานสุขภาพต้องคำนึงถึง IH (Ill Health) GH (Good Health) Environ.H. (Environmental Health) ซึ่งรวมถึง Occupation Health และ Industrial Health เข้าไปด้วย โดยพยายามปรับ Environ.H. ให้ดี ผดุง GH ไว้ และพยายามให้ IH เปลี่ยนเป็น GH ให้มากที่สุด
3. การดำเนินงานสุขภาพต้องคำนึงถึงว่า ทำอย่างไรให้ทุกคนมีส่วนช่วยให้งานสุขภาพดีขึ้นให้ได้ ทั้งในส่วนของรัฐ ประชาชน และองค์กรเอกชน



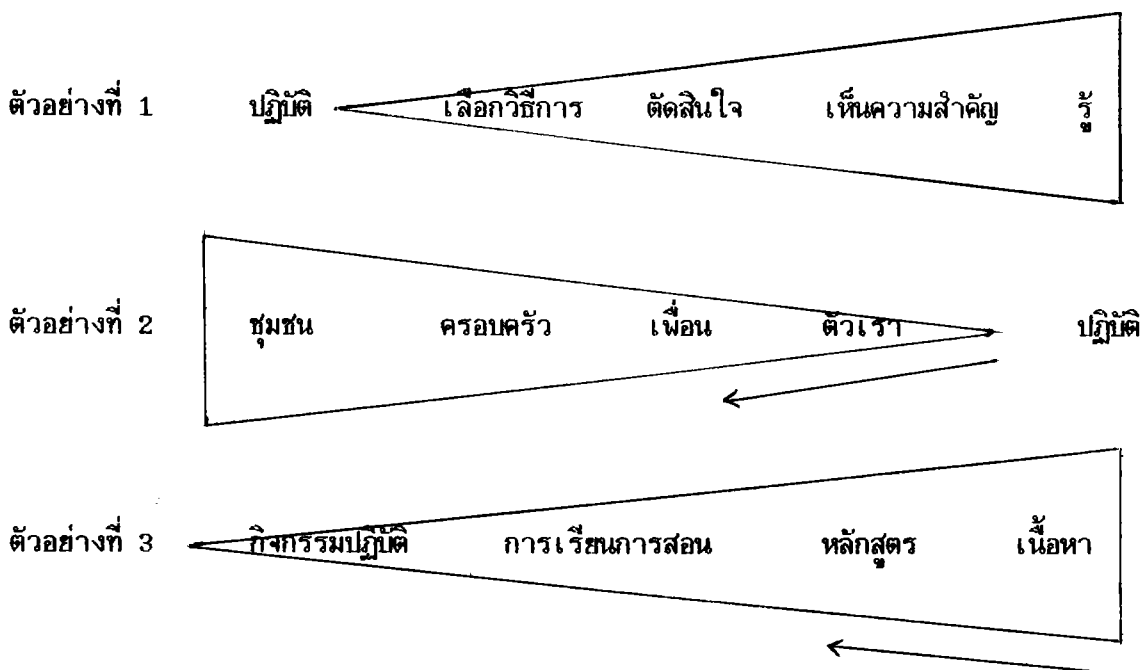
ภาพประกอบ 6 การดำเนินงานสู่ศึกษาแบบผสมผสาน

ฉะนั้น นอกจากวางแผนงานสู่ศึกษาให้ความรู้แก่ Health Educator เพื่อลงไปยังประชาชนให้ได้แล้ว จะต้องคำนึงว่าจะกำหนดอาสาสมัครอย่างไร จะทำอะไรให้เขาถ่ายทอดไปหาผู้นำ ทำอย่างไรให้เขาถ่ายทอดไปยังประชาชน เราจะคำนึงเพียงด้านเดียวไม่ได้ เพราะมีการผสมผสานและมีการลงไปในเนื้อที่ ในระบบของการดำเนินงานในขั้นที่ให้มีการพัฒนานั้นให้อาสาสมัครและผู้นำ

4. ด้านสื่อสู่ศึกษา การดำเนินงานในระยะต่อไปจะเน้นสื่อของการเรียนด้วยตนเอง เป็น Self Learning หรือ Distant Learning เป็นส่วนใหญ่ เพราะขณะนี้มีภาคนั้นมาก

ระดับความรู้ ความจำเป็นพื้นฐานของคนดิฉัน จึงควรทำสิ่งที่เคลื่อนที่ได้ โดยปรับแนวคิดของ Self Learning และ Learning มาจัดทำ

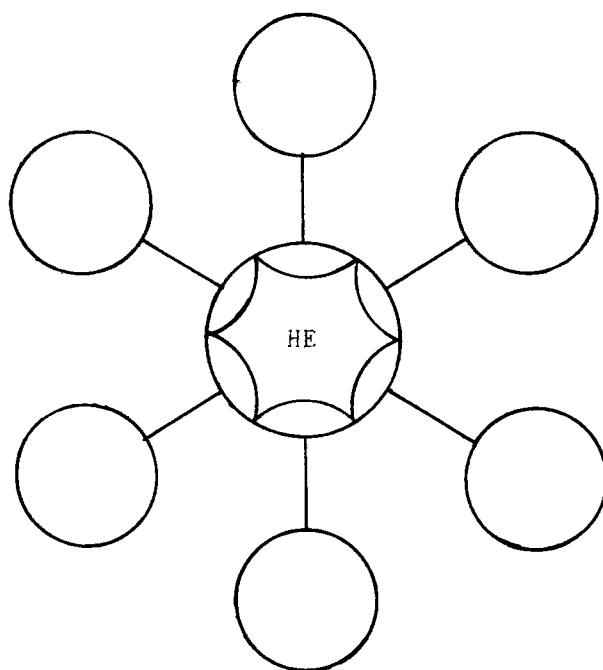
5. การดำเนินงานสู่ศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องการให้รู้เรื่อง รับผิดชอบต่อ รู้ขั้นตอนและปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น ต่อไปนี้เราต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้บริการและสนับสนุนงานด้านอื่น ส่วนประชาชนก็ให้เปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นปฏิบัติ ดูแลตนเองได้ ขณะเดียวกันก็ควรสนับสนุนเจ้าหน้าที่หรือสถาบันสถานพยาบาล เช่น ในเรื่องบัตรสุขภาพ ซึ่งจะมาเป็นประกันสุขภาพ ด้วยความสมัครใจ ตามนโยบายรัฐบาลในที่สุด



ภาพประกอบ 7 ตัวอย่างบทบาทประชาชนในการดำเนินงานสู่ศึกษา

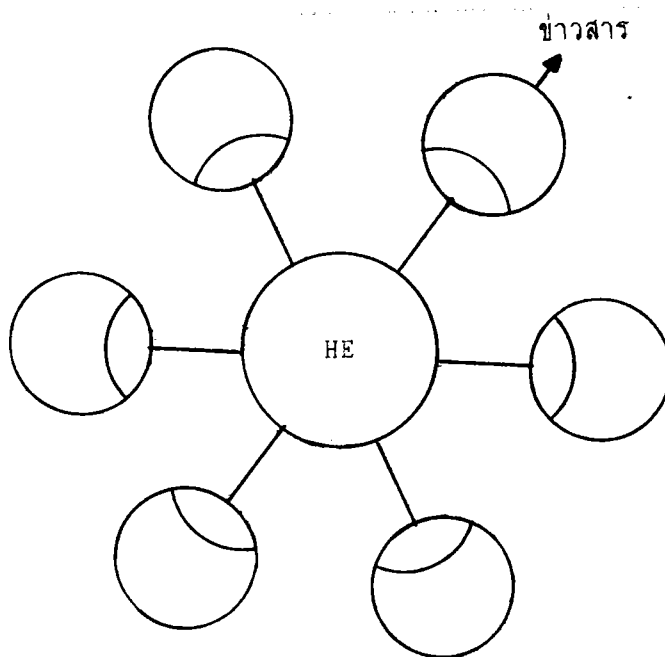
6. การดำเนินงานสู่ศึกษาเป็นเครือข่าย ซึ่งมีหลายรูปแบบ

รูปแบบที่ 1 งานอื่น ๆ ทุกงานมีงานสู่ศึกษาเป็นส่วนหนึ่ง (งานสู่ศึกษา Integrate งานอื่น
เข้าไป ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนทราบถึงงานต่าง ๆ



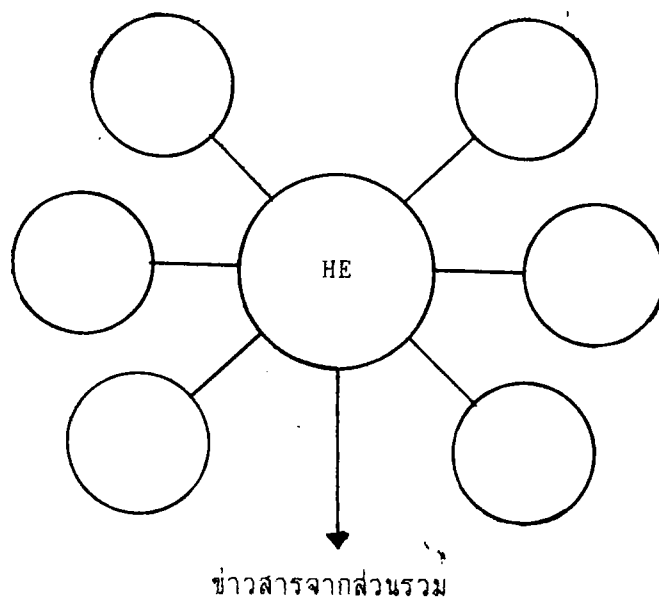
ภาพประกอบ 8 รูปแบบการดำเนินงานสู่ศึกษา แบบที่ 1

รูปแบบที่ 2 งานอื่น ๆ มีงานสู่ศึกษาอยู่ด้วย ซึ่งต้องพิจารณาว่าจะเชื่อมโยงกันได้อย่างไร
(งานอื่น ๆ Integrate งานสู่ศึกษาเข้าไป โดยแต่ละงานจะทำหน้าที่ให้สู่ศึกษา
หรือข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเอง)



ภาพประกอบ 9 รูปแบบการดำเนินงานสู่ศึกษา แบบที่ 2

รูปแบบที่ 3 งานอื่น ๆ มีงานสุขศึกษาอยู่ด้วย (ทั้งงานสุขศึกษา และงานอื่นต่างมีหน้าที่ช่วยด้าน
ให้ข้อมูล ข่าวสารแก่ประชาชน)



ภาพประกอบ 10 รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา แบบที่ 3

และกองสุขศึกษา (2531 : 120-127) ได้กำหนดกลวิธีการดำเนินงานสุขศึกษาตามแผนพัฒนา
สาธารณสุข ฉบับที่ 6 ซึ่งเน้นประสิทธิภาพการดำเนินงานทั้งหมดให้สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
มากขึ้น โดยแนวทางในการดำเนินงานอาศัยกลวิธีที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ตามแผนสาธารณสุข
ฉบับที่ 5 คือ การส่งเสริม เจริญขยายบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในชนบทให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
และเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยสนับสนุน
และพัฒนาประชาชนให้มีความรู้ ความสามารถในระดับหนึ่งที่จะสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้
ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 มุ่งเน้นคุณภาพของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะงานสุขศึกษา เพื่อให้การจัดดำเนินงานสุขศึกษาตอบสนองนโยบาย

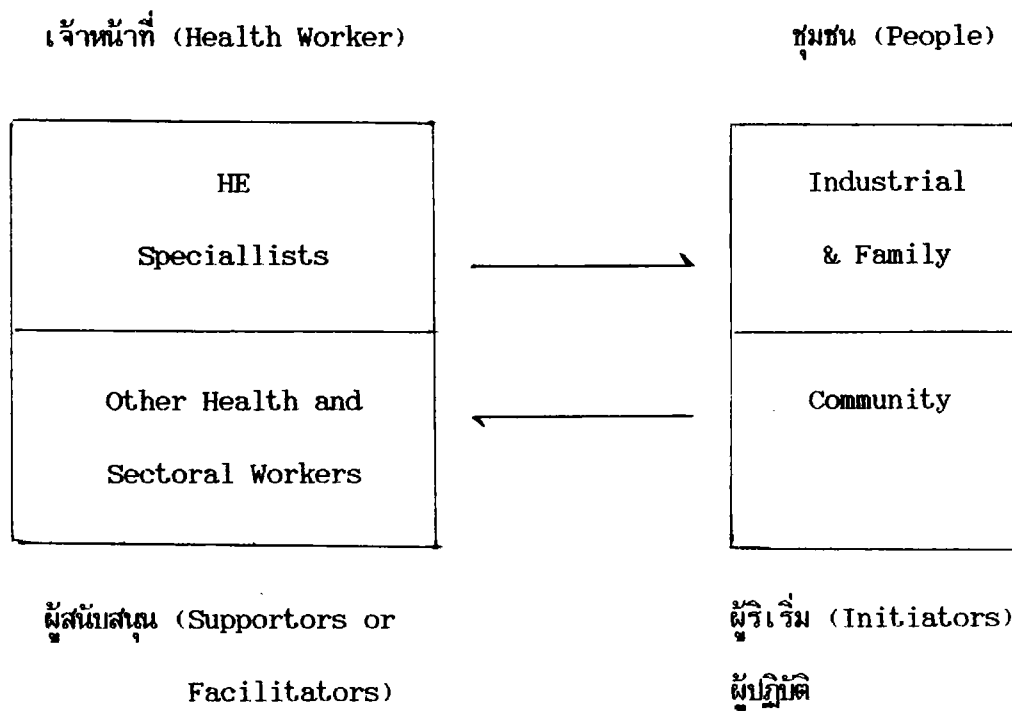
ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย จึงมีการกำหนดวิธีการดำเนินงานดังนี้ (สัทศน์ พัทธะวณิช. 2530 : 77-78)

1. การประสานงาน เพื่อให้พัฒนาในเรื่องของการจัดทำแผน ตลอดจนการประเมินและควบคุมกำกับ
2. ปรับปรุงลักษณะงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
3. ปรับปรุงงานด้านเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับสื่อมวลชน เพื่อการเผยแพร่โดยรวดเร็วทันเหตุการณ์
4. พัฒนาการทางด้านการผลิตอุปกรณ์สุขศึกษา
5. การฝึกอบรม เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ตระหนักถึงความสำคัญของสุขศึกษา และเร่งรัดปรับปรุงวิธีการดำเนินงานสุขศึกษาให้มีคุณภาพสูงขึ้น
6. การวิจัยทางสุขศึกษา โดยมุ่งเน้นการวิจัยเกี่ยวกับอุปกรณ์สุขศึกษา และค้นหาปัญหาและหาทางปรับปรุงเกี่ยวกับความร่วมมือของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
7. การนิเทศ และติดตามผลงานสุขศึกษา
8. การกำกับและประเมินผล การติดตามกำกับ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนางานสุขศึกษานewไทย

การบรรลุถึงความสำเร็จด้านหน้า 2543 นั้น จะต้องอาศัยกลวิธีสำคัญ 2 ประการ คือ (อมร เนทสุต. 2526 : 5-6)

1. ความร่วมมือโดยชุมชน (Community Involvement)
2. ความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ในการที่จะให้ประสิทธิผลสำเร็จในการพัฒนางานจะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทระหว่างชุมชนหรือผู้ให้บริการและรัฐ หรือผู้ให้บริการ เป็นความสัมพันธ์ดังนี้



ภาพประกอบ 11 บทบาทของผู้ให้บริการและรับบริการ

และต้องอาศัยเงื่อนไขการดำเนินงาน 3 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. จะต้องเปลี่ยนแนวความคิดในการพัฒนาโดย
 - 1.1 ยึดหลักความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐในสาขาต่าง ๆ
 - 1.2 ยึดหลักพัฒนาจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน ยึดหลัก Community Participation
2. จะต้องเปลี่ยนแนวความคิดในการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

จาก Hospital based และระบบบริการสาธารณสุขที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ราคาแพง มาเป็นระบบบริการที่เน้นด้านการป้องกันโรคที่ใช้เทคโนโลยีง่าย ๆ และมีราคาถูกแทน และควรจะได้มีการจัดการจัดสรรทรัพยากรเสียใหม่ เพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดลงไปสู่คนหมู่มาก

3. จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการรับผิดชอบ และการศึกษาวิจัย โดยเน้นด้านการพัฒนาบุคคลในทุกระดับ ตั้งแต่การพัฒนาองค์กรชุมชนเรื่อยมาจนถึงเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ การศึกษาและวิจัยต้องเน้นหนักในแนวทางของการพัฒนาบุคคล การก่อให้เกิดความร่วมมือโดยชุมชน

และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2527 : 1-2)

สุขศึกษาเป็นการเสริมช่องว่างระหว่าง ความรู้และการปฏิบัติจริง

Health Information --> Health Practice

การให้บริการสุขศึกษา นักสุขศึกษาจะต้องมีการสร้างความเชื่อถือ น่าเลื่อมใส มีความสามารถในการจูงใจ รวมทั้งสติปัญญาของนักสุขศึกษา ความรู้ที่จะต้องตรงกับความสนใจหรือปัญหาของผู้รับบริการและต้องให้ในเวลาและวิธีการที่เหมาะสม (เพ็ญศรี นิธิขันธ์. 2521 : 25-28)
ตลอดจนการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มผู้รับบริการ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2521 : 15-17)

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของนักสุขศึกษา

จากความสัมพันธ์แบบใหม่นั้น ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีความคิดริเริ่มปฏิบัติได้ โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการปฏิบัติงาน นักสุขศึกษาจะต้องเข้าใจถึงเรื่องใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ (อมร เหมสุต. 2526 : 6-12)

1. นโยบายทางด้านสุขศึกษา ต้องสอดคล้องกับกรอบนโยบายของรัฐ ในด้านการเมือง สังคม และวัฒนธรรม นักสุขศึกษาจะต้องศึกษาว่ารัฐได้มอบอำนาจไว้อย่างไร นักสุขศึกษาจะต้องมีความเข้าใจว่า

1.1 บทบาทชุมชนเป็นอย่างไร มีการกำหนดในเรื่องที่เกี่ยวกับการสุขศึกษาของชุมชน โดยพิจารณาถึงขอบเขต บทบาท ในด้านการให้สุขศึกษาโดยชุมชนเอง

1.2 การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดบทบาทนั้นในด้านนโยบาย จะต้องมีการปรับปรุงอย่างไร

1.3 มีกลวิธี ที่จะถึงความต้องการของฝ่ายวิชาการกับชุมชน

2. กลวิธีเพื่อให้ถึงนโยบายสุขศึกษา

กลวิธี ที่กำหนดเพื่อสนองตอบนโยบายนั้นจะกำหนดอย่างไร เช่น

2.1 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

2.2 องค์การชุมชน นักศึกษาควรจะเสนอแนะแนวทางศึกษาวิจัยและระดมพลังชุมชน ให้เป็นประโยชน์

2.3 การวางแผนการจัดการ นักศึกษาควรมีบทบาทที่จะทำให้ชาวบ้านในชุมชนเกิดทักษะ

3. การปฏิบัติการในชุมชน นักศึกษาจะช่วยพัฒนางานศึกษาในระดับบุคคลและครอบครัว ในการหาวิถีชีวิตระดับชาวบ้านให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ชาวบ้านรู้จักเลือกแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ถูกต้อง

บทบาทหน้าที่ของนักศึกษาในงานสาธารณสุข (วสันต์ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 144 ; ชูพา อุดมศักดิ์. 2525 : 171-183) ระดับปริญญาตรี ควรมีบทบาทหน้าที่

1. ทำการวินิจฉัยปัญหาทางสุขภาพ ของปัญหาสาธารณสุขในชุมชน หรือ

1.1 หารายละเอียดที่สัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กลุ่มชน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีต่อเฉพาะปัญหาหนึ่ง ๆ หรือโครงการสาธารณสุขที่กำลังปฏิบัติอยู่ทั้งหมด

1.2 หาแหล่งประโยชน์ (Resources) ผู้นำในชุมชน โครงสร้างของสังคม และอื่น ๆ เพื่อช่วยดำเนินงานในโครงการสาธารณสุขนั้น ๆ

2. ทำการวางแผนสุขภาพในโครงการสาธารณสุข โดย

2.1 ตั้งจุดมุ่งหมายการศึกษาในรูปของพฤติกรรมที่หวังจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2.2 กำหนดวิธีการศึกษาที่จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2.3 กำหนดวิธีวัดผล

2.4 จัดทำงบประมาณด้านบริการสุขภาพ

2.5 ให้เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และรับรู้ในการดำเนินการ

3. ดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้

4. ประเมินผลงาน
5. ออกแบบจัดเตรียม และทดสอบอุปกรณ์โสตทัศนะ
6. จัดการอบรม โดยใช้วิธีการต่าง ๆ และเผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และบุคคลที่

เกี่ยวข้อง (Training)

7. เป็นผู้นำ ประสานงาน และให้คำปรึกษาด้านวิชาการสุขศึกษา
8. ทำการวิจัยด้านสุขศึกษา
9. ให้การศึกษาด้านสื่อมวลชน

ในระดับปริญญาโท มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเช่นเดียวกับนักศึกษาระดับปริญญาตรี แต่ให้เพิ่ม และเน้นการบริหารงานสุขศึกษา การนิเทศงาน และการให้คำปรึกษาด้านสุขศึกษา

หน้าที่ความรับผิดชอบของนักศึกษารัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข แผนก 2523

อ้างอิงใน สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2523 : 3)

1. ให้การปรึกษากับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน
2. การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การประเมินผล โดยมุ่งเน้นที่จะส่งเสริม

การเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life Style)

3. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และบุคลากรอาชีพต่าง ๆ
4. วิจัยปัญหาชุมชน ใช้เครื่องมือเพื่อหาข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
5. ระบุปัญหาสาธารณสุข เลือกปัญหา จัดลำดับปัญหา และระบุสาเหตุและปัจจัยที่มีต่อ

พฤติกรรม

6. การสอนชุมชน และการสอนผ่านสื่อมวลชน
7. ผลิตและใช้อุปกรณ์ โดย จัดหา ดัดแปลงวัสดุ อุปกรณ์สุขศึกษา
8. ศึกษาวิจัยปัญหาสาธารณสุขในด้านสุขศึกษา
9. ประเมินผลงานสุขศึกษา (กันยา กาญจนบุรานนท์. 2530 : 631-632) และ

จากการประชุมของสมาคมสุขศึกษาในโรงเรียนของสหรัฐอเมริกา (American School Health Association. 1976 : 419) ได้สรุปถึงหน้าที่ของนักศึกษาคาวมมีดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพ กำหนดวิธีการทางการศึกษาและการประสานงาน เพื่อให้โครงการบรรลุประสิทธิผลสำเร็จ พร้อมทั้งมีการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
 2. ใช้ประโยชน์จากเอกสารและงานวิจัยในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาปรับปรุงสมรรถภาพด้านส่วนตัวและวิชาชีพ
 3. พัฒนา ปรับปรุง และส่งเสริม การปฏิบัติงานให้ประสิทธิผลสำเร็จทั้งภายในหน่วยงาน และหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
 4. เลือก ประสานงาน และพัฒนาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพในชุมชน
 5. ช่วยเหลือในการผลิตนักศึกษาในอนาคต
 6. เน้นแหล่งให้คำปรึกษาและช่วยเหลือให้การตัดสินใจของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ง่าย สะดวก และถูกต้อง
 7. กำหนด ธรรมชาติปัญหาสุขภาพ ความต้องการ ความสนใจของบุคคล กลุ่ม และชุมชน
 8. ประเมิน วัสดุอุปกรณ์การศึกษา ความสมบูรณ์และประสิทธิภาพของโครงการศึกษา
- ในปี ค.ศ. 1978 Division of Association Health Professions ได้ร่วมมือกับบุคลากรทางการศึกษาจัดทำมาตรฐานของครูผู้ศึกษาเพื่อให้สาธารณสุขชนได้มั่นใจว่า บุคลากรผู้ศึกษามีมาตรฐานเพียงพอ โดยกำหนดหน้าที่ของครูผู้ศึกษาในระดับต้น ซึ่งมี 7 ประการด้วยกัน (ถนอมศรี ชูทอง. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Division of Association Health Professions. 1980)

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความจำเป็นในการใช้วิชาศึกษาและแหล่งความรู้ทางด้านสุขภาพ
2. กำหนดขอบข่ายเนื้อหาของวิชาศึกษา
3. วางแผนว่าจะเน้นจุดสำคัญ ในจุดใดของวิชาศึกษา
4. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้
5. วัดผลแผนงานศึกษา
6. ประสานงานในการจัดกิจกรรมศึกษา

7. ทำหน้าที่เป็นวิทยากรวิชาสุขศึกษา

นอกจากนั้น ไพโรจน์ ศรีจันทร์ (2530 : 61-62) ได้กล่าวถึงบทบาทนักสุขศึกษากับ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยเอาชุมชนเป็นตัวตั้งในการกำหนดกิจกรรมพัฒนาบทบาทและ ลักษณะสำคัญของนักสุขศึกษาในระดับจังหวัด ควรจะมี 9 ประการ ดังนี้

1. ด้านการประสานงาน กับองค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ โดยจัดเป็นรูปองค์กร มีโครงสร้างหรือระบบที่ดี
2. ด้านการเตรียมชุมชน ทั้งในท้องถิ่นและกลุ่มข้าราชการในกรมการทุกระดับ
3. ด้านการฝึกอบรม เปลี่ยนจากลักษณะเดิมคือการมุ่งเน้นเนื้อหา มาเป็นการสร้าง แนวคิด และความรู้เชิงกระบวนการที่เป็นแนวทางเพื่อการปฏิบัติเป็นหลัก
4. ด้านการวางแผนและประเมินผล ปรับปรุงการประเมินผลทั้งระบบ ทั้ง Input Process และ Output
5. ด้านการศึกษาวิจัยและสาธิต เพื่อความรู้และแนวทางการปฏิบัติเหมาะสมกับชุมชน แต่ละแห่ง
6. ด้านการนิเทศและติดตาม
7. ด้านการให้คำปรึกษา ทั้งทางเทคโนโลยี ด้านการบริหารกระบวนการ ประสบการณ์ และเทคนิควิชาการเป็นหลัก
8. ด้านการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ ทำหน้าที่เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ หลักการ กระบวนการเชิงปฏิบัติ เพื่อชาวบ้าน มากกว่ามุ่งประชาสัมพันธ์โครงการ ตัวบุคคล เพื่อเป้าหมาย ของรัฐ
9. การผลิตและจัดหาสื่อวัสดุทัศนูปกรณ์ เรียนรู้ตัดแปลงศักยภาพของอุปกรณ์ที่มีอยู่ เพื่อ พัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้มากยิ่งขึ้น

สมรรถภาพนักสุขศึกษา

เป็นที่ยอมรับว่าสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชน ไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยอาศัยการร่วมมือของชุมชน โดยมีรัฐและเอกชนเป็นผู้สนับสนุน (อมร นนทสุต. 2526 : 5) การดำเนินงานสุศึกษาจะประสบความสำเร็จได้ดั่งนั้น นักศึกษามีบทบาทและอิทธิพลต่องานสุศึกษาอย่างมาก (เนื้ศรี นิชัยสนธิ. 2521 : 25-28) ในการที่จะนำนโยบายของรัฐไปสู่ประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ ดั่งนั้น นักสุศึกษาจะต้องมีความรู้ ความสามารถทั้งด้านส่วนตัวและการปฏิบัติงาน ตลอดจนทั้งทัศนคติที่ต่องานสุศึกษา (ดรุณี ทุ่หวัด. 2526 : 20-31) สมรรถภาพของนักสุศึกษาจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

กูด (Good. 1973 : 121) ได้ให้ความหมายของ "สมรรถภาพ" ว่า คือทักษะโนคติ (Concept) เจตคติ (Attitude) ที่จะต้องมีในการทำงานทุกชนิดและสามารถจะนำเอาวิธีการและความรู้พื้นฐานไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

กมล สดประเสริฐ (2523 : 3) ให้คำนิยามของสมรรถภาพไว้ว่า สมรรถภาพ (สมรรถนิสัย) หมายถึง คุณสมบัติที่เป็นผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เจตคติ อุปนิสัย หรือบุคลิกภาพ ซึ่งมีผลทำให้เกิดความสามารถในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่พึงปรารถนาได้

ชมพันธ์ กุญธร ณ อุษุยา ได้แปลความหมายของคำว่า Competency - Based ไว้ว่า หมายถึง ความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ผู้เป็นครูพึงมีในการที่จะช่วยให้นักเรียนได้พัฒนาทั้งทางสติปัญญา สังคม อารมณ์ และร่างกาย (ชมพันธ์ กุญธร ณ อุษุยา. 2519 : 10)

เคลียร์รี่ (Cleary. 1985 : 120) ให้ความหมายของสมรรถภาพว่า เป็นความหมายที่กว้างในการกำหนดทักษะหรือความสามารถอย่างเพียงพอที่จะปฏิบัติงานและคาดว่าจะมีในระดับนักวิชาการสุศึกษา ในส่วนใหญ่ของสมรรถภาพที่กว้างนั้นขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติ ทักษะ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

รัตนา เสงส์สวัสดิ์ (2526 : 326) ได้กล่าวถึงสมรรถภาพครูสุศึกษาไว้ 3 ประการ คือ ประการแรก สมรรถภาพด้านความรู้ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการ และสามารถนำความรู้ ไปเผยแพร่และแนะนำผู้อื่นได้ สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ รู้หลักดำเนินการสอน และสามารถวัดและประเมินผลได้อย่างดี ประการที่สอง สมรรถภาพด้านทัศนคติมีความรู้ลึกที่ต่อนักเรียน

การสอน วิชาชีพ มีคุณลักษณะของการเป็นครู มีลักษณะของการเป็นผู้นำ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ประการที่สาม สมรรถภาพด้านการปฏิบัติ มีความสามารถในการทำการสอน การใช้อุปกรณ์การสอน ตลอดจนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ และ

สุชาติ โสภประยุทธ (2524 : 7-11) ได้กล่าวถึง สมรรถนะของนักศึกษาเอกสุศึกษาในระดับปริญญาตรี เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วควรจะเป็นผู้ที่มีสมรรถนะอันประกอบไปด้วย สมรรถนะด้านร่างกาย คือ เป็นผู้ซึ่งแต่งกายสะอาดเรียบร้อย ถูกต้องตามวัฒนธรรม มีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ระวังรักษาและปรับปรุงสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ มีสุขนิสัยเป็นตัวอย่างที่ดี สมรรถนะด้านจิตใจ คือ เป็นผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง แจ่มใส ใจคอหนักแน่น และมีน้ำใจเป็นนักกีฬา มีความเป็นกันเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สมรรถนะทางด้านมนุษยสัมพันธ์ คือ เป็นผู้สามารถติดต่อประสานงานกับบุคคลต่าง ๆ ได้ดี ช่วยเหลือผู้อื่นและมองโลกในแง่ดี สมรรถนะด้านเจตคติต่อการสอนวิชาสุศึกษา โดยมีความเชื่อว่า การสอนวิชาสุศึกษา ช่วยแก้ปัญหาความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับสุขภาพได้ มีความรักและศรัทธาในอาชีพครูสุศึกษา มีความเชื่อว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อความเจริญเติบโตของเด็ก สมรรถนะด้านความสามารถทางด้านความรู้ คือ มีความรู้ในเรื่องราวทางด้านสุศึกษาเป็นอย่างดี ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานสุศึกษาในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะทางด้านการสอนวิชาสุศึกษา คือ สอนให้เด็กเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถใช้กิจกรรมในการสอนให้บรรลุจุดประสงค์ได้ และสุดท้ายคือ สามารถจัดบริการสุขภาพ และสามารถดำเนินงานสุศึกษาในโรงเรียนให้บรรลุตามจุดประสงค์ของหลักสูตร และประเมิน พยัวิกาพงศ์ ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของนักศึกษาที่ดีไว้ 7 ประการ คือ มีความสามารถในการจัดฝึกอบรม มีความสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ มีความสามารถในการจัดองค์กร มีความสามารถในการจูงใจคน มีความสามารถในการวางแผนและบริหารงาน มีความสามารถในการพูดในที่สาธารณะ และสามารถค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา (ประวิณ พยัวิกาพงศ์. 2526 : 71) นอกจากนี้คุณลักษณะของนักสุศึกษาโดยเฉพาะผู้ที่ให้บริการ หรือ นักสุศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นควรมี ประการแรก มีความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างดีและจะต้องมีความรู้ที่สาเหตุ

ของโรคเกิดจากอะไร พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างไร ผู้ป่วยจะต้องมีวิธีการปฏิบัติตนอย่างไร และนักศึกษาก็จะต้องเข้าใจสภาวะของอารมณ์ การรับตัวฐานะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ประการที่สอง รู้ถึงธรรมชาติของมนุษย์ ว่ามนุษย์มีความแตกต่างกันทั้งในการรับรู้ ความสามารถ ความต้องการ และการตอบสนอง ประการที่สาม รู้ถึงหลักของการติดต่อสื่อสารและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นมิตรต่อผู้มารับบริการ ประการที่สี่ เป็นบุคคลที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ มีความรู้และความเข้าใจหลักของการเรียนรู้และการสอน ประการที่ห้า รู้หลักและวิธีการในการให้คำปรึกษา ประการที่หก มีความอดทน สนใจและรักงานด้านนี้ เพราะสหศึกษาเป็นงานที่ทำซ้ำ ๆ และเห็นผลช้า ประการสุดท้าย ผู้ให้สหศึกษาจะต้องรู้ถึงหลักเกณฑ์ของงานสหศึกษาดีว่า การให้สหศึกษาเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริง มีเหตุมีผล สามารถนำไปปฏิบัติได้ การให้สหศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ และจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง (ดร.ณิ ชุณหะวัณ. 2526 : 20-31) และนักสหศึกษาจะต้องมีคุณธรรมประจำใจ การเสียสละ นักสหศึกษาต้องคอยสำรวจผลงานของตนเองตลอดเวลา ต้องรู้จักสำรวจตัวเอง (Self Education) โดยพิจารณาตัวเองด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ ไหวพริบ การเข้ากับคนอื่น การยอมรับฟังข้อเสนอแนะ วิพากษ์วิจารณ์ด้วยความเต็มใจ (สุรีย์ จันทระโมลี. 2528 : 69)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพนักศึกษาศึกษา ได้มีผู้วิจัยที่รวบรวมได้ดังนี้

ในปี 1974 โทเนส (1977 : 106-113) ได้ศึกษารูปแบบบทบาทใหม่สำหรับนักศึกษาศึกษา ชุมชน โดยกำหนดการให้พิจารณาความสามารถของวิชาขึ้นด้านการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ประสบความสำเร็จมากขึ้นในการให้บริการสุขภาพ จากการรวบรวมแบบสอบถามโดยการสำรวจจากสถานบริการสุขภาพ 152 แห่งโดยให้ตอบถึงสิ่งที่เหมาะสมที่สุดระหว่างการบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ และรูปแบบบทบาทใหม่ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ 53% มีพื้นฐานความรู้ด้านพยาบาล มาก่อน รองลงมาได้แก่ครู และครูพยาบาล และบทบาทหน้าที่ของนักศึกษาในอนาคตเรียงตามลำดับ ดังนี้ คือการปฏิบัติตามนโยบาย การติดต่อประสานงานภายในหน่วยงาน การวางแผนจัด

โครงการ การวิจัยและประเมินผล การรายงานผลวิธีการสอน การผลิตอุปกรณ์ การเป็นที่ปรึกษา และในการปฏิบัติจริงยังพบว่า การวางแผนโครงการมีการปฏิบัติมากที่สุด และการติดต่อประสานงาน เป็นอันดับรองลงมา การดำเนินงานตามนโยบายมีการปฏิบัติเป็นอันดับสาม และการรายงานผลกับการผลิตสื่ออุปกรณ์มีการปฏิบัติน้อยที่สุด และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ความรู้พื้นฐานของ นักศึกษานั้นคือความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ เพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพใน ชุมชน แต่การปฏิบัติจริงก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบทบาทการปฏิบัติงานสุขภาพ

และ นากาบุรา (1977 : 266-301) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของนักศึกษาที่มีต่อระบบ การบริการสาธารณสุข โดยได้ศึกษาถึงการกำหนดหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาที่มีผลต่อ ระบบบริการสาธารณสุข มีนักศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่าง ๆ ในสถานบริการสาธารณสุข เป็นผู้ประเมินผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาประเมินตนเองในส่วนรวมสูงกว่าเจ้าหน้าที่อื่น ๆ และ สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับนักศึกษาคือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิชาชีพสุขภาพ การติดต่อ ประสานงาน ส่วนการประเมินเจ้าหน้าที่สุขภาพของเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ พบว่าอันดับสูงสุดที่นักศึกษาคิดว่าควรมีคือความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการประยุกต์ใช้

ในปี ค.ศ. 1985 พรสุข หุ่นิรันดร์ (Pornsuk Hunnirun. 1985 : 1-2)

ได้ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของครูผู้สอนสุศึกษาชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทย โดยการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอาจารย์สอนสุศึกษาในมหาวิทยาลัย และครูสุศึกษาของโรงเรียนมัธยมศึกษาทั่วประเทศ พบว่า สมรรถนะของครูผู้สอนสุศึกษาชั้นมัธยมศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเป็นอันดับสูงสุด ได้แก่ สมรรถนะด้านการสอน ด้านมนุษยสัมพันธ์ และสมรรถนะด้านความก้าวหน้าในอาชีพ ส่วนสมรรถนะที่ให้ความสำคัญต่ำที่สุด ได้แก่ การจัดและบริหารโครงการสุสภาพในโรงเรียน แหล่งวิทยาการสุสภาพในชุมชน การพัฒนาหลักสูตร ซึ่งการลำดับความสำคัญมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

งานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับสมรรถนะของนักสุศึกษา ได้มีผู้วิจัยที่รวบรวมได้ดังนี้

ในปี พ.ศ. 2521 สุชาติ โสัมประยูร (2524 : 7-11) ได้ศึกษาสมรรถนะของครูสุศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 90 คน และครูสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 223 คน ผลการศึกษพบว่า สมรรถนะที่สำคัญมีดังนี้

1. ลักษณะทางด้านร่างกาย
2. ลักษณะทางด้านจิตใจ
3. ลักษณะทางด้านมนุษยสัมพันธ์
4. เจตนาต่อการสอนสุศึกษา
5. ความสามารถทางด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุศึกษา
6. ความสามารถทางด้านการสอนสุศึกษา
7. ความสามารถในการจัดโปรแกรมสุศึกษาในโรงเรียน

ในปี พ.ศ. 2524 ถนอมศรี ชูทอง (2524 : บทคัดย่อ) ได้วิจัยเรื่องสมรรถนะของครูสุศึกษาในทัศนะของผู้บริหารและครูสอนสุศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในภาคใต้ สรุปได้ดังนี้

1. ผู้บริหารและครูสุศึกษาที่มีทัศนะที่เห็นด้วยว่า ครูสุศึกษาต้องมีความสามารถในด้านวิชาการสุศึกษา การสอนสุศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การจัดบริการสุสภาพแก่นักเรียน การมีมนุษยสัมพันธ์ และเจตคติที่ดีต่อวิชาสุศึกษา

2. ผู้บริหารและครูผู้สอนวิชาสุขศึกษามีทักษะและประเมินค่าสมรรถนะของครูสุขศึกษา ระหว่างความต้องการกับสภาพที่เป็นจริง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทุกด้าน

3. ครูสอนสุขศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน ด้านวิชาการที่แตกต่างกัน มีทักษะและการประเมินค่าสมรรถนะครูสุขศึกษา ทั้งตามความต้องการ และตามสภาพที่เป็นจริง ไม่แตกต่างกัน

กนิษฐา กล่อมเกลา (2525 : 101-108) ได้ศึกษาสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอน สุขศึกษาในวิทยาลัยครู ตามความคิดเห็นของนักศึกษาวิชาเอกสุขศึกษา ตามสภาพที่เป็นจริงและ ในสภาพอุดมคติ 4 ด้าน คือ ด้านการสอน ด้านการบริการสุขภาพ ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม และ ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ ผลการศึกษพบว่า

1. สมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนสุขศึกษาตามสภาพที่เป็นจริงกับสภาพในอุดมคติแต่ละด้าน แตกต่างกันทุกประการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

2. นักศึกษาชายและหญิงมีความคิดเห็นต่อสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนตามสภาพที่เป็นจริง และสภาพอุดมคติ ไม่แตกต่างกัน

3. นักศึกษาที่มีพื้นฐานการเรียนจากโปรแกรมในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 แตกต่างกัน ประเมินสมรรถนะแต่ละด้านของอาจารย์ผู้สอนในสภาพอุดมคติไม่แตกต่างกัน

ในปี 2527 เอลิมพล ต้นสกุล และปรียา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2527 : 68-71) ได้ศึกษาบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และสัดส่วนบุคลากรสุขศึกษา ตามความต้องการของ หน่วยงานที่ใช้ ในทัศนะของผู้บริหารและบุคลากรสุขศึกษาจาก 5 หน่วยงาน คือ กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร ทบวงมหาวิทยาลัย และหน่วยงานเอกชน ในบทบาทหน้าที่ 9 ประการ คือ ทำการวินิจฉัยปัญหาทางสุขศึกษาและปัญหาสาธารณสุข วางแผน งานสุขศึกษาในแผนงานการแก้ปัญหาอนามัย การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ การวัดและประเมินผล แผนงาน การจัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่และบุคลากรต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพอนามัย การให้สุขศึกษาด้าน สื่อมวลชน และกระบวนการกลุ่ม การจัดเตรียม ผลิตและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ทำการวิจัยด้าน สุขศึกษา การประสานงานแนะแนววิชาการด้านสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้บริหารมีทัศนะต่อบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรสุศึกษาในทุกด้าน สูงกว่าประเมินค่าตามสภาพที่เป็นจริง
2. บุคลากรสุศึกษามีทัศนะต่อบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรสุศึกษา ในทุกด้านสูงกว่าการประเมินค่าตามสภาพที่เป็นจริง
3. การประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงต่อบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรสุศึกษา ระหว่างผู้บริหารและบุคลากร ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น กระทรวงศึกษาธิการที่มีค่า การประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงระหว่างผู้บริหารและบุคลากรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
4. การประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงของผู้บริหารและบุคลากรสุศึกษาระหว่างกระทรวง สาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. เปรียบเทียบการประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงของผู้บริหารใน 5 หน่วยงาน ไม่แตกต่างกัน แต่ในระดับบุคลากรสุศึกษาใน 5 หน่วยงาน มีการประเมินค่าสภาพที่เป็นจริง แตกต่างกัน

และในปีเดียวกัน สิริมา หมอนไหม (2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะ ด้านการสอนตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของอาจารย์ผู้สอนวิชาสุศึกษา ในสถาบัน อุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตวิชาเอกสุศึกษา กับกลุ่มตัวอย่าง 67 คน ผลการศึกษพบว่า

