

ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ  
ของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
พ.ศ. 2553

**Potential of the Sub-District Local Administration Organization for  
Health Promotion Implementation of Health Management Villages  
in Nakorn Prathom Province**

**Mrs. Kanthima Sirikun**



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2010

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม
ชื่อและนามสกุล	นางกัณธิมา ศิริกุล
แขนงวิชา	บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. เขวภา ดิอัสสุวรรณ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2554

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เขวภา ดิอัสสุวรรณ)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์)



(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ** ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม

**ผู้ศึกษา** นางกนิษฐา ศิริกุล รหัสนักศึกษา 2515000228 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

(บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร. เขวากา ดิอัสสุวรรณ **ปีการศึกษา** 2553

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (2) การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุข (3) การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (4) ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของอบต. และ (5) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือพนักงานส่วนตำบลของ อบต. ขนาดกลางซึ่งรับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดนครปฐม อบต. ละ 1 คน 90 แห่ง 90 คน ศึกษาทุกหน่วยของประชากร เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานของ อบต. และข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบล และแบบประเมินผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตาม 5 หมวดตัวชี้วัด มีความเที่ยงเท่ากับ 0.9931 วิเคราะห์ข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ปฏิบัติงานเป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 34.08 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงกว่าปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเฉลี่ย 2.967 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สัดส่วนของอบต. ที่รับผิดชอบจำนวนหมู่บ้าน 6 – 10 หมู่บ้าน มีสูงสุด ส่วนใหญ่ไม่มีส่วนสาธารณสุข ไม่เคยส่งบุคลากรเข้าอบรมงานด้านสาธารณสุขและไม่เคยสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากร (2) อบต. ส่วนใหญ่พิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการด้านสาธารณสุขตามสภาพและความเร่งด่วนของปัญหา และจัดสรรงบประมาณทรัพยากร ตามความสำคัญของแผนงาน (3) อบต. ส่วนใหญ่กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุข และจัดอบรมให้ความรู้สำหรับโครงการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ยาเสพติด การอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชน และการออกกำลังกายในชุมชน (4) อบต. ส่วนใหญ่สนับสนุนงบประมาณ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย 1.5814 คน (5) อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ (6) เพศ การได้รับการอบรมและประสบการณ์การทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวนหมู่บ้านที่ อบต. รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการออกกำลังกาย การจัดการบริการด้านสุขภาพ และการป้องกันยาเสพติด พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

**คำสำคัญ** ศักยภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล การสร้างเสริมสุขภาพ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก  
รองศาสตราจารย์ ดร. เขวภา ตีอัฐสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์  
ดร. โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษาในการจัดทำด้วย  
ความช่วยเหลือและเอาใจใส่

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ องค์กรบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม ที่ให้ความร่วมมือเป็น  
อย่างดีในให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่ให้โอกาสใน  
การศึกษาต่อเนื่องในระดับปริญญาโท

นอกจากนี้ ได้รับกำลังใจ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จนสามารถศึกษาใน  
ระดับปริญญาโทสำเร็จ และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเรียนและการจัดทำการศึกษาค้นคว้า  
อิสระครั้งนี้ทุกท่าน

กันธิมา ศิริกุล

กรกฎาคม 2554



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
คำถามการศึกษา.....	6
กรอบแนวคิดการศึกษา.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ... ..	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ.....	11
แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ .....	22
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของ อบต .ในการสร้างเสริมสุขภาพ.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต . .....	33
การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	41
รูปแบบการศึกษา .....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และ อบต. ....	45
การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต. .	49
การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. ....	52
ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. ....	54
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ลักษณะของ อบต. และผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ.....	67
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปการศึกษา.....	78
อภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	88
ก แบบสอบถามการศึกษา.....	89
ข ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
ประวัติผู้ศึกษา.....	122

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ข้อเสนอบทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชน ในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย.....	31
ตารางที่ 4.1 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม.....	46
ตารางที่ 4.2 แสดงการแจกแจงข้อมูลลักษณะขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม.....	48
ตารางที่ 4.3 แสดงการแจกแจงข้อมูลการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต. ....	49
ตารางที่ 4.4 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลการกำหนดนโยบาย และการจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 ของ อบต.....	51
ตารางที่ 4.5 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.....	52
ตารางที่ 4.6 แสดงการแจกแจงข้อมูลระดับผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ.....	55



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด และองค์ประกอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ.....	3
ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษาเรื่องศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม.....	7
ภาพที่ 4.1 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร 16 ข้อ (ข้อ 1.1 – 1.16).....	58
ภาพที่ 4.2 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ 9 ข้อ (ข้อ 2.1 – 2.9) .....	59
ภาพที่ 4.3 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดการข้อมูล 4 ข้อ (ข้อ 3.1.1 – 3.1.4) .....	60
ภาพที่ 4.4 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดเวทีประชาคม 6 ข้อ (ข้อ 3.2.1 – 3.2.6) .....	61
ภาพที่ 4.5 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการวางแผน 26 ข้อ (ข้อ 3.3.1 – 3.3.26) .....	63
ภาพที่ 4.6 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการติดตามและประเมินผล 7 ข้อ (ข้อ 3.4.1 – 3.4.7) .....	64
ภาพที่ 4.7 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน 7 ข้อใหญ่ (ข้อ 4.1 – 4.7) .....	65
ภาพที่ 4.8 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน 11 ข้อใหญ่ (ข้อ 5.1 – 5.11) .....	66
ภาพที่ 4.9 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการ ปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2.....	67
ภาพที่ 4.10 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการ ปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดรวมทั้ง 5 หมวด.....	68
ภาพที่ 4.11 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการ ปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3.1.....	69

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 4.12 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4.....	70
ภาพที่ 4.13 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5.....	71
ภาพที่ 4.14 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการออกกำลังกายในชุมชนที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด.....	72
ภาพที่ 4.15 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด.....	73
ภาพที่ 4.16 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชนที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด.....	74
ภาพที่ 4.17 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการออกกำลังกายในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด.....	75
ภาพที่ 4.18 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการป้องกันยาเสพติดในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด.....	76



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐบาลในทุกยุคทุกสมัยได้ดำเนินการทุกวิถีทางในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาใหม่ โดยคำนึงถึงปัจจัยและกำหนดปัญหา แวดล้อมรอบด้านอย่างบูรณาการเป็นองค์รวมและมีความสมดุลพอดี ที่มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนา และสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี เพื่อมุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้ สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขพอเพียงอย่างยั่งยืน ที่เชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่ เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช โดยการระดมศักยภาพทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วม ดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและทำงานอย่างเป็นเอกภาพเพื่อพัฒนากระบวนการ แก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาตลอดจนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข 2548: 2-19)

ในรัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ หลักการ ในข้อที่ 19 ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์ รวมทั่วทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง“การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุก ระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยยุทธศาสตร์อย่างน้อย 5 ประการ คือ

- 1) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- 2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

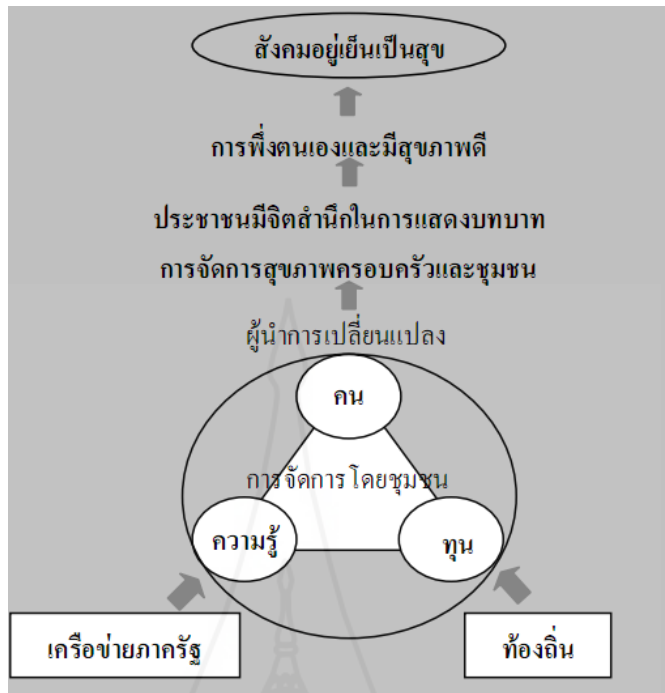
4) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

5) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีเป้าหมายสูงสุด คือ เป็นหมู่บ้านที่ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพตามคำขวัญที่ว่า “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” ตามคำขวัญนี้มีปรัชญาและฐานคิดอยู่เบื้องหลัง คือ หมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายในการพัฒนา คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพากันเองได้ทางด้านสาธารณสุข และเป็นทั้งกระบวนการพัฒนาคือเป้าหมายสุดท้าย หรือสิ่งที่เราอยากเห็นหรืออยากให้เกิดขึ้น คือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพากันเองได้ทางด้านสาธารณสุข แต่การที่ประชาชนจะสามารถพึ่งพากันเองได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาด้วยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง จนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และกำหนดอนาคตของชุมชนได้เอง จนเกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพากันเอง คือ ประชาชนจะสามารถจัดการตนเองหรือพึ่งพากันเองได้

การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบลมีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ (สถานีอนามัย โรงเรียน พัฒนาการ เกษตรตำบล) และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครบทุกตำบล โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (การศึกษาชุมชนแบบมีส่วนร่วม /ศึกษาดูงาน การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ฯลฯ) เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพ จึงเป็นที่มาของ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิด และองค์ประกอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดังภาพที่ 1.1

วงแรกเรื่องของคน หมายถึง กลุ่มองค์กรภาคประชาชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มจักสาร กำนัน กรรมการหมู่บ้าน และกลุ่มอื่น ๆ อีกมาก รวมทั้งคนเก่งคนดี กลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง แต่ถ้าเน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างน้อยจะต้องมีกลุ่มอสม. เป็นเจ้าภาพ ในการดำเนินงานในหมู่บ้าน และลำพังเพียง อสม. กลุ่มนั้นมีพลังยังไม่พอ อสม. ต้องแสวงหาแนวร่วมในการดำเนินงานในหมู่บ้านเพิ่มเติมเพื่อเป็นกำลังหนุนเสริม ซึ่งก็คือกลุ่มองค์กรชุมชนที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านนั้นมาช่วยกันคิด ช่วยกันทำ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด และองค์ประกอบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ  
ที่มา: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2549) หน้า 21

**วงที่สองเรื่องของทุน** ทุนในที่นี้จะเน้นทุนที่เป็นตัวเงิน (ส่วนที่ทางสังคมได้รวมอยู่ในวงแรกคือ เรื่องของคนแล้ว) ในหมู่บ้าน/ชุมชนมีเงินทุนอยู่เยอะมาก ทั้งที่เป็นเงินทุนที่ชาวบ้านระดมหรือรวมหุ้นกันเอง เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจ กองทุนยา กองทุนกลุ่มต่าง ๆ อีกหลายกลุ่ม และเงินทุนจากภายนอกที่ทางราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนมาให้ถึงหมู่บ้าน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กองทุนเอสเอ็มแอล กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น

**วงที่สามเป็นเรื่องความรู้** ความรู้ในที่นี้หมายถึงความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและรวมถึงความรู้ในการจัดการ เพื่อจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น วิธีปฏิบัติตามแผนภาพนี้ก็คือ ต้องจัดการให้ทั้งสามวงนี้มีบูรณาการกัน โดยการจัดการในรูปแบบไหนก็ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน เช่น การจัดเวที การประชุม การทำประชาคม ให้แกนนำองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ได้วิเคราะห์และเรียนรู้ถึงสิ่งดี ๆ และสิ่งที่ปัญหาของชุมชนตนเอง จนเกิดความเข้าใจในวิถีชุมชนของตนเองว่า ชุมชนของตนเป็นอยู่อย่างไร แล้วร่วมกันหาช่องทางการพัฒนาและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากทั้งภายในและภายนอกชุมชนวิถีปฏิบัติของหมู่บ้านจัดการสุขภาพจึงไม่ต่างกับวิถีปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เข้ามามีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้วยการรับ กลั่นกรอง วางแผน สร้างเครือข่ายสุขภาพ ระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนโครงการ

สุขภาพของชุมชน ให้หลักประกันความจำเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการประกันสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด ประชาชนและชุมชน มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้ลดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ตลอดจนลดอัตราการป่วยตายในกลุ่มโรคไม่ติดต่อลงได้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแบบยั่งยืน ประกอบกับการมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ในมาตรา 30 ระบุไว้ว่า รัฐดำเนินการถ่ายโอนภารกิจทำให้บริการสาธารณะทั้งภารกิจที่ซ้ำซ้อน ภารกิจที่รัฐจัดบริการในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทบถึงการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภารกิจที่ดำเนินการตามนโยบายของรัฐภายในปี 2546 ทั้งนี้ งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณะ ที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี งบประมาณ 2547 โดยได้ปรับเปลี่ยนงบประมาณที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นงบประมาณสำหรับหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 7,500 บาท ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ถ่ายโอนงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์การบริหารส่วนตำบล และปีงบประมาณ 2548 รัฐบาลได้ปรับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานเป็นหมู่บ้านละ 10,000 บาท (แผนพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)ซึ่งการที่จะผ่านเกณฑ์ในแบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ หมู่บ้านนั้นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานละมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพกับหมู่บ้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีเป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 75 ทั่วทั้งประเทศ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2550: 1)

จังหวัดนครปฐม ประสบปัญหาสุขภาพในลักษณะที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยในระดับประเทศเช่นเดียวกัน ซึ่งจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 – 2552 เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งสิ้น และใน พ.ศ. 2553 สาเหตุการตายยังคงอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเช่นกัน และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 2553: 16) เช่นเดียวกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และจังหวัดนครปฐมได้มีนโยบายสร้างสุขภาพโดยนำหลักการ “สร้างการซ่อม” เป็นแนวทางที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เน้นเป้าหมาย “6 อ.” พร้อมกับการดำเนินการภายใต้แนวคิดเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งเป็นการบูรณาการกิจกรรมต่างๆของงานสร้างเสริมสุขภาพ ความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่จะ

นำไปสู่เป้าหมายจึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า หมู่บ้านที่มีการจัดการ  
สุขภาพดีนำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและเป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี ตามลำดับ

จังหวัดนครปฐม ได้ดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพสนองนโยบายของกระทรวง  
สาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้มีการ  
ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ แล้ว  
ให้ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอไปประชุมชี้แจงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลไปดำเนินการ  
ประชุมชี้แจงถ่ายทอดความรู้แก่ อสม. เพื่อให้มีความเข้าใจในการประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
ร่วมกับผู้นำชุมชน ใน พ.ศ. 2550 จังหวัดนครปฐมมีเป้าหมายร้อยละ 75 ของหมู่บ้านที่มีการ  
จัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จากผลการดำเนินการหมู่บ้านจัดการ  
สุขภาพ พบว่า มีหมู่บ้าน 926 บ้าน ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 835 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 90.17 ไม่ผ่าน  
เกณฑ์ทั้งหมด 91 หมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 9.83 จากการประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในปี  
2553 ใน 4 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผน ด้านการจัดหาทุน ด้านการจัดกิจกรรม และด้านการ  
ประเมินผล พบว่า ร้อยละ 82.93 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่ประเมิน ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ  
ในการสรุปผลงาน หรือประเมินกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในแต่ละปี รองลงมา คือ ไม่มีการจัด  
งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 31.70 ปัญหาการจัดทำแผน มีร้อยละ 13.41  
และปัญหาการจัดทำกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 12.20 ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ  
สุขภาพเพื่อให้ผ่านการประเมินผลตามเป้าหมายร้อยละ 100 ในปีต่อไป (สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดนครปฐม 2553)

ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติหน้าที่งานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
ขององค์กรบริหารส่วนตำบล มีความสนใจศึกษาเรื่อง ศักยภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบลใน  
การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม ซึ่งพิจารณาจากการ  
บริหารจัดการแผนงานและงบประมาณ การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และผลการปฏิบัติ  
งานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยมุ่งหวังเพื่อแสดงให้เห็นการ  
ปฏิบัติงานของของ อบต. ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่จำเป็น  
ต้องได้รับการเสริมพลัง อันจะส่งผลต่อการบรรลุผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

## 2. วัตถุประสงค์การศึกษา

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติและผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ ของ อบต. ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของ อบต. ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

## 2.2 วัดอุปสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และองค์การบริหารส่วนตำบล

2.2.2 เพื่อศึกษาการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต.

2.2.3 เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.

2.2.4 เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

2.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ลักษณะของ อบต. และผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

## 3. คำถามการศึกษา

3.1 ผู้ปฏิบัติงานของ อบต. มีความพร้อม (ด้านการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และการอบรม) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างไร อบต. สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างไร

3.2 อบต. ทำการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (ซึ่งส่งผลเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ) อย่างไร

3.3 อบต. บริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพอย่างไร

3.4 ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตัวชี้วัดหมวดต่าง ๆ อยู่ในระดับใด

3.5 ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนของ อบต. การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขและหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. และผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

## 4. กรอบแนวคิดการศึกษา

ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ



หมู่บ้านจัดการสุขภาพให้บรรลุตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด มีความเกี่ยวข้องกับ

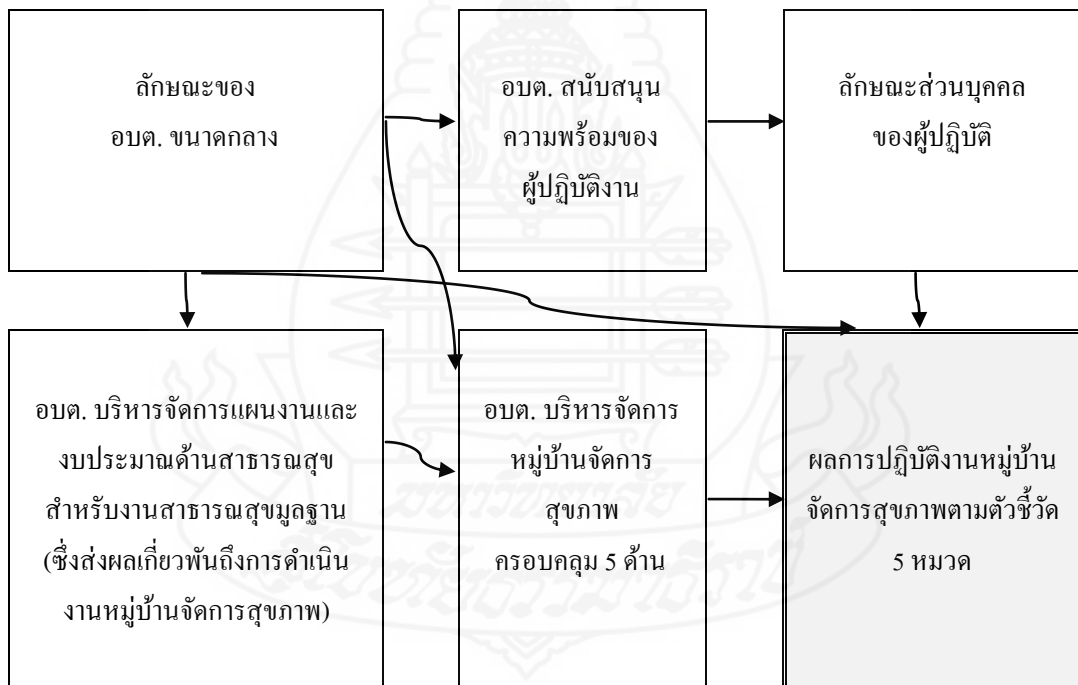
#### 4.1 อบท. ในประเด็นของ

**4.1.1 ลักษณะของ อบท. ขนาดกลาง** ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การมีหรือไม่มีส่วนสาธารณสุข การส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากรของ อบท.

**4.1.2 การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุข** สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ในโครงการต่าง ๆ ซึ่งส่งผลเกี่ยวพันถึงการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

#### 4.1.3 การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพครอบคลุม 5 ด้าน

**4.2 ผู้ปฏิบัติงานของ อบท.** ในประเด็นของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งใน อบท. ประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และการได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ



ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดการศึกษาเรื่องศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงาน  
สร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม

## 5. ขอบเขตของการศึกษา

- 5.1 ทำการศึกษาเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง เพราะจากจำนวน อบต. ทั้งหมด 97 แห่งในจังหวัดนครปฐมนั้น มี อบต. ขนาดกลาง 90 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.8 ขณะที่ อบต. ขนาดเล็กมี 5 แห่ง ร้อยละ 5.2 และ อบต. ขนาดใหญ่มี 2 แห่ง ร้อยละ 2.1
- 5.2 ทำการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานทุกตำแหน่งและทุกสายงานของ อบต.

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 องค์การบริหารส่วนตำบล** หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งยกฐานะจากสภาตำบลตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ในจังหวัดนครปฐม

**6.2 การสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมการสร้างเสริมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนใน 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคา และ อปายมุข

**6.3 หมู่บ้านจัดการสุขภาพ** หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการ มีการวางแผน ระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสาน ประโยชน์จาก คน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**6.4 ผู้ที่รับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอบต.** หมายถึง บุคลากรของ อบต. ซึ่งเป็นพนักงานส่วนตำบลหรือลูกจ้างของอบต. ที่ดูแลรับผิดชอบงานในเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

**6.5 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลมีความสามารถในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ในการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้

**6.5.1 การสนับสนุนงบประมาณ** หมายถึง การที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนเป็นจำนวนเงินและในรูปแบบอื่น ซึ่งสามารถตีมูลค่าเป็นเงินได้ เช่น วัสดุการแพทย์ เป็นต้น ให้แก่หมู่บ้าน เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอบรม อสม. การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน การจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน

**6.5.2 การสนับสนุนทรัพยากร** หมายถึง การที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนทรัพยากรแก่หมู่บ้าน เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การอบรม อสม. การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน การจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน

**6.5.3 การสนับสนุนวิชาการ** หมายถึง การที่องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่หมู่บ้าน ในการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และ อบายมุข

**6.5.4 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ** หมายถึง การที่อบต. มีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพใน 6 อ. ได้แก่

1) การออกกำลังกาย หมายถึง อบต. มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มิอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที

2) อาหาร หมายถึง อบต.มีการรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด

3) อารมณ์ หมายถึง อบต. มีการประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทุ บี นัมเบอร์วัน และสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4) อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง อบต.มีการดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในชุมชนไม่ให้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน

5) อโรคยา หมายถึง อบต. มีการแนะนำและให้ความรู้ในการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการวัดความดันโลหิตและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้ที่มีอายุ 40 ปี และแนะนำให้สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจด้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหามะเร็ง

6) อบายมุข หมายถึง อบต. มีการแนะนำร้านค้าไม่ให้จำหน่ายบุหรี่และแอลกอฮอล์แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

**6.5.5 ศักยภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอบต.** ในการบริหารจัดการครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่

1) การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร หมายถึง อบต.ให้บุคลากรในหน่วยงานของตนเอง และภาคีเครือข่าย ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง และเป็นแกนนำหรือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน

2) การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ หมายถึง อบต. มีการระดมทุนทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน

3) การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในการระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน หมายถึง อบต. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพ

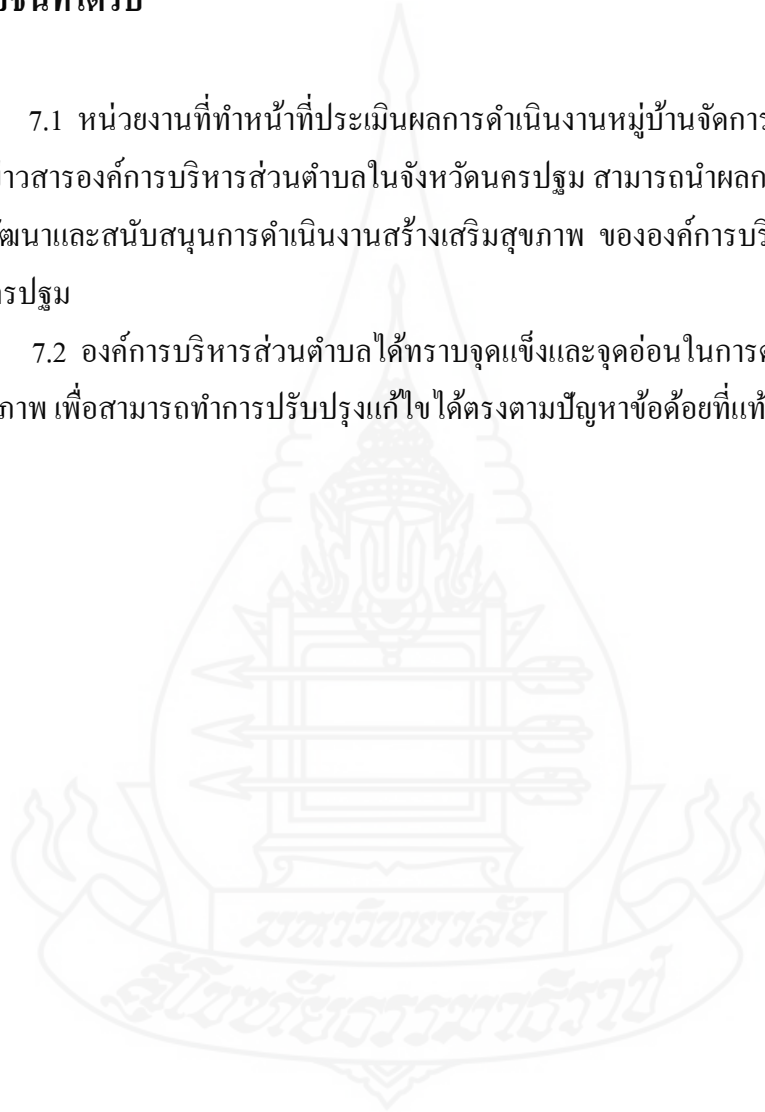
4) การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน หมายถึง อบต. มีการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้หอกระจายข่าว เสียงตามสาย แจกแผ่นพับ โปสเตอร์ และเอกสารความรู้ต่างๆ เป็นต้น

5) การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน หมายถึง อบต. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น

## 7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. ได้ข้อมูลข่าวสารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครปฐม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม

7.2 องค์การบริหารส่วนตำบลได้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อสามารถทำการปรับปรุงแก้ไขได้ตรงตามปัญหาข้อด้อยที่แท้จริง



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่อง ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐมนี้ นำเสนอเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของ อบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.
5. การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

##### 1.1 ที่มาและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

“การสร้างเสริมสุขภาพ”(วนิดา วิจารณ์ 2548: 4-13) เป็นแนวคิดและยุทธศาสตร์ในสหัสวรรษใหม่ โดยจากผลการประชุมที่กรุงออกตาวาในพ.ศ.2529 ทำให้เกิดแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในแนวใหม่ที่มีใจเน้นแต่ให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการเท่านั้น แต่จาก Ottawa Charter for Health Promotion ได้ให้ความหมายการสร้างสุขภาพว่า เป็นกระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมสุขภาพและกำหนดสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (WHO,1986) ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขพื้นฐานของการมีสุขภาพดี คือ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมและการเคารพสิทธิมนุษยชน และจากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ทั่วโลกได้สนับสนุนให้เห็นว่า งานส่งเสริมสุขภาพและกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สังคม เศรษฐกิจและเงื่อนไข สิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้เพื่อบรรลุความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

กฎบัตรรอดตาย ได้กำหนดกลยุทธ์และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

1. ชี้นำ/ชี้แนะ (Advocate) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสทางสังคม และทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2. ช่วยทำให้เกิดขึ้น (Enable) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ ประชาชนจะต้องสามารถควบคุมตัวกำหนดเงื่อนไขด้านสุขภาพเหล่านี้ได้

3. เป็นสื่อกลาง (Mediate) เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม / หน่วยงานต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคมและสื่อมวลชน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

นอกจากนี้ กฎบัตรรอดตายยังได้เสนอแนะว่า ปฏิบัติการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) มี 5 ด้าน ดังนี้

1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพมิใช่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น การมีนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องเป็นนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องขานรับและมีการปฏิบัติอย่างเป็นจริง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ นโยบายสาธารณะที่ดี (Health Public Policies) จึงหมายถึงนโยบายที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของคนทั้งมวล หรือการพัฒนาที่ยึดคนเป็นที่ตั้ง

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) มีความหมาย 2 นัยยะ คือ นัยยะแรก หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลก ทั้งนี้ เนื่องจากสมคูลของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อีกนัยหนึ่ง หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy society) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy school) เป็นต้น

3) การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงานและกำหนดเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายถึงว่า ชุมชนจะต้องได้รับ



ข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางการเงินเพียงพอ และต่อเนื่อง

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ และทักษะในการดำรงชีวิต (life Skills) ซึ่งอาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health service) ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือไปจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ ได้มีข้อเสนอเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ สำหรับการดำเนินการในประเทศไทยได้แก่

1) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การสร้างสุขภาพเป็นกระบวนการทางสังคม ต้องอาศัยการเรียนรู้ ความเข้าใจ ทั้งจากสังคมและวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน และสถาบัน จนถึงระดับนโยบายที่ต้องอาศัยศาสตร์หลายแขนง มาประกอบกันเพื่อกำหนดอย่างเป็นระบบระเบียบ

2) การสร้างกำลังคนด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Personnel) ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพต้องมีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถระดมพลังของฝ่ายต่างๆ ให้เข้ามาร่วมกันได้ ประกอบกับมีความรู้และทักษะพื้นฐานด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้มีบุคลากร มีความรู้และทักษะ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่เพียงพอ

## 1.2 กลวิธีหลักและความสำคัญของการสร้างสุขภาพ

กลวิธีหลัก 3 ประการของการดำเนินการสร้างสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2540 อ้างใน วนิดา วิระกุล 2548: 8-9) ได้แก่

**1.2.1 การสนับสนุนเพื่อสุขภาพ (Advocacy for health)** เป้าหมายของการสนับสนุนเพื่อสุขภาพ คือ การทำให้เกิดความสนใจและมีความต้องการในเรื่องสุขภาพ อีกทั้งสาธารณสุขให้ความสำคัญสูงต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีอิทธิพลในการจูงใจกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย ซึ่งได้แก่ ผู้แทนชุมชน นักวิชาชีพ ผู้นำทางศาสนาและกลุ่มผู้สนใจที่จะดำเนินการเพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ

**1.2.2 การสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Social support for health)** กลวิธีสร้างความเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนทางสังคมมีเป้าหมาย 2 ประการ ประการแรกประกอบด้วยองค์กรในชุมชนและสถาบันที่กระตุ้นให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีซึ่งเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมสุขภาพในสังคม ประการที่สองประกอบด้วย แบบซึ่งกำหนด โครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการสุขภาพและสัมพันธ์ กับกิจกรรมพัฒนาที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพต้องมีการสร้างแนวร่วมในกลุ่มที่มีอิทธิพลในสังคม เพื่อชุมชนตระหนักถึงความต้องการด้านการสร้างสภาพแวดล้อมและนโยบายที่สนับสนุนด้านสุขภาพ และเพื่อทุกกลุ่มของชุมชนอย่างเสมอภาค

**1.2.3 การสร้างพลังเพื่อสุขภาพ (Empowerment for health)** ประชาชนมีความต้องการและมีสิทธิที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการดำรงไว้ซึ่งการมาสุขภาพดี การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนและให้ประชาชนได้เลือกด้วยตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกลวิธีที่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของทุกคน (Health for all) การจัดให้มีการศึกษาเพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและวิธีการป้องกันควบคุมต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนเกิดความรู้และทักษะ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีการส่งเสริมสุขภาพในทางบวก และมีทางเลือกที่ดี

### 1.3 นโยบายสร้างสุขภาพแห่งประเทศไทย

ใน พ.ศ.2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพและกำหนดเป้าหมายของการรณรงค์ ดังนี้ พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พัฒนาให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ รณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ส่งเสริมให้ได้มาตรฐานลดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ ควบคุมและลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราป่วยและตายสูง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์

ใน พ.ศ.2546 ได้เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ในรูปกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนรวมกลุ่มและมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่สุก สะอาดและปลอดภัย ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

ใน พ.ศ.2547 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญและแผนปฏิบัติการประจำปี ที่เน้นเป้าหมายการดำเนินงานในเรื่องที่สำคัญ ได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 5 ด้าน ใน พ.ศ.2547 ดังนี้

(1) ออกกำลังกาย (2) อาหาร (3) อารมณ์ (4) การลดโรค (5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (กระทรวงสาธารณสุข 2547: 1-2)

ใน พ.ศ.2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นเจ้าภาพการประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion 2005) ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals; MDGs) ขององค์การสหประชาชาติภายใน พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 6อ. โดยเพิ่มเรื่องการดำเนินงานด้านอบายมุขอีกเรื่องหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข 2549: 2 – 5)

การดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรค อนามัยสิ่งแวดล้อมให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพการพัฒนาในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะทำให้บรรลุเมืองไทยแข็งแรงได้นั้น ควรเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ การบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดีนำไปสู่ตำบล อำเภอ จังหวัดสุขภาพดี และเมืองไทยแข็งแรงในที่สุด ดังนั้น ความสำคัญของการพัฒนาที่นำไปสู่เป้าหมายจึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพดี นำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและเป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี

ในกระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีนั้นแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

- 1) การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ องค์กร/กำลังคน/ภาคี เครือข่ายสุขภาพ (อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ ฯลฯ) ในชุมชน และการจัดการด้านทุนของชุมชน
- 2) การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน (Process) ได้แก่ กระบวนการที่ชุมชนสามารถจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย การส่งเสริมให้วัยรุ่นเป็นสมาชิกทู บี นัมเบอร์วัน ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม และมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพ การตรวจปัสสาวะและความดันโลหิต สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ ชุมชนจะต้องมีแผนการจัดการสุขภาพชุมชน การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย และการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชนเอง
- 3) การพัฒนาผลผลิต/ผลลัพธ์ (Output/Outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดสดน่าซื้อ ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการลดอัตราการป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนและประเทศ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไข้เลือดออก และโรคมะเร็งเต้านม

#### 1.4 แนวทางยุทธศาสตร์สร้าง คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง

เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เป็นยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพของประเทศไทย และได้ถูกประกาศเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2547 แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชาติ (National Level) เป็นความร่วมมือของกระทรวงที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น และระดับกระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไว้ 6. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและอบายมุข ดังนี้

##### 1.4.1 ออกกำลังกาย

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงที่เกี่ยวข้องดำเนินงานยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” โดยมีวิสัยทัศน์ที่จะทำให้ “คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา จิตวิญญาณ มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดี พอประมาณ อย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพชีวิต และทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว” หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของมิติทางกาย คือ ให้คนไทยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในทุกหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน หน่วยงานและสถานประกอบการ ทั้งนี้ กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 60 โดยประเมินในระดับพื้นที่และระดับประเทศ

ผลการวิจัยพบว่า การลดความเสี่ยงหรือลดโอกาสของการเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคไร้เชื้อเรื้อรังนั้น มิใช่ เฉพาะการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบในเวลาวางเท่านั้น จึงจะลดความเสี่ยงได้ การทำกิจกรรมทางกายอื่นในชีวิตประจำวันที่มีการออกแรง/ออกกำลังกาย อย่างน้อยด้วยความหนักปานกลาง และใช้พลังงานออกไปพอสมควร(อย่างน้อย 150 กิโลแคลอรีต่อวัน) ก็ช่วยลดความเสี่ยงได้ ดังนั้น ในด้านการสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวร่างกายทุกรูปแบบ (กระทรวงสาธารณสุข 2549: 17)

##### 1.4.2 อาหาร

อาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ การมีสุขภาพดีของประชาชนถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศ การส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย เป็นสิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชน และทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้คนไทยได้บริโภคอาหารสะอาด ปลอดภัย

มีคุณค่าอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกพื้นที่ และเป็นรูปธรรม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรตามกลุ่มอายุให้ลดลงได้ โดยการดำเนินงานภายใต้ นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ให้เกิดตั้งแต่ระดับพื้นที่จากหมู่บ้าน ตำบล จนถึง อำเภอ และจังหวัด เพื่อเชื่อมโยงให้เกิดภาพการพัฒนาที่ชัดเจน ไปสู่การบรรลุเมืองไทยแข็งแรง ใน พ.ศ. 2548 เพื่อให้การดำเนินงานสามารถทำได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม จึงดำเนินงาน ต่อเนื่องจาก พ.ศ. 2547 ในการรณรงค์ความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety) ที่ได้ดำเนินงานมา อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จด้วยดี ประเมินความปลอดภัยของอาหารด้วยการตรวจสอบ ความปลอดภัยและมอบตราสัญลักษณ์อาหารปลอดภัยไว้เป็นเครื่องหมายรับรอง ตามตัวชี้วัด นโยบายเมืองไทยแข็งแรง “อาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด” ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบใน อาหารสด เมื่อดำเนินงานควบคู่ไปกับตัวชี้วัดด้านอาหารอื่นๆแล้ว จะสามารถตรวจสอบความ ปลอดภัยของอาหารได้อย่างครอบคลุม ทั้งอาหารสด อาหารปรุงสำเร็จ และอาหารแปรรูป ทุก แหล่งประกอบการ และจำหน่ายทั่วประเทศ รวมทั้งปรับเป้าหมายการดำเนินงานในพ.ศ.2548 เป็น ร้อยละ 95 ของร้านจำหน่ายอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด ในทุกหมู่บ้าน/ตำบล เพื่อให้ ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5

### 1.4.3 อารมณ์

การดำเนินงานด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การดำเนินงานเรื่อง ทุ บี นัมเบอร์ วัน และชมรมผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข,2549: 52-56)

#### 1) ทุ บี นัมเบอร์วัน

ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ ที่รัฐบาลเร่งดำเนินการแก้ไขอย่าง ต่อเนื่องและจริงจัง และได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดไว้ 9 ด้าน นอกจากนี้ รัฐบาลได้มีการประกาศสงครามขึ้นแตกหักกับปัญหาเสพติดเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2546 ในการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากหน่วยงานทุกภาคส่วน กรม สุขภาพจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ 1 คือ การปรับปรุงพลังแผ่นดิน และการป้องกัน ได้จัดทำโครงการ TO BE NUMBER ONE อันประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ

- ก. ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด
- ข. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่เยาวชน (Generation Y) ในชุมชน
- ค. การพัฒนาระบบการป้องกันและช่วยเหลือผู้ประสบปัญหายาเสพติด



โดยมุ่งเน้นดำเนินการในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติด ทั้งในและนอกระบบการศึกษาเป็นหลัก ซึ่งการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มเปิดตัว โครงการ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2545 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2547 มีผู้สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกโครงการ TO BE NUMBER ONE กว่า 22 ล้านคน มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในโครงการโครงการไครติดยาขมมือขึ้นทั่วประเทศ รวมทั้งได้พัฒนาเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือผู้ติดและผู้เสพยาครอบคลุมทั้งในสถานบริการ สถานศึกษา และสถานประกอบการ

ใน พ.ศ.2548 เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกให้ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาเสพยาเสพติดต่อไปโดยไม่ท้อถอย โครงการย่อยที่ 3 คือ โครงการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นที่ต้องการที่พึ่งพาทางใจ โดยเฉพาะจากผู้มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาที่มีวัยใกล้เคียงกัน รวมทั้งต้องการโอกาสและสถานที่สำหรับการแสดงออกถึงพลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในแต่ละคน การมีศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หากมีปัญหาที่จะมีผู้คอยช่วยเหลืออยู่เสมอในเวลาที่ต้องการ ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นไม่ใช่สถานที่บำบัด ดังนั้น จึงเป็นอีกหนทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือมีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงให้สามารถเข้าไปใช้บริการโดยมีภาครัฐสนับสนุน

## 2) ชมรมผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย พบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะมีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีแผนนโยบายเรื่อง “เมืองไทยสุขภาพดี” (Health Thailand) ที่จะกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากร “ผู้สูงอายุ” โดยสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เน้นเชิงรุกแบบบูรณาการ และสหสาขาวิชา และการเข้าถึงประชาชนทุกคน ฉะนั้น การดำเนินงานจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดให้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมทุกเดือน ใน พ.ศ. 2549 เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต รวมถึงส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรตามกลุ่มอายุลดลงได้

### 1.4.4 อโรคยา

การดำเนินงานด้านการลดโรค ประกอบด้วย การดำเนินงาน ดังนี้ โรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข 2549: 61-69)

#### 1) การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตชนบท



ก. พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค

- (1) พัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่หน่วยงานเครือข่าย และพันธมิตรระดับท้องถิ่นในการป้องกันและควบคุมโรค (การจัดทำแนวทาง คู่มือการดำเนินการของเครือข่าย)
- (2) พัฒนาศักยภาพชุมชนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เทคนิคประชาม และให้บทสรุปของประชามในการป้องกันควบคุมโรค
- (3) สนับสนุนสร้างชุมชนเข้มแข็ง โดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำ ยุงลายอย่างยั่งยืน โดยใช้การประกวดและการณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น

ข. การประชาสัมพันธ์และแจ้งข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความตระหนัก และการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคผ่านหอกระจายข่าว และท้องถิ่น

ค. การควบคุมการระบาดในพื้นที่ โดยการสอบสวน ทำลายแหล่งยุงลาย โดยบุคลากรที่ได้รับการรับรองจากสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรท้องถิ่น

ง. ประสานงานหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแนวทาง และมาตรการด้านกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรคในท้องถิ่น

## 2) โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการลดลงจาก 16.3 ใน พ.ศ. 2544 เป็น 11.8 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ.2545 อนึ่ง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ผู้สงสัยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 6,447,301 คน โดย 2 ใน 3 อยู่ในวัยทำงาน (15-59 ปี) จำนวน 4,587,442 คน และเกินครึ่งไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรค อันเนื่องจากไม่มีอาการแสดงให้ทราบ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในชุมชนแออัดสูงกว่าชุมชนเมือง และพบผู้มีภาวะเบาหวานประมาณ 2,000,000 คน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมากและสร้างภาระต่างๆ ต่อครอบครัวและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม การดำเนินงานเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้รับการตรวจปีสภาวะ วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนที่เป็นเบาหวาน และมีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ทราบว่า ตนเองเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนและประชากรเฉพาะ

โดยสรุป การดำเนินงานเรื่องความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในชุมชนได้รับการตรวจปีสภาวะ และวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี

### 3) มะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพสตรีไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งพบว่าโรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์ของโรคสูงเป็นอันดับ 1 ใน พ.ศ. 2542 แม้ว่าในปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเป็นโรคและไม่สามารถป้องกันได้ก็ตาม แต่สตรีสามารถดูแลและป้องกันตนเองได้ในระดับหนึ่งด้วยการตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านม หากพบความผิดปกติให้รีบไปพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ จะมีโอกาสรักษาหายขาดได้ ซึ่งวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย สตรีทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และเป็นการเริ่มต้นสร้างสุขนิสัยการมีพฤติกรรมสุขภาพของสตรี การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีจะต้องมีปัจจัยสำคัญหลายประการ โดยเริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่สามารถถ่ายทอดไปยัง อสม. แก่นนำสตรีชุมชน และชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อร่วมสร้างพฤติกรรมตรวจเต้านมของสตรีในชุมชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การดำเนินงานในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม

#### 1.4.5 การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ (กระทรวงสาธารณสุข 2547: 70-80) ศูนย์เด็กเล็ก หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นสถานที่สำคัญและจำเป็นต่อสังคมไทยในการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน จากการประกาศใช้ พ.ร.บ การกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ทำให้หน่วยงานรัฐที่

คอยดูแลศูนย์เด็กเล็กถ่ายโอนภารกิจเรื่องการค้าเงินงานศูนย์เด็กเล็กให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้อค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนศูนย์เด็กเล็กแล้วประมาณ 10,000 กว่าแห่ง ในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ นั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย พ.ศ.2542 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติทุกด้านเพียงร้อยละ 71.69 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.1 โดยพัฒนาการที่เข้าข่ายสงสัยล่าช้าคือ ด้านภาษา การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัว ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวถือเป็นพื้นฐานของพัฒนาการด้านสติปัญญา เพราะมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้นการพัฒนาให้ศูนย์เด็กเล็กให้มีการพัฒนาการสมวัย ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อีกทั้งควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย การดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้บริหารศูนย์เด็กเล็กและผู้ดูแลเด็กในการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ เพื่อสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็กมีการพัฒนาให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกด้านและเพื่อกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้อง สังคม และชุมชน เกิดความตื่นตัวต่อการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานอย่างยั่งยืน และเกิดเครือข่ายศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่

#### 1.4.6 การดำเนินงานด้านนโยบาย

การดำเนินงานด้านนโยบายมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ โดยมีมาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบเพื่อสังคม โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบกำหนดมาตรการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบตามที่กระทรวงการคลังเสนอ ดังนี้

- 1) ห้ามจำหน่ายสุรา และยาสูบให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์
- 2) ระยะเวลาในการจำหน่ายสุราควรกำหนดให้สอดคล้องกับนโยบายการแก้ปัญหาสังคมตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2515 โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตขายสุราประเภทขายปลีก (ประเภทที่ 3 และประเภทที่ 4) ขายได้เฉพาะตั้งแต่เวลา 11.00 นาฬิกา ถึง 14.00 นาฬิกา และตั้งแต่เวลา 17.00 นาฬิกา ถึง 24.00 นาฬิกา ไม่นุญาตให้จำหน่ายสุราในบริเวณสถานศึกษาและศาสนสถาน ทั้งนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2547 เป็นต้นไป

โดยสรุป การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรงในที่นี้ หมายถึง การดำเนินงานระดับพื้นที่เกี่ยวกับด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบ

ด้วย 6๐. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใส อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคา และ อบายมุข สำหรับการศึกษานี้ ใช้ตัวชี้วัดตามแนวทางตามยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง มาเป็นตัวแปรในการวิจัย

## 2. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

### 2.1 ความหมายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการโดยกลุ่มองค์กรต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้าน (ทั้งกลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชนอื่นๆ) มีการวางแผนระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากภายนอกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์ คน ทูน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดคุณค่ามากกว่าเดิม ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เช่น ประชุมหารือ หรือทำประชาคมของกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมทั้งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการตามแผน และมีการเชื่อมโยงการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านกับหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกหมู่บ้าน

### 2.2 แนวคิดในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอดี ความพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาอาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายใต้ปี พ.ศ. 2560 โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จซึ่งเป็นการวัดผลสำเร็จของกิจกรรมที่ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน และตำบล จำนวน 6๐. ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข

การวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านและการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จดังกล่าว เป็นการให้ความสำคัญกับผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านมากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับการจัดการด้านสุขภาพได้ด้วยชุมชนเอง ความสำเร็จที่ยั่งยืนจึงจะเกิดขึ้นได้

ดังนั้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนจึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่เป็นเครื่องหมายของความยั่งยืนการพัฒนาคือ คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง โดยจะดูที่กระบวนการพัฒนาของหมู่บ้านว่า “หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการพัฒนาและมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพได้” ซึ่งเรียกหมู่บ้านนี้ว่า “หมู่บ้านจัดการสุขภาพ”

### 2.3 ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ควรมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพเป็นระยะๆ ตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองก่อนว่ามีกลไกหลักในการก่อรูป “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” หรือไม่

**ขั้นตอนที่ 2** สร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน เป็นขั้นตอนการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูน และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

**ขั้นตอนที่ 3** กระบวนการทำแผนชุมชน จากขั้นตอนที่ 2 สู่วิธีขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นตอนการทำแผนชุมชนด้วยการ