1. ผู้สอนวิชาสุศึกษา มีความเห็นในสภาพที่คาดหวังและการประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการสอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สอนวิชาสุศึกษา มีความคิดเห็นในสภาพที่คาดหวังสูงกว่าการประเมินค่าสภาพที่เป็นจริง
2. ผู้สอนวิชาสุศึกษาที่มีเพศ อายุ ประสบการณ์ในการสอน ระดับการศึกษา และคุณวุฒิ ทางสุศึกษา ที่แตกต่างกัน มีการประเมินค่าสมรรถนะด้านการสอนในสภาพที่เป็นจริง ไม่แตกต่างกัน และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการสอนในสภาพที่คาดหวังไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สอนวิชาสุศึกษามีคุณวุฒิทางสุศึกษาและ ไม่มีคุณวุฒิทางสุศึกษา มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการสอนในสภาพที่คาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สอนที่มีคุณวุฒิทางสุศึกษา มีความคิดเห็นในสภาพที่คาดหวังสูงกว่าผู้สอนที่ไม่มีคุณวุฒิสุศึกษา

ต่อมาในปี พ.ศ. 2529 สุนทร จันทรพรม (2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาลักษณะของครูผู้ศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตการศึกษา 7 ในด้านการสอน วิชาการ สุขภาพกายและจิต มนุษย์สัมพันธ์ คุณธรรมและความประพฤติ บุคลิกลักษณะ การอบรมแนะแนวและปกครอง และด้านการเป็นพลเมืองดีในสังคมประชาธิปไตย ผลการวิจัยพบว่าหัวหน้าหมวดพลานามัยและครูผู้ศึกษา มีความคิดเห็นต่อคุณลักษณะของครูผู้ศึกษาด้านการสอนและวิชาการในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับสูง คล้ายกับนักวิจัยที่เห็นว่าการสอนวิชาการและด้านคุณธรรมและความประพฤติอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านอื่น ๆ และรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างหัวหน้าหมวดพลานามัยกับครูผู้ศึกษา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้าน มนุษย์สัมพันธ์ ส่วนด้านอื่น ๆ และรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

แนวคิดด้านตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษาตามตัวแปรเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน คุณวุฒิการศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้ศึกษา แต่ผลการวิจัยดังกล่าวมา ยังไม่มีผลการวิจัยในเรื่องที่จะศึกษาโดยตรง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงได้พยายามศึกษางานวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะศึกษา และให้เหตุผลเพิ่มเติมสำหรับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. เพศ ลักษณะเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ตลอดจนหน้าที่การงานอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อการทำงานของแต่ละเพศให้แตกต่างกันได้ ดังที่ ไรอัน (สุนิศา สุขพลิน. 2529 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Ryans. 1960) ได้ศึกษาค้นคว้าคุณลักษณะของครูในโครงการ National Committee on Education พบว่า คุณลักษณะของครูชายและครูหญิงที่สอนในระดับประถมศึกษาไม่แตกต่างกัน แต่ในระดับมัธยมศึกษาชั้น ครูหญิงมีความเข้าใจ สัมพันธภาพ ความรับผิดชอบ ความตั้งใจทำงาน และทัศนคติต่อนักเรียนสูงกว่าครูชาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุเทพ อ่วมเจริญ (2529 : 69) ที่ศึกษาพบว่า ครูประจำกลุ่มเพศหญิงปฏิบัติงาน

ในหน้าที่ของครูประจำกลุ่ม ได้ดีกว่าครูประจำกลุ่มเพศชาย และจากการศึกษาของ สิริมา หมอนไหม (2527 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้สอนวิชาสุขศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีการประเมินค่าในสภาพที่เป็นจริง และที่คาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการสอนแตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาแล้ว อาจสรุปได้ว่า นักสุขศึกษาที่มีเพศต่างกันอาจมีสมรรถภาพแตกต่างกัน นอกจากนี้อายุยังอาจบอกถึงการเพิ่มพูนประสบการณ์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน ทั้งนี้ เพราะความจริงก้าวหน้าของวุฒิภาวะจะแตกต่างกันในแต่ละระดับ บุคคลที่มีอายุใกล้เคียงกันจะมีประสบการณ์ ขอบเขตความรู้ ตลอดจนระดับความสนใจใกล้เคียงกัน ไพรวลัย พิทักษ์สาส์ (2523 : 62-63) ทำการวิจัยโดยให้ครูประเมินตนเองพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการสอน จากการศึกษาของ พิมภรณ์ มโนรัตน์ (2521 : 56) พบว่า ครูที่มีอายุมากมีระดับสมรรถภาพทางวิชาการ การปฏิบัติงาน คุณลักษณะพิเศษแตกต่างจากครูที่มีอายุน้อย

3. วุฒิการศึกษา ในสังคมไทยปัจจุบันการพิจารณาคุณสมบัติในด้านความรู้ คุณวุฒิการศึกษา ตามที่ระบุไว้ในประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตร ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ประกอบการพิจารณาว่า บุคคลนั้นมีความรู้ในสาขาวิชานั้นสูงต่ำเพียงใด โดยผู้ที่มิได้สูง ย่อมผ่อนการเรียนรู้ทางวิชาการมากกว่าผู้ที่วุฒิต่ำ และน่าที่จะมีโอกาสได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้ ส่วนนิธ อ่องรุ่งเรือง และ สุภาพ จันทร์พิทักษ์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านโภชนาการของครูที่ผ่านการฝึกอบรมและไม่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับโครงการอาหารกลางวัน แตกต่างกัน มีผลให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการเล่นแตกต่างกัน และจากการศึกษาการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณวุฒิ การศึกษาและจำนวนปีที่ดำรงตำแหน่งแตกต่างกัน มีการรับรู้บทบาทที่ดีกว่า (กฤษณี ก้องสมุทร. 2532 : 23)

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้นแสดงว่า ตัวแปรด้านวุฒิการศึกษา อาจส่งผลต่อสมรรถภาพของ นักสุขศึกษาให้แตกต่างกันได้

4. ประสบการณ์การทำงาน จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน วิลาวัลย์

วรรณศรี (2528 : 72) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตการศึกษา 8 พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า มีความคิดเห็นและจัดบริการสุขภาพโรงเรียนได้ดีกว่าผู้บริหารที่มีประสบการณ์น้อย ซึ่งขัดแย้งกับ สุภาพ คำวัง (2530 : 76-77) ได้ศึกษาเรื่องสมรรถฐานของครูผู้สอนวิชาพื้นฐานอาชีพสาขาสาธารณสุข พบว่า กลุ่มครูที่มีประสบการณ์การสอนแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อสมรรถฐานของครูผู้สอนวิชาพื้นฐานอาชีพไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ คริส เอ เดอชิง และริชาร์ด วิน (คีรี สืบกระพันธ์. 2525 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Cris A De Young and Richard Wynn.) เกี่ยวกับประสบการณ์ในการสอนของอาจารย์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 5 ปีขึ้นไป และเมื่อถึงช่วงที่มีประสบการณ์ในการสอน 15-20 ปีแล้ว การเปลี่ยนแปลงจะดำเนินไปในทางลบ นั่นคือประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจะลดลง และจากการศึกษาของ กุณทรี ก้องสมุทร (2532 : 23) เกี่ยวกับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ดำรงตำแหน่งนาน 6-10 ปี มีการรับรู้ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก ทองเอี่ยม (2528 : 72) พบว่า การรับรู้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับอายุราชการ

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวแล้ว สรุปได้ว่า ตัวแปรด้านประสบการณ์การทำงานอาจมีผลต่อสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคือ

5. การได้รับการฝึกอบรมทางสุขศึกษา การจัดอบรมวิชาการ ถือว่าเป็นการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยและถูกต้อง จากการศึกษาคูณทรี ก้องสมุทร (2532 : 75) พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการอบรมเรื่องสัมมนาหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และหัวหน้าฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ที่ได้รับการอบรมมีการรับรู้บทบาทในด้านวิชาการดีกว่า และมีการรับรู้บทบาทในด้านบริหาร บริการ และรวมทุกด้านดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ตัวแปรด้านการได้รับการฝึกอบรมสุขศึกษาอาจมีผลต่อสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคือ

เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

ประวัติความเป็นมาของเทคนิคเดลฟาย เทคนิคเดลฟายเป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้ข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการวิจัย ให้มีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการตัดสินใจ หรือลงสรุปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (สมบูรณ์ ดันยะ. 2524 : 66) กำเนิดของเทคนิคเดลฟายได้เริ่มต้นอย่างมีระบบในปี พ.ศ. 2495 เทคนิคนี้ได้ถูกบิดเป็นความล้มเหลวตลอด เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ทางกองทัพอากาศอเมริกกันใช้ในการวิจัยและศึกษาสิ่งต่าง ๆ เทคนิคเดลฟายเพิ่งมาเปิดเผยเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2505 หลังจากกองทัพอากาศอเมริกกันใช้มาแล้วถึง 10 ปี (เกษม บุญอ่อน. 2522 : 26) แต่นักวิจัยบางท่านยืนยันว่า เทคนิคเดลฟายเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2503 โดยนักวิจัยชื่อ โอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน คาล์คี (Norman Dalkey) เป็นผู้คิดค้นขึ้นใช้ (อภิญญา เพชรรัตน์. 2529 : 46 ; อ้างอิงมาจาก Kohbantau. 1978)

เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการวิจัยที่มีรูปแบบ โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องในสาขาที่ต้องการวิจัย ในจำนวนที่พอเหมาะที่กระจายให้สอดคล้องกันอย่างมีระบบ ซึ่งจะนำไปตัดสินใจหรือเป็นวิธีการศึกษาที่จะทำนายอนาคตในเรื่องนั้น ๆ (Olaf Helmer. 1976 : 76)

ลักษณะทั่วไปของเทคนิคเดลฟาย คือ

1. การวิจัยแบบเดลฟายใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลักในเรื่องที่ต้องการทำการวิจัย โดยไม่ได้รับอิทธิพลหรือผลกระทบจากลักษณะเด่นบางคน ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ (ตันย เทียนพุม. 2528 : 199) ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกจะไม่ทราบว่ามีผู้ใดบ้างที่อยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นในการวิจัยโดยใช้เทคนิคนี้ จึงมักใช้แบบสอบถาม หรือวิธีการสื่อสารอื่น ๆ ที่ช่วยให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดไม่ต้องมาเผชิญหน้ากัน และจะไม่ทราบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนอื่น สำหรับผู้เชี่ยวชาญคือผู้ที่มีความรู้ที่ผู้ทำการวิจัยควรพิจารณาอย่างรอบคอบ

เพื่อให้ได้ผู้ที่มีความรู้และความสามารถให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการโดยแท้จริง (สมบุรณ์ ต้นยะ. 2524 : 14)

2. เทคนิคเดลฟาย ได้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ จึงต้องมีการใช้แบบสอบถามถามซ้ำหลาย ๆ รอบ ผู้เชี่ยวชาญต้องตอบแบบสอบถามที่ส่งกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนนั้น ผู้วิจัยจะแสดงผลสรุปในรูปสถิติของคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ เองในรอบก่อนเอาไว้ด้วย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ทราบความคิดเห็นของตนเองนั้นเป็นอย่างไร แตกต่างกับความคิดเห็นของคนอื่นหรือไม่เป็นอย่างไร

3. เป็นกระบวนการที่ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์เข้ามาช่วยในการจำกัดวงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นการลดการกระจายกระจายของคำตอบของกลุ่ม ทำให้เกิดความคิดเห็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และนอกจากนี้ยังใช้สถิติเข้าช่วยในการยืนยันว่า ความคิดเห็นในคำตอบรอบสุดท้ายของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นตัวแทนความคิดเห็นของสมาชิกทั้งหมดในกลุ่มด้วย (สมบุรณ์ ต้นยะ. 2524 : 11)

กระบวนการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการของเทคนิคเดลฟายที่สำคัญที่สุดอยู่ที่การเลือกผู้เชี่ยวชาญ (สมบุรณ์ ต้นยะ. 2524 : 14) และการใช้ชุดแบบสอบถาม (คณัย เทียนพุม. 2528 : 120) การเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งสำคัญเพราะผลการวิจัยจะออกมาดี ถูกต้อง เชื่อถือได้เพียงใด ขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาร่วมในการวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จะต้องมีการกำหนดเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญให้ชัดเจน เพื่อให้ได้บุคคลที่มีคุณสมบัติและความรอบรู้และ/หรือมีความสามารถให้ข้อมูลที่ต้องการวิจัยอย่างแท้จริง นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญจะต้องมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย เพราะถ้าผู้เชี่ยวชาญไม่ให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจแล้ว ข้อมูลที่ได้รับกลับมาก็เชื่อถือไม่ได้ว่าจะถูกต้องมากน้อยเพียงใด

จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย แต่ละครั้งไม่ได้กำหนดแน่นอนตายตัวลงไป ขึ้นอยู่กับลักษณะกลุ่มเป็นสำคัญ กล่าวคือ ถ้ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้นมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous Group) จะใช้เพียง 10-15 คน ก็เป็นการเพียงพอ แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างกันมากก็อาจจะต้องใช้จำนวน

หลาย ๆ ร้อยคน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า หากมีจำนวนมาก อัตราความคลาดเคลื่อน (Error) จะลดลง เช่น ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9-17 คน จะมีความคลาดเคลื่อน 0.04 ถ้าผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17-29 คน จะมีความคลาดเคลื่อนลดลงเหลือ 0.02 (เกษม บุญอ่อน. 2522 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Macmillan.)

ตาราง 1 การลดลงของความคลาดเคลื่อนตามจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	การลดลงของความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนที่ลดลง
1 - 5	1.20 - 0.70	0 .50
5 - 9	0.70 - 0.58	0 .12
9 - 13	0.58 - 0.54	0 .04
13 - 17	0.54 - 0.50	0 .04
17 - 21	0.50 - 0.48	0 .02
21 - 25	0.48 - 0.46	0 .02
25 - 29	0.46 - 0.44	0 .02

ที่มา : Thomas T. Macmillan "The Delphi technique" เกษม บุญอ่อน (2522 : 28)

กระบวนการสิ่งที่สำคัญอีกกระบวนการหนึ่งของเทคนิคเดลฟายอยู่ที่การใช้ชุดแบบสอบถาม
เนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟานี้เป็นกระบวนการวิจัยที่ใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก

เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่ถูกต้องแน่นอน จึงต้องมีการถามซ้ำหลายครั้งหลายหน โดยใช้ชุดแบบสอบถามดังกล่าว เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ผู้วิจัยต้องการทราบ ซึ่งจะใช้ชุดแบบสอบถาม ประมาณ 4 ครั้ง แต่บางกรณีอาจใช้เพียง 3 ครั้งเท่านั้น แบบสอบถามฉบับต่อ ๆ มา แต่ละฉบับจะสร้างโดยการปรับปรุงมาจากแบบสอบถามฉบับก่อน กระบวนการนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อได้รับความความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน หรือเมื่อได้ข้อมูลที่ใช้ได้เพียงพอแล้ว การสร้างแบบสอบถามจะมีขั้นตอนดังนี้ คือ

รอบแรก แบบสอบถามจะเป็นคำถามปลายเปิด มีจุดมุ่งหมาย เพื่อที่จะเก็บรวบรวมความคิดเห็นอย่างกว้าง ๆ จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด บางครั้งผู้วิจัยอาจจะสร้างแบบสอบถามรอบแรก เป็นปลายปิดคล้ายกับแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ตอบได้ กรณีเช่นนี้ควรมีคำถามปลายเปิดไว้ตอนท้ายแบบสอบถามด้วย

รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบสอบถามรอบแรก โดยจะนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาสร้างข้อคำถามใหม่ในรูปของมาตราประมาณค่า หรือการให้เปอร์เซ็นต์ โดยจะตัดข้อมูลที่ใช้หรือเกินความต้องการออก แล้วจึงส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญจัดอันดับความสำคัญของแต่ละข้ออีกครั้งหนึ่ง หากมีคำถามใดไม่ชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้ (ชนิษฐา วิทยานมาศ. 2530 : 29-30)

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบของแต่ละข้อที่ได้รับจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน และอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามใหม่ซึ่งประกอบด้วยประโยคเดิม แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ และตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญคนนั้น ๆ ตอบ แล้วส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง

ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญยังคงอยู่นอกอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ก็ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายเหตุผลประกอบด้วย เพื่อส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญคนอื่น ๆ ทราบเหตุผลนั้นด้วย

ตามปกติ การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนี้จะใช้แบบสอบถาม 4 รอบด้วยกัน แต่บางกรณีอาจจะใช้แบบสอบถามเพียง 2-3 รอบเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าแบบสอบถามฉบับที่ 2 หรือ 3 อาจพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือ Range

ของ Interquartile แค่มาก เมื่อเป็นเช่นนี้กระบวนการวิจัยก็สามารถยุติลงได้ (สมบุรณ์
ต้นชะ. 2524 : 13)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Tendency)
ได้แก่ ค่ามัชฐาน (Median) และการกระจายกระจาย ได้แก่ ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์
(Interquartile Range) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ทณัฐา วิทยานมาศ. 2530 : 31-32)

มัชฐาน (Median)

จากแบบสอบถามปลายปิดประมาณค่า 5 สเกล ซึ่งให้น้ำหนักคะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง เป็นไปได้น้อยที่สุด หรือเห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เป็นได้น้อย หรือเห็นด้วยน้อย
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 4 หมายถึง เป็นไปได้มาก หรือเห็นด้วยมาก
- 5 หมายถึง เป็นไปได้มากที่สุด หรือเห็นด้วยมากที่สุด

ค่ามัชฐานที่ได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด แปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด
ไว้ดังนี้

ค่ามัชฐานต่ำกว่า 1.50 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นไปได้น้อยที่สุด หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ไม่เห็นด้วยกับข้อมูลนั้นมากที่สุด

ค่ามัชฐานอยู่ระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นไปได้น้อย หรือกลุ่ม
ผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ค่ามัชฐานอยู่ระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นจะเป็นไปได้ หรือ
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจในข้อความนั้น

ค่ามัชฐานอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นไป得多 หรือกลุ่ม
ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป หมายถึง ข้อความนั้นเป็นไปได้มากที่สุด หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile Range)

คำนวณถึงความแตกต่างระหว่างควอร์ไทล์ที่ 1 กับควอร์ไทล์ที่ 3 ถ้าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความใดมีค่าตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน ถ้าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
2. นักศึกษาชายและหญิง มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
3. นักศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
4. นักศึกษาที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
5. นักศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
6. นักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขศึกษา มีสมรรถภาพพื้นฐานสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

วิธีการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Method) และกระบวนการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เป็นการศึกษาเพื่อหาเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา และประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก แบ่งเป็น

1. การสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา
2. การสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา

ขั้นตอนที่สอง การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนแรก

1. การสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา

กระบวนการในการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพของนักศึกษศึกษา มีขั้นตอนการดำเนินงาน 2 ขั้นตอนคือ การเลือกผู้เชี่ยวชาญ และการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

การเลือกผู้เชี่ยวชาญ

คุณลักษณะของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายนั้นต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถาม ฉะนั้นในการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพนั้น ได้เลือกผู้เชี่ยวชาญทางด้านศึกษศึกษา โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญและวิธีการเลือกไว้ดังนี้

1. เกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษาอย่างแท้จริง โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือก ดังนี้

1.1 มีความรู้ด้านสุขศึกษา มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาโทด้านสุขศึกษา หรือสาธารณสุขขึ้นไป

1.2 เป็นหัวหน้าภาค หรืออาจารย์ ในภาควิชาหรือหัวหน้าโปรแกรมสุขศึกษาในมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยครูที่เปิดสอนและผลิตนักสุขศึกษา

1.3 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขศึกษามากไม่น้อยกว่า 5 ปี

1.4 เคยเป็นวิทยากรอบรมสุขศึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขศึกษา

1.5 มีผลงานหรือเป็นหัวหน้าหน่วยงานทางด้านสุขศึกษา

2. วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

จากเกณฑ์การเลือกผู้เชี่ยวชาญที่กำหนด และเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 ท่าน ให้ประธานกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทพิจารณาความเหมาะสม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านได้เสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษาท่านอื่น ๆ อีกอย่างน้อยท่านละ 10 รายชื่อ

2.2 นำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเสนอมาจัดเรียงลำดับจากผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อด้วยความถี่มากไปหาน้อย จนได้รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ 30 ท่าน

2.3 ผู้วิจัยได้เวียนเชิญผู้เชี่ยวชาญโดยแจ้งความมุ่งหมายและความสำคัญของการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 30 ท่าน ทราบด้วยตนเองและทางโทรศัพท์ เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลด้วยความสมัครใจของผู้เชี่ยวชาญที่จะตอบแบบสอบถามในการศึกษารั้งนี้ (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก)

การสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐาน

การสร้างแบบสอบถามสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ ตามเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย โดยการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถามจำนวน 2 รอบ ในระหว่างเดือน มิถุนายน - เมษายน พ.ศ. 2533 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามรอบแรก ผู้วิจัยศึกษาขั้นต้น เพื่อนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมากำหนดกรอบในการศึกษา โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาศาสตร์ 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยเชิญให้เสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ในขั้นตอนการเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพความสามารถพื้นฐานและคุณลักษณะสำคัญในสมรรถภาพต่าง ๆ ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษารายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานศึกษาศาสตร์ คุณลักษณะ บทบาทหน้าที่ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบในการศึกษาสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ในด้านต่าง ๆ 9 ด้าน ดังนี้

1. สมรรถภาพด้านความรู้

- ความรู้ ความเข้าใจ ในวิชาพื้นฐาน พฤติกรรมศาสตร์
- การสาธารณสุขทั่วไป
- สุขศึกษา กระบวนการศึกษา วิธีการศึกษา
- พฤติกรรมศาสตร์ เพื่อนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลง

2. สมรรถภาพด้านการปฏิบัติ

- ทำการวินิจฉัย วิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข
- วิเคราะห์สาเหตุ ที่นำมาสู่ปัญหา
- ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ
- นำข้อมูลที่มีอยู่มาทำการวางแผน กำหนดแผน

3. บุคลิกภาพ

- มีทัศนคติที่ดีต่องาน ชุมชน เพื่อนร่วมงาน
- มนุษย์สัมพันธ์
- ความสัมพันธ์กับชุมชน
- มีความเป็นผู้นำและมีความคิดริเริ่ม
- บุคลิกลักษณะดี
- สุขภาพดี แข็งแรง

4. การบริหารจัดการ และการจัดดำเนินงาน

5. ประสิทธิภาพ วางแผนงาน เน้นแนวด้านสุขศึกษา

6. วัดและประเมินผลแผนงาน

7. การวิเคราะห์วิจัย และการนำไปใช้

8. การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

9. ความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

กรอบแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยนำมาสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา จำนวน 90 ข้อ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 30 ท่าน ตอบตามความคิดเห็นอย่างอิสระ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ และได้ขอรับรองให้ผู้เชี่ยวชาญจัดอันดับความสำคัญในแต่ละข้อรายการด้วย แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ผู้วิจัยได้ให้นำหนักคะแนนมาตราประมาณค่าความเหมาะสมเรียงลำดับดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เหมาะสม
- 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยมาก
- 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย
- 3 หมายถึง เหมาะสมมาก
- 4 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

1.1 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบแรกไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 30 ท่าน ให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 10 วัน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสพิจารณาอย่างถี่ถ้วน

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบแรกมาแจกแจง ความถี่ วิเคราะห์ร้อยละของแต่ละข้อ วิเคราะห์ความสอดคล้องของคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาค่ามัธยฐาน และอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ (Interquartile Reange) ของแต่ละ ข้อรายการ

ค่ามัธยฐานจากการนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ความหมายตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ดังนี้
ค่ามัธยฐานต่ำกว่า .05 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสม น้อยที่สุด

ค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง .05 ถึง 1.49 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถาม มีความเหมาะสมน้อย

ค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 1.50 ถึง 2.49 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถาม นั้นมีความเหมาะสมพอสมควร

ค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 2.50 ถึง 3.49 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถาม นั้นมีความเหมาะสมมาก

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมมากที่สุด

สำหรับค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ผู้วิจัยคำนวณหาค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ โดย คำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่างควอร์ไทล์ที่ 3 กับควอร์ไทล์ที่ 1

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาเลือกข้อรายการของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษ ที่เหมาะสม ว่าข้อรายการใดมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.00 ขึ้นไป เป็นข้อรายการที่นำไปใช้ประเมิน สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษได้ และพิจารณาความสอดคล้องกันของคำตอบของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องของคำตอบ ในแต่ละข้อรายการว่า ต้องมีค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ เท่ากับ 1 หรือต่ำกว่า แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่ม

ผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อคำถามนั้นสอดคล้องกัน

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำค่าที่คำนวณได้ในแบบสอบถามรอบแรกของแต่ละข้อคำถาม แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม โดยเพิ่มตำแหน่งของมัธยฐานช่วงของค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญนั้น ๆ ตอบในการตอบแบบสอบถามรอบที่ผ่านมา ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนทบทวนคำถามและคำตอบในรอบแรก และอาจเปลี่ยนคำตอบใหม่ได้ หรือจะยังคงยืนยันคำตอบเดิมพร้อมทั้งแสดงผล

2.1 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่ตอบกลับมาในรอบแรกและให้เวลาตอบ 15 วัน ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องพิจารณาเป็นพิเศษว่าจะเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ให้สอดคล้องกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ แต่ถ้าจะคงความคิดเห็นไว้เหมือนเดิมก็ต้องให้เหตุผลไว้ในแต่ละข้อรายการนั้นด้วย

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่แล้ววิเคราะห์หาค่าร้อยละ มัธยฐาน และค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ลักษณะเดียวกับข้อมูลในแบบสอบถามรอบแรก

3. การเปรียบเทียบการตอบแบบสอบถามรอบแรก และรอบที่สองของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ตามหลักของเทคนิคเดลฟาย กระบวนการวิจัยจะยุติลงเมื่อความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกันสูง การที่จะทราบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันสูง จะต้องพิจารณาค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ของคำตอบแต่ละข้อในแบบสอบถาม แต่ละรอบในการวิจัย ในขั้นตอนที่ 1 นี้ เมื่อนำแบบสอบถามรอบแรกและรอบที่ 2 ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาเปรียบเทียบกันแล้วพบว่า ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มีค่ามัธยฐานแต่ละข้อเพิ่มขึ้น แสดงว่ามีความเหมาะสมที่จะเป็นแบบประเมินสมรรถภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีและค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ลดต่ำลงหรือแคบกว่าที่ปรากฏในแบบสอบถามรอบแรกเป็นส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงสามารถยุติการวิจัยในขั้นตอนนี้และนำแบบสอบถามฉบับนี้ไปดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

4. การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อปรับปรุงแบบประเมินให้มีคุณภาพ โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และเชื่อมั่น (Reliability)

โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

4.1 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกระบวนการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ซึ่งเป็นเทคนิคที่ยอมรับกันว่าเป็นการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเชิงประจักษ์ (Face Validity)

4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยวิธีการ Coefficient alpha ของ ครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) นำแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ท่าน แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยสูตรของ Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .96

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{S_1^2}{S_t^2} \right) \quad (\text{Cronbach. 1970 : 161})$$

เมื่อ

α แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ

2. การสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

การดำเนินการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน (Standard Criterion) สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาใน ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษาในขั้นตอนการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน คือแบบสอบถามรอบที่ 2 ในขั้นตอนการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยมาก ไม่มี

3. การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามรอบสุดท้ายในขั้นตอนการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา มาใช้เป็นข้อมูลสำหรับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 22 ฉบับ มาวิเคราะห์ดังนี้

4.1 นำข้อคำถามแต่ละฉบับมาแจกแจง เพื่อดูว่าแต่ละมาตราส่วนผู้ตอบคำถามจำนวนเท่าใด

4.2 ให้นำน้ำหนักมาตราส่วนของคำถามแต่ละข้อดังนี้

มากที่สุด ให้ค่าน้ำหนักเท่ากับ 4

มาก ให้ค่าน้ำหนักเท่ากับ 3

น้อย ให้ค่าน้ำหนักเท่ากับ 2

น้อยมาก ให้ค่าน้ำหนักเท่ากับ 1

ไม่มี ให้ค่าน้ำหนักเท่ากับ 0

4.3 คำนวณค่ามัธยฐานเลขคณิต (Mean) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา

ขั้นตอนที่สอง

การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาที่อยู่ในหน่วยงานที่มีการให้บริการสุขภาพ ของกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 799 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาที่อยู่ในหน่วยงานที่มีการให้บริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความมั่นใจสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขนาดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 4 และให้สัดส่วนของประชากรเป็น 0.5 จากสูตรของ ยามาเน (Yamane. 1970 : 580-581)

$$n = \frac{N}{1 - Ne^2} \quad \text{เมื่อระดับความมั่นใจสำคัญเป็น } 0.05 \quad (\alpha = 0.05)$$

เมื่อ

n = ขนาดของตัวอย่างประชากร

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อน (ของข้อมูลที่ได้รวบรวมได้จากตัวอย่างประชากร
เท่าที่จะยอมรับได้)

ฉะนั้น เมื่อขนาดของประชากรเท่ากับ 799 คน จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 346 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 43.30 ของประชากรทั้งหมด แล้วคิดคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนตามกลุ่มต่าง ๆ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงไว้ในตาราง 2

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดแต่ละกรมที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กรม	ประชากร (จำนวน)	กลุ่มตัวอย่าง (จำนวน)
การแพทย์	7	3
อนามัย	18	ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 8
ควบคุมโรคติดต่อ	64	สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 28
สำนักงานปลัดกระทรวง	709	รพศ. รพท. รพช. 307
รวม	799	346

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษា ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 ตามกระบวนการเทคนิคเดลฟาย และพัฒนามาเป็นเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ซึ่งแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานภาพส่วนตัวของผู้ตอบ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เช่น

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 20-30 ปี ☐ 31-40 ปี
 ☐ 41-50 ปี ☐ 51-60 ปี

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของนักศึกษศึกษา ได้จากขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามสภาพที่เป็นจริง 5 อันดับ

ตามสภาพที่เป็นจริง หมายถึง สมรรถนะหรือความสามารถและทักษะที่เห็นว่าตัวเองมีความสามารถหรือได้ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ในสภาพปัจจุบัน คำตอบในแต่ละช่องมีค่าน้ำหนักคะแนนดังนี้

- 4 หมายความว่า มีความสามารถและทักษะหรือได้ปฏิบัติ เรื่องนั้น มากที่สุด
 - 3 หมายความว่า มีความสามารถและทักษะหรือได้ปฏิบัติ เรื่องนั้น มาก
 - 2 หมายความว่า มีความสามารถและทักษะหรือได้ปฏิบัติ เรื่องนั้น น้อย
 - 1 หมายความว่า มีความสามารถและทักษะหรือได้ปฏิบัติ เรื่องนั้น น้อยมาก
 - 0 หมายความว่า ไม่มีความสามารถและทักษะหรือได้ปฏิบัติ เรื่องนั้น
3. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความอนุเคราะห์จาก ผู้อำนวยการหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการจัดบริการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม

3.2 จัดส่งแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และส่งทางไปรษณีย์ และติดตามทวงถามจนได้ข้อมูลครบตามจำนวน

4. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 นำแบบประเมินที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์แต่ละฉบับ

4.2 หาค่า T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ดำเนินด้วยคอมพิวเตอร์ของสำนักงานคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ข้อมูลสถานการณ์ของผู้ตอบแบบประเมินคิดเป็นร้อยละ ส่วนที่เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยแจกแจงความถี่ หาค่ามัธยฐานเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ t-test และ F-test ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา ที่มี 2 กลุ่ม และ 3 กลุ่ม ตามลำดับ และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ใช้วิธีการของ Scheffe's

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 หาค่ามัธยฐาน ใช้สูตร

$$Mdn = L + \left(\frac{N/2 - F}{f_m} \right) I \quad (\text{Garret and Woodworth. 1966 : 44})$$

เมื่อ Mdn เป็นค่ามัธยฐาน

L = ขีดจำกัดล่างของอันดับภาคขึ้นที่มีมัธยฐานอยู่

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถาม

F = ความถี่สะสมขึ้นก่อนมัธยฐานตกอยู่

f_m = ความถี่ของอันดับภาคขึ้นที่มีมัธยฐานตกอยู่

I = ความกว้างของอันดับภาคขึ้นที่มีมัธยฐานอยู่

5.2 หาค่า อินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ ใช้สูตร

$$I.R. = \frac{Q_3 - Q_1}{2} \quad (\text{Garret and Woodworth. 1966 : 44})$$

เมื่อ I.R. แทนค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์

Q_3 แทน ควอร์ไทล์ที่สามหรือเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

Q_1 แทน ควอร์ไทล์ที่หนึ่งหรือเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

$$\text{และ } Q_1 = L + I \left(\frac{N/4 - \text{Cumf}_1}{f} \right)$$

$$Q_3 = L + I \left(\frac{3N/4 - \text{Cumf}_1}{f} \right)$$

เมื่อ L แทน ค่าขอบเขตทางต่ำของช่วงคะแนนซึ่งเป็นที่ตั้งของควอร์ไทล์

I แทน ขนาดของช่วงคะแนน

Cumf_1 แทน ความถี่สะสมทางต่ำของช่วงคะแนนซึ่งเป็นที่ตั้งของควอร์ไทล์

f แทน ความถี่ของช่วงคะแนนซึ่งเป็นที่ตั้งของควอร์ไทล์

N แทน จำนวนผู้เข้าร่วมศึกษาที่ตอบแบบสอบถาม

5.3 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} \quad (\text{อังคณา สายยศ. 2528 : 59})$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน คะแนนรวมทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เข้าชวษาทั้งหมด

5.4 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}} \quad (\text{คู่มือ วั่งศ์วัฒนะ. 2530 : 74})$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ แทน ผลบวกของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum X$ แทน คะแนนรวมทั้งหมด

N แทน จำนวนคนทั้งหมด

5.5 ค่า t ของสองกลุ่มที่ไม่ขึ้นต่อกัน และ $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$ จากสูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{(S_1^2/n_1) + (S_2^2/n_2)}} \quad (\text{คู่มือ วั่งศ์วัฒนะ. 2530 : 180})$$

เมื่อ $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และ 2

S_1^2, S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1 และ 2

โดยมี

$$df = \frac{[(S_1^2/n_1) + (S_2^2/n_2)]^2}{\frac{(S_1^2/n_1)^2}{n_1-1} + \frac{(S_2^2/n_2)^2}{n_2-1}}$$

5.6 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนหรือใช้

F-test จากสูตร

$$F = \frac{MS_{\text{between}}}{MS_{\text{within}}} \quad (\text{อังคณา สายยศ. 2528 : 95-69})$$

เมื่อ MS_{between} แทน Mean Square ระหว่างกลุ่ม หรือ

Mean Square column

MS_{within} แทน Mean Square ภายในกลุ่ม หรือ

Mean Square error

5.7 การเปรียบเทียบพหุคูณ โดยวิธีการทดสอบของ Scheffe's จากสูตร

$$CV_d = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_{\text{within}})(2/n)}$$

(ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2530 : 261)

เมื่อ K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* แทน ค่าที่เปิดจากตาราง (Critical Value)

MS_{within} แทน ค่า Mean Square within-groups ที่คำนวณไว้แล้ว

ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา และการสร้างเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขศึกษา เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา และเปรียบเทียบกับสมรรถภาพของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ภูมิภาคการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

SD แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

F แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

SS แทน Sum-Square

MS แทน Mean-Square

df แทน Degree of Freedom

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในบทนี้ได้กล่าวถึงผลการวิจัย ซึ่งจะได้เสนอผลเป็น 2 ตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก แบ่งออกเป็น

1. ผลการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษา

2. ผลการสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานนักศึกษา

ขั้นตอนสอง ผลการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนแรก

1. ผลการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

1.1 การสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยใช้กระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ปรากฏว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลถึงลักษณะทักษะความสามารถของนักศึกษา จำนวน 9 ด้าน คือ สมรรถภาพด้านความรู้ การปฏิบัติ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินการ การประสานงานวางแผนและแนวด้านศึกษา การวัดและประเมินผลแผนงาน การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์สัณฐานกรรม และความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาทั้ง 9 ด้าน มาสร้างเป็นแบบสอบถามได้ข้อรายการจำนวน 90 ข้อ เป็นแบบสอบถามรอบแรก เพื่อส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น ซึ่งในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 23 ท่าน นำผลมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ พบว่า มีข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.00 และค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ น้อยกว่า 1 จำนวน 71 ข้อ และนำข้อรายการที่ผู้วิจัยเลือกไว้เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 22 ท่าน เมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่าข้อรายการทั้ง 71 ข้อ มีค่ามัธยฐานและค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์ (รายละเอียดในภาคผนวก ค) อยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดซึ่งแสดงว่าข้อรายการมีความเหมาะสมที่จะเป็นแบบประเมินและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีความสอดคล้องกันสามารถที่จะนำไปประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาได้

1.2 ผลการตรวจคุณภาพของแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยการหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการ Coefficient alpha ของ Cronbach

นำแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามาทดลองใช้กับนักศึกษาก่อน 20 ท่าน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.96 แสดงว่า แบบประเมินสมรรถภาพฉบับนี้มีความเชื่อถือได้สูงจึงนำไปใช้เป็นแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาต่อไป

2. ผลการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน (Standard Criterion) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

การสร้างเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาก่อน 22 ท่าน โดยการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{X}$) (รายละเอียดในภาคผนวก ง) ลำดับความสำคัญ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ลำดับความสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

สมรรถภาพ	เกณฑ์มาตรฐาน
ด้านความรู้	3.46
บุคลิกภาพ	3.41
การวัดและประเมินผลแผนงาน	3.38
การประสานงานวางแผนและ	3.35
แนะแนวด้านสุขภาพ	
การปฏิบัติ	3.34
การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้	3.33
การบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน	3.30

ตาราง 3 (ต่อ)

สมรรถภาพ	เกณฑ์มาตรฐาน
ความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์	3.23
การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์	3.16
รวม	3.33

จากตาราง 3 แสดงว่า สมรรถภาพด้านความรู้ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก
รองลงมาได้แก่ สมรรถภาพด้านคุณลักษณะ การวัดและประเมินผลแผนงาน ส่วนสมรรถภาพด้าน
การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ จัดอยู่ในอันดับความสำคัญน้อยที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามีดังนี้

1. การหาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามีดังนี้
2. เปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษากับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านศึกษา กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามาจากการประเมินตนเองของนักศึกษามีดังนี้
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษากับเกณฑ์มาตรฐานด้านเพศ อายุ วิชาการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การหาเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามีดังนี้

เพื่อให้คะแนนของสมรรถภาพที่ได้จากการประเมินตนเองของนักศึกษามีจำนวน 346 คน สามารถที่จะแปลความหมายได้ตรงกัน และสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ จึงได้เสนอเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของนักศึกษามีในรูปแบบของคะแนน T-score

ในการแปลความหมายของคะแนน T-score ของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ นั้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน T-score ที่ต่ำกว่าและสูงกว่าคะแนน T-score ที่ 50 เท่ากับ 1 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนน T-score ที่ 40-60 คือ คะแนนของนักศึกษามีสมรรถภาพปานกลาง

คะแนน T-score ที่สูงกว่าคะแนน T-score ที่ 50 เท่ากับ 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนน T-score ที่ 60-90 คือ คะแนนของนักศึกษามีสมรรถภาพดี

คะแนน T-score ที่สูงกว่าคะแนน T-score ที่ 50 เท่ากับ 3 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนน T-score ที่ 70-100 คือ คะแนนของนักศึกษามีสมรรถภาพดีมาก

คะแนน T-score ที่ต่ำกว่าคะแนน T-score ที่ 50 เท่ากับ 2 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนน T-score ที่ 30-40 คือ คะแนนของนักศึกษามีสมรรถภาพต้องปรับปรุง

คะแนน T-score ที่ต่ำกว่าคะแนน T-score ที่ 50 เท่ากับ 1 เท่าของความเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนน T-score ที่ต่ำกว่า 30 คะแนน คือ คะแนนของนักศึกษามีสมรรถภาพต้องปรับปรุงอย่างมาก

ดังรายละเอียด

ตาราง 4 การแปลความหมายของคะแนน T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษารวมทุกด้าน

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษา)				
สูงกว่า 70	251 - 280	6	1.73	ดีมาก
60 - 69	214 - 250	42	12.14	ดี
40 - 59	142 - 213	245	70.81	ปานกลาง
30 - 39	105 - 141	41	11.85	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	68 - 104	12	3.47	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 4 คะแนนของเกณฑ์ปกติมีประโยชน์ในการที่นักศึกษาคะประเมินตนเอง โดยนำคะแนนของตนเองมาเทียบ แล้วแปลความหมาย ในการประเมินตนเองของนักศึกษาในทุกด้านพบว่า นักศึกษา มากที่สุด จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 70.81 ประเมินสมรรถภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (T-score 40 - 59) รองลงมาประเมินสมรรถภาพดี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 12.14 (T-score 60 - 69) สมรรถภาพดีมาก มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.73 (T-score มากกว่า 70) และนักศึกษามีสมรรถภาพที่ต้องปรับปรุงอย่างมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.47 (T-score ต่ำกว่า 29) (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

เมื่อพิจารณาสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ในการประเมินตนเองเป็นรายตัว ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 5 การแปลความหมายของคะแนน T-score ของสมรรถภาพด้านความรู้

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษา)				
สูงกว่า 70	51 - 52	9	2.60	ดีมาก
60 - 69	46 - 50	40	11.56	ดี
40 - 59	36 - 45	252	72.83	ปานกลาง
30 - 39	31 - 35	35	10.12	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	14 - 30	10	2.89	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 5 แสดงว่า นักศึกษา ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานด้านความรู้ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางมากที่สุด จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 72.83 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 40 คน

คิดเป็นร้อยละ 11.56 เกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 2.6 และมีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.89 ที่อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก

ตาราง 6 การแปลความหมาย ของคะแนน T-score ของสมรรถภาพด้านการปฏิบัติ

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์)				
สูงกว่า 70	34 - 36	8	2.31	ดีมาก
60 - 69	29 - 33	39	11.27	ดี
40 - 59	20 - 28	249	71.96	ปานกลาง
30 - 39	15 - 19	35	0.12	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	7 - 14	15	4.33	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 6 แสดงว่า นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มีสมรรถภาพพื้นฐานด้านการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลางมากที่สุด จำนวน 249 คน คิดเป็นร้อยละ 71.96 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 11.27 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31 และอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.33