- 1) ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านให้ได้แผนชุมชน
- 2) กลุ่มองค์กร ภาค/เครือข่าย เกษนนำชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน
- 3) แผนชุมชนนี้ควรจะออกมาเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่า แผนชีวิต หรือแผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น
- 4) แผนสุขภาพควรจะประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ด้านสร้างสุขภาพ และด้านซ่อมสุขภาพ และแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมอะไรบ้างขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของหมู่บ้าน

**ขั้นตอนที่ 4** ปฏิบัติตามแผน โดยเลือกกิจกรรมด้านสุขภาพ และร่วมกันวิเคราะห์แผนว่า

- 1) กิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลังนำมาจัดลำดับ
- 2) กิจกรรมใด ทำโดยชุมชนเองทั้งหมด
- 3) กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น
- 4) กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นช่วยทำ จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

**ขั้นตอนที่ 5** การประเมินผล

- 1) หมู่บ้านเกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่
- 2) ภาคิเครือข่ายทั้งในและนอกหมู่บ้านมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่
- 3) ภาคิเครือข่ายมีการประสานงาน แลกเปลี่ยน ร่วมเรียนรู้
- 4) ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมต่างๆ และได้รับประโยชน์จากการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนหรือไม่อย่างน้อยเพียงใด
- 5) มีการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน และประชาชนนำไปใช้ประโยชน์อย่างน้อยเพียงใด

#### 2.4 การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2 แบบ ได้แก่

**แบบประเมินที่ 1** แบบประเมินกระบวนการและผลผลิต ประกอบด้วย รายละเอียด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพเป็นการประเมินผลความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านใน 4 ด้าน

- 1) การจัดทำแผนด้านสุขภาพ คือ การประเมินหมู่บ้านว่ามีการจัดทำแผนด้านสุขภาพ และ อสม.หรือแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้านสุขภาพ
- 2) การจัดการงบประมาณ เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ คือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล/อบต. และหน่วยงานอื่นๆ พ.ศ.2549 และใช้ดำเนินการใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพคนในหมู่บ้าน การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
- 3) การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน คือ มีการดำเนินงาน/กิจกรรม โดยให้ครบ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

ก. กิจกรรมสร้างสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การส่งเสริมพัฒนาการในเด็กเล็ก (< 6 ปี) อาหารปลอดภัย การใช้อินเทอร์เน็ต / การลดการใช้สารเคมีในการเพาะปลูก การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริมสตรีให้ตรวจสุขภาพตนเอง เช่น ตรวจเต้านมเพื่อค้นหามะเร็งได้อย่างถูกต้อง



- ข. กิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ต่อเนื่องให้กับ อสม. การศึกษาดูงานของอสม. การประชุม/อบรมนอกเขตตำบล การอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กศค.)
- ค. กิจกรรมด้านการบริการสุขภาพภาคประชาชน คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมบริการอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจำหน่ายยาและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การค้นหา/ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต การบริการ/ให้ความรู้เรื่องเอดส์ การค้นหาผู้ไม่มีบัตรทอง
- ง. กิจกรรมถ่ายทอดความรู้ คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมผ่านสื่อ เช่น หอกระจายข่าว หรือการประชุมกลุ่มเวทีเรียนรู้เป็นต้น
- จ. กิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันโรค คือ หมู่บ้านต้องมีกิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกันอย่างน้อย 1 กิจกรรม ได้แก่ การจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไข้ฉี่หนู โรคอุจจาระร่วง การแพ้พิษสารเคมี อุบัติเหตุระหว่างประสบภัย ไข้หวัดนก

4) การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน คือ การที่หมู่บ้านมีการประเมินผล โดยใช้กิจกรรมอย่างน้อย 2 กิจกรรมในการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ กล่าวคือ มีการประชุมสรุปผลงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละปี มีการประเมินผลตามแผนงานที่วางไว้ มีการใช้แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และมีการใช้แบบประเมินตนเอง เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้าน

**แบบประเมินที่ 2** แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นแบบประเมินเพื่อพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ตัวชี้วัดประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่

- หมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและการจัดการด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน  
 หมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ  
 หมวดที่ 3 การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน  
 หมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน



หมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน  
(กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน 2549: 18-49)

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของ อบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับอบต.

##### 3.1.1 ความหมายขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

อบต. หมายถึง หน่วยการปกครองท้องถิ่นที่มีการพัฒนารูปแบบมาจากสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 โดยได้รับการกระจายอำนาจการปกครองและการบริหารราชการส่วนตำบลด้วยการมีฐานะเป็นนิติบุคคล สามารถทำนิติกรรมตามกระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลได้

รัฐบาลประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ยกฐานะสภาตำบลที่มีอยู่เป็นนิติบุคคลและสำหรับตำบลที่มีความพร้อมเข้าหลักเกณฑ์ให้ยกฐานะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล โดยพิจารณาจากรายได้ท้องถิ่นไม่ต่ำกว่า 150,000 บาท ต่อปี ติดต่อกัน 3 ปี ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลมีการแบ่งชั้นเป็น 5 ชั้น ตามเกณฑ์รายได้คือ (ตระกูล มีชัย 2540)

รายได้ 20 ล้านบาทขึ้นไป เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 1

รายได้ 12 – 20 ล้านบาท เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 2

รายได้ 6 – 12 ล้านบาท เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 3

รายได้ 3 – 6 ล้านบาท เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 4

รายได้ไม่เกิน 3 ล้าน เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 5

##### 3.1.2 รูปแบบองค์การ

อบต. ประกอบด้วย สภาองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

1) สภาองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนหมู่บ้านละ 2 คน ซึ่งเลือกตั้งขึ้น โดยราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในแต่ละหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนั้น กรณีที่เขตองค์การบริหารส่วนตำบลใดมีเพียงหนึ่งหมู่บ้านให้มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวนหกคน และในกรณีมีเพียง 2 หมู่บ้านให้มีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 3 คน

2) องค์การบริหารส่วนตำบลมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ซึ่งมาจากการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรง การเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนตามกฎหมายว่าด้วยการเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

### 3.1.3 การบริหาร

กฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหาร อบต. (ม.58) ประกอบด้วย

- 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน
- 2) ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือ ผู้บริหารท้องถิ่น เรียกว่า นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งมาจากการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรง

### 3.1.4 อำนาจหน้าที่ของ อบต.

อบต. มีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วน ตำบล พ.ศ. 2537 และ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542) ดังนี้

- 1) พัฒนาดำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (มาตรา 66)
- 2) มีหน้าที่ต้องทำตามมาตรา 67 ดังนี้
  - ก. จัดให้มีและบำรุงทางน้ำและทางบก
  - ข. การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
  - ค. ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
  - ง. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
  - จ. ส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม
  - ฉ. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุและพิการ
  - ช. คุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
  - ซ. บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
  - ฅ. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมาย
- 3) มีหน้าที่ที่อาจทำกิจกรรมในเขต อบต. ตามมาตรา 68 ดังนี้
  - ก. ให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและการเกษตร
  - ข. ให้มีและบำรุงไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
  - ค. ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ
  - ง. ให้มีและบำรุงสถานที่ประชุม การกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจและ

### สวนสาธารณะ

- จ. ให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรกร และกิจการสหกรณ์
- ฉ. ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว
- ช. บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพ
- ซ. การคุ้มครองดูแลและรักษาทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน
- ฅ. หาผลประโยชน์จากทรัพย์สินของ อบต.
- ญ. ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม
- ฎ. กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์
- ฏ. การท่องเที่ยว
- ฐ. การผังเมือง

#### 3.1.5 ประเภทของ อบต.

ปัจจุบันมีการแก้ไขประเภทของ อบต.แบ่งเป็น 3 ขนาด คือ.อบต. ขนาดใหญ่  
อบต. ขนาดกลาง และ อบต. ขนาดเล็ก

#### 3.1.6 โครงสร้างองค์กรของ อบต.

อบต. มีสภาตำบลอยู่ในระดับสูงสุด เป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล  
กรรมการบริหารของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นผู้ใช้อำนาจบริหารงานองค์การบริหาร  
ส่วนตำบล และมีพนักงานประจำที่เป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ทำงานประจำวัน โดยมีปลัด  
และรองปลัด อบต. เป็นหัวหน้างานบริหาร ภายในองค์การมีการแบ่งออกเป็นหน่วยงานต่างๆ ได้  
เท่าที่จำเป็นตามภาระหน้าที่ของ อบต.แต่ละแห่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนใน  
พื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่ เช่น

- 1) สำนักงานปลัด
- 2) ส่วนการคลัง
- 3) ส่วนสาธารณสุข
- 4) ส่วนการศึกษา
- 5) ส่วนการโยธา

โดยสรุป องค์การบริหารส่วนตำบล มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า อบต. มีฐานะเป็น  
นิติบุคคล และเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภา  
ตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552 โดย

ยกฐานะจากสภาตำบลที่มีรายได้โดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกันสามปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละหนึ่งแสนห้าหมื่นบาท

### 3.2 ภารกิจของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

การทบทวนแผนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.2544 และแผนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดต่างๆ สามารถจัดแบ่งเป็นกลุ่มงานเพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของออกตาวาชาเรเตอร์ได้ 18 งานก็ บอีก 3 กลไก แบ่งเป็น

- 3.2.1 การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล 6 งาน
- 3.2.2 การสร้างความมีส่วนร่วมของ 4 งาน
- 3.2.3 การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อ 6 งาน
- 3.2.4 การคุ้มครองสิทธิ 2 งาน
- 3.2.5 กลไกการผลักดันนโยบายสาธารณะอื่นๆ เพื่อสุขภาพ
- 3.2.6 กลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ
- 3.2.7 กลไกการใช้หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ

### 3.3 บทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ

#### 3.3.1 การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล

เป็นการบริหารจัดการปัจจัยต่อสุขภาพของประชาชนรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายในการระบุดึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยจำแนกประชากรออกตาม อายุ เพศ วัฒนธรรม และสถานการณ์ทำงาน ที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย\*การแก้ไขปัญหาคัดค้าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์\* งานทันตสาธารณสุข\* งาน โภชนาการ\* และงานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร\* รวมถึง การพัฒนาบุคลากรและชุมชนและปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อด้วย\* ประกอบด้วย 6 งาน คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ อสม.
- 2) การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก\*
- 3) การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน\*
- 4) การดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส\*
- 5) การส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงานรวมถึงงานพัฒนาอาชีพอนามัยและ

อาชีพเวชกรรม\*

- 6) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ\*

**3.3.2 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน** ในการวางแผน สร้างกิจกรรมและระดมทรัพยากร ประกอบด้วย 4 งาน

- 1) การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่
- 2) การมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนอื่นๆที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) การส่งเสริมกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ\*

**3.3.3 การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ**

เป็นการจัดการให้เกิดสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย สำหรับพักอาศัย เรียนรู้ และทำงาน นอกจากนี้จะต้องมีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้คนรู้จักรักษาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย ประกอบด้วย 6 งาน

- 1) การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด\*
- 2) การเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัย
- 3) งานสุขาภิบาลอาหารและงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม\*
- 4) งานเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทาง น้ำ และอากาศ \*
- 5) การป้องกันและลดอุบัติเหตุจากรถ
- 6) การควบคุมการผลิต จำหน่าย และบริโภค สุราและยาสูบ

**3.3.4 การคุ้มครองสิทธิ** ประกอบด้วย 2 งาน

- 1) การคุ้มครองสิทธิของบุคคล ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ
- 2) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึง
  - ก. การผลิตสื่อและหรือการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา\*
  - ข. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม\*
  - ค. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น\*
  - ง. ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ. แต่ละประเภท\*

หมายเหตุ: \* เป็นภารกิจเดิมของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องถ่ายโอนให้

**3.4.5 กลไกการผลักดันนโยบายสาธารณะอื่นๆเพื่อสุขภาพ** ควรมุ่งเน้นไปเพื่อสร้างความ เป็นธรรมอันเนื่องมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพและสร้างความรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

**3.4.6 กลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพ** และการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ

**3.4.7 กลไกการใช้ หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง การ ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องประสิทธิผลของ โครงการ การส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆที่ทำให้ เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในการตัดสินใจได้

ตารางที่ 2.1 ข้อเสนอบทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพใน ประเทศไทย

ประเด็นในการ สร้างเสริมสุขภาพ	ข้อเสนอบทบาทของรัฐ ท้องถิ่นและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ		
	รัฐส่วนกลาง/ ส่วนภูมิภาค	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ภาคประชาชน
ภาพรวม ระบบสุขภาพ	1) กศร.เป็นหน่วยงานหลักในการ กำหนดนโยบาย 2) สข.สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบ มีส่วนร่วม 3) สปสข.เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ 4) สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภาคประชาชน 5) สวรส. วิเคราะห์ประเมินระสิทธิผล งานส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการ ตัดสินใจ	1) จัดให้มีบริการสาธารณะ โดย ผู้ให้บริการอาจมาจากรัฐหรือ เอกชนก็ได้ 2) จัดการดูแลสิ่งแวดล้อมใน ท้องถิ่น 3) จัดกระบวนการนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมี ส่วนร่วม	1) ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวย และ 2) ร่วมวางแผนและ ตัดสินใจในการจัดสรร ทรัพยากรของท้องถิ่น
ก. การส่งเสริม สุขภาพของ ประชาชน รายบุคคล	1) กศร.จัดทำโครงการระดับชาติ สร้าง กลไกแรงจูงใจ 2) สปสข.จัดสรรงบประมาณบริการสุขภาพ รวมทั้งงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ให้ สถานบริการ	1) สถานีอนามัย แนะนำทักษะ ทางสุขภาพรายบุคคล/กลุ่ม 2) การอบรมในระดับชุมชนเป็น ภารกิจของ รพสต.	อสม. ร่วมในการดูแล สาธารณสุขมูลฐาน
ข. การสร้างความ มีส่วนร่วมของ ชุมชน	1) สปสข.จัดสรรงบส่งเสริมป้องกันโรค ในชุมชน (PP com) ให้ในรูปแบบกองทุน สุขภาพตำบล 2) สสส.มีบทบาทสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ นอกกระบวนการบริการสุขภาพ	1) บริหารกองทุนสุขภาพตำบล 2) อปท. จัดสรรให้หมู่บ้าน ชุมชนแห่งละ 10,000 บาท ทำโครงการตามแผนของ หมู่บ้าน	1) ชุมชนเป็นกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล 2) วางแผนและดำเนินการ โครงการระดับหมู่บ้าน 3) ขับเคลื่อนสังคมและ ภาคประชาชน

## ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ประเด็นในการ สร้างเสริมสุขภาพ	ข้อเสนอแนะของรัฐบาลท้องถิ่นและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ		
	รัฐส่วนกลาง/ ส่วนภูมิภาค	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	ภาคประชาชน
ค. การจัดการให้ เกิดสิ่งแวดล้อมที่ ดีต่อสุขภาพ	1) สช.และกรมวิชาการ จัดทำแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม 2) สช.สร้างกลไก แนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	จัดการสิ่งแวดล้อม	สอดส่องดูแล สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน และชุมชน
ง. การคุ้มครอง สิทธิ	1) สปสช.ให้หลักประกันสุขภาพกับทุกคน 2) กสช.จัดทำแนวทางคุ้มครองผู้บริโภค	สอดส่องการละเมิดสิทธิ และ ให้ความคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส	ประชาชนรู้สิทธิและ ปกป้องสิทธิคนในชุมชน
จ. กลไกการหลัก ดันนโยบาย สาธารณะอื่นๆ เพื่อสุขภาพ	1) สช. จัดกลไก และแนวทางการทำแผนสุขภาพในระดับพื้นที่ 2) สช. จัดทำแผนสุขภาพตำบล	เป็นแกนประสานการจัดทำ นโยบายสาธารณะอย่างมี ส่วน ร่วมหรือ จัดทำแผนสุขภาพ จังหวัด/ แผนสุขภาพตำบล	ร่วมในกระบวนการ
ฉ. กลไกการ สื่อสารสาธารณะ เพื่อสุขภาพและ การจัดการข้อมูล ด้านสุขภาพ	1) สสส. ทำการตลาดเพื่อสังคม ส่งเสริม การมีพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อ สุขภาพ 2) กสช. จัดระบบข้อมูลด้านสุขภาพ 3) สสจ. สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่น	เป็นหน่วยจัดเก็บข้อมูลที่จุด บริการ	
ช. กลไกการใช้ หลักฐานทาง วิชาการในการ สร้างเสริมสุขภาพ	1) สวรส. จัดให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลและ วิจัยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ระดับ ต่างๆ 2) สสจ. สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่น	ใช้หลักฐานทางวิชาการในการ จัดทำแผนสุขภาพ	

ที่มา: ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ จิรบุรณ์ โตสงวน และ ทรัพย์หทัย สุมาลี (2553) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หน้า 84-87

### 3.4 การมอบภารกิจจากหน่วยงานรัฐส่วนกลางส่วนภูมิภาคให้ท้องถิ่น

อาจอาศัยหลัก 2 อย่างคือ (1) ความเสี่ยงต่ำหรือความถี่สูง และ (2) ใช้ทักษะพื้นฐาน หรือเข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง คือ การแบ่งภารกิจตามการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นมีการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชน/ หมู่บ้าน ดังนี้



### 3.4.1 จัดให้มีบริการสาธารณสุขในเขต 18 งาน

การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล 6 งาน (อาจจัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพอื่น) การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน 4 งาน การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ 5 งาน การคุ้มครองสิทธิ 2 งาน

### 3.4.2 เป็นแกนประสานจัดทำนโยบายสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพ

## 4. แนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.

### 4.1 บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาท/ภารกิจที่ต้องดำเนินการตามระเบียบกฎหมาย ดังนี้

4.1.1 ภารกิจที่องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถดำเนินการได้ทันที ได้แก่ งานสาธารณสุขมูลฐาน โดยกระบวนการดำเนินงานประชาชนทราบอยู่แล้ว องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถส่งเสริมสนับสนุนได้อย่างเต็มที่

### 4.1.2 ภารกิจที่องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถดำเนินการได้เมื่อพร้อม ได้แก่

- 1) การเตรียมพร้อมด้านกฎหมาย
- 2) การเตรียมพร้อมด้านงบประมาณ
- 3) การเตรียมพร้อมด้านอัตรากำลัง
- 4) การเตรียมพร้อมด้านวิชาการ
- 5) การเตรียมพร้อมด้านสาธารณสุขในระยะยาว

4.1.3 กระแสการพัฒนาในปัจจุบัน การพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชนมุ่งเน้นไปที่

1) คุณภาพ โดยต้องทำอย่างมีคุณภาพทุกขั้นตอน  
2) ประสิทธิภาพ กระแสพัฒนาที่เน้นความคุ้มค่า ความคุ้มค่า ประหยัดตามหลักเศรษฐศาสตร์

3) เสมอภาค ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขมีมาตรฐานเท่าเทียมกันอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมชาติตามหลักรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

- 4) เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา
- 5) ความยั่งยืน

**4.1.4 พลังสนับสนุนจากทุกภาคส่วนสังคม** โดยต้องการพลังสนับสนุนจากฝ่ายต่างๆ ดังนี้

- 1) รัฐบาล ต้องมุ่งกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น
- 2) ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ภาครัฐปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้ควบคุม
- 3) ประชาชน ต้องรู้จักคัดเลือกรับคนดีเข้ามาเป็นสมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล
- 4) องค์กรภาคเอกชน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนหาแนวร่วมส่วนมวลชนเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

**4.1.5 สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยกระตุ้น** ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ แรงงานในเมืองหลวงกลับสู่ท้องถิ่นเป็นโอกาสในการระดมกำลังในการพัฒนาท้องถิ่น

## 4.2 การดำเนินงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้นั้น ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเผชิญปัญหาอุปสรรคมากมายในการสนับสนุนให้ อบต. เข้ามาพัฒนางานสาธารณสุขแบบหวังผล ซึ่งแม้จะเป็นเรื่องยาก แต่ไม่ใช่จะทำไม่ได้ หากแต่ต้องอาศัยระยะเวลาตามสมควร ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการร่วมกัน ดังนี้

**4.2.1 องค์กรบริหารส่วนตำบลต้องประเมินศักยภาพความพร้อม** เพื่อรับโอนภารกิจงานสาธารณสุขที่เหมาะสม

**4.2.2 กระทรวงสาธารณสุขต้องเตรียมความพร้อม** ต้องผลักดันด้านกฎหมาย เตรียมด้านกำลังคน ด้านวิชาการ เพื่อสนับสนุนองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขแก่องค์กรบริหารส่วนตำบล

**4.2.3 สร้างกระแสร่วมกันในการพัฒนาทุกระดับอย่างเน้นหนักและต่อเนื่อง** เพราะการพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติและค่านิยมที่ถูกต้องของประชาชนเป็นสำคัญ

## 4.3 ศักยภาพ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2546:1095) ได้ให้ความหมายของคำว่า ศักยภาพ คือ ภาวะแฝง อำนาจ หรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่างๆ อาจจะทำให้พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้

ศักยภาพ (Potentiality) หมายถึง ความสามารถหรือพลังที่มีอยู่พร้อมที่จะกระทำ การต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Fred W. Riggs (ed). อ้างในประหยัด หงส์ทองคำ และ อนันต์ เกตุวงศ์ 2542: ม.ป.ท.)

สราวุธ วลัยชพฤกษ์ (2543: 27) ได้ให้คำจำกัดความว่า ศักยภาพ คือ ความพร้อม ของสิ่งต่างๆ ที่แสดงพลังอำนาจหรือความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้เกิดการพัฒนาและ บรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่ สนับสนุนต่อภารกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร มีความ สนใจอย่างจริงจังในเป้าหมาย ค่านิยมและวัตถุประสงค์ขององค์กร เต็มใจที่จะทุ่มเทพลังใจในการ ทำงาน เพื่อองค์กรให้บรรลุถึงจุดประสงค์และเป้าหมายขององค์กร มีการปฏิบัติงานตามบทบาท อย่างชัดเจนและเต็มที่ และเป็นที่ยอมรับต่อองค์กร รวมทั้งได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมกันบริหารองค์กร และนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของ องค์กรที่กำหนดไว้ (ชวงส์ ฉายะบุตร ม.ป.ป.)

โดยสรุป ศักยภาพ หมายถึงขีดความสามารถสูงสุดที่มีอยู่ในตัว ที่จะกระทำการ ต่างๆ ให้บรรลุผลในอนาคต โดยคำนึงถึงปัจจัยประกอบที่มีต่อภารกิจที่กระทำนั้น

ทั้งนี้ อบต. มีความสามารถในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การ สนับสนุนงบประมาณ (เพิ่มเติมจากหมู่บ้านละ 10,000 บาท / หมู่บ้าน) ความรู้ด้านวิชาการ และ ทรัพยากรต่างๆ แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพของอบต.

## 5. การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม ใน พ.ศ. 2553

### 5.1 ความหมาย และเป้าหมายของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในเป้าหมายการดำเนินงานของกระทรวง สาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2553 ซึ่งดำเนินการโดยกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นการดำเนินงานตอบสนอง 2 ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต เป้าหมายการให้บริการกระทรวง ที่ 3: ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สามารถลดภาวะโรคภัยคุกคาม และความรุนแรงด้านสุขภาพ ได้ และยุทธศาสตร์ที่ 5: ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้น กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ จึงได้กำหนดกลยุทธการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพขององค์กรภาคีเครือข่ายในการจัดการ

สุขภาพของชุมชนและกำหนดเป้าประสงค์ไว้ว่า ประชาชนมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและสามารถบริหารจัดการด้านสุขภาพของชุมชนได้ กระบวนการพัฒนาให้ชุมชนและหมู่บ้านมีการจัดการด้านสุขภาพได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้มีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชน และกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาและสนับสนุนเครือข่ายชุมชน โดยมีเครือข่ายภาครัฐ อบต. เป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุน จนสามารถบริหารจัดการให้เกิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2551: 17)

โดยสรุป หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึง หมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการ มีการวางแผนระดมทุน จัดการทุน มีการใช้องค์ความรู้ มีการประเมินผลการทำงาน มีการเชื่อมโยงและประสานประโยชน์จากคน ทุน และองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

## 5.2 การสนับสนุนด้านงบประมาณจาก อบต.

พบว่า มีจำนวนหมู่บ้านที่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เพียงร้อยละ 4.54 (42 หมู่บ้าน) อย่างไรก็ตาม จำนวนงบประมาณที่สนับสนุนหมู่บ้านน้อยกว่า 10,000 บาท เท่ากับร้อยละ 2.16 (20 หมู่บ้าน) หมู่บ้านที่ไ้งบประมาณหมื่นบาทถ้วน มี 732 หมู่บ้าน เท่ากับร้อยละ 79.14 และหมู่บ้านที่ไ้รับงบประมาณมากกว่า 10,000 บาท มี 131 หมู่บ้าน ร้อยละ 14.16

วิเคราะห์แหล่งงบประมาณอื่นๆที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ พบว่า ไ้รับจาก อบต. เพียงหน่วยงานเดียว มีจำนวน 344 หมู่บ้าน เท่ากับร้อยละ 37.19 ของหมู่บ้านที่ประเมิน แหล่งงบประมาณที่ให้การสนับสนุน เรียงจากสูงสุดไปน้อยสุด ไ้แก่ กองทุน 1 ล้าน 360 หมู่บ้าน ร้อยละ 38.92 (เทียบกับจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่ไ้รับงบสนับสนุนจาก อบต. และแหล่งอื่นๆ) กองทุนโภชนาการ 269 หมู่บ้าน ร้อยละ 29.08 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 177 หมู่บ้าน ร้อยละ 19.14 กองทุนสัจจะหรือกองทุนออมทรัพย์ 147 หมู่บ้าน ร้อยละ 15.89 กองทุนสุขภาพีบาล 56 หมู่บ้าน ร้อยละ 6.05 ไ้รับงบจากแหล่งอื่นด้วย จำนวน 51 หมู่บ้าน ร้อยละ 5.51 และ กองทุนยา 4 หมู่บ้าน ร้อย 0.43

สำหรับจำนวนเงินที่ไ้ใช้ในแต่ละด้านของการพัฒนาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน พบว่า มี การไ้ใช้ในพัฒนาศักยภาพสูงเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 204.12 รองลงมาไ้ใช้ในการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขในชุมชน ร้อยละ 162.82 และจัดบริการสุขภาพใน ศสมช. ร้อยละ 99.00

## 5.3 การสนับสนุนด้านวิชาการจาก อบต.

เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นบุคลากร

สาธารณสุขหรือพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพอนามัยของประชาชน บุคลากรเหล่านี้มีใจรักในงานสาธารณสุข มีความเข้มแข็งอดทนทั้งใจและกายที่จะทำงานกับชุมชน ซึ่งสามารถให้ความรู้ทางด้านวิชาการในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่คนในชุมชนได้

#### 5.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากรจากอบต.

อบต. มีทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งวัสดุ/อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ที่จะให้การสนับสนุนในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคแก่ชุมชน เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิทัศน์ รวยวา และปรีดา ในอุทิศ (2540: 59) ศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนาสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู ให้ข้อสรุปว่า ความเป็นไปได้ในการพัฒนางานสาธารณสุขร่วมกันโดยการจัดแบ่งแยกกิจกรรมเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากกระทรวงสาธารณสุข และกลวิธีการปฏิบัติยังคงเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการใช้กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน

พัชรา ผิวขาว (2544: 91- 94) ศึกษาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ศักยภาพในการจัดงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้ (1) ด้านบุคลากร มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสาธารณสุขมูลฐานจากการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมหรือรับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน แม้ว่าส่วนใหญ่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีระดับพื้นฐานการศึกษาค่อนข้างต่ำ แต่มีการพัฒนาระดับความรู้ตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งระดับผู้นำทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ประธานกรรมการบริหาร ประธานสภา และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นกลุ่มผู้นำ จะมีการศึกษาสูงและสมาชิกยอมรับในภาวะการเป็นผู้นำ (2) ด้านรายได้ และงบประมาณ ซึ่งมีจำนวนมากแต่มีการสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง เพียงร้อยละ 0.42 ของงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาตำบลทั้งหมด ส่วนใหญ่จัดสรรให้งบควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในตำบลและป้องกันยาเสพติด (3) ด้านการบริหารจัดการ มีการจัดองค์กรขึ้นรองรับงานฝ่ายสาธารณสุขและ

สิ่งแวดล้อม เพื่อติดตามกำกับดูแลการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในหมู่บ้าน จัดให้มีวาระการประชุม เรื่องการติดตามงานด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมทุกเดือน (4) ด้านวัสดุครุภัณฑ์ มีครุภัณฑ์ที่เน้น การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะสิ่งปฏิกูล การจัดหาน้ำสะอาด และการป้องกันควบคุม โรคติดต่อ (5) ด้านองค์กรภายนอกและสภาพแวดล้อมหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามา สนับสนุน กิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขตามนโยบาย แต่บุคคลด้านสาธารณสุขระดับตำบลยังมิ มีการประสานข้อมูลและเสนอปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขต่อองค์การบริหารส่วนตำบล น้อย

นิตยา นันทขว้าง (2545: บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วน ตำบล ในงานสาธารณสุขอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จากองค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง และบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 179 คนผลการศึกษาพบว่า ทุกองค์การบริหาร ส่วนตำบล มีการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลมีส่วนร่วมใน การจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข แต่มีองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง จาก องค์การบริหารส่วนตำบล 10 แห่ง ที่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข ส่วน ปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของ องค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุข ได้แก่ การ ขาดบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ด้านสาธารณสุข นักการเมืองท้องถิ่นมีวิสัยทัศน์แคบ บุคลากร องค์การบริหารส่วนตำบลมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ องค์การบริหารส่วนตำบลมี งบประมาณน้อย ความไม่ชัดเจนของนโยบายของรัฐ ความไม่เข้าใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อ ระบบงาน บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล การขาดความศรัทธาและความน่าเชื่อถือ หรือภาพลักษณ์ต่อบุคลากรสาธารณสุข

ศิริพรรณ พันธุมะ โอภาส (2544) ศึกษาเรื่องการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรม สาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษา คือ จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ใน ความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล การ จัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข การมีบุคลากรรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วม ของชุมชนด้านสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2543 มีการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน แยกตามกิจกรรม 14 องค์ประกอบในระดับปานกลางและต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้มี การจัดอบรมและให้ความรู้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับรู้ ข้อมูลข่าวสารและความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ ขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล



พ.ศ.2537 ข้อ 67 และ 68 และ หลักการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลที่ดำเนินการแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูง พบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลมีการดำเนินกิจกรรมงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับสูงด้วย และควรสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีบุคลากรรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานโดยตรง เพราะจากการศึกษาพบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลที่มีบุคลากรรับผิดชอบงานสาธารณสุขจะมีการดำเนินการด้านสาธารณสุขในระดับสูง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะได้ศึกษาและพิจารณาวางกรอบอัตรากำลังที่จะปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นให้สามารถรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

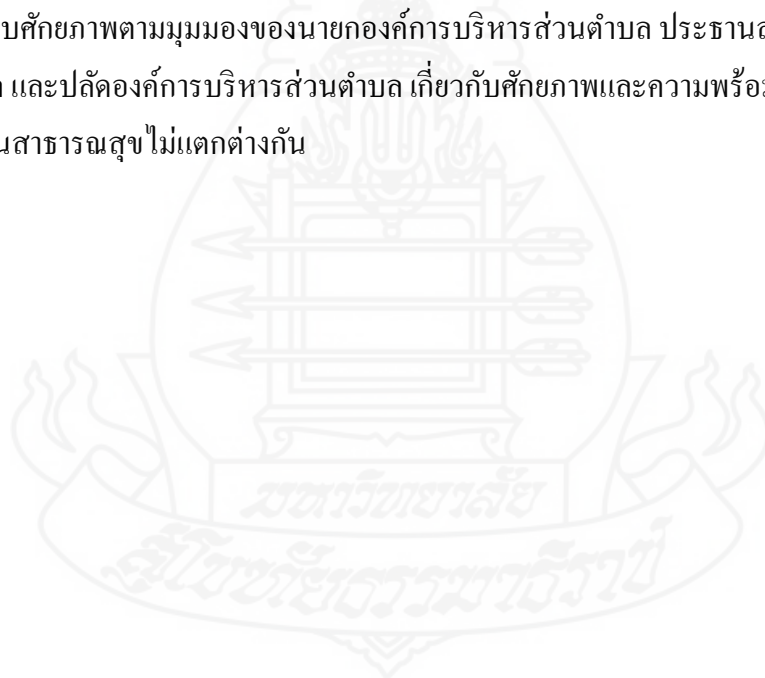
สมฤดี ลิ้มปรัชติวิชัย (2544) ศึกษาบทบาทขององค์กรบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของชุมชน: กรณีศึกษาองค์กรบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษางานด้านสาธารณสุขชุมชน การดำเนินงานขององค์กรบริหารส่วนตำบลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิด แนวทางและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนตำบล รวมถึงความคาดหวังต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐาน ผลการศึกษาพบว่า งานด้านสาธารณสุขของตำบลเกาะเกร็ด มี 4 ด้าน คือ งานป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล และงานฟื้นฟูสุขภาพ โดยองค์กรบริหารส่วนตำบลและองค์กรชุมชน จะมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผล แผนงานขององค์กรบริหารส่วนตำบลยังมุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้าง พื้นฐานซึ่งเป็นการส่งเสริมงานสาธารณสุขทางอ้อม ส่วนงานสาธารณสุขที่มีแผนงานชัดเจนและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องก็คือ งานกำจัดขยะมูลฝอย โดยปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน คือ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทด้านสาธารณสุข วิธีทางการเมือง ระบบงานสาธารณสุข งบประมาณ ความร่วมมือระหว่างองค์กรสภาพสิ่งแวดล้อมและชุมชน ส่วนความคาดหวังพบว่าทั้งองค์กรบริหารส่วนตำบลประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการให้รัฐเป็นผู้รับงานด้านสาธารณสุขมากกว่าที่จะให้เป็นหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนตำบล ส่วนในเรื่องความพร้อมพบว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลยังขาดกำลังคนและงบประมาณ แต่มีสถานที่และอุปกรณ์เพียงพอ รวมทั้งมีระบบการบริหารงานที่ดี ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ ควรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจในบทบาทการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชนแก่องค์กรบริหารส่วนตำบล โดยรัฐควรกำหนดหน้าที่ให้ชัดเจนและมีการสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนและองค์กรในชุมชนเห็นถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข



พินินทร์ แสนสารานู (2547) ได้สรุปไว้ในบทคัดย่อในการวิจัยเรื่องศักยภาพในการดำเนินงานสุขภาพประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดสุรินทร์ กล่าวว่า ศักยภาพในการบริหารจัดการและดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนของอบต. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

พิชญ์ โชติประไพ (2551) ได้สรุปไว้ในบทคัดย่อ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบลมีความสัมพันธ์กับงบประมาณที่สนับสนุนในการพัฒนางานสาธารณสุข

รุ่งเรือง มาลาทอง (2546: 80-89) ศึกษาศักยภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีศักยภาพและความพร้อมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับศักยภาพ ดังนี้ (1) ด้านโครงสร้างการบริหาร (2) ด้านการบริหาร (3) ด้านงบประมาณ และ (4) ด้านบุคลากร ตามลำดับ โดยมีการเปรียบเทียบศักยภาพตามมุมมองของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับศักยภาพและความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน



# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการศึกษา

### 1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เพื่อศึกษาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม โดยการสอบถามข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนตำบล

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ พนักงานส่วนตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางซึ่งรับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเขตการปกครององค์กรส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม อบต.ละ 1 คน 90 แห่ง จำนวน 90 คน

2.2 ตัวอย่างที่ศึกษา ทำการศึกษาทุกหน่วยของประชากรทั้ง 90 แห่ง คือ 90 คน

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบสำรวจพนักงานขององค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานของ อบต. ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิ การศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ในอบต. ประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การได้รับการอบรมให้ความรู้งานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ขนาด (ระดับชั้น) ของอบต. นโยบายของผู้บริหารต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวน

บุคลากรที่รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การมีส่วนสาธารณสุข งบประมาณ ปี 2553 ที่ใช้ในการพัฒนาบริหารอบต. งบประมาณที่ตั้งไว้ในส่วนสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งปลายเปิดให้เลือกตอบ และปลายปิดให้ระบุจำนวนตัวเลข ลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านความรู้วิชาการ และ ด้านทรัพยากร ในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของอบต. แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งปลายเปิดให้เลือกตอบ และปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน

#### จัดการสุขภาพ 5 หมวดตัวชี้วัด ประกอบด้วย

หมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร มีจำนวน 8 ข้อ

หมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ มีจำนวน 8 ข้อ

หมวดที่ 3 การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน  
มีจำนวน 10 ข้อ

หมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน มีจำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีจำนวน 8 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้พนักงานขององค์การบริหาร ส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

แบบสอบถามมากที่สุด = 5 คะแนน

มาก หมายถึง

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

แบบสอบถามมาก = 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

แบบสอบถามปานกลาง = 3 คะแนน

น้อย หมายถึง

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

แบบสอบถามน้อย = 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง

ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

แบบสอบถามน้อยที่สุด = 1 คะแนน

### 3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.2.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทำการพิจารณาตรวจสอบและแก้ไขเพื่อความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา

#### 3.2.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ พนักงานขององค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 15 คน และในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 15 คน

2) หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.9931

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ทำหนังสือถึงประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 ประสานงานกับท้องถิ่นจังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการออกหนังสือแจ้ง อบต. แต่ละแห่งให้อำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม

4.3 ประสานงานกับอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวก

4.4 ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้องค์การบริหารส่วนตำบล แห่งละ 1 ชุด โดยพร้อมติดแสตมป์ส่งกลับคืนผู้ศึกษา ภายใน 30 วัน

4.5 ประสานโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพจาก อบต. ที่ยังไม่ส่งแบบสอบถามคืนตามเวลาที่กำหนด ได้รับแบบสอบถามครบ ร้อยละ 100

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 พรรณนาการกระจายของข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

**5.2.1** หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (*Pearson's product moment correlation coefficient*) สำหรับข้อมูลที่วัดแบบช่วงมาตรา (Interval scale) และอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**5.2.2** ทำการทดสอบไคสแควร์ (*Chi-Squares*) สำหรับข้อมูลที่วัดแบบนามมาตรา (Nominal scale) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา เรื่อง ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดนครปฐม นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และ อบต.
2. การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต.
3. การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.
4. ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ลักษณะของ อบต. และผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และ อบต.

##### 1.1 ลักษณะส่วนบุคคลผู้ปฏิบัติงานใน อบต.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม แสดงดังตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เป็นตัวอย่างในการศึกษามีทั้งหมด 90 คน มีการกระจายตามลักษณะตัวอย่างดังนี้

เพศ เป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย เท่ากับร้อยละ 58.9 และ 41.1

อายุ สัดส่วนที่อายุไม่เกิน 30 ปีมีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 34.4 รองลงมาอายุ 31 – 35 ปี ร้อยละ 31.1 อายุเฉลี่ย 34.08 ปี อายุต่ำสุด/สูงสุดเท่ากับ 24/60

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่สูงกว่าปริญญาตรี เท่ากับร้อยละ 77.8

ตำแหน่งหน้าที่ใน อบต. ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในสายงานพัฒนาชุมชนมีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ สายงานสุขภาพ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล สายงานมหาดไทย (หัวหน้าสำนักปลัด ปลัด อบต. นายก อบต.) และเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน เท่ากับร้อยละ 26.7 17.8 และ 15.6 ตามลำดับ



ประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพใน อบต. เป็นระยะเวลา 1 ปี มีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 30.7 รองลงมา 2 ปี ร้อยละ 20.0 ประสบการณ์เฉลี่ย 2.967 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 1/14

การได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 88.9

ตารางที่ 4.1 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	37	41.1
หญิง	53	58.9
2. อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	31	34.4
31 – 35 ปี	28	31.1
36 – 40 ปี	17	18.9
41 ปีขึ้นไป	14	15.6
อายุเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	34.08 $\pm$ 6.927	
อายุต่ำสุด/สูงสุด	24/60	
3. ระดับการศึกษา		
ไม่สูงกว่าปริญญาตรี	70	77.8
สูงกว่าปริญญาตรี	20	22.2
4. ตำแหน่งหน้าที่ใน อบต.		
สายงานสุขภาพ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล	24	26.7
สายงานพัฒนาชุมชน	29	32.2
สายงานการศึกษา	3	3.3
สายงานมหาดไทย (หัวหน้าสำนักปลัด ปลัด อบต. นายก อบต.)	16	17.8
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	14	15.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สายงานกฎหมาย (นิติกร)	1	1.1
งานธุรการ	3	3.3
5. ประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพใน อบต. (ปี)*		
1 ปี	23	30.7
2 ปี	15	20.0
3 ปี	14	18.7
4 ปี	10	13.3
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	13	17.3
* ไม่ถึงปี 15 คน จำนวนที่เป็นฐานคำนวณ 75 คน		
ประสบการณ์เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.9.67 $\pm$ 2.17587	
ประสบการณ์ต่ำสุด/สูงสุด	1 ปี /14	
6. การได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ		
ไม่เคย	80	88.9
เคย	10	11.1

### 1.2 ลักษณะขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของ อบต. ขนาดกลางในจังหวัดนครปฐม แสดงดังตารางที่ 4.2 พบว่า

จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ อบต. ขนาดกลางที่รับผิดชอบ 6–10 หมู่บ้าน มีสัดส่วนสูงสุด รองลงมาไม่เกิน 5 หมู่บ้าน ร้อยละ 30.0

การมีส่วนสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่มี โดยสำนักงานปลัดรับผิดชอบ เท่ากับร้อยละ 74.4

รายรับทั้งหมดของ อบต. ในปีงบประมาณ 2553 เฉลี่ย 22.4139 ล้านบาท รายรับต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 300,000/500,000

การส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข อบต. ส่วนใหญ่ไม่เคยส่ง  
เท่ากับร้อยละ 77.8

การสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากร อบต.  
ส่วนใหญ่ไม่เคยสนับสนุน เท่ากับร้อยละ 74.4

ตารางที่ 4.2 แสดงการแจกแจงข้อมูลลักษณะขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขนาดกลางใน  
จังหวัดนครปฐม

ลักษณะของ อบต. ขนาดกลาง	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ		
ไม่เกิน 5 หมู่	27	30.0
6 – 10 หมู่	38	42.2
11 – 15 หมู่	19	21.1
16 หมู่ขึ้นไป	6	6.67
จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.42 $\pm$ 4.383	
จำนวนต่ำสุด/สูงสุด	2/24	
2. อบต. มีส่วนสาธารณสุข		
ไม่มี สำนักงานปลัดรับผิดชอบ	67	74.4
ไม่มี ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมรับผิดชอบ	23	25.6
3. อบต. ส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข		
ไม่เคย	20	22.2
เคย	70	77.8
4. อบต. สนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรของ อบต.		
ไม่เคย	67	74.4
เคย	23	25.6

## ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ (อบต.)

### 2.1 การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต. แสดงดังตารางที่ 4.3 พบว่า

หลักเกณฑ์ที่ อบต. ใช้พิจารณาอนุมัติแผนงานสำหรับโครงการด้านสาธารณสุข อบต. ส่วนใหญ่พิจารณาตามสภาพและความเร่งด่วนของปัญหา เท่ากับร้อยละ 98.9 รองลงมาพิจารณาตามนโยบายของส่วนกลาง หรือหน่วยเหนือ ร้อยละ 63.3

หลักเกณฑ์ที่ อบต. ใช้พิจารณาจัดสรรงบประมาณ หรือทรัพยากร อบต. ส่วนใหญ่จัดสรรตามความสำคัญของแผนงาน หรือโครงการ เท่ากับร้อยละ 77.8

แหล่งเงินสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับแต่ละหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มาจากเงินสาธารณสุขมูลฐาน (หมู่บ้านละ 10,000 บาท) เท่ากับร้อยละ 90.0

ลักษณะการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน อบต. ส่วนใหญ่ให้ อสม. เป็นผู้จัดการ เท่ากับร้อยละ 62.2

รายรับทั้งหมดของ อบต. ในปีงบประมาณ 2553 เฉลี่ย 22.4139 ล้านบาท รายรับต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 300,000/500,000

งบประมาณที่สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ปีงบประมาณ 2553 (บาท) เฉลี่ย 106051.7778 บาท งบประมาณสนับสนุนต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 300,000/500,000

ตารางที่ 4.3 แสดงการแจกแจงข้อมูลการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต.

การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
1. หลักเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาอนุมัติแผนงานสำหรับโครงการด้านสาธารณสุขของ อบต.		
พิจารณาตามสภาพและความเร่งด่วนของปัญหา	89	98.9
พิจารณาตามนโยบายของส่วนกลาง หรือหน่วยเหนือ	57	63.3
พิจารณาตามความยุติธรรม	24	26.7

## ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณของ อบต.	จำนวน	ร้อยละ
2. หลักเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ หรือทรัพยากรของ อบต.		
จัดสรรตามความสำคัญของแผนงาน หรือโครงการ	70	77.8
จัดสรรตามสัดส่วนของหมู่บ้าน	42	46.7
จัดสรรตามส่วนกลางกำหนด	30	33.3
3. แหล่งเงินสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับแต่ละหมู่บ้านมาจาก		
กองทุนตำบล หรือกองทุนสุขภาพตำบล	17	18.9
เงินสาธารณสุขมูลฐาน (หมู่บ้านละ 10,000 บาท)	81	90.0
ตามข้อบัญญัติตำบล	47	52.2
4. ลักษณะการบริหารจัดการงบประมาณที่ อบต. สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน		
อบต. เป็นผู้บริหารจัดการ	10	11.1
ให้ อสม. เป็นผู้บริหารจัดการ	56	62.2
อบต. และ อสม. ร่วมกันบริหารจัดการ	24	26.7
5. รายรับทั้งหมดของ อบต. ในปีงบประมาณ 2553 (ล้านบาท)		
รายรับเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.4139 $\pm$ 86194.72926	
รายรับต่ำสุด/สูงสุด	300,000/500,000	
6. งบประมาณที่สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ปีงบประมาณ 2553 (บาท)		
งบประมาณสนับสนุนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	106051.7778 $\pm$ 86194.7296	
งบประมาณสนับสนุนต่ำสุด/สูงสุด	30,000/500,000	

## 2.2 การกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการดำเนินการสำหรับแผนพัฒนา งานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการ  
ดำเนินการสำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 ของ อบต. แสดงดังตารางที่ 4.4  
พบว่า

อบต. ส่วนใหญ่กำหนดนโยบายสำหรับ โครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก  
โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน โครงการอบรม  
ความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน และโครงการออกกำลังกายในชุมชน  
ตามลำดับ

อบต. ทุกแห่งจัดสรรงบประมาณให้โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด  
ออก อบต. ส่วนใหญ่จัดสรรงบประมาณให้โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ  
โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน

อบต. ส่วนใหญ่จัดอบรมแก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องโครงการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก และโครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ตารางที่ 4.4 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลการกำหนดนโยบาย และการจัดสรรงบประมาณ  
สำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 ของ อบต.