ตาราง 7 การแปลความหมาย ของคะแนน T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานด้านบุคลิกภาพ

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษศึกษา)				
สูงกว่า 70	39 - 40	7	2.02	ดีมาก
60 - 69	35 - 38	55	15.89	ดี
40 - 59	27 - 34	226	65.32	ปานกลาง
30 - 39	23 - 26	47	13.58	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	17 - 22	11	3.18	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 7 แสดงว่า นักศึกษศึกษา ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพด้านบุคลิกภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 65.32 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 15.89 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.02 และอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.18

ตาราง 8 การแปลความหมายของ T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานด้านการบริหารจัดการและ
การจัดดำเนินการ

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษา)				
สูงกว่า 70	31 - 32	6	1.73	ดีมาก
60 - 69	26 - 30	39	11.27	ดี
40 - 59	16 - 25	239	69.07	ปานกลาง
30 - 39	11 - 15	49	14.16	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	3 - 10	13	3.76	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 8 แสดงว่า นักศึกษา ที่มีสมรรถภาพพื้นฐานด้านการจัดการบริหารและการจัด
ดำเนินการอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มากที่สุดจำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 69.07 รองลงมา
อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 14.16 และอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง
อย่างมาก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.76 และอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 6 คน คิดเป็น
ร้อยละ 1.73

ตาราง 9 การแปลความหมายของคะแนน T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานด้านการประสานงาน
วางแผน และ แนะแนวด้านสู่ศึกษา

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษ)				
สูงกว่า 70	-	-	-	ดีมาก
60 - 69	14 - 16	29	8.38	ดี
40 - 59	7 - 13	269	77.74	ปานกลาง
30 - 39	4 - 6	33	9.54	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	0 - 3	15	4.33	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 9 แสดงว่า นักศึกษา ที่มีสมรรถภาพพื้นฐานด้านการประสานงาน วางแผน และแนแนวด้านสู่ศึกษา อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มากที่สุดจำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 77.74 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 9.54 อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.33 ไม่มีนักศึกษที่ประเมินตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ร้อยละ 1.73

ตาราง 10 การแปลความหมายของคะแนน T-score ของสมรรถภาพพื้นฐานด้านการวัด และ
ประเมินผล แผนงาน

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษ)				
สูงกว่า 70	34 - 36	4	1.16	ดีมาก
60 - 69	26 - 33	52	15.03	ดี
40 - 59	11 - 25	242	69.94	ปานกลาง
30 - 39	4 - 10	25	7.26	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	0 - 3	23	6.65	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 10 แสดงว่า นักศึกษา มีสมรรถภาพพื้นฐานด้านการวัดและประเมินผล แผนงาน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มากที่สุดจำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 69.94 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 15.03 และอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 6.65 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16

ตาราง 11 การแปลความหมายของ T-score ของสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์ วิจัย และ
การนำไปใช้

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษ)				
สูงกว่า 70	26 - 27	4	1.16	ดีมาก
60 - 69	19 - 25	60	17.34	ดี
40 - 59	6 - 18	207	59.83	ปานกลาง
30 - 39	0 - 5	75	21.68	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	-	-	-	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 11 แสดงว่า นักศึกษา มีสมรรถภาพพื้นฐานด้าน การวิเคราะห์ วิจัย และ การนำไปใช้ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มากที่สุดจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 59.83 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 21.68 และอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.16 ไม่มีนักศึกษา ประเมินตนเองอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก

ตาราง 12 การแปลความหมายของ T-score ของสมรรถภาพด้านการผลิตจัดหา และ ใช้อุปกรณ์
โสตทัศนูปกรณ์

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์)				
สูงกว่า 70	27 - 28	6	1.73	ดีมาก
60 - 69	22 - 26	38	10.98	ดี
40 - 59	13 - 21	238	68.78	ปานกลาง
30 - 39	8 - 12	46	13.29	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	2 - 7	18	5.20	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 12 แสดงว่า นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ ในด้านการผลิตจัดหา และ ใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางมากที่สุด จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 68.78 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 13.29 และอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงอย่างมาก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.20 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.73

ตาราง 13 การแปลความหมาย ของคะแนน T-score ของคะแนน ด้านความสามารถในการ
ถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์

T-score	คะแนนของเกณฑ์ปกติ	จำนวน	ร้อยละ	การแปลความหมาย
(จากการประเมินตนเองของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์)				
สูงกว่า 70	16	8	2.31	ดีมาก
60 - 69	13 - 15	38	10.98	ดี
40 - 59	7 - 12	246	71.10	ปานกลาง
30 - 39	4 - 6	45	13.01	ต้องปรับปรุง
ต่ำกว่า 29	0 - 3	9	2.60	ต้องปรับปรุงอย่างมาก

จากตาราง 13 แสดงว่า นักศึกษามีสมรรถภาพพื้นฐานด้าน ความสามารถในการ
ถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ อยู่ในเกณฑ์ปานกลางมากที่สุด จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ
71.10 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 13.01 อยู่ในเกณฑ์
ต้องปรับปรุงอย่างมากจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.60 และอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จำนวน 8 คน
คิดเป็นร้อยละ 2.31

2. การเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาศาสตร์ กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
ตนเองของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์

ตาราง 14 การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีแต่ละด้านจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามาจากการประเมินตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

สมรรถภาพ	ผู้เชี่ยวชาญ		นักศึกษาระดับปริญญาตรี		ระดับความคิดเห็น				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	0	1	2	3	4
ด้านความรู้	3.46	.37	3.10	.38					*
การปฏิบัติ	3.34	.49	2.66	.54				*	*
บุคลิกภาพ	3.41	.38	3.03	.41				*	*
การบริหารจัดการและ									
การจัดดำเนินการ	3.30	.46	2.55	.65				*	*
การประสานงานวางแผนและ									
แนะแนวด้านการศึกษา	3.35	.44	2.47	.79				*	*
การวัดและประเมินผลแผนงาน	3.38	.46	2.05	.83				*	*
การวิเคราะห์วิจัยและ									
การนำไปใช้	3.33	.43	1.76	.93				*	*
การผลิต จัดหา และ									
ใช้อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์	3.16	.50	2.42	.69				*	*
ความสามารถในการถ่ายทอด									
เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์	3.23	.44	2.42	.74				*	*

* ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

. ระดับความคิดเห็นของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

จากตาราง 14 แสดงว่า นักศึกษาประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด โดย สมรรถภาพด้านการวิเคราะห์หวัจยและการนำไปใช้นักศึกษาประเมินต่ำกว่าผู้เชี่ยวชาญมากที่สุดสมรรถภาพด้านการวัดและประเมินผล แผนงาน ส่วนสมรรถภาพด้านความรู้และด้านบุคลิกภาพ ประเมินสมรรถภาพใกล้เคียงกับเกณฑ์สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา จำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านสุศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมทางสุศึกษา

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	21.7
หญิง	271	78.3
อายุ		
20-30 ปี	162	46.8
31-40 ปี	135	39.0
41-50 ปี	45	13.0
51-60 ปี	4	1.2
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	55	15.9
ปริญญาตรี	274	79.2

ตาราง 15 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	17	4.9
ประสบการณ์การทำงาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	174	50.3
5-10 ปี	111	32.1
มากกว่า 10 ปี	61	17.6
การได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา		
เคย	187	54.0
ไม่เคย	159	46.0

จากตาราง 15 แสดงให้เห็นคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

เพศ นักศึกษาที่เป็นเพศชาย จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และเพศหญิง 271 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3

อายุ นักศึกษากลุ่มอายุ 20-30 ปี มีจำนวนมากที่สุด 162 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 กลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 4 คน ได้แก่ กลุ่มอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.2

วุฒิการศึกษา นักศึกษาวุฒิปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด 274 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมาได้แก่ วุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 และกลุ่มวุฒิสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9

ประสบการณ์การทำงานด้านสุขศึกษา นักศึกษากลุ่มประสบการณ์ต่ำกว่า 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด 174 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาได้แก่ กลุ่มประสบการณ์ 5-10 ปี จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 และกลุ่มที่น้อยที่สุดคือ กลุ่มประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6

การเคยได้รับการฝึกอบรม นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 มากกว่านักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา ซึ่งมีจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0

ในการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยการประเมินตนเองของนักศึกษา จำนวน 346 คน จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา โดยดำเนินการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติในสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ซึ่งใช้ t-test และ Analysis of Variance ปรากฏผลดังนี้

3.1 เพศ

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระหว่าง
นักศึกษชาย จำนวน 75 คน กับนักศึกษหญิง จำนวน 271 คน ดังตาราง

ตาราง 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	SD	t
ชาย	75	2.5610	0.562	
หญิง	271	2.4767	0.497	1.26

$$p > .05 \quad (t = 1.960)$$

จากตาราง 16 แสดงว่านักศึกษชายและหญิงมีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษ
แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีแต่ละด้านที่มี

เพศต่างกัน

ตาราง 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีแต่ละด้าน
ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชาย-หญิง

สมรรถภาพ	นักศึกษาระดับปริญญาตรีชาย		นักศึกษาระดับปริญญาตรีหญิง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านความรู้	3.0974	0.418	3.0971	0.373	0.01
การปฏิบัติ	2.6696	0.558	2.6589	0.532	0.15
บุคลิกภาพ	2.9853	0.427	3.0450	0.407	- 1.11
การบริหารจัดการและ การจัดดำเนินการ	2.6000	0.610	2.5332	0.655	0.79
การประสานงานวางแผน และแนะแนวด้านศึกษา	2.4767	0.847	2.4668	0.775	0.10
การวัดและประเมินผลแผนงาน	2.1481	0.909	2.0226	0.810	1.16
การวิเคราะห์วิจัยและ การนำไปใช้	1.9886	0.917	1.6906	0.931	2.46*
การผลิต จัดทำ และใช้ อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	2.5067	0.736	2.3975	0.683	1.21

ตาราง 17 (ต่อ)

สมรรถภาพ	นักศึกษาราย		นักศึกษหญิง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.5767	0.706	2.3792	0.743	2.06*

$$*p < .05 \text{ (} t = 1.960 \text{)}$$

จากตาราง 17 แสดงว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกัน ประเมินผลสมรรถภาพพื้นฐาน
ของนักศึกษาในแต่ละด้านดังนี้

นักศึกษามีเพศต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาด้านการวิเคราะห์วิจัยและ
การนำไปใช้ และด้านความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความรู้ การปฏิบัติ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและ
การจัดดำเนินการ การประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านศึกษา การวัดและประเมินผล
แผนงาน การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์วัสดุเครื่องมือต่าง ๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

3.2 อายุ

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตาราง 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	0.3127	0.1042	0.3950
ภายในกลุ่ม	342	90.2519	0.2639	
รวม	345	90.5647		

$$p > .05 \quad (F_{3,342} = 2.60)$$

จากตาราง 18 แสดงว่า นักศึกษาที่มีอายุต่างกัน ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ต่างกัน

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาด้าน
จำแนกตามกลุ่มอายุ

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	1.0381	0.3460	2.3925
	ภายในกลุ่ม	342	49.4652	0.1446	
	รวม	345	50.5034		
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.3881	0.1294	0.4466
	ภายในกลุ่ม	342	99.0708	0.2897	
	รวม	345	99.4588		
บุคลิกภาพ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.1801	0.3934	2.3466
	ภายในกลุ่ม	342	57.3338	0.2897	
	รวม	345	58.5139		

ตาราง 19 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การบริหารจัดการและ การจัดดำเนินการ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.2972	0.7657	1.8539
	ภายในกลุ่ม	342	141.2597	0.4130	
	รวม	345	143.5569		
การประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสู่ศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.7375	0.2458	0.3920
	ภายในกลุ่ม	342	214.4910	0.6272	
	รวม	345	215.2285		
การวัดและประเมินผลแผนงาน	ระหว่างกลุ่ม	3	0.0246	0.0082	0.0117
	ภายในกลุ่ม	342	239.0564	0.6690	
	รวม	345	239.0810		
การวิเคราะห์วิจัยและ การนำไปใช้	ระหว่างกลุ่ม	3	3.6970	1.2323	1.4159
	ภายในกลุ่ม	342	297.6637	0.8704	
	รวม	345	301.3607		

ตาราง 19 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	3	0.8752	0.2917	0.6022
	ภายในกลุ่ม	342	165.6771	0.4844	
	รวม	345	166.5523		
ความสามารถในการถ่ายทอด และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม	3	1.2959	0.4320	0.7912
	ภายในกลุ่ม	342	186.7222	0.5460	
	รวม	345	188.0181		

$$p > .05 \quad (F_{3,342} = 2.60)$$

จากตาราง 19 แสดงว่า นักศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีการประเมินสมรรถภาพพื้นฐาน
ของนักศึกษาในทุก ๆ ด้าน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 วิชาการศึกษา

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคำแนกตาม
วิชาการศึกษา

ตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคำแนก
ตามวิชาการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	3.7193	1.8596	7.3447*
ภายในกลุ่ม	343	86.8454	0.2532	
รวม	345	90.5647		

$$*p < .05 \text{ (} F_{2,343} = 2.99 \text{)}$$

จากตาราง 20 แสดงว่า นักศึกษาที่มีวุฒิต่างกัน ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของ
นักศึกษาคำแนกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคำแนก
เป็นรายคู่ โดยวิธีการของ Scheffe's ผลปรากฏดังตาราง 21

ตาราง 21 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

วุฒิการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
		2.4231	2.4818	2.9414
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2.4231	-		
ปริญญาตรี	2.4818	0.3117	-	
สูงกว่าปริญญาตรี	2.9414	6.8889*	6.6769*	-

* $p < .05$ ($F_{2,343} = 2.99$)

จากตาราง 21 ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยตามวิธีการของ Scheffe's แสดงว่า นักศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี มีการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาแตกต่างกัน นักศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีและวุฒิปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน นักศึกษาวุฒิปริญญาตรีกับวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่างกัน

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ของนักศึกษามัธยมศึกษา

ต่างกัน

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษามัธยมศึกษาแต่ละด้าน
จำแนกตามวุฒิการศึกษา

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	1.5662	0.7831	5.4887*
	ภายในกลุ่ม	343	48.9372	0.1427	
	รวม	345	50.5034		
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.5884	1.2942	4.5826*
	ภายในกลุ่ม	343	96.8704	0.2824	
	รวม	345	99.4588		
บุคลิกภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.4944	0.7472	4.4948*
	ภายในกลุ่ม	343	57.0195	0.1662	
	รวม	345	58.5139		

ตาราง 22 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การบริหารจัดการและ การจัดดำเนินงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	9.1070	1.5535	11.6166*
	ภายในกลุ่ม	343	134.4499	0.3920	
	รวม	345	143.5569		
การประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	7.1947	3.5974	5.9312*
	ภายในกลุ่ม	343	208.0338	0.6064	
	รวม	345	215.2285		
การวัดและประเมินผลแผนงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	9.7255	4.8628	7.2722*
	ภายในกลุ่ม	343	229.3555	0.6687	
	รวม	345	239.0810		
การวิเคราะห์วิจัยและ การนำไปใช้	ระหว่างกลุ่ม	2	13.3429	6.6415	4.9450*
	ภายในกลุ่ม	343	288.0178	0.8397	
	รวม	345	301.3607		

ตาราง 22 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	3.2829	1.6414	3.4423*
	ภายในกลุ่ม	343	163.2695	0.4760	
	รวม	345	166.5523		
ความสามารถในการถ่ายทอด และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม	2	0.8317	0.4159	0.7620
	ภายในกลุ่ม	343	187.1863	0.5457	
	รวม	345	188.0181		

* $p < .05$ ($F_{2,343} = 2.99$)

จากตาราง 22 แสดงว่า นักศึกษาที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาในด้านความรู้ การปฏิบัติ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน การประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านสุขศึกษา การวัดและประเมินผลแผนงาน การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการทดสอบค่าเฉลี่ยตามวิธีการของ Scheffe's ในแต่ละด้าน พบว่า ในด้านความรู้ของนักศึกษายุติสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.2941$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านความรู้แตกต่างกับวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.9720$) และนักศึกษายุติปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.1101$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักศึกษายุติสูงกว่าปริญญาตรีและนักศึกษายุติปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านการปฏิบัติของนักศึกษายุติสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.0131$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการปฏิบัติแตกต่างกับนักศึกษายุติปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.6582$) และนักศึกษาวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.5677$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักศึกษายุติปริญญาตรีและนักศึกษายุติต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านบุคลิกภาพของนักศึกษายุติสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.2882$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านบุคลิกภาพแตกต่างกับนักศึกษายุติปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.0328$) และวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.9491$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักศึกษายุติปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงานของนักศึกษายุติสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.0882$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงานแตกต่างกับวุฒิปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.5684$) และวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.2773$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักศึกษายุติปริญญาตรีมีการประเมินสมรรถภาพแตกต่างกับวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ในด้านการประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสุขภาพของนักศึกษามุสลิมสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 3.0441$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสุขภาพแตกต่างกันกับนักศึกษามุสลิมปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.4672$) และมุสลิมต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.3000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักศึกษามุสลิมปริญญาตรีกับมุสลิมต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านการวัดและประเมินผลแผนงานของนักศึกษามุสลิมสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.7843$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการวัดและประเมินผลแผนงานแตกต่างกันกับนักศึกษามุสลิมปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.0049$) และต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.0465$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมุสลิมปริญญาตรีกับมุสลิมต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ของนักศึกษามุสลิมสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.4874$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้แตกต่างกันกับมุสลิมปริญญาตรี ($\bar{X} = 1.6694$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างกัน

ในด้านการผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ของนักศึกษามุสลิมสูงกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.8403$) มีการประเมินสมรรถภาพด้านการผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์แตกต่างกันกับมุสลิมปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.4088$) และมุสลิมต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{X} = 2.3532$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนมุสลิมปริญญาตรีกับมุสลิมต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่พบความแตกต่าง

ในด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ ไม่พบความแตกต่างกัน

3.4 ประสิทธิภาพการทำงานทางด้านสุขศึกษา

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
 ประสิทธิภาพการทำงานทางด้านสุขศึกษา

ตาราง 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
 ตามประสิทธิภาพการทำงานทางด้านสุขศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.9088	0.4544	1.7384
ภายในกลุ่ม	343	89.6559	0.2614	
รวม	345	90.5647		

$$p > .05 \quad (F_{2,343} = 2.99)$$

จากตาราง 23 แสดงว่า นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพการทำงานทางด้านสุขศึกษา
 ต่างกัน ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์แตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับชั้น
ประถมศึกษาการทำงานทางด้านศึกษาต่างกัน

ตาราง 24 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับชั้น
จำแนกตามประเภทการทำงานทางด้านศึกษา

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	0.8429	0.4214	2.9109
	ภายในกลุ่ม	343	49.6605	0.1448	
	รวม	345	50.5034		
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.5650	0.7825	2.7418
	ภายในกลุ่ม	343	97.8938	0.2854	
	รวม	345	99.4588		
บุคลิกภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.9257	0.4628	2.7567
	ภายในกลุ่ม	343	57.5882	0.1679	
	รวม	345	58.5139		

ตาราง 24 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การบริหารจัดการและ การจัดดำเนินการ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.8120	1.4060	3.4265*
	ภายในกลุ่ม	343	140.7449	0.4103	
	รวม	345	143.5569		
การประสานงาน วางแผน และแนะแนวด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.4167	0.7083	1.1363
	ภายในกลุ่ม	343	213.8118	0.6234	
	รวม	345	215.2285		
การวัดและประเมินผลแผนงาน	ระหว่างกลุ่ม	2	2.2594	1.1297	1.6362
	ภายในกลุ่ม	343	236.8217	0.6904	
	รวม	345	239.0810		
การวิเคราะห์วิจัยและ การนำไปใช้	ระหว่างกลุ่ม	2	0.28680	0.1434	0.1634
	ภายในกลุ่ม	343	301.0739	0.8778	
	รวม	345	301.3607		

ตาราง 24 (ต่อ)

สมรรถภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	2.2485	1.1243	2.3470
	ภายในกลุ่ม	343	164.3038	0.4790	
	รวม	345	166.5523		
ความสามารถในการถ่ายทอด และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม	2	1.6563	0.8282	1.5242
	ภายในกลุ่ม	343	186.3618	0.5433	
	รวม	345	188.0181		

$$p < .05 \text{ (} F_{2,343} = 2.99 \text{)}$$

จากตาราง 24 แสดงว่า นักศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานทางด้านสุขศึกษาประเมินสมรรถภาพพื้นฐานด้านความรู้ การปฏิบัติ บุคลิกภาพ การประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านสุขศึกษา การวัดและประเมินผลแผนงาน การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์ และด้านความสามารถในการถ่ายทอดและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ของสมรรถภาพด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ด้วยวิธีการของ Scheffe's แล้ว ไม่พบว่าค่าเฉลี่ยของคู่ใดที่มีความแตกต่างกัน

3.5 การได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระหว่าง
นักศึกษาคณะที่เคยและไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา

ตาราง 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาด้านการได้รับการ
การฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษาและไม่เคยได้รับการฝึกอบรม

การอบรม	n	$\bar{X}$	SD	t
เคย	187	2.5589	0.484	
ไม่เคย	159	2.4199	0.536	2.54*

*p < .05 (t = 1.960)

จากตาราง 25 แสดงว่า นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรม ประเมินสมรรถภาพพื้นฐาน
ของนักศึกษาสูงกว่านักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