โครงการต่าง ๆ ตามแผนพัฒนางานสาธารณสุข	อบต. กำหนดนโยบายไว้		อบต. จัดสรรงบประมาณให้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โครงการออกกำลังกายในชุมชน	58	64.4	36	40.0
2. โครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	89	98.9	90	100.0
3. โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	87	96.7	80	88.9
4. โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน	65	72.2	61	67.8
5. โครงการพัฒนาหอกระจายข่าวสารใน หมู่บ้าน	39	43.3	33	36.7
6. โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน	42	46.7	46	51.1
7. โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน	78	86.7	64	71.1



### ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. แสดงดังตารางที่ 4.5 พบว่า

การมีนโยบายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผู้บริหาร อบต. ส่วนใหญ่มีนโยบายในการดำเนินงาน เท่ากับร้อยละ 95.6

การสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553 อบต. ส่วนใหญ่สนับสนุนการดำเนินงานด้านเงินงบประมาณ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น เท่ากับร้อยละ 94.4 และ 66.7

แหล่งทุนที่ อบต. ใช้ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่มีแหล่งทุนจากงบประมาณที่รัฐบาลกลางสนับสนุน เท่ากับร้อยละ 88.9

จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่มีบุคลากรรับผิดชอบงาน 1 คน เท่ากับร้อยละ 66.7 จำนวนเฉลี่ย 1.5814 คน จำนวนบุคลากรต่ำสุด/สูงสุด เท่ากับ 1/6

การจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่เคยจัดอบรมในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เท่ากับร้อยละ 72.2 และ 60.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงการแจกแจงความถี่ของข้อมูลการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.

การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้บริหาร อบต. มีนโยบายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ		
ไม่มี	4	4.4
มี	86	95.6

## ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต.	จำนวน	ร้อยละ
2. อบต. สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553 ด้าน		
เงินงบประมาณ	85	94.4
วัสดุ อุปกรณ์	32	35.6
การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น	60	66.7
3. แหล่งทุนที่ อบต. ใช้ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ		
งบประมาณที่รัฐบาลกลางสนับสนุน	80	88.9
งบรายได้ของ อบต.	51	56.7
แหล่งทุนองค์กรภาคเอกชน	2	2.2
4. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ*		
1 คน	60	66.7
2 คน	13	14.4
3 คน ขึ้นไป	13	14.4
จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.5814 $\pm$ 1.08969	
จำนวนบุคลากรต่ำสุด/สูงสุด		1/6
* ไม่ให้ข้อมูล 4 คน ใช้ 86 คน เป็นฐานการคำนวณ		
5. อบต. เคยจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่อง		
1) การออกกำลังกายในชุมชน	25	27.8
2) การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	65	72.2
3) การควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	54	60.0
4) การอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน	42	46.7
5) การพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน	9	10.0
6) การจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน	28	31.1
7) การป้องกันยาเสพติดในชุมชน	52	57.8
8) การประเมินโครงการ/แผนงาน	22	24.4
9) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์/แผนสุขภาพตำบล	22	24.4

## ส่วนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ

### 4.1 ระดับผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการ

#### สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 4.6

เมื่อพิจารณาภาพรวมของตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 74.4

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดแต่ละหมวด

ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 74.4

ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 66.7

ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน ทั้ง 4 ด้าน พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 67.8 ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการด้านข้อมูลมีสัดส่วนสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 53.3 ด้านการจัดเวทีประชาคมมีสัดส่วนสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 44.4 ด้านการวางแผนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 66.7 และด้านการติดตามและประเมินผลมีสัดส่วนสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 47.8

ตัวชี้วัดหมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 68.9

ตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน พบว่า มีสัดส่วนสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 52.2

ตารางที่ 4.6 แสดงการแจกแจงข้อมูลระดับผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริม  
สุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับผลการปฏิบัติงานโดยรวมของตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด		
น้อย	12	13.3
ปานกลาง	67	74.4
มาก	31	12.2
2. ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ และจัดการด้านกำลังคน/องค์กร		
น้อยที่สุด	20	22.2
น้อย	67	74.4
ปานกลาง	3	3.3
3. ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2 การจัดการด้านทุน เพื่อสุขภาพ		
น้อย	19	21.1
ปานกลาง	60	66.7
มาก	11	12.2
4. ระดับผลการปฏิบัติงานโดยรวมของตัวชี้วัดหมวดที่ 3 การจัดการ ด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชนทั้ง 4 ด้าน		
น้อย	9	10.0
ปานกลาง	61	67.8
มาก	20	22.2

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
4.1 ระดับผลการปฏิบัติงานของตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดการ		
ด้านข้อมูล		
น้อยที่สุด	1	1.1
น้อย	4	4.4
ปานกลาง	48	53.3
มาก	5	5.6
มากที่สุด	32	35.6
4.2 ระดับผลการปฏิบัติงานของตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดเวที		
ประชาคม		
น้อย	13	14.4
ปานกลาง	40	44.4
มาก	33	36.7
มากที่สุด	4	4.4
4.3 ระดับผลการปฏิบัติงานของตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการวางแผน		
น้อย	11	12.2
ปานกลาง	60	66.7
มาก	18	20.0
มากที่สุด	1	1.1
4.4 ระดับผลการปฏิบัติงานของตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการติดตาม และประเมินผล		
น้อยที่สุด	3	3.3
น้อย	15	16.7
ปานกลาง	43	47.8
มาก	28	31.1
มากที่สุด	1	1.1

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้		
ด้านสุขภาพผู้ชุมชน		
น้อย	14	15.6
ปานกลาง	62	68.9
มาก	12	13.3
มากที่สุด	2	2.2
6. ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพ		
ในชุมชน		
น้อยที่สุด	3	3.3
น้อย	31	34.4
ปานกลาง	47	52.2
มาก	9	10.0

#### 4.2 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดแต่ละหมวด

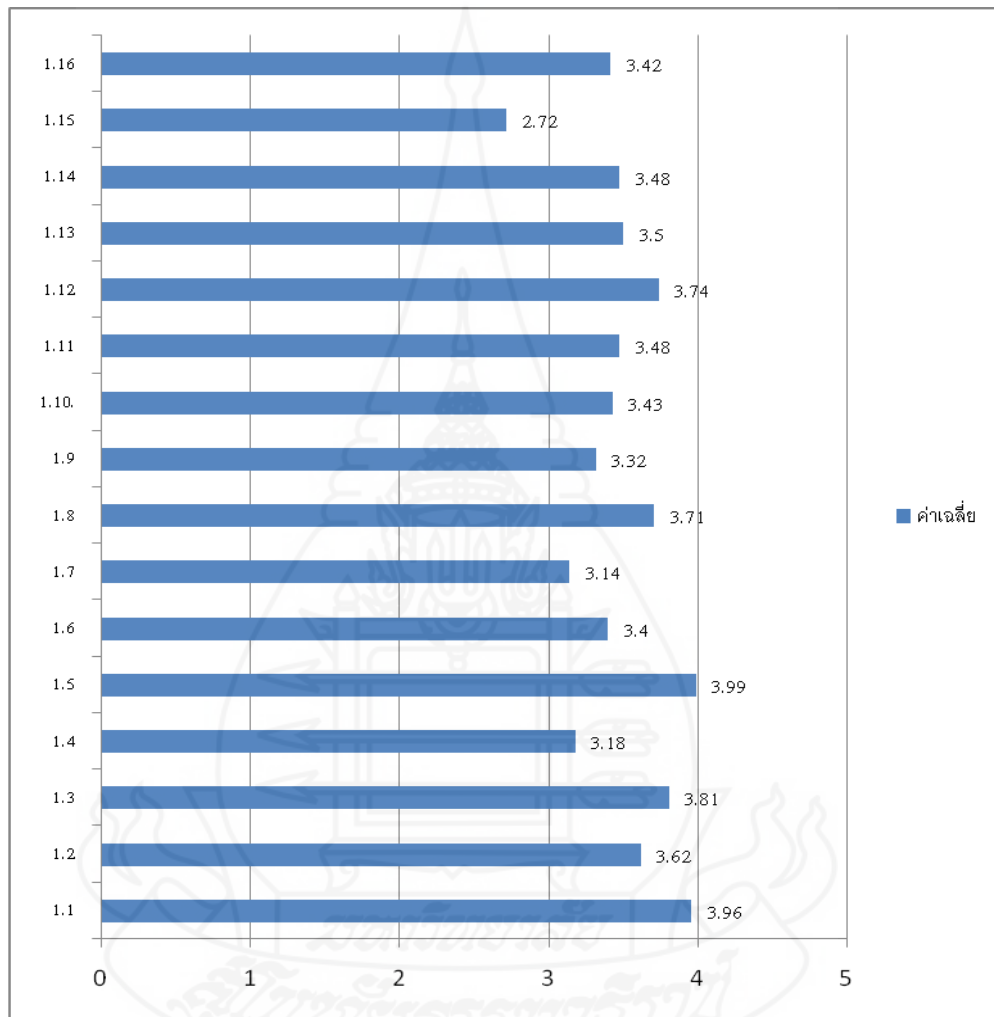
4.2.1 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร 16 ข้อ (ข้อ 1.1– 1.16) แสดงดังภาพที่ 4.1 พบว่า

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก หรือค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) ได้แก่ ข้อ 1.1 - การให้ความร่วมมือกับภาคี/เครือข่าย/องค์กรในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพ 1.2 – การมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 1.3 – การประสานความร่วมมือกับผู้นำด้านต่าง ๆ ในชุมชนและประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ 1.5 – การมีความสามารถในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในท้องถิ่น 1.8 – การร่วมกับกลุ่มองค์กรในชุมชนรับผิดชอบการจัดกิจกรรมด้านบริการสุขภาพ 1.12 – การสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานของ อสม.

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 1.4 - การมีความสามารถในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 1.6 – การมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน 1.7 – การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง



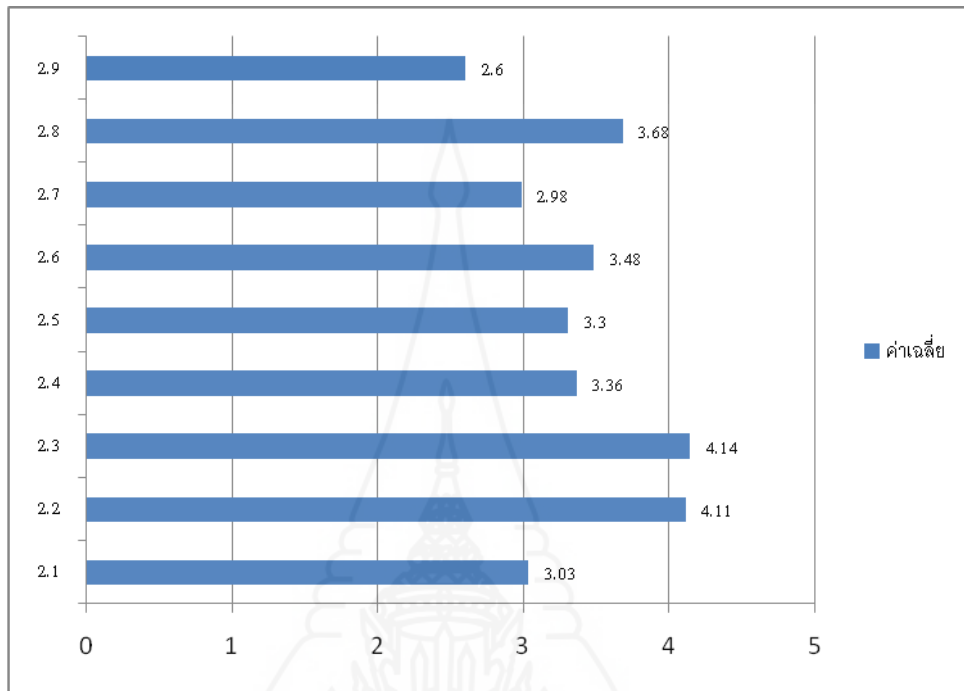
ด้านสุขภาพแก่ประชาชน 1.9 - การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. 1.10 - การเสริมสร้างพลังของ อสม./แกนนำสุขภาพ 1.11 – การมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพของภาคีและเครือข่ายสุขภาพใน ชุมชน 1.13 - การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ 1.14– การจัดกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพในชุมชน 1.16 – การมีส่วนร่วมในการคิดและร่วมจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน



ภาพที่ 4.1 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร 16 ข้อ (ข้อ 1.1– 1.16)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับก่อนไปทางปานกลาง หรือ ก่อนข้างปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.6 - < 3) คือ ข้อ 1.15 – การคิดค้นสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน

4.2.2 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อ  
 สุขภาพ 9 ข้อ (ข้อ 2.1 – 2.9) แสดงดังภาพที่ 4.2 พบว่า



ภาพที่ 4.2 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2  
 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ 9 ข้อ (ข้อ 2.1 – 2.9)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4 - < 5) ได้แก่ ข้อ  
 2.2 - การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาสุขภาพชุมชน และ 2.3 – การร่วมระดมทรัพยากรที่มีอยู่  
 ในองค์กรเพื่อดำเนินงานพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน

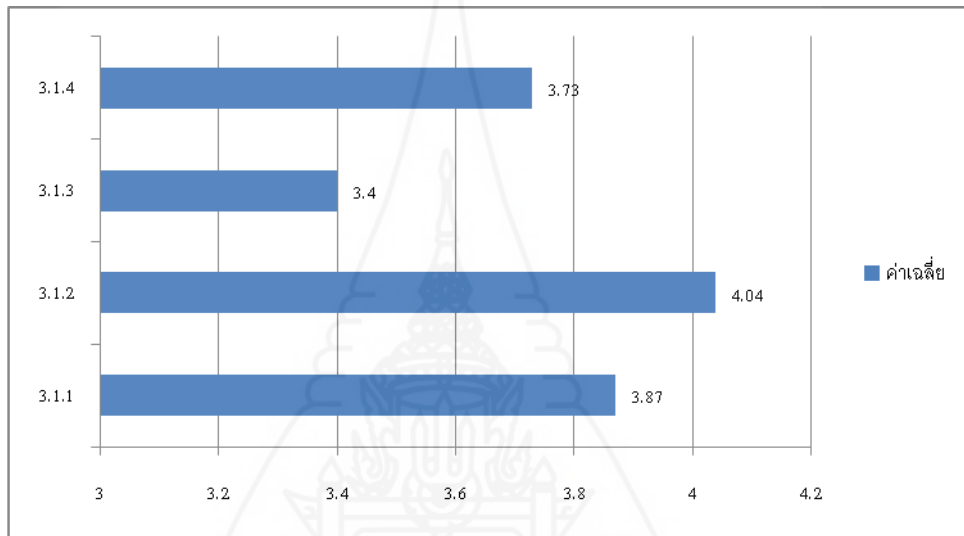
การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก หรือค่อนข้าง  
 มาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) คือ ข้อ 2.8 - การให้หมู่บ้านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทุนของชุมชน  
 เอง

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6)  
 ได้แก่ ข้อ 2.1 – การมีความสามารถในการหาแหล่งทุนและงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนา  
 ศักยภาพ 2.4 – การนำงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไปพัฒนาศักยภาพ 2.5 – การนำงบประมาณที่  
 ได้รับสนับสนุนไปใช้พัฒนา สสมช. และ 2.6 - การนำงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไปพัฒนา  
 แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับก่อนไปทางปานกลาง หรือ  
ก่อนข้างปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.6 - < 3) คือ ข้อ 2.9 - การคิดค้นสร้างนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน

**4.2.3 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3** การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้  
ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน 4 ข้อใหญ่ และรายด้าน 4 ด้าน

1) ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดการข้อมูล 4 ข้อ  
(ข้อ 3.1.1 – 3.1.4) แสดงดังภาพที่ 4.3 พบว่า



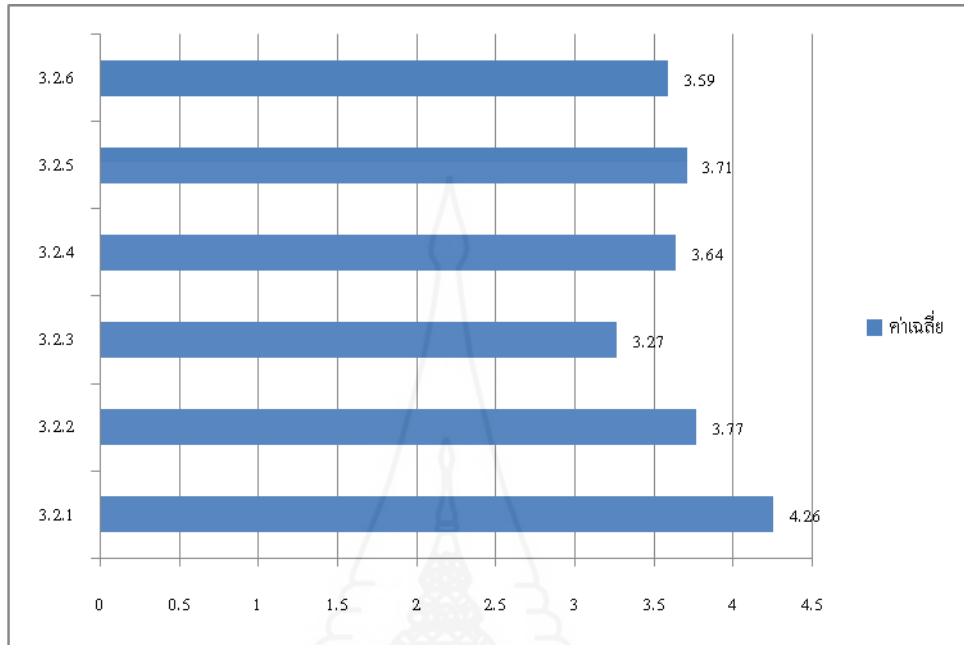
ภาพที่ 4.3 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3  
ด้านการจัดการข้อมูล 4 ข้อ (ข้อ 3.1.1 – 3.1.4)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4 - < 5) คือ ข้อ  
3.1.2 – การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับก่อนไปทางมาก หรือ  
ก่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) ได้แก่ ข้อ 3.1.1 - การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาชุมชน และ  
3.1.4 - การนำข้อมูลพื้นฐานของหมู่บ้าน ข้อมูลจากแฟ้มอนามัยครอบครัว และข้อมูลความต้องการ  
ของชุมชน ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6)  
คือ ข้อ 3.1.3 - การทำให้ประชาชนในหมู่บ้านสามารถเข้าถึง เรียนรู้ และใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพ  
ในรูปแบบต่าง ๆ

2) ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการเวทีประชาคม 6 ข้อ (ข้อ 3.2.1 – 3.2.6) แสดงดังภาพที่ 4.4 พบว่า



ภาพที่ 4.4 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดเวทีประชาคม 6 ข้อ (ข้อ 3.2.1 – 3.2.6)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4 - < 5) คือ ข้อ 3.2.1 - การทำเวทีประชาสังคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชน การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก หรือค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) ได้แก่ ข้อ 3.2.2 - การเชิญกลุ่มองค์กร/ภาคี/เครือข่ายเข้าร่วมการประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขและความเข้มแข็งของชุมชน 3.2.4 – การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนในทุกแห่งทุกมุม และ 3.2.5 - การร่วมกับชุมชนวิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหาที่ต้องการพัฒนา

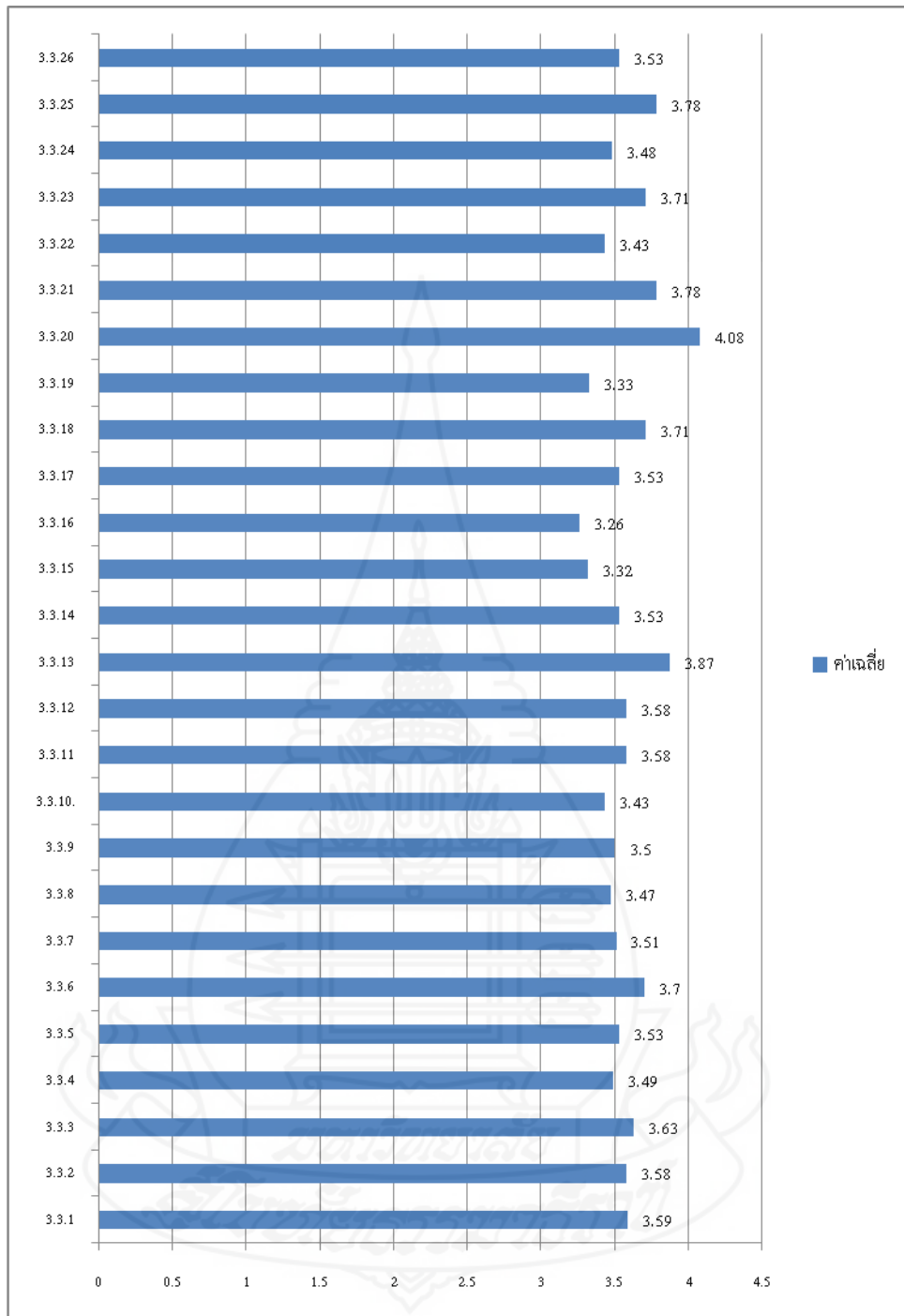
การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 3.2.3 – การจัดประชาคมและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผน และ 3.2.6 - การรวมทบทวนเพื่อหาสาเหตุที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

3) ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการวางแผน 26 ข้อ (ข้อ 3.3.1 – 3.3.26) แสดงดังภาพที่ 4.5 พบว่า

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4 - < 5) คือ ข้อ 3.3.20 - การนำปัญหาที่ได้จากการประชุมเข้าแผนพัฒนาตำบล 3 ปี

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก หรือค่อนข้างน้อย (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) ได้แก่ ข้อ 3.3.3 - การเลือกกิจกรรมด้านสุขภาพมาจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม 3.3.6 - การร่วมในกระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรม แผนงาน โครงการ ให้กับชุมชน 3.3.13 - การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของชุมชน 3.3.18 - การร่วมกับชุมชนในการวางแผน แก้ไข หรือพัฒนาหมู่บ้านให้ได้แผนชุมชน 3.3.21 - การจัดทำแผนแม่บทชุมชน 3.3.24 - การประสานงานกับภาคเอกชนในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนแผนงาน/โครงการ 3.3.25 - การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อความยั่งยืนของแผนงาน/โครงการ

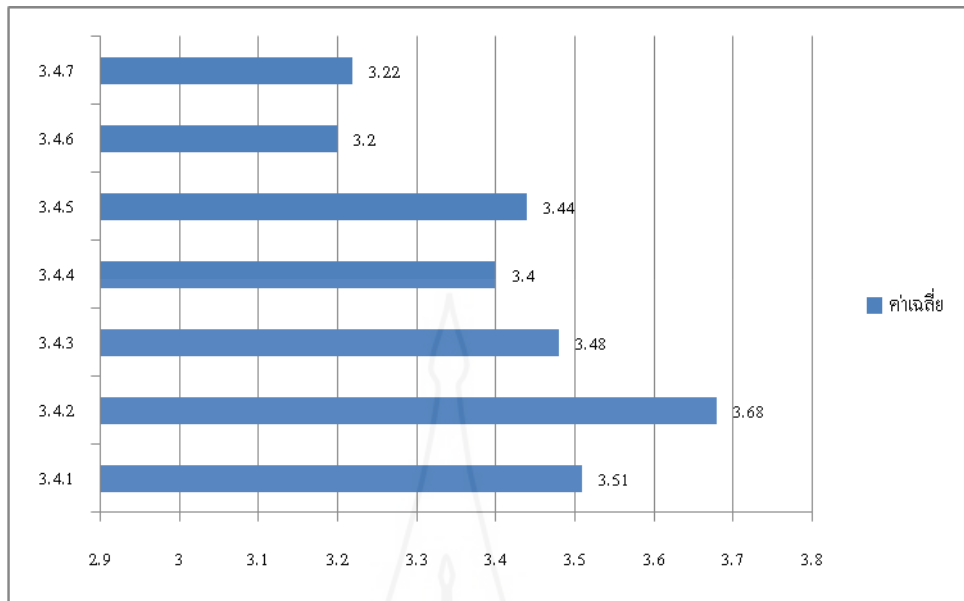
การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 3.3.1 - อบต. มีความรู้ 3.3.2 - การร่วมกับประชาชนคิดค้นกิจกรรมและวิธีการในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.3.4 - การร่วมกับชุมชนในการวิเคราะห์เลือกกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น 3.3.5 - การเลือกกิจกรรมที่ต้องเสนอให้องค์กรอื่นช่วยทำ 3.3.7 - การเข้าร่วมประชุมกับชาวบ้านในเวทีกลางบ้าน 3.3.8 - การร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานตามแผนสุขภาพ 3.3.9 - การเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนด้านสุขภาพ 3.3.10 - การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 3.3.11 - การกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่ต้องทำตามความต้องการของประชาชน 3.3.12 - การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ และเป้าหมายภารกิจดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.3.14 - การสร้างและการใช้มาตรการทางสังคมในการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.3.15 - การกำหนดกติกา กฎข้อบังคับ มาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ 3.3.16 - การบังคับใช้กติกา กฎข้อบังคับ มาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ 3.3.17 - การร่วมกับภาคีเครือข่ายนำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้ 3.3.19 - การเตรียมวางแผนพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.3.22 - การจัดทำแผนพัฒนาตำบล 3.3.24 - การประสานโครงการด้านสาธารณสุขกับภาคเอกชน และ 3.3.26 - การร่วมแก้ไขปัญหาลุทธิที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามแผนงาน/โครงการ



ภาพที่ 4.5 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการวางแผน 26 ข้อ (ข้อ 3.3.1 – 3.3.26)

4) ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการติดตามและประเมินผล 7 ข้อ (ข้อ 3.4.1 – 3.4.7) แสดงดังภาพที่ 4.6 พบว่า



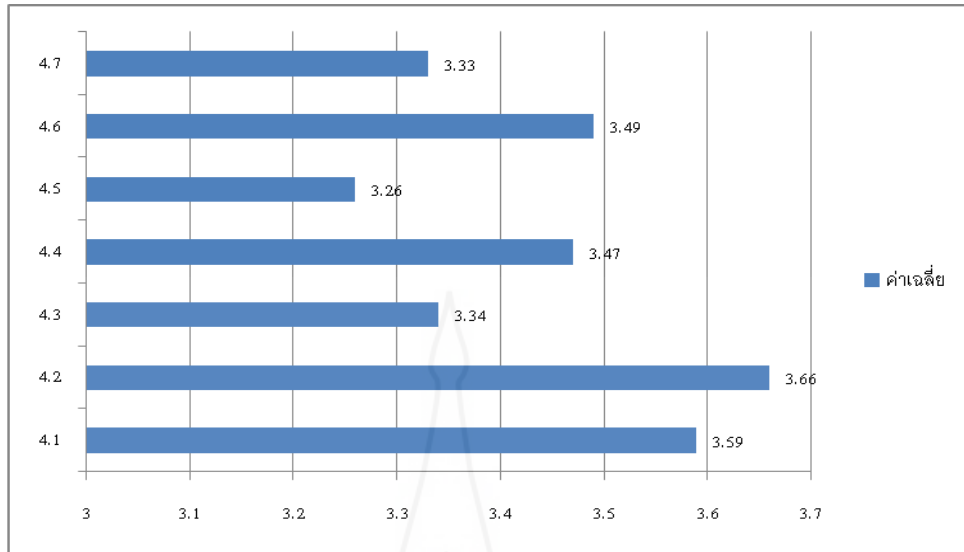


ภาพที่ 4.6 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการติดตามและประเมินผล 7 ข้อ (ข้อ 3.4.1 – 3.4.7)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยหรือค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) คือ ข้อ 3.4.2 - การติดตามประเมินผลเงิน 1 หมื่นบาทที่ให้แต่ละหมู่บ้าน

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 3.4.1 – การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตั้งแต่เริ่มทำแผน 3.4.3 – การตรวจสอบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานฯ อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ 3.4.4 – การร่วมประชุมปรึกษาหารือหรืออุปสรรคข้อขัดข้องที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ 3.4.5 – การเข้าร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานและมีส่วนร่วมในการประเมินโครงการเกี่ยวกับภารกิจหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.4.6 – การจัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานระดับหมู่บ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานต่อขอความร่วมมือกัน และ 3.4.7 – การจัดทำรายงานการประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพและนำผลการประเมินเข้าสู่เวทีหมู่บ้าน

**4.2.4 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4** การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน 7 ข้อใหญ่ (ข้อ 4.1 – 4.7) แสดงดังภาพที่ 4.7 พบว่า



ภาพที่ 4.7 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน 7 ข้อใหญ่ (ข้อ 4.1 – 4.7)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมากหรือค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) คือ ข้อ 4.2 - การนำความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

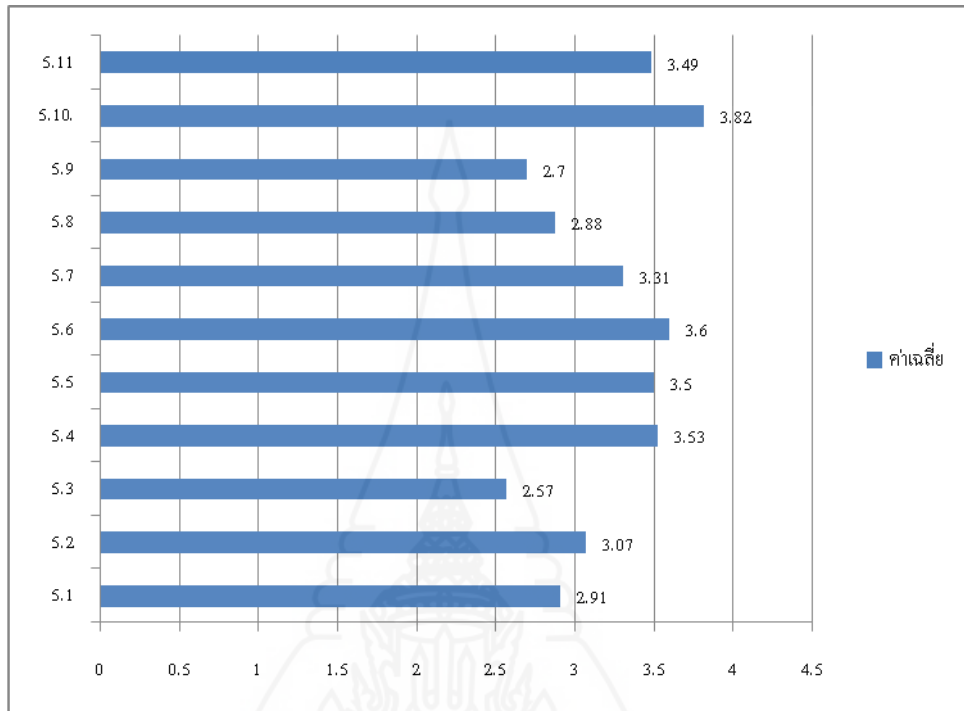
การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 4.1 - การถ่ายทอดความรู้แจ้งข่าวสาร 4.3 - การนำเทคโนโลยีท้องถิ่นมาใช้ 4.4 - การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพแก่ประชาชน 4.5 - การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการและกิจกรรมการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพหน่วยงานภายนอก 4.6 - การประสานงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน และ 4.7 - การถ่ายทอดความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับชุมชน

**4.2.5 ระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5** การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน 11 ข้อใหญ่ (ข้อ 5.1 – 5.11) แสดงดังภาพที่ 4.8 พบว่า

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมากหรือค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ย 3.6 - < 4) ได้แก่ ข้อ 5.6 - การจัดกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรค และ 5.10 - การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3 - < 3.6) ได้แก่ ข้อ 5.2 - การร่วมจัดบริการสุขภาพใน ศสมช. 5.4 - การจัดกิจกรรมเฝ้าระวังโรคติดต่อใน

ท้องถิ่น 5.5 – การจัดกิจกรรมการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคไม่ติดต่อ 5.7 - การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และ 5.11 - การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสุขภาพ



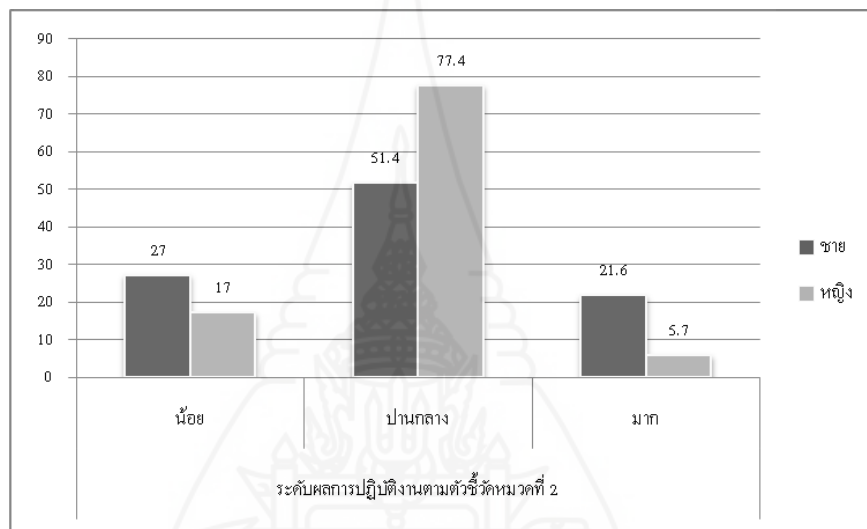
ภาพที่ 4.8 กราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยของระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน 11 ข้อใหญ่ (ข้อ 5.1 – 5.11)

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างไปทางปานกลาง หรือค่อนข้างปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.6 - < 3) คือ ได้แก่ ข้อ 5.1 - การมี ศสมช. จัดกิจกรรมสุขภาพเบื้องต้น 5.8 - การจัดกิจกรรมด้านอาหารปลอดภัย และ 5.9 - การจัดตั้งกลุ่มทูบีนัมเบอร์วัน

การปฏิบัติงานในข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2 - < 2.6) คือ ข้อ 5.3 - การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

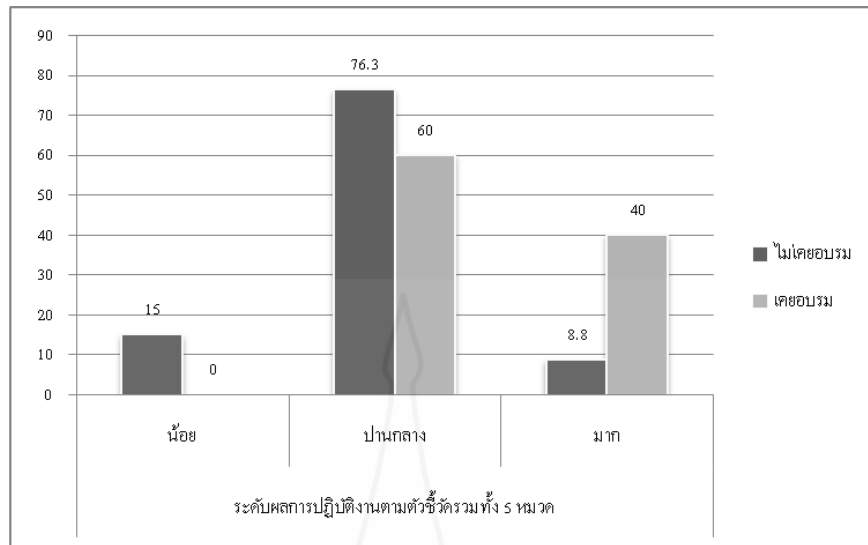
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ลักษณะของ  
อบต. และผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการ  
สุขภาพ

5.1 ผลการทดสอบไคสแควร์ของความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้  
ปฏิบัติงานใน อบต. กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ



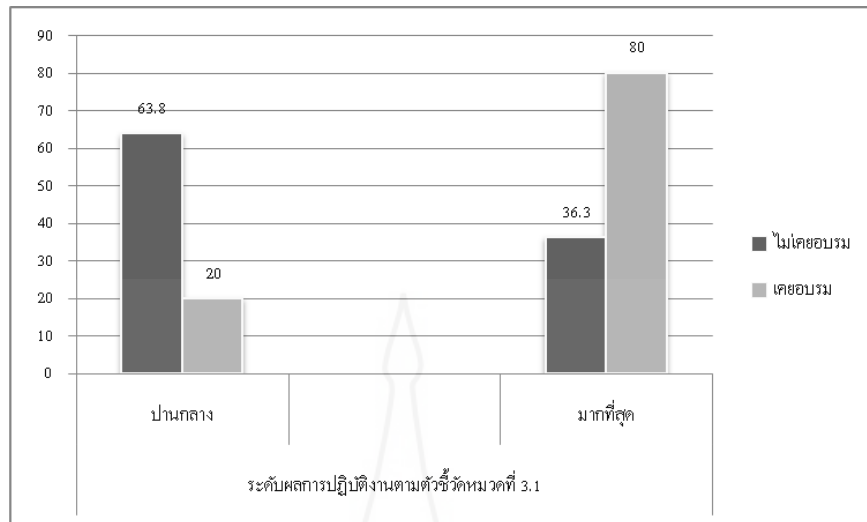
ภาพที่ 4.9 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับ  
ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2

สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด  
หมวดที่ 2 ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามเพศชายและหญิง แสดงดังภาพที่ 4.9 พบว่า  
ผู้ปฏิบัติงานเพศชายมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 2 ในระดับมาก (ร้อยละ 21.6) สูงกว่าใน  
เพศหญิง (ร้อยละ 5.7) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N=90) = 7.294$ ,  
 $p = .020$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)



ภาพที่ 4.10 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดรวมทั้ง 5 หมวด

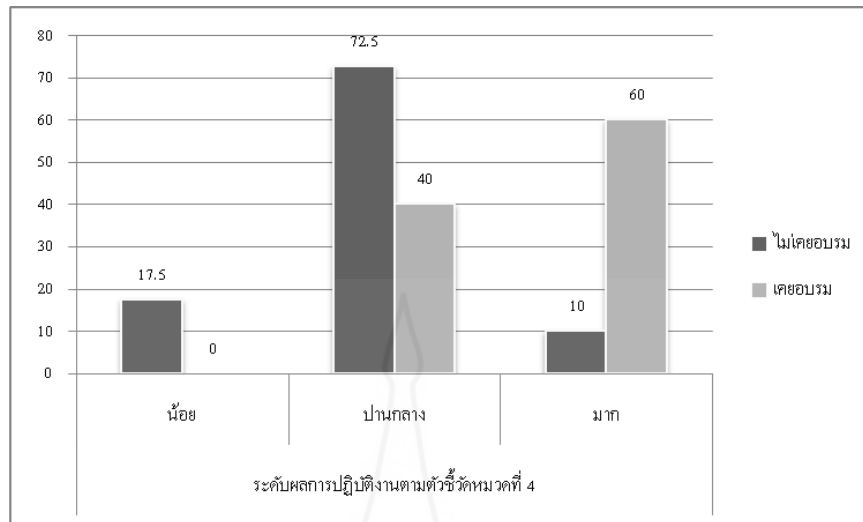
สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดรวมทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่เคย และเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 4.10 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เคยได้รับการอบรมมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดรวมทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 40.0) สูงกว่าในผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 8.8) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N=90) = 8.918, p = .012$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ก)



ภาพที่ 4.11 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3.1

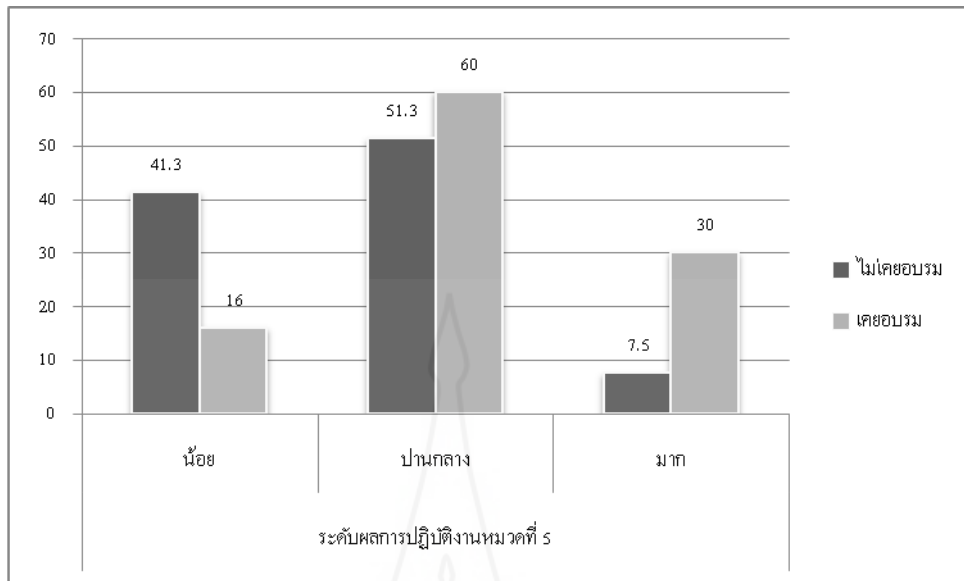
สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3.1 ในระดับปานกลาง และมากที่สุด ตามการไม่เคย และเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 4.11 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เคยได้รับการอบรมมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3.1 ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) สูงกว่าในผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 36.3) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(1, N=90) = 7.028, p = .008$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)





ภาพที่ 4.12 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4

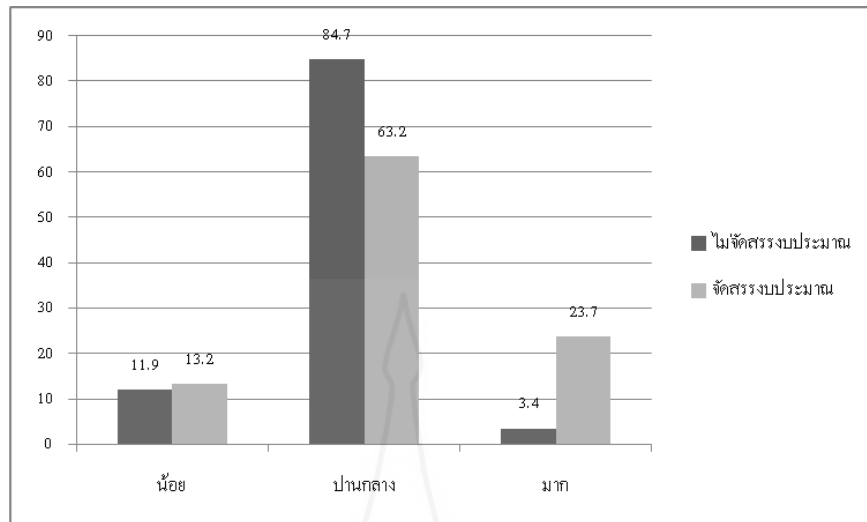
สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4 ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่เคย และเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 4.12 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เคยได้รับการอบรมมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 4 ในระดับมาก (ร้อยละ 60.0) สูงกว่าในผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 10.0) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(1, N=90) = 17.399$ ,  $p = .001$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ก)



ภาพที่ 4.13 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5

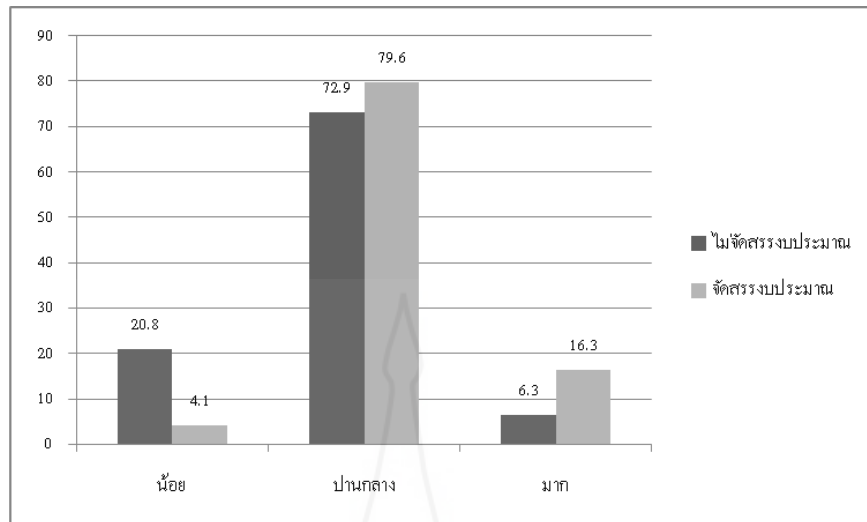
สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่เคย และเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 4.13 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่เคยได้รับการอบรมมีผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 ในระดับมาก (ร้อยละ 30.0) สูงกว่าในผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 7.5) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(1, N=90) = 6.928, p = .031$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)

**5.2 ผลการทดสอบไคสแควร์ของความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการด้านสุขภาพ กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**



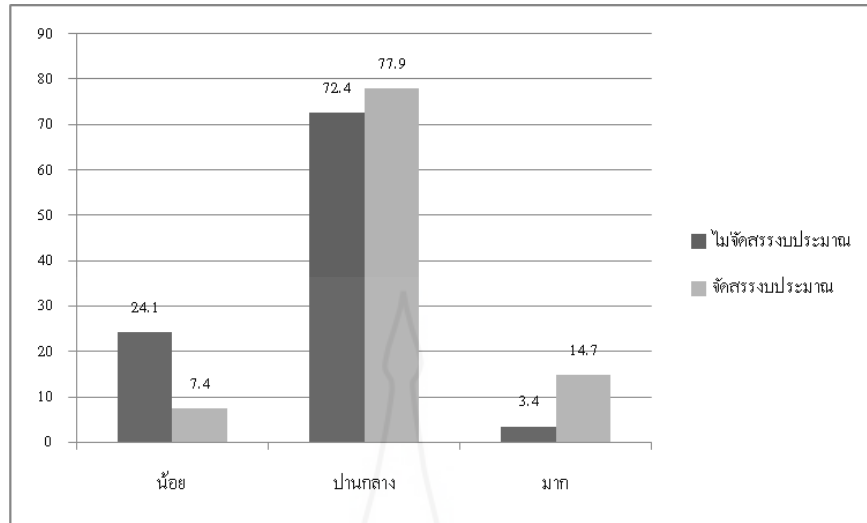
ภาพที่ 4.14 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการออกกำลังกายในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด

สัดส่วน (ร้อยละ) ของ อบต. ขนาดกลาง ที่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่จัดสรร/การจัดสรรงบประมาณในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการออกกำลังกายในชุมชน แสดงดังภาพที่ 4.14 พบว่า อบต. ที่จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการนี้มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัด ทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 23.7) สูงกว่าในอบต. ที่ไม่ได้จัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 3.4) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N=90) = 9.838, p = .007$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)