ที่เคยและไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา

ตาราง 26 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่เคยและไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา

สมรรถภาพ	เคย		ไม่เคย		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ด้านความรู้	3.1411	0.375	3.0455	0.387	2.33 ^{**}
การปฏิบัติ	2.7213	0.508	2.5905	0.563	2.27 [*]
บุคลิกภาพ	3.0984	0.391	2.9541	0.424	3.29 ^{**}
การบริหารจัดการและ การจัดดำเนินการ	2.6715	0.596	2.4030	0.672	3.92 ^{**}
การประสานงานวางแผน และแนะแนวด้านสุขศึกษา	2.5441	0.754	2.3805	0.824	1.93 [*]
การวัดและประเมินผลแผนงาน	2.0992	0.834	1.9916	0.829	1.20
การวิเคราะห์วิจัยและ การนำไปใช้	1.7326	0.939	1.7817	0.931	- 0.49
การผลิต จัดทำ และใช้ อุปกรณ์สื่อทัศนูปกรณ์	2.4989	0.661	2.3297	0.724	2.27 [*]

ตาราง 26 (ต่อ)

สมรรถภาพ	เคย		ไม่เคย		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.5241	0.740	2.3019	0.720	2.82**

* $p < .05$ ($t = 1.645$)

** $p < .01$ ($t = 2.326$)

จากตาราง 26 แสดงว่า นักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษากับนักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม ประเมินผลสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาในแต่ละด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ดังนี้

นักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมและไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขศึกษา มีการประเมินสมรรถภาพพื้นฐานด้านความรู้บุคลิกภาพ ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน และด้านความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนด้านการปฏิบัติ ด้านการประสานงาน และวางแผน และแนะแนวด้านสุขศึกษา และด้านการผลิต จัดหา และใช้อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในด้านการวัดและประเมินผล แผนงาน และด้านการวิเคราะห์หวัจยและการนำไปใช้ พบว่า นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมกับไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา มีการประเมินแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 27 ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ที่ได้รับการอบรมทางด้านสุขศึกษา

สมรรถภาพ	ค่าเฉลี่ย
สมรรถภาพด้านความรู้	3.1411
สมรรถภาพด้านบุคลิกภาพ	3.0984
สมรรถภาพด้านการปฏิบัติ	2.7213
สมรรถภาพด้านการบริหาร จัดการ และการจัดดำเนินการ	2.6705
สมรรถภาพด้านการประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านสุขศึกษา	2.5441
ความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์	2.5241
การผลิต จัดทำ และใช้อุปกรณ์สื่อทัศนูปกรณ์	2.4982
การวัดและประเมินผลแผนงาน	2.0992
การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้	1.7326

จากตาราง 27 แสดงว่านักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุขศึกษา มีสมรรถภาพด้านความรู้ สูงที่สุด รองลงมา คือ สมรรถภาพด้านบุคลิกภาพและการปฏิบัติ ส่วนสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ ประเมินอยู่ในระดับต่ำสุด ส่วนด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ประเมินอยู่ในระดับรองลงมา

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายในการศึกษาครั้งนี้

1. ศึกษาถึงสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษาในปัจจุบัน
2. สร้างเกณฑ์ปกติ (Norm) ของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา
3. เปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับเกณฑ์มาตรฐาน สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
4. เปรียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา จำแนกตามตัวแปรดังนี้
 - 4.1 เพศ
 - 4.2 อายุ
 - 4.3 วุฒิมารศึกษา
 - 4.4 ประสบการณ์การทำงานด้านศึกษศึกษา
 - 4.5 การได้รับการฝึกอบรมทางด้านศึกษศึกษา

สมมติฐานในการวิจัย

1. สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐาน สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
2. นักศึกษศึกษาชายและหญิง มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
3. นักศึกษศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานต่างกัน

4. นักศึกษาที่มีวุฒิการศึกษาดำเนินการ มีสมรรถภาพพื้นฐานต่างกัน
5. นักศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานแตกต่างกัน
6. นักศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขศึกษา มีสมรรถภาพพื้นฐานสูงกว่า นักศึกษาที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนแรก

1. การสร้างแบบประเมิน สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา จำนวน 22 คน โดยการคัดเลือกจากรายชื่อที่ประธานที่ปรึกษาปริญญาโท และผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษาแนะนำ

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามรอบที่ 2 ที่ใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการเทคนิคเดลฟาย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่า มัชฐานและค่าอินเตอร์ควอร์ไทล์ เรนจ์
2. การสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขศึกษา จำนวน 22 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับในขั้นตอนการสร้างแบบประเมิน สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามรอบที่ 2 ของขั้นตอนการสร้างแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่สอง การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ในหน่วยงานที่มีบริการสุขภาพ ของกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ และสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ที่อยู่ในหน่วยงานที่มีการให้บริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 346 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เป็นสัดส่วนกับหน่วยงาน แต่ละกรมที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ที่สร้างขึ้นโดยกระบวนการเทคนิคเดลฟาย ซึ่งครอบคลุมสมรรถภาพ 9 ด้าน มีข้อรายการทั้งหมด 71 ข้อรายการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่ามัธยิมเลขคณิตของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพในการสร้างเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา
2. การหาค่าเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยใช้การหาค่า T-score
3. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนักศึกษาประเมินตนเอง กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ โดยใช้การหาค่า t-test
4. การทดสอบความแตกต่างของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้การหาค่าสถิติ t-test และทดสอบความแตกต่างของตัวแปร 3 กลุ่ม โดยการหาค่าสถิติ F-test แบบ one way classification และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Sheffe's

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิจัยปรากฏข้อค้นพบ ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา ซึ่งสร้างโดยคณะกรรมการเทคนิคเดลฟายประกอบด้วย สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา 9 ด้าน ดังนี้ ด้านการปฏิบัติ ด้านความรู้ ด้านบุคลิกภาพ ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ด้านการประสานงาน วางแผนและแนะแนวด้านศึกษาศึกษา ด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ด้านการวิเคราะห์วิจัย และการนำไปใช้ ด้านการผลิตจัดหา และใช้อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์ ด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ มีจำนวนข้อรายการ 71 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .96
2. เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางศึกษาศึกษา เรียงจากความสำคัญมากไปน้อย คือ ด้านความรู้ ด้านบุคลิกภาพ การวัดและประเมินผลแผนงาน ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ด้านการประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านศึกษาศึกษา ด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ ด้านความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และด้านการผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์ วัสดุทัศนูปกรณ์
3. ร้อยละของนักศึกษาศึกษาจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษาศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ด้านศึกษาศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านศึกษาศึกษา ดังนี้

นักศึกษาศึกษาชาย ร้อยละ 21.7 นักศึกษาศึกษาหญิง ร้อยละ 78.3

อายุของนักศึกษาศึกษาส่งมาอยู่ระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 46.8 รองลงมา กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 39.0 อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 13.0 และนักศึกษาศึกษาอายุ ระหว่าง 51 - 60 ปี มีจำนวนน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 1.2

นักศึกษาศึกษาที่มีวุฒิการศึกษาศึกษาปริญญาตรีมีจำนวนสูงสุดคือ ร้อยละ 79.2 รองลงมาวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.9 และวุฒิส่งกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 4.9

นักศึกษามีประสบการณ์การทำงาน ต่ำกว่า 5 ปีมากที่สุดร้อยละ 50.3 และรองลงมาได้แก่กลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปี ร้อยละ 32.1 และกลุ่มประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 17.6

นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสาขาวิชา คิดเป็นร้อยละ 54.0 และที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสาขาวิชา คิดเป็นร้อยละ 46.0

4. การหาเกณฑ์ปกติของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา รวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 70.81 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 12.14 เกณฑ์ต้องปรับปรุง ร้อยละ 11.85 อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงมาก ร้อยละ 3.47 สำหรับอยู่ในเกณฑ์ดีมากมีจำนวนน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.73 การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานเป็นรายด้าน พบว่า การวัดและการประเมินผลแผนงาน นักศึกษาประเมินอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงมาก สูงที่สุด ร้อยละ 6.65 รองลงมาด้านการผลิต จัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ร้อยละ 5.20 สำหรับด้านที่ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีมากสูงสุด คือด้านความรู้ ร้อยละ 2.60 รองลงมาด้านการปฏิบัติ และด้านความสามารถในการเผยแพร่ ถ่ายทอดและประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 2.31

5. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาวิชา พบว่า สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ประเมินอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยที่สมรรถภาพด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ประเมินอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด รองลงมาคือ การวัดและประเมินผลแผนงานในด้านความรู้และด้านบุคลิกภาพ นักศึกษาประเมินอยู่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

6. การทดสอบความแตกต่างของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงานด้านสาขาวิชา และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านสาขาวิชาปรากฏ ดังนี้

6.1 นักศึกษาชายและหญิงมีสมรรถภาพพื้นฐานรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันแต่

พบว่า นักศึกษาชายมีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ด้านการวิเคราะห์ วิจัยและการนำไปใช้ และด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สูงกว่านักศึกษาหญิงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 นักศึกษาทุกกลุ่มอายุมีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา รวมทุกด้าน และในแต่ละด้าน ไม่แตกต่างกัน

6.3 นักศึกษาผู้สูงกว่าปริญญาตรีมีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา รวมทุกด้านสูงกว่า กลุ่มปริญญาตรีและกลุ่มผู้ต่ำกว่าปริญญาตรี ในรายด้านนักศึกษาผู้สูงกว่าปริญญาตรี มีสมรรถภาพด้านความรู้ การปฏิบัติงาน บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดการดำเนินงาน การประสานงานวางแผน และแนะแนวด้านศึกษา การวัดและประเมินผลแผนงาน การวิเคราะห์ วิจัยและการนำไปใช้ การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ สูงกว่านักศึกษาปริญญาตรี และผู้ต่ำกว่าปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาปริญญาตรีมีสมรรถภาพ ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน สูงกว่านักศึกษาผู้ต่ำกว่าปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ นักศึกษา ทุกกลุ่มการศึกษา มีสมรรถภาพไม่แตกต่างกัน

6.4 นักศึกษาทุกกลุ่มประสบการณ์มีสมรรถภาพพื้นฐาน รวมทุกด้านและใน รายด้านไม่แตกต่างกัน

6.5 นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรม มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา รวมทุกด้านสูงกว่านักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ด้านความรู้ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ความสามารถ ในการถ่ายทอด เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมมีสมรรถภาพสูงกว่า นักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการปฏิบัติ การ ประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านศึกษา การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในด้านการวัดและการประเมินผลแผนงาน และการ วิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ ไม่แตกต่างกัน

ความสงสัย (ครุณี ชูตะวัต. 2530 : 165) และในบางโรงพยาบาลที่ไม่มีนักศึกษาโดยตรง
 ผู้ทำหน้าที่นักศึกษาส่วนมากเป็นพยาบาล ที่อยู่ในฝ่ายเวชกรรมสังคม และจากการศึกษาของ
 ผาสวรรณ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2526 : 39) เรื่องการติดตามผลการปฏิบัติงานบริการ
 พยาบาล สาธารณสุข ของพยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจำจังหวัด กระทรวง
 สาธารณสุข พบว่า พยาบาลสาธารณสุข ทำหน้าที่หลายอย่าง รวมทั้งเป็นนักศึกษาของโรงพยาบาล
 จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติงาน ด้านจัดนิทรรศการชุมชน การเผยแพร่สุขภาพแก่ชุมชน การจัดทำหรือ
 ร่วมสอนสุขภาพในโรงเรียน หรือชุมชน นอกจากนี้ยังขาดวัสดุอุปกรณ์ในการให้สุขภาพ และจาก
 การประเมินตนเองของนักศึกษา เป็นรายด้าน พบว่านักศึกษาประเมินสมรรถภาพด้าน การ
 วัดและประเมินผลแผนงาน อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงมากที่สุด รองลงมาด้านการผลิต จัดหาและ
 ใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะในปัจจุบัน กองสุขภาพได้พยายามผลิตอุปกรณ์สุขภาพ
 ได้นำไปใช้ได้เลย นักศึกษาไม่ต้องออกแบบหรือสร้างสื่อเองประกอบกับจำนวนงานของนักศึกษา
 มีมากจึงทำให้นักศึกษาไม่มีเวลามาผลิตจัดทำสื่อเอง ส่วนในด้านความรู้ นักศึกษาประเมิน
 อยู่ในเกณฑ์ดีมากที่สุด รวมทั้งการปฏิบัติงานด้วย ดังนั้นการจะเป็นนักศึกษาที่ดี นักศึกษาเองควร
 ที่จะศึกษาหาความรู้ เพิ่มเติมอยู่เสมอ โดยเฉพาะด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ซึ่งมีส่วนสำคัญ
 ที่ช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสถาบันการศึกษาควรเห็นความสำคัญที่จะผลิต
 นักศึกษาให้มีสมรรถภาพดีในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะในด้านที่นักศึกษาประเมินตนเองในเกณฑ์ต้อง
 ปรับปรุง ถึงต้องปรับปรุงมาก

2. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา โดยนักศึกษาประเมินตนเอง
 กับสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า นักศึกษาประเมิน
 สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา ต่ำกว่าเกณฑ์สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามความคิดเห็น
 ของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกลิมพล ต้นสกุล
 (2527 : 67 - 68) ที่ศึกษาถึงบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบและสัดส่วนบุคลากรการศึกษาพบว่า
 ผู้บริหารและบุคลากรสุขภาพประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงของบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร

นักศึกษาแตกต่างกันซึ่งอาจเป็นเพราะ ผู้เชี่ยวชาญทางศึกษา ที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นกลุ่ม ตัวอย่างในการสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาส่วนมากเป็นอาจารย์และไม่ได้ปฏิบัติงานศึกษาในชั้นที่จริง ๆ จึงทำให้ความคาดหวังความสามารถของนักศึกษาไว้สูงกว่านักศึกษาจะปฏิบัติได้จริง

3. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาตามตัวแปร

3.1 เพศ นักศึกษา เพศชาย และหญิง ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาเพศชายมีสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์ห้วงวัยและการนำไปใช้และสมรรถภาพด้านความสามารถในการถ่ายทอดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สูงกว่านักศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2. ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุขพลิน (2529 : 70) พบว่า เพศไม่มีสัมพันธ์กับสมรรถภาพด้านความรู้เกี่ยวกับงานศึกษาผู้ใหญ่ แต่ขัดแย้งกับผลการวิจัยของ อภิญา เพชรรัตน์ (2528 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าครูประจำการศึกษามีสมรรถภาพ สูงกว่าครูประจำการศึกษาหญิง ทั้งนี้เพราะว่านักศึกษากส่วนมากปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขและมีกองศึกษาเป็นผู้ประสานงานกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งการดำเนินงานในการประเมินผลงานศึกษาและประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินมาตรฐานงานศึกษา (กองศึกษา. 2531 : 1) โดยให้ปฏิบัติงานเป็นผู้ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง ซึ่งอาจจะมีผลทำให้นักศึกษาได้ปฏิบัติงานไปในแนวเดียวกันและการที่นักศึกษามีสมรรถภาพด้านการวิเคราะห์ห้วงวัยและการนำไปใช้และการสมรรถภาพด้านความสามารถถ่ายทอดสูงกว่านักศึกษา อาจเพราะว่านักศึกษามีความสามารถที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่ เข้ากับชาวบ้านหรือกลุ่มประชาชนได้ดีกว่า ส่วนนักศึกษาหญิงส่วนมากจะมีพื้นฐานพยาบาลและปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

3.2 นักศึกษาที่มีอายุแตกต่างกัน ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3. แสดงว่าอายุไม่มีผลต่อสมรรถภาพของนักศึกษาซึ่งสอดคล้องกับ การวิจัยของ กุญทวี ก้องสมุทร (2523 : 72) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของทุกกลุ่มอายุ ไม่แตกต่างกัน และ อภิญา เพชรรัตน์ (2528 : บทคัดย่อ) ศึกษา

ถึงสมรรถภาพของครูประจำการศึกษา พบว่า ครูที่มีอายุแตกต่างกันไม่มีผลต่อสมรรถภาพครูประจำการศึกษา และจากการศึกษาของ ถนอมศรี ชูทอง (2524 : 162-165) เรื่อง สมรรถนะของครูผู้ศึกษาในทัศนะของผู้บริหาร และครูสอนผู้ศึกษา ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคใต้ พบว่า ผู้บริหาร และครูสอนผู้ศึกษา ทุกกลุ่มอายุ มีทัศนะและการประเมินค่าสภาพที่เป็นจริงไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าอายุ ไม่มีผลต่อสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อาจเป็นเพราะ นักผู้ศึกษาที่มีอายุน้อย เป็นผู้สำเร็จการศึกษามาใหม่ ๆ ความรู้ ความจำ ที่ได้รับจากสถาบันการศึกษายังมีมาก และนักผู้ศึกษาที่มีอายุมากและจบการศึกษามานาน อาจใช้ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะตัวในการปฏิบัติงานผู้ศึกษาจึงมีผลทำให้อายุ ไม่มีผลต่อสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษา

3.3 นักผู้ศึกษาที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษาต่างกันอย่างไรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักผู้ศึกษาวุฒิสองสูงกว่าปริญญาตรี มีสมรรถภาพรวมทุกด้านสูงกว่านักผู้ศึกษาวุฒิปริญญาตรีและวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนวุฒิปริญญาตรีมีสมรรถภาพด้านการบริหารจัดการ และ การจัดดำเนินงาน สูงกว่าวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่านักผู้ศึกษาวุฒิสองสูงกว่าปริญญาตรี หรือในระดับปริญญาโทขึ้นไป จะต้องผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีความรู้ทักษะพื้นฐานอยู่แล้ว และจะต้องมีความสามารถในการรับนโยบาย แผนงาน การวิจัย การดำเนินงาน การประเมินผล และการติดตามนิเทศงาน (ประภาณี สุวรรณ. 2532 :8) จึงมีผลทำให้ นักผู้ศึกษาวุฒิสองสูงกว่าปริญญาตรี มีสมรรถภาพรวมทุกด้านสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กนกพร ทองสอดแสง (2532 : 64) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ผู้สอนวิชาเอกผู้ศึกษา ในวิทยาลัยครู พบว่า อาจารย์ผู้สอนวิชาเอกผู้ศึกษา ที่มีวุฒิการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการสอนสูงกว่า อาจารย์ผู้สอนวิชาผู้ศึกษาที่มีวุฒิปริญญาตรี

3.4 นักผู้ศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้ศึกษา ต่างกัน มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักผู้ศึกษา ไม่แตกต่างกัน ในทุกด้านไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอมศรี ชูทอง (2524 : 163-165) ที่พบว่า ผู้บริหารและครูผู้สอนผู้ศึกษา ทุกกลุ่มประสบการณ์ มีทัศนะและการประเมินค่าตามสภาพที่เป็นจริงไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษา

2 ของ สุนิศา สุขพลิน (2529 : 72) พบว่าประสิทธิภาพ การสอนผู้ใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์ กับสมรรถภาพด้านความรู้ เกี่ยวกับงานและการปฏิบัติงานการศึกษาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ฉวีวรรณ ไหวพริบ (2528 : บทคัดย่อ) ถึงปัญหาการนิเทศวิชาสุศึกษา ในระดับมัธยมศึกษา พบว่าศึกษานิเทศก์ที่มีประสิทธิภาพ การทำงานในตำแหน่งศึกษานิเทศก์ต่างกัน ประสบบัญหาการนิเทศวิชาสุศึกษา ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ กุณฑรี ก้องสมุทร (2532 : 73) พบว่า หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่ดำรงตำแหน่งนานกว่ามีการรับรู้ บทบาทที่ดีกว่า และจากการศึกษาของ สมนึก ทองเอี่ยม (2528 : 72) ที่พบว่าการรับรู้ประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับอายุราชการ อาจเป็นเพราะในปัจจุบัน งานสุศึกษา กำลังได้รับความสนใจ จากหน่วยงานหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ที่ร่วมกันรณรงค์ให้ประชาชนตระหนัก ถึงพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเองและส่วนรวม เช่น การป้องกันโรคเอดส์ การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งภาวะการในปัจจุบันประชาชนต้องอยู่ในสภาพเสี่ยงหลาย ๆ อย่างจากสภาวะแวดล้อมเป็นพิษและ โรคติดต่อและไม่ติดต่อต่าง ๆ ซึ่งทำให้นักสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพน้อย มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ และ มีความตระหนักในการปฏิบัติงานและความตื่นตัวของสังคม กระตุ้นให้นักสุศึกษาที่มีความรับผิดชอบในการ ปฏิบัติงานมากขึ้น หรือนักสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านสุศึกษามาก อาจจะมีความรู้ลึกเห็น้อย เพราะงานสุศึกษาเห็นผลช้า และต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และอาจจะพบกับอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ งบประมาณน้อย กำลังคนไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของนักสุศึกษา และทำให้สมรรถภาพของนักสุศึกษาไม่แตกต่างกันได้

3.5 นักสุศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุศึกษา มีสมรรถภาพพื้นฐาน ของนักสุศึกษาสูงกว่านักสุศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสุศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 6 และสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ อภิญญา เพชรรัตน์ (2528 : 140) เรื่องสมรรถภาพครูประชากรศึกษา พบว่า ครูที่เคยเรียนและผ่านการฝึกอบรม มี สมรรถภาพสูงกว่า ครูที่เคยเรียน และผ่านการฝึกอบรม หรือประสิทธิภาพน้อย หรือครูที่ไม่มีประสิทธิภาพ เลย และผลการวิจัยของ กุณฑรี ก้องสมุทร (2532 : 73) ศึกษาเปรียบเทียบ การรับรู้บทบาทของ

หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่อง การสัมมนา หัวหน้าการฝ่ายพยาบาล หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาล ป้องกันโรคเอดส์ โรงพยาบาลชุมชน ปี 2528-2529 พบว่า กลุ่มที่เคยได้รับการฝึกอบรม มีการรับรู้บทบาทที่ดีกว่า กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม ทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในปัจจุบัน ได้มีสถาบัน หรือหน่วยงาน พยายามที่จะจัดให้มีการฝึกอบรมทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเพิ่มเติมความรู้ ทักษะความสามารถ ในการปฏิบัติงานของนักสุขศึกษา เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถภาพด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ด้านการวิเคราะห์ วิจัย และการนำไปใช้ ของนักสุขศึกษาที่ผ่านการอบรม และไม่ผ่านการฝึกอบรมไม่แตกต่างกันและนักสุขศึกษาที่ผ่านการอบรมทางสุขศึกษาแล้วนั้นจะพบว่าประเมินสมรรถภาพด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน และด้านการวิเคราะห์ และการนำไปใช้อยู่ในอันดับต่ำสุด ซึ่งอาจเป็นเพราะ ทั้งนักสุขศึกษาและหน่วยงาน ไม่มีการส่งเสริมให้มีการวัดและประเมินผลแผนงานของโครงการต่าง ๆ ที่ได้ทำไป และอย่างจริงจัง ซึ่งในส่วนนี้ผู้จัดการอบรม หรือหลักสูตรการศึกษาควรเห็นความสำคัญของสมรรถภาพนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัย ไปใช้

1. จากเกณฑ์ผู้เชี่ยวชาญ และนักสุขศึกษา ประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุขศึกษา ด้านความรู้อยู่ในเกณฑ์สูงสุด ซึ่งแสดงว่านักสุขศึกษาในปัจจุบัน มีความรู้ความสามารถที่จะนำไปดำเนินงานสุขศึกษา ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งมีการปฏิบัติและบุคลิกลักษณะอยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แต่ในด้านการวิเคราะห์วิจัย และการนำไปใช้ และการวัดและการประเมินผลแผนงานนักสุขศึกษาประเมินอยู่สมรรถภาพต่ำสุด ดังนั้นนักสุขศึกษาควรจะได้มีการพัฒนาตนเองในด้านการวิเคราะห์วิจัยรวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ นำไปประยุกต์และแก้ปัญหาในการ

ดำเนินงานสู่ศึกษา รวมทั้งจัดให้มีการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงาน โครงการด้านศึกษาต่าง ๆ ด้วย

2. การจัดฝึกอบรมสัมมนาต่าง ๆ ควรเน้นด้านเทคนิคการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพให้นักศึกษาได้ทดลองปฏิบัติและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานจริงได้

3. การผลิต จัดหา และใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ควรมีการผลิตมีการให้ความรู้แก่ศึกษาผลิตสื่อศึกษาง่าย ๆ ที่สามารถสื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย ๆ และดึงดูดความสนใจ เช่น แผ่นพับ ให้ความรู้ง่าย ๆ หรือแผ่นใส เป็นต้น และในด้านการจัดหาและใช้อุปกรณ์ เนื่องจากหน่วยงานศึกษาปัจจุบันมีงบประมาณน้อย ดังนั้นควรมีหน่วยงานหรือศูนย์อุปกรณ์เพื่อให้บริการยืมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

4. ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสนใจให้การสนับสนุนและให้บุคลากรด้านศึกษาได้มีการศึกษาต่อเนื่อง หรือได้เข้ารับการอบรมต่าง ๆ เพื่อให้นักศึกษามีทักษะความรู้ความสามารถในด้านวิชาการและกระบวนการทางศึกษาที่ถูกต้อง และผู้บริหารควรสนับสนุนด้านงบประมาณและตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาค้นคว้านี้เป็นเพียงการศึกษาตัวแปร ด้านเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการฝึกอบรมทางด้านศึกษาเท่านั้น ซึ่งในการปฏิบัติงานของนักศึกษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีก ที่ควรนำมาศึกษาวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร ให้มีความสามารถ รวมทั้งเป็นการพัฒนาวิชาชีพด้วย

2.2 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษานั้น ควรจะใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ถึงด้านปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ศึกษาในปัจจุบันจริง ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และรวมทั้งสมรรถภาพที่นักศึกษาคาดหวังอยากมี

2.3 อาจขยายขอบเขตการศึกษาวิจัย ให้ครอบคลุมนักศึกษาที่ปฏิบัติงานอยู่กระทรวงอื่น ๆ ว่ามีสมรรถภาพตามกรอบ หรือ เกณฑ์มาตรฐาน หรือ อาจนำมาเปรียบเทียบกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร ทองสอดแสง. พฤติกรรมการสอนของ ครู อาจารย์ ผู้สอนวิชาเอกสุขศึกษาในวิทยาลัยครู. ปรินทิเนียนท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- กนิษฐา กล่อมเกลา. การศึกษาสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนสุขศึกษาในวิทยาลัยครูตามแนวคิดของ นักศึกษาวิชาเอกสุขศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. "การดำเนินงานสุขศึกษาในชุมชน 2," สุขศึกษา (8-15). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สารมวลชน, 2530.
- การุณ เลี้ยวศรีสุข. "ธรรมชาติของสุขศึกษา," สุขศึกษา. 3(12) : 25-28 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2523.
- เกษม บุญอ่อน. "โดยฝ่าย : เทคนิคในการวิจัย," คุรุปริทัศน์. 4(10) : 26-28 ; ตุลาคม 2522.
- กมล สุดประเสริฐ และคนอื่น ๆ รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสมรรถวิสัยของครูประถมศึกษา ที่ต้องการ. กรุงเทพฯ : จงเจริญการพิมพ์, 2523.
- กฤตธี ก้องสมุทร. การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริม สุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2523. อัดสำเนา.
- ชนิษฐา วิทยาณาศ. "การวิจัยแบบเดลฟาย : เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย," ใน รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา. หน้า 24-41. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2530.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, สำนักงาน. แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมการค้า การผ่านศึก, 2530.

ศิริ สืบกระพันธุ์. ประสบการณ์ทางวิชาการสอนของอาจารย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปรินทิพานินท์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525. อัดสำเนา.

ฉวีวรรณ ไหวพริบ. ปัญหาการนิเทศวิชาสุขศึกษาในระดับมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ค.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.

เฉลิมพล ต้นสกุล และสุปรียา อิศรางกูร ณ อยุธยา. การศึกษายทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบและ
สัดส่วนบุคลากรสุขศึกษา ตามความต้องการของหน่วยงานที่ใช้. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ชมพันธุ์ กุญชร ณ อยุธยา. "แนวโน้มในการจัดฝึกหัดครู," คุรุปริทัศน์. 1(1) : 10 ; พฤษภาคม
2519.

ณัฐ ภมรประวัตติ. "นโยบายและแผนพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดล ระยะที่ 6," ใน รายงานการ
ประชุมสัมมนาเรื่องการพัฒนาหลักสูตร. หน้า 17-26. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ดนัย เทียนพนม. "เดลฟายเทคนิคสำหรับนักบริหาร," ผู้จัดการ. 2(21) : 118-121 ;
พฤษภาคม 2528.

ดรุณี ชูหะวัต. "คุณลักษณะของผู้ที่จะทำหน้าที่ให้สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ," สุขศึกษา. 6(2) :
20-21 ; เมษายน-มิถุนายน 2526.

----- . "แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต,"
ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 165-167.
กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ถนอมศรี ชูทอง. สมรรถนะของครูสุขศึกษาในทัศนะของผู้บริหารและครูสอนสุขศึกษาในโรงเรียนระดับ
มัธยมในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.

เทพม เมืองแมน. "การพัฒนาวิชาการและวิชาชีพสุขศึกษา," ใน รายงานประชุมสัมมนาวิชา
การสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 54. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. "การประสานงานสู่ศึกษาในงานควบคุมโรคติดต่อ," ข่าวสารสู่ศึกษา
จดหมายข่าว. 3(4) : 10-14 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2531.

นิภา มณูญิ. การวิจัยทางสู่ศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2526.

นงลักษณ์ จินตนาติลล และคนอื่น ๆ. รายงานการสำรวจความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของ
พยาบาล เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการเล่นสำหรับเด็กในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "แนวทางการพัฒนางานสู่ศึกษา," สู่ศึกษา. 7(28) : 1-2 ;
ตุลาคม-ธันวาคม 2527.

----- . "แนวทางการดำเนินงานสู่ศึกษาในปัจจุบัน," ใน เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา
วิชาการสู่ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2. หน้า 21-27. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

----- . "แนวคิดและรูปแบบการสู่ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต," ใน รายงานการประชุมสัมมนา
วิชาการสู่ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 69-75. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

บุญสงค์ เกี่ยวการค้า. "วิธีการสู่ศึกษา," สู่ศึกษา (8-15). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สาร
มวลชนจำกัด, 2530.

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สรุปการดำเนินงานปีงบประมาณ 2532. กรุงเทพฯ :
กองสู่ศึกษา, 2530.

----- . คู่มือการประเมินผลงานสู่ศึกษาและประชาสัมพันธ์. กรุงเทพฯ : กองสู่ศึกษา, 2530.

ประภาณี สุวรรณและสรวง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสู่ศึกษา. กรุงเทพฯ :
ภาควิชาสู่ศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ประวีณ พชัยวิภาพงศ์. "คุณลักษณะของนักสู่ศึกษาที่ดี," ใน การผลิตและใช้บุคลากรสู่ศึกษา.
หน้า 72. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

- ผาสวรรณ สันทวงศ์ ณ อยุธยา. การติดตามผลการปฏิบัติงาน บริการ พยาบาลสาธารณสุข ของ
พยาบาลฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจำจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
 : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- พินิจภรณ์ มโนรัตน์. สถานการณ์ของครูมัธยมศึกษาในเขตการศึกษา 8. ปริญญาโท กศ.ม.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์. "สิ่งที่มีอิทธิพลต่องานสุขศึกษา," สุขศึกษา. 1(2) : 25-28 ; เมษายน-
 มิถุนายน 2521.
- ไพโรจน์ นิงสานนท์. "นโยบายและแบบการดำเนินงานสุขศึกษาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ระยะที่
 6," ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 38-41.
 กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ไพโรจน์ ศรีจันทร์. "บทบาทนักศึกษากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน," สุขศึกษา.
 9(33) : 57-64 ; มกราคม-มีนาคม 2529.
- ไพโรจน์ พัทธสาลี. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพในการสอนกับภูมิหลังของครู. วิทยานิพนธ์
 ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- ยุพา อุดมศักดิ์. "บทบาทนักศึกษานในงานสาธารณสุข," ใน รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง
บทบาทนักศึกษาระดับประถมศึกษาในการแก้ปัญหาประชากรและสาธารณสุข. หน้า
 171-183. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2515.
- รัตนา เสงส์สวัสดิ์. พฤติกรรมการสอนสุขศึกษา 2. กรุงเทพฯ : ประชาชนจำกัด, 2526.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. "ข้อควรคำนึงในการให้การสุขศึกษา," สุขศึกษา. 1(3) : 15-17 ;
 กรกฎาคม-กันยายน 2521.
- . การอบรมระยะสั้นหลักสูตรสุขศึกษาสำหรับหัวหน้าฝ่ายเผยแพร่อบรมและส่งเสริมบริการ.
 กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- วารี ระกิติ. "การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล," สุขศึกษา (8-15). พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพฯ : สารมวลชน, 2530.

วิลาวัลย์ วรรณศรี. การบริหารสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตการศึกษา 8. ปรินทิพ

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

สวณิต อ่องรุ่งเรือง และสุภา จันทนพิทักษ์. "ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการด้านโภชนาการ

ของครูระดับประถมศึกษาในโรงเรียนชนบทจังหวัดยะลา," โภชนาการ. 19(14) :

20 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2528.

สมจิตต์ สุนทรทักสัน. "หน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ," สุขภาพ. 3(12) : 2-3 ;

ตุลาคม-ธันวาคม 2523.

----- . "การพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนให้ต่อเนื่อง," สุขภาพ (1-7). กรุงเทพฯ :

อรุณการพิมพ์, 2526.

----- . "แนวคิด หลักการดำเนินงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต"

ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 42-43.

กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

----- . "ปัญหาการจัดองค์การและสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพ," สุขภาพ (8-15).

พิมพ์ครั้งที่ 4. สารมวลชน, 2530.

สมนึก ทองเอี่ยม. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพงานต่อการรับรู้สภาพการปฏิบัติงานของ

ครู อาจารย์ ในวิทยาลัยเกษตรกรรมชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สมบูรณ์ ดันยะ. "มารู้จัก Delphi technique กันเถอะ," การวัดผลการศึกษา. 2(3) :

10-17 ; มกราคม-เมษายน 2524.

สิริมา หมอนไหม. การเปรียบเทียบสมรรถนะด้านการสอนตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง

ของอาจารย์ผู้สอนวิชาสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตวิชาเอกสุขภาพ. ปรินทิพ

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527. อัดสำเนา.

สุขภาพ, กอง. "วิวัฒนาการสุขภาพ," ใน 7 เม.ย. วันอนามัยโลก 2531. กรุงเทพฯ :

องค์การทหารผ่านศึก, 2531.

สุชาติ โสภประยูร. "รายงานวิจัยเรื่องสมรรถนะของครูสุศึกษาระดับปริญญาตรี," สุศึกษา.

4(6) : 7-11 ; มกราคม-มีนาคม 2524.

สุทัศน์ พัยคะณิธิ. "โครงการสุศึกษาแห่งชาติ," สุศึกษา (1-7). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :

สารมวลชน, 2530.

สุเทพ อ่วมเจริญ. การปฏิบัติงานการศึกษานอกโรงเรียนของครูประจำกลุ่มการศึกษาทางวิทยุ

และไปรษณีย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529. อัดสำเนา.

สุนทร จันทพรหม. คุณลักษณะของครูสุศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตการศึกษา 7. วิทยานิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529. อัดสำเนา.

สุนิสา สุขพลิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพของครูผู้สอนการศึกษานอกโรงเรียนระดับที่

3-4 จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529.

อัดสำเนา.

สุภาพ คำวัง. สมรรถนะของครูผู้สอนในวิชาพื้นฐานอาชีพสาขารัฐในทัศนะของผู้บริหาร ครู

และนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

สุรีย์ จันทรโมลี. สุศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

อภิญญา เพชรรัตน์. การประเมินสมรรถภาพของครูประจำการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

อมร นนทสุต. "แนวทางการพัฒนางานสุศึกษาแนวใหม่," สุศึกษา. 6(23) : 5-12 ;

กรกฎาคม - กันยายน 2526.

อังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2528.

อานันท์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง. "นโยบายและแผนการดำเนินงานสุศึกษาในสถานพยาบาล

ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ระยะที่ 6," ใน รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการสุศึกษา

แห่งชาติ ครั้งที่ 3. หน้า 48-51. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

มหิดล, 2530.

- American School Health Association. "Professional Preparation of the Health Educator," The Journal of School Health. 46(7) : 418 - 421 ; September, 1976.
- Cleary, Helen P. A Framework for the Development of Competency Based Curricula for Entry Level Health Educators. New York : National Task Force on the Preparation and Praction of Health Education, 1985.
- Cronbach, Lee Josept. Essentials of Psychology Testing. 3rd ed. New York : Herper and Row, 1970.
- Garret, Henry E. and R.S. Woodworth. Statistic in Psychology and Education. Bombay : Feffer and Simons Private, 1966.
- Good, Carter V. Dictionary of Education. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1973.
- Green, Lawrence W. and others. Health Education Planning ; A Diagnosis Approach. U.S.A. : Mayfield Publishing Company, 1980.
- Haron, John J. and George E. Pichett. Public Health Administration and Practice. 7th ed. Toronto London : the C.V. Mosby Company, 1980.
- Levin, L.S. "Self care in Health ; potentials and pifalls," World Health Forum. 2(2) : 177 ÷ 181 ; 1981.
- Muangman, Debbhanom. Health Aspects of Community Development in Southest Asia. Japan : Gakujutu - Tosho Printing, 1977.
- Nagabura, Rymond M. and Donald C. Iverson. "Prestige of Health Educators with in the Health Care Delivery System," Journal of School Health. 47(5) : 290 - 301 ; May, 1977.
- Olaf Helmer. "The Delphi Technique and Educational Innovation Inventing," Education for the Future. ed by Werner 2. Hirasch and Colledges California : Chandln Publishing Company, 1976.
- Hunnirun, Pornsuk. The Identification of Competencies for Secondary School Health Education in Thailand. Doctor's Thesis. Indiana University, 1985.
- School Health Education Study. Health Education Conceptual Approach to Curriculum Design. Minesota : Minesota Mining and Manufacturing Company, 1968.
- Tones, B.H. and others. "The Community Health Education specialist in the delivery of Health Care," The Health Education. 36(4) : 106 - 113 ; 1979.

Yamane, Toro. Statistics - An Introductory Analysis. 2nd ed. Tokyo
: John Weatherhill, 1970.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ

รายชื่อ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผศ.ดร.เทพนันท์ หอมสนิท	ภาควิชาสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.พิชัย ผดุงรัตน์	ภาควิชาสุขภาพ มศว.ประสานมิตร
3. ผศ.ผสดี บรรณรักษ์	ภาควิชาสุขภาพ มศว.ประสานมิตร
4. นายแพทย์สมควร จำปิง*	รองอธิบดีกรมอนามัย
5. นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล	กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
6. นายณรงค์ ทองสันติ	กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
7. นายจำนงค์ อิ่มสมบูรณ์	กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
8. รศ.สุนันท์ วีระเวชเจริญชัย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
9. ผศ.สุรเดช ส้าราญจิตต์	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
10. อาจารย์ประยุทธ อองกุลนะ*	หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมฝึกหัดครู กระทรวงศึกษาธิการ
11. อาจารย์พยุ่ง สุขสังวร	หน่วยศึกษานิเทศก์ สำนักงานการประถมศึกษา แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ
12. อาจารย์เสถียร สภาพงศ์	สำนักงานเลขาธิการกรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
13. ดร.เอมอัสชา วัฒนบูรานนท์*	กองส่งเสริมพลศึกษาและสุขภาพ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
14. นางจำลองลักษณ์ สิงห์คำ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
15. นายชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา	โรงพยาบาลราชวิถี

- | | |
|--------------------------------|---|
| 16. นางงามทวันย์ เทชะบำรุง | ฝ่ายสุศึกษา กองส่งเสริมสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 17. รศ.ดร.ณิ ชัยวัฒน์ | ภาควิชาอักษร โสตถาสิกขาวิชา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. รศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์* | ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. รศ.นิภา มณญานุ | ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. รศ.ดร.ประภาณี สุวรรณ | ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. รศ.ดร.วสันต์ ศิลปสุวรรณ | ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 22. ผศ.ดร.บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ | ภาควิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 23. รศ.ดร.ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์* | อาจารย์ใหญ่โรงเรียน นานาชาติ |

* หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญ ที่แสดงแนวคิดสมรรถภาพพื้นฐานของนักสุศึกษา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข

ข้อราชการแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา

ด้านความรู้

1. มีความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพและสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขได้
2. มีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน
3. มีความเข้าใจถึงปัจจัยด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และเศรษฐกิจ
เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
4. ยอมรับถึงความสำคัญของสุขภาพว่าเป็นพื้นฐานต่อการพัฒนาสาธารณสุข
5. ยอมรับว่าสุขภาพเป็นสหสาขาวิชาที่มีผลต่อการผสมผสานระหว่างศาสตร์ต่าง ๆ
6. สามารถอธิบายว่าสุขภาพเป็นกระบวนการและวิธีการที่จะนำความรู้ด้านสุขภาพ
ไปสู่กลุ่มเป้าหมายได้
7. จำแนกถึงความต้องการและปัญหาของกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญต่องานสุขภาพ
8. มีความเข้าใจถึงระบาดวิทยาและการควบคุมป้องกันโรคที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพ
9. สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมศาสตร์ที่เป็นเครื่องชี้วัดพฤติกรรมทางสุขภาพของ
มนุษย์ได้
10. สามารถอธิบายที่มาของปัจจัยที่ก่อโรคและการป้องกัน
11. สามารถเชื่อมโยงความรู้ สหสาขาวิชาอื่นในการให้สุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายได้
12. มีการพัฒนาเนื้อหาสาระต่าง ๆ ของสุขภาพจำเป็นต้องให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อม
ของผู้มารับบริการสุขภาพ
13. สามารถจัดเนื้อหาด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบุคคล เวลา สถานที่

ด้านการปฏิบัติ

14. มีการค้นหาและจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นหมวดหมู่
15. กำหนดความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา นั้น ๆ เพื่อช่วยในการจัดลำดับความสำคัญ

ของปัญหา

16. ใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนมาช่วยในการดำเนินงาน
17. มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
18. ใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และแบบสอบถาม เพื่อเป็นเทคนิคเบื้องต้นในการหา

ข้อมูล ได้อย่างเหมาะสม

19. เลือกเนื้อหาที่จะสอนได้เหมาะสมกับความสนใจ ความต้องการ และความสามารถ

ของกลุ่มเป้าหมาย

20. กระตุ้นและจัดสภาพแวดล้อมให้บุคลากรในหน่วยงานและประชาชนที่ได้รับความรู้แล้ว

มีโอกาสใช้ความรู้และนำไปปฏิบัติ

21. เป็นผู้นำในการเขียนแผนสู่ศึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาสู่ศึกษา
22. ศึกษาสภาพแวดล้อมที่มีส่วนทำให้เกิดโรคและกระจายโรคมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการ

แก้ปัญหา

ด้านคุณลักษณะ

23. มีความภูมิใจและมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาสู่ศึกษา
24. ใช้เวลากระทำกิจกรรมทางสู่ศึกษานอกเหนือจากงานประจำเสมอ
25. สร้างศรัทธาและความรู้สึกที่ดีของประชาชนต่องานสู่ศึกษา
26. แสดงความสนใจและยอมรับความแตกต่างในความสามารถพื้นฐานและชีวิตของบุคคล

ในแต่ละระดับ

27. ให้คำแนะนำช่วยเหลือบุคคลอื่นเช่น ผู้ป่วย ญาติ หรือกลุ่มชนทั่วไป อันเป็นแนวทางไปสู่การมีชีวิตที่มีคุณภาพอยู่เสมอ

28. มีมนุษยสัมพันธ์และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ

29. สามารถใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มชนที่รับบริการสุขภาพ

30. มีการติดต่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประชาชนและผู้นำในการให้บริการสุขภาพ

อยู่เสมอ

31. นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นระยะ ๆ เพื่อให้งานบรรลุตามแผนที่กำหนดไว้

32. ติดตามการเคลื่อนไหวทางด้านวิชาการสุขภาพและปรับปรุงตนเองให้มีความรู้เพิ่มเติมและทันสมัยอยู่เสมอ

ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินการ

33. จัดทำงบประมาณด้านบริการสุขภาพในงานที่รับผิดชอบ

34. หาแหล่งทุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อช่วยดำเนินงานในโครงการ

35. จัดสื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ ทางสุขภาพให้เพียงพอและใช้ให้เกิดประโยชน์

มากที่สุด

36. ติดตามผลการปฏิบัติงานในด้านงบประมาณ บุคลากร และ อุปกรณ์ทางสุขภาพ

37. ศึกษารูปแบบ แนวทางการปฏิบัติงานตามแผนงานของหน่วยงาน

38. จัดดำเนินงานสุขภาพในหลาย ๆ วิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเช่น สวัสดิการ การจัดการทรัพยากร การจัดหน่วยเคลื่อนที่ หรือทีมงานออกให้บริการสุขภาพ

39. ดำเนินงานสุขภาพตามแผนและโครงการที่กำหนดไว้ โดยประสานงานอย่างใกล้ชิดกับฝ่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ

40. วิเคราะห์ถึงปัญหาอุปสรรคในการบริหาร การดำเนินงานในหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการจัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อปรับปรุงแก้ไข

ด้านการประสานงาน วางแผน และประเมินผลด้านสุขศึกษา

41. ประสานงานกับชุมชนหรือหน่วยงานภายนอก เพื่อจัดให้มีกิจกรรมสุขศึกษาเกิดขึ้น
42. สนับสนุนให้จังหวัดและสถานบริการด้านสุขภาพมีนักวิชาการ หรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยตรง
43. วิเคราะห์ตลอดจนเสนอปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน โดยเฉพาะทางด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อการแก้ไข
44. กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานสุขศึกษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน

45. วางแผนการประเมินผลโครงการสุขศึกษา ตลอดจนประเมินผลกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในทุก ๆ โครงการ
46. มีการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดโครงการ พร้อมทั้งจัดเตรียมในการประเมิน
47. วิเคราะห์ประเมินผลโครงการด้านสุขภาพทั้งก่อนและเมื่อปฏิบัติงานตามโครงการเสร็จสิ้นแล้ว
48. ติดตามและประเมินประชาชนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ภายหลังดำเนินงานไปแล้วเป็นระยะ ๆ เพื่อนำผลมาปรับปรุงแผนงาน
49. รายงานผลถึงความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคของแผนงานทุก ๆ ระยะ
50. วิเคราะห์ถึงผลกระทบของโครงการและองค์ประกอบที่ส่งเสริมและขัดขวางในการดำเนินงาน ตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการปรับปรุงแผนงานครั้งต่อไป

51. มีการสร้างและใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพในการวัดประเมินแผนและผลงาน
 สุขศึกษา
52. สร้างและพัฒนาเครื่องชี้วัดในความสำเร็จของการดำเนินงานในระดับที่ปฏิบัติอยู่
53. ได้นำข้อมูลจากการสร้างมาวิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ เพื่อค้นหาปัญหาตาม
 ขั้นตอนทางสถิติ

ด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้

54. ได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพให้สอดคล้องกับแผนนโยบาย
55. ดำเนินงานศึกษาวิจัยในเรื่องที่จะนำผลมาใช้สนับสนุนปรับปรุงการดำเนินงานสุขศึกษา
56. ดำเนินงานศึกษาตามหลักการและวิธีการการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการปฏิบัติงาน
 อยู่เสมอ
57. ศึกษาผลการวิจัยที่มีคุณภาพอื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพ
 และปัญหาของชุมชน
58. สนับสนุนหน่วยงานสุขศึกษาในการนำผลการวิจัยทั้งทางพฤติกรรม สังคม จิตวิทยา
 เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
59. ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโครงการวิจัยอื่น ๆ ที่ขอความช่วยเหลือโดยเฉพาะที่
 เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษา
60. เผยแพร่ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานอื่น ๆ

ด้านการผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์

61. วางแผนและดำเนินการผลิตสื่อสุขศึกษาที่เหมาะสม โดยพิจารณาจัดหาวัสดุในท้องถิ่น
62. สามารถกำหนดรายละเอียดและคุณสมบัติของเครื่องมือวัสดุทัศนูปกรณ์เพื่อขอ

งบประมาณหรือขอสนับสนุนจากองค์กรอื่น ๆ

63. ดำเนินการจัดทำต้นแบบผลิตอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ

64. ปรับปรุงสื่อการสอน กิจกรรม และวิธีการให้ความรู้ ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพอยู่เป็นประจำ

65. พัฒนาสื่อการเรียนการสอนโดยยึดแนวคิดหลักให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ สุขศึกษาและพัฒนาให้เหมาะสม

66. ให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในด้านการเลือกสื่อการสอนสุขศึกษาให้เหมาะสมกับเนื้อหา

67. สาธิตเสนอแนะถึงการนำความรู้ทางสุขศึกษาใช้ในการผลิต เลือก ปรับปรุง ตัดแปลง อุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์ประกอบการให้ความรู้

ด้านความสามารถในการถ่ายทอดแผนพร่ำประชาสัมพันธ์

68. จัดโปรแกรมการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้มีประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้นำบริการ

69. เผยแพร่ความรู้ บทความวิชาการทางสุขภาพ ข่าวสารทางสาธารณสุขสู่กลุ่มเป้าหมายผ่านสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น วิทยุกระจายเสียง หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

70. ดำเนินงานการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้นำบริการได้ใช้บริการของหน่วยงานด้วยความพอใจเป็นประจำ

71. นำเอาสื่อมวลชนและหลักการจูงใจที่เหมาะสมมาโน้มน้าวประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

ภาคผนวก ค

ค่าสถิติได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเทคนิคเดอฟาย

ข้อรายการที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
	Mdn	IR	Mdn	IR
1	3.79	0.35	3.80	0.378
2	3.05	0.604	3.07	0.393
3	3.15	0.582	3.50	0.5
4	3.82	0.372	3.80	0.378
5	3.432	0.520	3.50	0.5
6	3.382	0.565	3.416	0.458
7	3.432	0.629	3.33	0.507
8	3.291	0.547	3.286	0.460
9	3.618	0.566	3.653	0.507
10	3.291	0.524	3.416	0.458
11	3.137	0.629	3.33	0.507
12	3.75	0.633	3.653	0.507
13	3.415	0.544	3.416	0.458
14	3.187	0.7118	3.2	0.581
15	3.542	0.552	3.5	0.5
16	3.45	0.551	3.5	0.5
17	3.187	0.701	3.115	0.445

ข้อรายการที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
	Mdn	IR	Mdn	IR
18	3.315	0.703	3.4	0.55
19	3.363	0.542	3.346	0.482
20	3	0.912	3.055	0.649
21	3.541	0.635	3.416	0.458
22	3	0.824	3.192	0.472
23	4	0.274	3.95	0.275
24	3.687	0.545	3.192	0.472
25	3.78	0.425	3.714	0.392
26	3.416	0.770	3.375	0.631
27	3.222	0.639	3.166	0.503
28	3.35	0.575	3.50	0.5
29	3.187	0.705	3.3	0.569
30	3.541	0.588	3.5	0.525
31	3.437	0.629	3.416	0.458
32	3.781	0.476	3.85	0.323
33	3.076	0.453	3.166	0.391
34	3.182	0.561	3.166	0.503
35	3.212	0.937	3.25	0.510
36	3.272	0.555	3.25	0.510
37	3.187	0.712	3.25	0.510

ข้อรายการที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
	Mdn	IR	Mdn	IR
38	3.384	0.491	3.346	0.482
39	3.364	0.543	3.416	0.458
40	3.182	0.561	3.286	0.460
41	3.428	0.697	3.318	0.535
42	3.444	0.586	3.416	0.458
43	3.05	0.614	3.269	0.483
44	3.263	0.542	3.269	0.483
45	3.533	0.495	3.653	0.423
46	3.541	0.635	3.5	0.525
47	3.187	0.701	3.269	0.483
48	3.541	0.588	3.583	0.520
49	3.285	0.737	3.166	0.503
50	3.15	0.575	3.214	0.446
51	3.615	0.704	3.5	0.525
52	3.237	0.629	3.318	0.535
53	3.222	0.639	3.286	0.460
54	3.272	0.555	3.286	0.460
55	3.342	0.635	3.416	0.458
56	3.208	0.526	3.187	0.370
57	3.3125	0.666	3.416	0.458

ข้อรายการที่	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
	Mdn	IR	Mdn	IR
58	3.090	0.555	3.233	0.424
59	3.222	0.640	3.269	0.483
60	3.222	0.638	3.115	0.445
61	3.541	0.588	3.5	0.594
62	3	0.545	3.115	0.445
63	3	0.785	3.083	0.479
64	3.222	0.638	3.85	0.323
65	3.125	0.516	3.142	0.416
66	3.222	0.638	3.136	0.539
67	3.062	0.729	3.0	0.519
68	3.125	0.516	3.147	0.323
69	3.312	0.665	3.166	0.391
70	3.111	0.665	3.142	0.416
71	3.137	0.629	3.115	0.445

เกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของผู้ศึกษา

นักเรียนและผู้เรียน

สมรรถภาพด้าน	ผู้เรียน											นักเรียนและผู้เรียน										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ความรู้	3.15	3.15	3.15	3	3.69	3.30	3.23	3.92	3.46	3.23	2.84	3.2	3.15	3.30	3.76	4.00	3.53	4.00	3.23	3.92	3.28	3.46
การปฏิบัติ	3.66	2.66	3.50	3.00	3.16	3.00	3.83	3.00	3.00	2.66		3.3	2.83	2.83	4.00	4.00	2.83	4.00	3.66	4.00	3.16	3.34
บุคลิกภาพ	3.53	2.92	3.38	2.84	3.61	3.53	3.15	4.00	3.38	3.15	2.76	3.3	2.92	3.15	4.00	3.84	3.23	4.00	3.53	3.69	3.15	3.41
การบริหารจัดการและ	3.25	2.87	3.25	3.00	3.50	3.75	3.12	4.00	2.75	3.00	3.00	3.2	2.75	3.00	3.50	4.00	2.50	4.00	3.12	4.00	3.00	3.30
การจัดดำเนินการ																						
การประสานงานและ	3.50	2.75	3.25	3.00	3.75	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.0	2.75	3.00	3.75	4.00	3.25	4.00	3.00	4.00	3.25	3.35
แนะแนวด้านสุขภาพ																						
การวัดและประเมินผลแผนงาน	3.22	2.88	3.44	3.00	3.66	3.22	3.11	4.00	3.11	3.00	3.00	3.6	2.66	2.55	4.00	4.00	3.55	4.50	3.00	4.00	3.44	3.38
การวิเคราะห์และประเมินการนำ	3.57	2.71	3.00	3.00	3.42	3.00	3.00	4.00	3.00	3.57	3.00	2.8	2.85	3.00	4.00	3.85	3.00	4.00	3.00	3.71	3.28	3.33
ไปรษณีย์																						
การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์	3.14	2.28	3.00	3.00	2.75	3.14	3.00	4.00	2.57	3.00	2.71	3.7	3.42	3.00	4.00	3.57	2.57	4.00	2.85	3.42	3.00	3.16
วัสดุอุปกรณ์																						
คำนวณความสามารถในการถ่ายทอด	3.25	3.00	3.00	3.00	2.75	3.00	2.75	3.75	2.75	3.00	3.00	2.5	3.00	3.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.23
เผยแพร่ประชาสัมพันธ์																						
รวม	3.36	2.80	3.22	2.98	3.32	3.21	3.04	3.94	3.00	3.10	2.88	3.7	2.92	2.92	3.89	3.92	3.05	4.00	3.15	3.86	3.17	3.33

ภาคผนวก จ

เกณฑ์ปกติของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา จากการประเมินตนเอง

คะแนน X	เกณฑ์ปกติ T-score	คะแนน X	เกณฑ์ปกติ T-score	คะแนน X	เกณฑ์ปกติ T-score
251 - 280	70 - 78	192 - 194	54	138 - 141	39
248 - 250	69	188 - 191	53	134 - 137	38
242 - 247	68	184 - 187	52	129 - 133	37
239 - 241	67	181 - 183	51	126 - 128	36
236 - 238	66	177 - 180	50	122 - 125	35
232 - 235	65	174 - 176	49	121	34
227 - 231	64	170 - 173	48	114 - 120	33
224 - 226	63	166 - 169	47	109 - 119	32
222 - 223	62	163 - 165	46	108	31
128 - 221	61	160 - 162	45	108 - 107	30
214 - 217	60	155 - 159	44	68 - 104	29
210 - 213	59	152 - 154	43		
206 - 209	58	148 - 151	42	N	346
203 - 205	57	144 - 147	41	$\bar{X}$	2.50
199 - 202	56	142 - 143	40	S	.51
195 - 198	55				

ประวัติของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวรัชชยา ชื่อสกุล ลำดับวงศ์

เกิดวันที่ 29 เดือน มีนาคม พุทธศักราช 2507

สถานที่เกิด อำเภอ ท่าใหม่ จังหวัด จันทบุรี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 2 ถนนราชวิถี ตำบลทุ่งหญ้าไท

เขตหญ้าไท กรุงเทพฯ 10400

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลเทคนิค

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2525 เตรียมอดมศึกษา (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนศรีอยุธยา

พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาล
พระพุทธบาทสระบุรี

พ.ศ. 2529 ศศ.บ. (วิชาเอกสุขศึกษา วิชาโทจิตวิทยา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.ศ. 2534 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

การประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ของ

ณัฐชยา ลำดับวงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตร ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย ที่จะสร้างแบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐาน ของนักศึกษาศึกษา
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสร้างเกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐาน ของนักศึกษาศึกษา
ด้วยวิธีการเทคนิคเดลฟาย แล้วนำแบบประเมินให้นักศึกษาศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ประเมินตนเอง รวมทั้งเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาก่อน
346 คน โดยศึกษาตามตัวแปร เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านศึกษาศึกษา
และการได้รับการฝึกอบรม ทางด้านศึกษาศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์
โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-X ปรากฏผลดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา สร้างตามกระบวนการเทคนิค
เดลฟาย ได้สมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา 9 ด้าน คือ สมรรถภาพด้านความรู้ การปฏิบัติ
บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินการ การประสานงานวางแผน และแนะแนว
ด้านศึกษาศึกษา การวัดและประเมินผลแผนงาน การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ การผลิตจัดหา
และใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ และสมรรถภาพด้านความสามารถในการถ่ายทอด และเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์ ทดสอบความเชื่อมั่นได้ .96

2. เกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษาด้านต่าง ๆ เรียงลำดับ
จากเกณฑ์มาตรฐาน ที่มีค่าสูงไปคือ ด้านความรู้ บุคลิกภาพ การวัดและประเมินผลแผนงาน
การปฏิบัติ การบริหารจัดการ และการจัดดำเนินการ การประสานงานวางแผนและแนะแนว
ด้านศึกษาศึกษา การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ ความสามารถในการถ่ายทอด และเผยแพร่
ประชาสัมพันธ์ และการผลิต จัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

3. นักศึกษาศึกษาประเมินสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
และในด้านการวัดและประเมินผลแผนงาน ด้านการผลิต จัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์
นักศึกษาศึกษาประเมินอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงมาก

4. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาศึกษา กับสมรรถภาพพื้นฐานของ
นักศึกษาศึกษาคตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านศึกษาศึกษา ประเมินสมรรถภาพ

พื้นฐานของนักศึกษารวมทุกด้าน สูงกว่านักศึกษาย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.1

5. การเปรียบเทียบสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษ ตามตัวแปร มีผลดังนี้

5.1 นักศึกษา เพศชายและหญิง มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษารวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน แต่ในด้านการวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ และด้านความสามารถในการถ่ายทอด เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ นักศึกษาชายมีสมรรถภาพสูงกว่านักศึกษาหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

5.2 นักศึกษาทุกกลุ่มอายุ มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษารวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน

5.3 นักศึกษาวุฒิต่างกันมีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษาแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาวุฒิสสูงกว่าปริญญาตรี มีสมรรถภาพด้านความรู้ การปฏิบัติ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน การประสานงานวางแผนและแนะแนวด้าน สึกศึกษา การวิเคราะห์วิจัยและการนำไปใช้ การผลิตจัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ สูงกว่า นักศึกษาวุฒิปริญญาตรี และต่ำกว่าวุฒิปริญญาตรี นักศึกษาวุฒิปริญญาตรีและนักศึกษาวุฒิ ต่ำกว่าปริญญาตรี มีสมรรถภาพรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันแต่นักศึกษาวุฒิปริญญาตรี มีสมรรถภาพ ด้านการบริหารจัดการและการจัดดำเนินงานสูงกว่านักศึกษาวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี

5.4 นักศึกษาทุกกลุ่มประสบการณ์ มีสมรรถภาพพื้นฐานของนักศึกษา รวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

5.5 นักศึกษาที่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านสูศึกษา มีสมรรถภาพด้าน ความรู้ บุคลิกภาพ การบริหารจัดการและการจัดดำเนินงาน ความสามารถในการถ่ายทอดและ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สูงกว่านักศึกษาที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .01 และด้านการปฏิบัติ การประสานงานวางแผนและแนะแนวด้านสูศึกษา การผลิต จัดหาและใช้อุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

THE APPRAISAL OF COMPETENCIES OF HEALTH EDUCATORS
IN THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

AN ABSTRACT

BY

NASCHAYA LAMDUBWONG

Presented in partial fulfillment of the Requirements for the Master
of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

September 1991

The purpose of this study was to formulate the instrument for the evaluation of competency based of health education and to develop the standard criteria of competency based of health educators in the Ministry of Public Health by Delphi technique. The samples of this study were consisted of 346 health educators. The sample group were requested to do self evaluation using the evaluation criterion developed by the author as well as the criterion developed by the experts. The variables inculde sex, age, education, experiences and training in health education. The SPSS - X program was used for the analysis of collected data.

It was found that :

1. The competency evaluation instrument developed by the author using Delphi techniques classified the competency based required by the health educators into nine areas namely : Academic competency; Practice competency; Personality competency; Management and Operation competency; Coordination; Planning and Counselling in the health education competency; Assessment and Planning Evaluation competency, Analysis and Implementation competency; Production, Acquisition, and using audio - visual aids competency; and Dissemination of information competency. The reliability of instrument is .96

2. The competency based were ranked from high to low as follows :

1. Academic competency
2. Personality competency
3. Assessment and Planning Evaluation competency

4. Practice competency
5. Management and Operation competency
6. Coordination, Planning and Counselling in health education competency
7. Analysis and Implementation competency
8. Dissemination of information competency
9. Production, Acquisition, and using audio - visual aids competency

3. The competencies of health educators are at the average level. The Assessment and Planning Evaluation competency, Production, Acquisition, and using audio - visual aids competency are at the to be improved level.

4. There are significant differences on competency of health educators as viewed by the health experts and health educators in the Ministry of Public Health.

5. The comparison of the competency of health educators according to the variables indicated that :

5.1 There is no significant difference on competency of health educators between male and female health educators. But there are significant differences on Analysis and Implementation competency and Dissemination of information competency at .05 level.

5.2 There is no significant difference on competency of health educators among health educators in all age groups.

5.3 There are significant differences on competency of health educators at .05 level among different educational level of health educators. and there are significant differences on Academic competency; Practice competency; Personality competency, Management and Operation competency; Coordination, Planning and Counselling in health education competency; Analysis and Implementation competency; and Production, Acquisition, and using audio - visual aids competency at .05 level between the graduate, B.A. and lower B.A. health educators. There is no significant difference on competency of health educators at .05 level but there are significant differences on Management and Operation competency at .05 level between the B.A. and lower B.A health educators.

5.4 There is no significant difference on competency of health educators among health educators in average experience.

5.5 There are significant differences on Academic competency; Personality competency; Management and Operation competency and Dissemination of information competency at .01 level and Practice competency; Coordination, Planning and Counselling at .05 level between health educators who has been trained in health education and who has never been trained.