ภาพที่ 4.15 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด

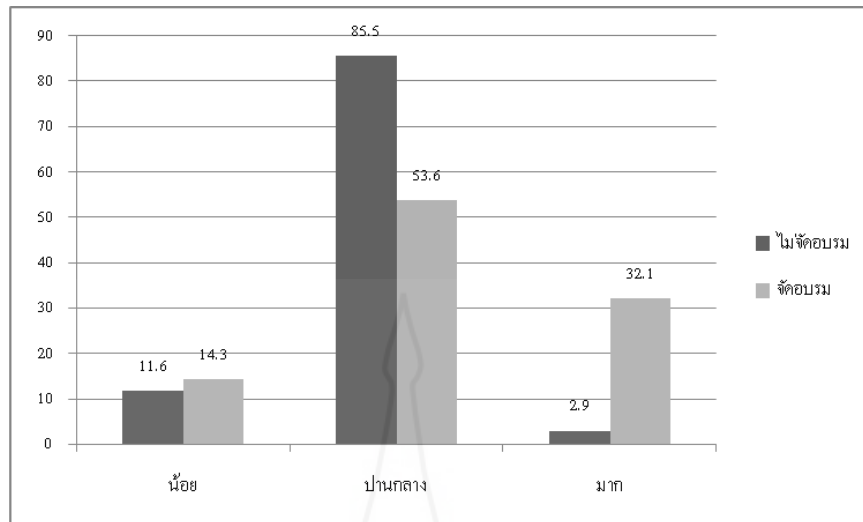
สัดส่วน (ร้อยละ) ของ อบต. ขนาดกลาง ที่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่จัดสรร/การจัดสรรงบประมาณในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน แสดงดังภาพที่ 4.15 พบว่า อบต. ที่จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการนี้มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 16.3) สูงกว่าในอบต. ที่ไม่ได้จัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 6.3) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N = 90) = 7.813, p = .020$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)



ภาพที่ 4.16 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดสรรงบประมาณของ อบต. ในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด

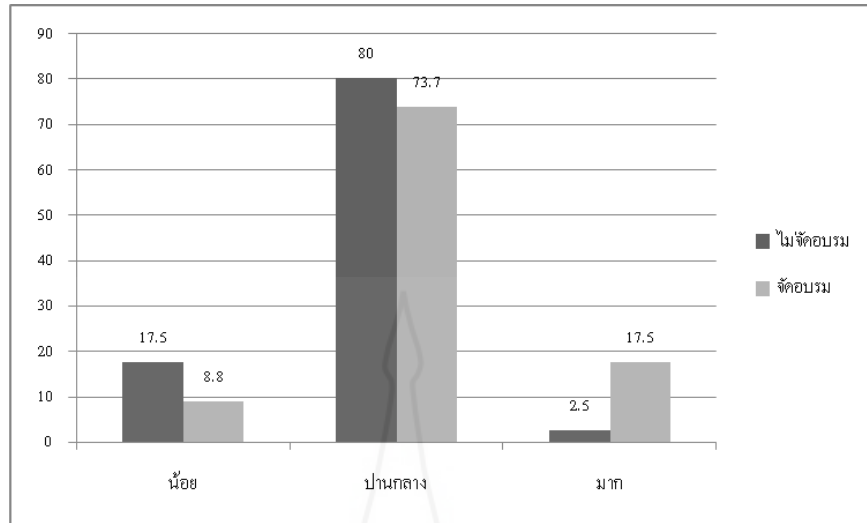
สัดส่วน (ร้อยละ) ของ อบต. ขนาดกลาง ที่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่จัดสรร/การจัดสรรงบประมาณในแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน แสดงดังภาพที่ 4.16 พบว่า อบต. ที่จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการนี้มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัด ทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 14.7) สูงกว่าในอบต. ที่ไม่ได้จัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 3.4) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N=90) = 6.983, p = .030$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)

**5.3 ผลการทดสอบไคสแควร์ของความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**



ภาพที่ 4.17 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการออกกำลังกายในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด

สัดส่วน (ร้อยละ) ของ อบต. ขนาดกลาง ที่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่จัดอบรม/การจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการออกกำลังกายในชุมชน แสดงดังภาพที่ 4.17 พบว่า อบต. ที่จัดอบรมเรื่องนี้มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัด ทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 32.7) สูงกว่าในอบต. ที่ไม่ได้จัดการอบรม (ร้อยละ 2.9) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N=90) = 17.800, p < .001$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)



ภาพที่ 4.18 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนร้อยละของการไม่จัด/จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการป้องกันยาเสพติดในชุมชน ที่มีระดับผลการปฏิบัติงานตามโดยรวมตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด

สัดส่วน (ร้อยละ) ของ อบต. ขนาดกลาง ที่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามการไม่จัดอบรม/การจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เรื่องการป้องกันยาเสพติดในชุมชน แสดงดังภาพที่ 4.18 พบว่า อบต. ที่จัดอบรมเรื่องนี้ มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมตามตัวชี้วัด ทั้ง 5 หมวดในระดับมาก (ร้อยละ 17.5) สูงกว่าใน อบต. ที่ไม่ได้จัดการอบรม (ร้อยละ 2.5) ซึ่งความแตกต่างในสัดส่วนนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2(2, N = 90) = 6.261, p < .044$  (ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในภาคผนวก ค)

**5.4 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. และลักษณะของ อบต. กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ข้อมูล อยู่ในภาคผนวก ค) พบว่า**

5.4.1 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพใน อบต. (ปี)

กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 โดยรวม  $r(88) = .226, p = .033$

กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดการข้อมูล  $r(88) = .260, p = .014$

กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการจัดเวทีประชาคม  $r(88) = .319, p = .002$



กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 3 ด้านการวางแผน  $r(88) = .220, p = .039$

กับผลการปฏิบัติงานตามผลรวมของตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด  $r(88) = .221, p = .037$

5.4.2 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระหว่างจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5  $r(88) = .217, p = .040$

กับผลการปฏิบัติงานตามผลรวมของตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด  $r(88) = .239, p = .023$



## บทที่ 5

# สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### 1. สรุปการศึกษา

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ในมาตรา 30 ระบุว่า รัฐดำเนินการถ่ายโอนภารกิจทำให้บริการสาธารณะทั้งภารกิจที่ซ้ำซ้อน งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการสาธารณะที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงสาธารณสุข และปีงบประมาณ 2548 รัฐบาลได้ปรับงบประมาณสาธารณสุขมูลฐานเป็นหมู่บ้านละ 10,000 บาท หมู่บ้านจัดการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนพึ่งพาตนเองได้ทางด้านสาธารณสุข โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเองจนสามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง และกำหนดอนาคตด้านสุขภาพของชุมชนได้เอง การศึกษาเรื่อง ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม มีความมุ่งหวังเพื่อแสดงให้เห็นการปฏิบัติงานของ อบต. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงาน และศักยภาพของ อบต. ในประเด็นของการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของอบต. และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ทั้งนี้ เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของ อบต.

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือพนักงานส่วนตำบลของ อบต. ขนาดกลางซึ่งรับผิดชอบงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเขตการปกครององค์กรส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม อบต.ละ 1 คน 90 แห่ง จำนวน 90 คน ศึกษาทุกหน่วยของประชากร เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานของ อบต. และข้อมูลองค์การบริหารส่วนตำบล และแบบประเมินผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. ตาม 5 หมวดตัวชี้วัด ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.9931 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. พบว่า ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดมี 90 คน เป็นเพศหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเพศชาย เท่ากับร้อยละ 58.9 และ 41.1 อายุเฉลี่ย 34.08 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงกว่าปริญญาตรี เท่ากับร้อยละ 77.8 ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในสายงานพัฒนาชุมชนมีสัดส่วนสูงสุด เท่ากับร้อยละ 32.2 รองลงมา คือ สายงานสุขภาพ สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล เท่ากับร้อยละ 26.7 มีประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพเฉลี่ย 2.967 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร้อยละ 88.9

ผลการศึกษาลักษณะของ อบต. ขนาดกลาง พบว่า สัดส่วนที่รับผิดชอบจำนวนหมู่บ้าน 6 – 10 หมู่บ้าน มีสูงสุด เท่ากับร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่ไม่มีส่วนสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดรับผิดชอบ เท่ากับร้อยละ 74.4 รายรับทั้งหมดของ อบต. ในปีงบประมาณ 2553 เฉลี่ย 22.4139 ล้านบาท อบต. ส่วนใหญ่ไม่เคยส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข เท่ากับร้อยละ 77.8 และไม่เคยสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากร เท่ากับร้อยละ 74.4

ผลการศึกษาการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของ อบต. พบว่า อบต. ส่วนใหญ่ พิจารณานุมัติแผนงานสำหรับโครงการด้านสาธารณสุข ตามสภาพและความเร่งด่วนของปัญหา เท่ากับร้อยละ 98.9 รองลงมา พิจารณาตามนโยบายของส่วนกลาง หรือหน่วยเหนือ ร้อยละ 63.3 อบต. ส่วนใหญ่จัดสรรงบประมาณ หรือทรัพยากร ตามความสำคัญของแผนงาน หรือโครงการ เท่ากับร้อยละ 77.8 แหล่งเงินสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับแต่ละหมู่บ้านส่วนใหญ่มาจากเงินสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 90.0 ซึ่งส่วนใหญ่ให้ อสม. เป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ร้อยละ 62.2 รายรับทั้งหมดของ อบต. ในปีงบประมาณ 2553 เฉลี่ย 22.4139 ล้านบาท งบประมาณที่สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ปีงบประมาณ 2553 (บาท) เฉลี่ย 106051.7778 บาท

ผลการศึกษาการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการดำเนินการสำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 ของ อบต. พบว่า อบต. ส่วนใหญ่กำหนดนโยบายสำหรับโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน และโครงการออกกำลังกายในชุมชน ทุกแห่งจัดสรรงบประมาณให้โครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ส่วนใหญ่จัดสรรงบประมาณให้โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และโครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน และจัดอบรมแก่หมู่บ้าน

จัดการสุขภาพในเรื่องโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ อบต. พบว่า ผู้บริหาร อบต. ส่วนใหญ่มีนโยบายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 95.6 ปีงบประมาณ 2553 อบต. ส่วนใหญ่สนับสนุนการดำเนินงานด้านเงินงบประมาณ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 94.4 และ 66.7 อบต. ส่วนใหญ่มีแหล่งทุนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากงบประมาณที่รัฐบาลกลางสนับสนุน เท่ากับร้อยละ 88.9 จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เฉลี่ย 1.5814 คน อบต. ส่วนใหญ่เคยจัดอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ โรคพิษสุนัขบ้า เท่ากับร้อยละ 72.2 และ 60.0

ผลการศึกษาระดับผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวม อบต. ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 74.4 และเรียงตามลำดับสัดส่วนของผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดแต่ละหมวดจากมากไปหาน้อย คือ ตัวชี้วัดหมวดที่ 1 การพัฒนาศักยภาพและจัดการด้านกำลังคน/องค์กร ร้อยละ 74.4 ตัวชี้วัดหมวดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน ร้อยละ 68.9 ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 การจัดการด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชนทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 67.8 ตัวชี้วัดหมวดที่ 2 การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 66.7 และตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดการกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 52.2

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานใน อบต. คือ เพศ การเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ลักษณะของ อบต. คือ จำนวนหมู่บ้านที่ อบต. รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

การจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนพัฒนางานสาธารณสุขปี 2553 สำหรับโครงการออกกำลังภายในชุมชน โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน และ โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ คือ การจัดอบรมเรื่องการออกกำลังกายในชุมชน และการป้องกันยาเสพติดในชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

## 2. อภิปรายผล

### 2.1 อภิปรายความคลาดเคลื่อนของการศึกษา

เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมมาจากผู้ปฏิบัติงานใน อบต. ที่มีหลายตำแหน่งงาน และมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน นอกจากนั้น ยังให้ประเมินผลการปฏิบัติงานในทุกรายละเอียดของตัวชี้วัดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ผู้ปฏิบัติหลายคนอาจไม่รู้ในเรื่องที่ประเมินอย่างแท้จริง ประเด็นที่กล่าวมานี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงของข้อมูลผลการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจประเมินผลสูงไป เป็นกลาง หรือต่ำไป

### 2.2 อภิปรายข้อค้นพบของการศึกษา

2.2.1 ผู้ปฏิบัติงานของ อบต. ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และอบต. ส่วนใหญ่ไม่เคยส่งบุคลากรเข้าอบรมความรู้ทางด้านสาธารณสุขและไม่เคยสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากร ดังนั้น จึงไม่อาจกล่าวได้ว่า ผู้ปฏิบัติงานของ อบต. มีความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

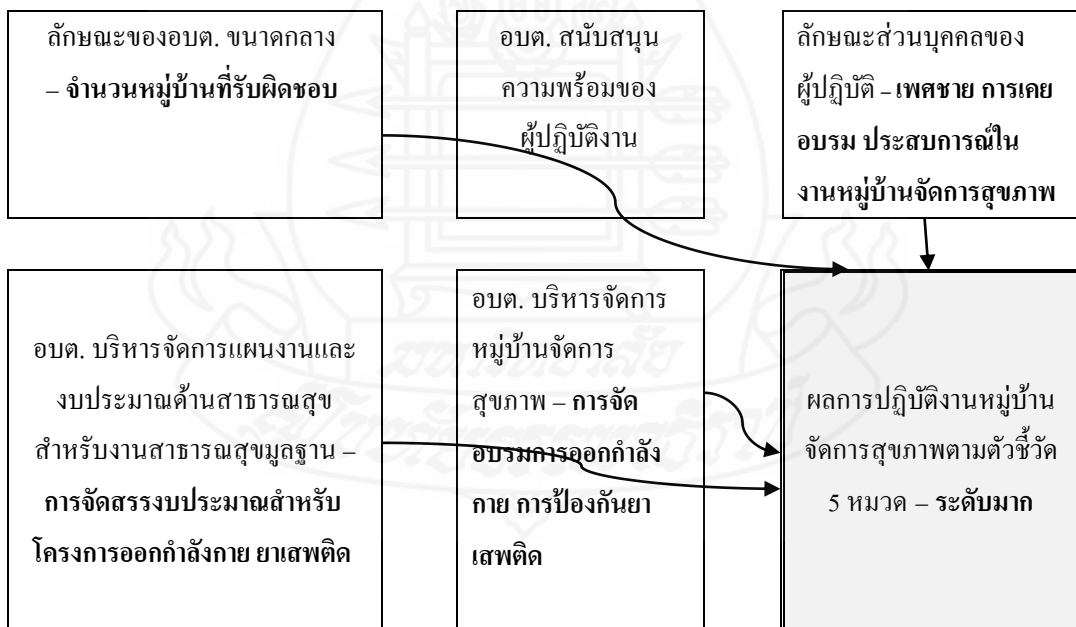
2.2.2 ในการบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน นั้น อบต. ส่วนใหญ่กำหนดนโยบายสำหรับโครงการต่าง ๆ ยกเว้น โครงการพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน อบต. ส่วนใหญ่จัดสรรงบประมาณให้โครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า และโครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน และ อบต. ส่วนใหญ่จัดอบรมแก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า จึงอาจกล่าวได้ว่า อบต. ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อซึ่งส่งผลกระทบต่อเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่ชัดเจนได้มากกว่าโรคไม่ติดต่อ

2.2.3 ในการบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่มีนโยบายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพ สนับสนุนด้านงบประมาณ และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น มีบุคลากรรับผิดชอบงานอย่างน้อย 1 คน และเคยจัดอบรมเรื่อง

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า จึงอาจกล่าวได้ว่า อบต. ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและดำเนินการเกี่ยวกับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ซึ่งถึงแม้ว่าจะให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อมากกว่าก็ตาม

2.2.4 ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตัวชี้วัดหมวดต่าง ๆ โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และสัดส่วนของผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดหมวดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีน้อยที่สุด จึงอาจกล่าวได้ว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานของ อบต. รับรู้ว่าการหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตนอยู่ในระดับปานกลาง

2.2.5 เพศชาย การเคยได้รับการอบรมงานด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงาน จำนวนหมู่บ้านที่ อบต. รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณปี 2553 สำหรับโครงการออกกำลังภายในชุมชน โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน และโครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน และการจัดอบรมเรื่องการออกกำลังภายในชุมชน และการป้องกันยาเสพติดในชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95



ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของหมู่บ้านจัดการสุขภาพในจังหวัดนครปฐม เมื่อพิจารณาจาก (1) ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานและการสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานของ อบต. (2) การบริหารจัดการแผนงาน



และงบประมาณด้านสาธารณสุขสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (3) การบริหารจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และ (4) ผลการปฏิบัติงานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของตัวชี้วัดหมวดต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีในส่วนของผู้ปฏิบัติงานมีปัจจัยเพศ การได้รับการอบรมหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และประสบการณ์การรับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และในส่วนของ อบต. มีปัจจัยจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการออกกำลังกาย และโครงการป้องกันยาเสพติด และการจัดการอบรมเรื่องการออกกำลังกาย และการป้องกันยาเสพติดแก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามตัวชี้วัดทั้ง 5 หมวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

##### 3.1.1 เสนอแนะ อบต. ให้สนับสนุนงบประมาณและส่งผู้ปฏิบัติงานหมู่บ้าน

จัดการสุขภาพเข้ารับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอตามที่หน่วยงานต่าง ๆ จัด เพื่อส่งเสริมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน

##### 3.1.2 ให้ความรู้ ข่าวสาร และชี้แนะ อบต. เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เป็นตัว

กำหนดการเกิดโรค เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ การกำหนดนโยบาย และจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการที่เกี่ยวข้อง

##### 3.1.3 เพิ่มการกำกับติดตามการจัดกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ

อบต. ตามแผนงาน โครงการอย่างสม่ำเสมอ

#### 3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

##### 3.2.1 ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนผลการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดย

การกำหนดสิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยนจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหมวดต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังอยู่ในระดับปานกลางจนถึงน้อยและน้อยที่สุด วิธีการที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ปฏิบัติงาน และ อบต. และวิธีการประเมินผล



บรรณานุกรม



### บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2549) *แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – 2554)* ม.ป.ท. (อัครา)
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) *การถ่ายโอนงานสุขภาพชุมชนสู่การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในปี 2547* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน พิมพ์ครั้งที่ 3* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) *แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ นนทบุรี องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549) *แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ นนทบุรี องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2550) *แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ม.ป.ท. (อัครา)*
- ชาติรี ลุนคำ (2552) “บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ต่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดวงใจ รุ่งโรจน์เจริญกิจ (2548) “กฎบัตรออกด้าวว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- ธงชัย สาระกุล (2551) “แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: เส้นทางสู่ความสำเร็จ” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
- ธงชัย สาระกุล (2552) “คู่มือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพ” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

- ธงชัย สาระกุล. (2553) “คู่มือผู้นำสู่ภาวะตำบล: การสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการ  
นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
นิตยา นันทขว้าง(2545) “การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุขอำเภอ  
สันทราย จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 –  
2554) (2549) กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- พรพันธ์ คชเดช (2550) “ศึกษาภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์  
สุขภาพ
- พินินทร์ แสนสำราญ (2547) “ศึกษาภาพในการดำเนินงานสุขภาพประชาชนขององค์การบริหาร  
ส่วนตำบล จังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสารคาม
- พิชญ์ โชติประไพ (2551) “ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางาน  
สาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
- พงษ์เทพ ดีเสมอ (2552) “ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ในจังหวัดสุรินทร์”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- พัชรา ผิวขาว (2544) “ศึกษาภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน  
กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด”  
รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา)  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- พัชรา ผิวขาว (2551) “การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด” สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
- รุ่งเรือง มาลาทอง (2546) “ศึกษาภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรับถ่าย  
โอนภารกิจด้านสาธารณสุขในจังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

- วนิดา วิระกุล และนัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย (2546) “การสำรวจสภาวะการดำรงบทบาทของอาสาสมัคร  
 สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน  
 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
- วนิดา วิระกุล (2548) “ประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน และการพัฒนาหมู่บ้าน  
 สร้างสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2547”  
 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัด  
 ขอนแก่น
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ (2553) “รายงานฉบับสมบูรณ์บทบาทขององค์กรปกครองส่วน  
 ท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจ  
 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
 สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ศิริพรรณ พันธุมะ โอภาส (2544) “การดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วน  
 ตำบล ในจังหวัดนนทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากร  
 ศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมฤดี ลิ้มปรีชตวิชัย (2544) “บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนางานด้าน  
 สาธารณสุขของชุมชน: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเกร็ด อำเภอ  
 ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
 (พัฒนาชนบท) มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทิน โสรรัตน์ (2550) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัด  
 ปทุมธานี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ (2552) *คู่มือการนำธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปใช้  
 ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน* กรุงเทพมหานคร บริษัทวิชั่น พีเพรส  
 จำกัด
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2552) *สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2553) *สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2553) *รายงานประจำปี 2553 (อัครา)*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2553) *รายงานสรุปผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
 ประจำปี 2552 (อัครา)*

ภาคผนวก



**ภาคผนวก**  
**แบบสอบถามการศึกษา**



## แบบสอบถาม

เรื่อง ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ  
ของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ในจังหวัดนครปฐม

ชื่อ อบรม.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัดนครปฐม  
ชื่อ – นามสกุลของผู้ตอบแบบสอบถาม (ชื่อเล่น).....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน) .....  
แฟกซ์.....โทรศัพท์(มือถือ) ..... E-mail.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วนและ  
เติมข้อความลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

## 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

## 1.1 เพศ

1. ( ) ชาย  
2. ( ) หญิง

## 1.2 อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

## 1.3. ท่านจบการศึกษาระดับใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) ต่ำกว่าอนุปริญญาตรี สาขาวิชา.....  
2. ( ) อนุปริญญาตรี สาขาวิชา.....  
3. ( ) ปริญญาตรี สาขาวิชา.....  
4. ( ) สูงกว่าปริญญาตรี สาขาวิชา.....

## 1.4 ตำแหน่งหน้าที่ในอบต.ของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ( ) ลูกจ้างของอบต . ตำแหน่ง.....  
2. ( ) ข้าราชการหรือพนักงานส่วนตำบลของอบต . ตำแหน่ง.....  
3. ( ) อื่นๆ ระบุตำแหน่ง.....

## 1.5 ประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ในองค์การบริหารส่วนตำบล.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

## 1.6. ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ทางด้านหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่

0. ( ) ไม่เคย      1. ( ) เคย



ถ้าเคยระบุ

เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

**ส่วนที่ 2** ลักษณะของอบต.และ ความสามารถของอบต.ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ  
**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วนและ  
 ตรงตามสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เห็นว่าตรงตามความ  
 เป็นจริงที่สุด

**2. ข้อมูลทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบล**

2.1 ขนาด(ระดับชั้น) ขององค์การบริหารส่วนตำบล

1. ( ) เล็ก
2. ( ) กลาง
3. ( ) ใหญ่

2.2 จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวน.....หมู่บ้าน

2.3 ผู้บริหารมีนโยบายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่

0. ( ) ไม่มี                      1. ( ) มี

2.4 แผนพัฒนาสาธารณสุขปีงบประมาณ 2553 อบต.กำหนดนโยบายสำหรับโครงการ  
 ดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) โครงการออกกำลังกายในชุมชน
2. ( ) โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. ( ) โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
4. ( ) โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน
5. ( ) โครงการพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน
6. ( ) โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน
7. ( ) โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน
8. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

2.5 แผนพัฒนาสาธารณสุขสำหรับปีงบประมาณ 2554 อบต.ของท่านมีแผนการกำหนด  
 นโยบายที่ประกอบไปด้วยเรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) โครงการออกกำลังกายในชุมชน
2. ( ) โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ( ) โครงการควบคุมและป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า
4. ( ) โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน
5. ( ) โครงการพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน
6. ( ) โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน
7. ( ) โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน
8. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

2.6 ในการอนุมัติแผนสำหรับ โครงการด้านสาธารณสุขของตำบล.ของท่านใช้เกณฑ์อะไรเป็นแนวทางในการพิจารณา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) พิจารณาตามสภาพและความเร่งด่วนของปัญหา
2. ( ) พิจารณาตามนโยบายของส่วนกลางหรือหน่วยเหนือ
3. ( ) พิจารณาตามความยุติธรรม
4. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

2.7. อบต.ของท่านมีส่วนสาธารณสุขหรือไม่

1. ( ) มี
2. ( ) ไม่มี ถ้าไม่มี ส่วนที่รับผิดชอบคือ.....

2.8 จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพในอบต. จำนวน.....คน

2.9 รายรับทั้งหมดของอบต. ในปี 2553 เป็นเงิน.....บาท

2.10 งบประมาณที่ให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเงินจำนวน.....บาท

2.11 อบต.ให้งบประมาณสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) ไม่ให้การสนับสนุน ระบุ จำนวน .....หมู่บ้าน
2. ( ) ให้ไม่ถึง 10,000 บาท/หมู่บ้าน/ปี ระบุ จำนวน .....หมู่บ้าน
3. ( ) ให้ 10,000 บาท/หมู่บ้าน ระบุ จำนวน .....หมู่บ้าน
4. ( ) ให้เกิน 10,000 บาท /หมู่บ้าน/ปี ระบุ จำนวน.....หมู่บ้าน

2.12 การบริหารจัดการงบประมาณที่อบต. ให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน

1. ( ) อบต.เป็นผู้บริหารจัดการเอง
2. ( ) ให้ อสม.เป็นผู้บริหารจัดการ
3. ( ) อบต.และอสม.ร่วมกันบริหารจัดการ

2.13 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากร(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) จัดสรรตามความสำคัญของแผนงานหรือโครงการ
2. ( ) จัดสรรตามสัดส่วนของหมู่บ้าน

3. ( ) จัดสรรตามส่วนกลางกำหนด
- 2.14 แหล่งทุนที่อบต.ใช้ในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพมาจากแหล่งใดบ้าง  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ( ) งบที่รัฐบาลกลางสนับสนุน
  2. ( ) งบรายได้ของอบต.
  3. ( ) แหล่งทุนองค์กรภาคเอกชน
  4. ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- 2.15 อบต.สนับสนุนเงินให้แต่ละหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขมูลฐานจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ( ) กองทุนตำบล หรือกองทุนสุขภาพตำบล
  2. ( ) เงินสาธารณสุขมูลฐาน (หมู่บ้านละ 10,000 บาท)
  3. ( ) ตามข้อบัญญัติตำบล
  4. ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- 2.16. อบต.จัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการในปี 2553 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ( ) โครงการออกกำลังกายในชุมชน
  2. ( ) โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
  3. ( ) โครงการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
  4. ( ) โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน
  5. ( ) โครงการพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน
  6. ( ) โครงการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน
  7. ( ) โครงการป้องกันยาเสพติดในชุมชน
  8. ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- 2.17 ปี 2553 อบต.สนับสนุนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพในด้าน  
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ( ) เงินงบประมาณ
  2. ( ) วัสดุ/อุปกรณ์
  3. ( ) เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ชุมชนจัดขึ้น
  4. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

2.18 อบต.เคยสนับสนุนงบประมาณในการจัดการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากรของอบต.

0. ( ) ไม่เคย

1. ( ) เคย ในเรื่องใดบ้างต่อไปนี้

1. ....
2. ....

2.19 อบต.เคยส่งบุคลากร เข้ารับการอบรมความรู้ในงานด้านสาธารณสุข

0. ( ) ไม่เคย

1. ( ) เคย เรื่องที่อบรม

1. ....
2. ....

2.20 อบต.ของท่านเคยจัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องใดบ้างดังต่อไปนี้

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ( ) การออกกำลังกายในชุมชน

2. ( ) การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ( ) การควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

4. ( ) การอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม./ประชาชนในชุมชน

5. ( ) การพัฒนาหอกระจายข่าวสารในหมู่บ้าน

6. ( ) การจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน

7. ( ) การป้องกันยาเสพติดในชุมชน

8. ( ) การประเมินโครงการ/แผนงาน

9. ( ) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์/แผนสุขภาพตำบล

10. ( ) อื่นๆ ระบุ.....



ภาคผนวก ข

ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูล

## ผลลัพธ์การวิเคราะห์ข้อมูล

### การเคยอบรม \* RRESULT

Crosstab<sup>a</sup>

		RRESULT			Total
		2.00	3.00	4.00	
การเคยอบรม 0	Count	12	61	7	80
	% of การเคยอบรม	15.0%	76.3%	8.8%	100.0%
	% of RRESULT	100.0%	91.0%	63.6%	88.9%
	% of Total	13.3%	67.8%	7.8%	88.9%
เคย	Count	0	6	4	10
	% of การเคยอบรม	.0%	60.0%	40.0%	100.0%
	% of RRESULT	.0%	9.0%	36.4%	11.1%
	% of Total	.0%	6.7%	4.4%	11.1%
Total	Count	12	67	11	90
	% of การเคยอบรม	13.3%	74.4%	12.2%	100.0%
	% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	13.3%	74.4%	12.2%	100.0%

a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	8.918 <sup>a</sup>	2	.012
Likelihood Ratio	7.968	2	.019
Linear-by-Linear Association	7.361	1	.007
N of Valid Cases	90		

a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 1.22...

b. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Symmetric Measures<sup>c</sup>

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.300	.012
N of Valid Cases	90	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...

c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## การเคยอบรม\* CRI3.1

Crosstab<sup>a</sup>

		CRI3.1		Total
		3.00	5.00	
การเคยอบรม 0	Count	51	29	80
	% of การเคยอบรม	63.8%	36.3%	100.0%
	% of CRI3.1	96.2%	78.4%	88.9%
	% of Total	56.7%	32.2%	88.9%
เคย	Count	2	8	10
	% of การเคยอบรม	20.0%	80.0%	100.0%
	% of CRI3.1	3.8%	21.6%	11.1%
	% of Total	2.2%	8.9%	11.1%
Total	Count	53	37	90
	% of การเคยอบรม	58.9%	41.1%	100.0%
	% of CRI3.1	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	58.9%	41.1%	100.0%

a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Chi-Square Tests<sup>a</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance	Exact Significance (2-sided)	Exact Significance (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.028 <sup>b</sup>	1	.008		
Continuity Correction <sup>c</sup>	5.337	1	.021		
Likelihood Ratio	7.124	1	.008		
Fisher's Exact Test				.014	.011
Linear-by-Linear Association	6.950	1	.008		
N of Valid Cases	90				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) expf < 5. Min exp = 4.11...

c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง



Symmetric Measures<sup>c</sup>

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.269	.008
N of Valid Cases	90	

- a. Assuming the alternate hypothesis  
 b. Using the asym std error ...  
 c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## การเคຍอบรม \* CRI5

Crosstab<sup>a</sup>

		CRI5			Total
		2.00	3.00	4.00	
การเคຍอบรม 0	Count	33	41	6	80
	% of การเคຍอบรม	41.3%	51.3%	7.5%	100.0%
	% of CRI5	97.1%	87.2%	66.7%	88.9%
	% of Total	36.7%	45.6%	6.7%	88.9%
เคຍ	Count	1	6	3	10
	% of การเคຍอบรม	10.0%	60.0%	30.0%	100.0%
	% of CRI5	2.9%	12.8%	33.3%	11.1%
	% of Total	1.1%	6.7%	3.3%	11.1%
Total	Count	34	47	9	90
	% of การเคຍอบรม	37.8%	52.2%	10.0%	100.0%
	% of CRI5	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	37.8%	52.2%	10.0%	100.0%

- a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	6.928 <sup>a</sup>	2	.031
Likelihood Ratio	6.410	2	.041
Linear-by-Linear Association	6.339	1	.012
N of Valid Cases	90		

- a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 1.00...  
 b. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Symmetric Measures<sup>c</sup>

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.267	.031
N of Valid Cases	90	

- a. Assuming the alternate hypothesis  
 b. Using the asym std error ...  
 c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## การเคຍอบรม \* CRI4.1

Crosstab<sup>a</sup>

		CRI4.1			Total
		2.00	3.00	4.00	
การเคຍอบรม 0	Count	14	58	8	80
	% of การเคຍอบรม	17.5%	72.5%	10.0%	100.0%
	% of CRI4.1	100.0%	93.5%	57.1%	88.9%
	% of Total	15.6%	64.4%	8.9%	88.9%
เคຍ	Count	0	4	6	10
	% of การเคຍอบรม	.0%	40.0%	60.0%	100.0%
	% of CRI4.1	.0%	6.5%	42.9%	11.1%
	% of Total	.0%	4.4%	6.7%	11.1%
Total	Count	14	62	14	90
	% of การเคຍอบรม	15.6%	68.9%	15.6%	100.0%
	% of CRI4.1	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	15.6%	68.9%	15.6%	100.0%

- a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	17.399 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	14.005	2	.001
Linear-by-Linear Association	12.873	1	.000
N of Valid Cases	90		

- a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 1.56...

- b. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Symmetric Measures<sup>c</sup>

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.402	.000
N of Valid Cases	90	

- a. Assuming the alternate hypothesis  
 b. Using the asym std error ...  
 c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## เพศ \* RI2

Crosstab<sup>a</sup>

			RI2			Total
			2.00	3.00	4.00	
เพศ ชาย	Count	10	19	8	37	
	% of เพศ	27.0%	51.4%	21.6%	100.0%	
	% of RI2	52.6%	31.7%	72.7%	41.1%	
	% of Total	11.1%	21.1%	8.9%	41.1%	
หญิง	Count	9	41	3	53	
	% of เพศ	17.0%	77.4%	5.7%	100.0%	
	% of RI2	47.4%	68.3%	27.3%	58.9%	
	% of Total	10.0%	45.6%	3.3%	58.9%	
Total	Count	19	60	11	90	
	% of เพศ	21.1%	66.7%	12.2%	100.0%	
	% of RI2	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.1%	66.7%	12.2%	100.0%	

- a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Chi-Square Tests<sup>b</sup>

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	7.794 <sup>a</sup>	2	.020
Likelihood Ratio	7.809	2	.020
Linear-by-Linear Association	.232	1	.630
N of Valid Cases	90		

- a. 1 cells (16.7%) expf < 5. Min exp = 4.52...  
 b. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Symmetric Measures<sup>a</sup>

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.282	.020
N of Valid Cases	90	

- a. Assuming the alternate hypothesis  
 b. Using the asym std error ...  
 c. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## แผนพัฒนางานสาธารณสุขปี54พัฒนาหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน RESULT

## Crosstab

			RRESULT			Total
			2.00	3.00	4.00	
แผนพัฒนางานสาธารณสุขปี54พัฒนาหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	ไม่ใช่	Count	8	46	2	56
		% of แผนพัฒนางานสาธารณสุขปี54พัฒนาหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	14.3%	82.1%	3.6%	100.0%
		% of RRESULT	66.7%	62.2%	18.2%	57.7%
		% of Total	8.2%	47.4%	2.1%	57.7%
	ใช่	Count	4	28	9	41
		% of แผนพัฒนางานสาธารณสุขปี54พัฒนาหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	9.8%	68.3%	22.0%	100.0%
		% of RRESULT	33.3%	37.8%	81.8%	42.3%
		% of Total	4.1%	28.9%	9.3%	42.3%
Total	Count	12	74	11	97	
	% of แผนพัฒนางานสาธารณสุขปี54พัฒนาหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	
	% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	8.039 <sup>a</sup>	2	.018
Likelihood Ratio	8.271	2	.016
Linear-by-Linear Association	5.188	1	.023
N of Valid Cases	97		

a. 1 cells (16.7%) expf < 5. Min exp = 4.65...

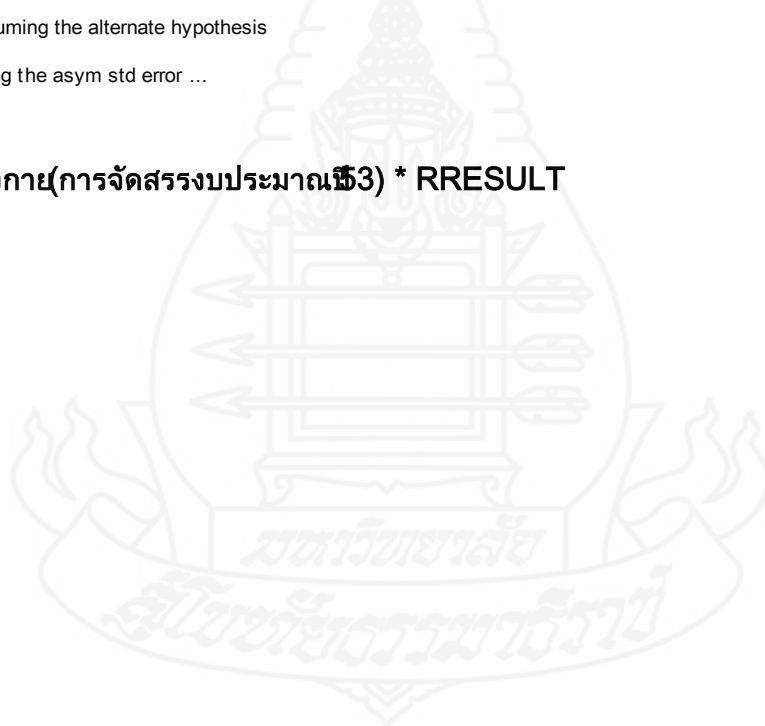
**Symmetric Measures**

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.277	.018
N of Valid Cases	97	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...

**ออกกำลังกาย(การจัดสรรงบประมาณปี3) \* RRESULT**



## Crosstab

			RRESULT			Total
			2.00	3.00	4.00	
ออกกำลังกาย(การจัด สรรงบประมาณปี53)	ไม่ใช่	Count	7	50	2	59
		% of ออกกำลังกาย(การจัด สรรงบประมาณปี53)	11.9%	84.7%	3.4%	100.0%
		% of RRESULT	58.3%	67.6%	18.2%	60.8%
		% of Total	7.2%	51.5%	2.1%	60.8%
	ใช่	Count	5	24	9	38
		% of ออกกำลังกาย(การจัด สรรงบประมาณปี53)	13.2%	63.2%	23.7%	100.0%
		% of RRESULT	41.7%	32.4%	81.8%	39.2%
		% of Total	5.2%	24.7%	9.3%	39.2%
Total	Count	12	74	11	97	
	% of ออกกำลังกาย(การจัด สรรงบประมาณปี53)	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	
	% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	9.838 <sup>a</sup>	2	.007
Likelihood Ratio	9.904	2	.007
Linear-by-Linear Association	3.485	1	.062
N of Valid Cases	97		

a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 4.31...

## Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.303	.007
N of Valid Cases		97	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...

### จัดบริการด้านสุขภาพ(การจัดสรรงบประมาณ53) \* RRESULT

Crosstab

		RRESULT			Total	
		2.00	3.00	4.00		
จัดบริการด้านสุขภาพ(กา รจัดสรรงบประมาณ 53)	ไม่ใช้	Count	10	35	3	48
		% of				
		จัดบริการด้านสุขภาพ(กา รจัดสรรงบประมาณ 53)	20.8%	72.9%	6.3%	100.0%
		% of RRESULT	83.3%	47.3%	27.3%	49.5%
		% of Total	10.3%	36.1%	3.1%	49.5%
ใช้	Count	2	39	8	49	
	% of					
	จัดบริการด้านสุขภาพ(กา รจัดสรรงบประมาณ 53)	4.1%	79.6%	16.3%	100.0%	
	% of RRESULT	16.7%	52.7%	72.7%	50.5%	
	% of Total	2.1%	40.2%	8.2%	50.5%	
Total	Count	12	74	11	97	
	% of					
	จัดบริการด้านสุขภาพ(กา รจัดสรรงบประมาณ 53)	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	
	% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	7.813 <sup>a</sup>	2	.020
Likelihood Ratio	8.386	2	.015
Linear-by-Linear Association	7.288	1	.007
N of Valid Cases	97		

a. 0 cells (.0%) expf < 5. Min exp = 5.44...

#### Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.273	.020
N of Valid Cases	97	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...



## ป้องกันยาเสพติด(การจัดสรรงบประมาณ53) \* RRESULT

Crosstab

		RRESULT			Total	
		2.00	3.00	4.00		
ป้องกันยาเสพติด(การจัดสรรงบประมาณ53)	ไม่ใช่	Count	7	21	1	29
		% of				
		ป้องกันยาเสพติด(การจัดสรรงบประมาณ53)	24.1%	72.4%	3.4%	100.0%
		% of RRESULT	58.3%	28.4%	9.1%	29.9%
	% of Total	7.2%	21.6%	1.0%	29.9%	
ใช่	ใช่	Count	5	53	10	68
		% of				
		ป้องกันยาเสพติด(การจัดสรรงบประมาณ53)	7.4%	77.9%	14.7%	100.0%
		% of RRESULT	41.7%	71.6%	90.9%	70.1%
	% of Total	5.2%	54.6%	10.3%	70.1%	
Total		Count	12	74	11	97
		% of				
		ป้องกันยาเสพติด(การจัดสรรงบประมาณ53)	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%
		% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	6.983 <sup>a</sup>	2	.030
Likelihood Ratio	7.054	2	.029
Linear-by-Linear Association	6.676	1	.010
N of Valid Cases	97		

a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 3.29...

## Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.259	.030
N of Valid Cases	97	

- a. Assuming the alternate hypothesis  
 b. Using the asym std error ...

## จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกาย RRESULT

## Crosstab

		RRESULT			Total	
		2.00	3.00	4.00		
จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกาย	ไม่ใช่	Count	8	59	2	69
	% of จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกาย		11.6%	85.5%	2.9%	100.0%
	% of RRESULT		66.7%	79.7%	18.2%	71.1%
	% of Total		8.2%	60.8%	2.1%	71.1%
	ใช่	Count	4	15	9	28
% of จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกาย		14.3%	53.6%	32.1%	100.0%	
% of RRESULT		33.3%	20.3%	81.8%	28.9%	
% of Total		4.1%	15.5%	9.3%	28.9%	
Total	Count	12	74	11	97	
	% of จัดอบรมให้แก่หมู่บ้านจัดการสุขภาพในเรื่องออกกำลังกาย		12.4%	76.3%	11.3%	100.0%
	% of RRESULT		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		12.4%	76.3%	11.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	17.800 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	16.266	2	.000
Linear-by-Linear Association	5.864	1	.015
N of Valid Cases	97		

a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 3.18...

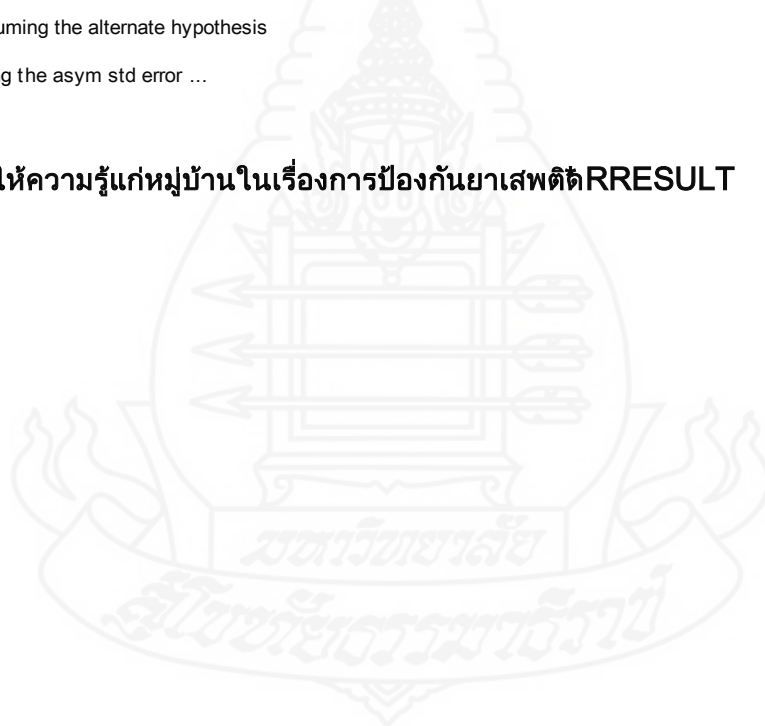
**Symmetric Measures**

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.394	.000
N of Valid Cases	97	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...

**จัดอบรมให้ความรู้แก่หมู่บ้านในเรื่องการป้องกันยาเสพติด RESULT**



## Crosstab

		RRESULT			Total	
		2.00	3.00	4.00		
จัดอบรมให้ความรู้แก่หมู่บ้าน ในเรื่องการป้องกันยาเสพติด	ไม่ใช้	Count	7	32	1	40
		% of				
		จัดอบรมให้ความรู้แก่หมู่บ้าน ในเรื่องการป้องกันยาเสพติด	17.5%	80.0%	2.5%	100.0%
		% of RRESULT	58.3%	43.2%	9.1%	41.2%
		% of Total	7.2%	33.0%	1.0%	41.2%
ใช่	Count	5	42	10	57	
	% of					
	จัดอบรมให้ความรู้แก่หมู่บ้าน ในเรื่องการป้องกันยาเสพติด	8.8%	73.7%	17.5%	100.0%	
	% of RRESULT	41.7%	56.8%	90.9%	58.8%	
	% of Total	5.2%	43.3%	10.3%	58.8%	
Total	Count	12	74	11	97	
	% of					
	จัดอบรมให้ความรู้แก่หมู่บ้าน ในเรื่องการป้องกันยาเสพติด	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	
	% of RRESULT	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	12.4%	76.3%	11.3%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance
Pearson Chi-Square	6.261 <sup>a</sup>	2	.044
Likelihood Ratio	7.243	2	.027
Linear-by-Linear Association	5.547	1	.019
N of Valid Cases	97		

a. 2 cells (33.3%) expf < 5. Min exp = 4.54...

## Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.246	.044
N of Valid Cases		97	

a. Assuming the alternate hypothesis

b. Using the asym std error ...

Correlations<sup>a</sup>

		ประสภาร ณทำงาน	I3.1	I3.2	II3.3	RESULT
ประสภารณทำงาน	Pearson Correlation	1	.260*	.319**	.220*	.171
	Significance(2-tailed)	.	.014	.002	.039	.110
	N	89	89	89	89	89
I3.1	Pearson Correlation	.260*	1	.649**	.764**	.809**
	Significance(2-tailed)	.014	.	.000	.000	.000
	N	89	90	90	90	90
I3.2	Pearson Correlation	.319**	.649**	1	.820**	.797**
	Significance(2-tailed)	.002	.000	.	.000	.000
	N	89	90	90	90	90
II3.3	Pearson Correlation	.220*	.764**	.820**	1	.939**
	Significance(2-tailed)	.039	.000	.000	.	.000
	N	89	90	90	90	90
RESULT	Pearson Correlation	.171	.809**	.797**	.939**	1
	Significance(2-tailed)	.110	.000	.000	.000	.
	N	89	90	90	90	90

\* Correlation at 0.05(2-tailed):...

\*\* Correlation at 0.01(2-tailed):...

a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

Correlations<sup>a</sup>

		จำนวนหมู่บ้าน ที่ได้รับผิดชอบ	I5	RESULT
จำนวนหมู่บ้านที่ได้รับผิดชอบ	Pearson Correlation	1	.217*	.180
	Significance(2-tailed)	.	.040	.090
	N	90	90	90
I5	Pearson Correlation	.217*	1	.817**
	Significance(2-tailed)	.040	.	.000
	N	90	90	90
RESULT	Pearson Correlation	.180	.817**	1
	Significance(2-tailed)	.090	.000	.
	N	90	90	90

\* Correlation at 0.05(2-tailed):...

\*\* Correlation at 0.01(2-tailed):...

a. ระดับชั้นของอบต. = ขนาดกลาง

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางกัณธิมา ศิริกุล  
 วัน เดือน ปีเกิด 29 พฤศจิกายน 2523  
 สถานที่เกิด อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม  
 ประวัติการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วทบ.) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พ.ศ. 2547  
 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ( ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2551  
 สถานที่ทำงาน องค์การบริหารส่วนตำบลโพรงมะเดื่อ  
 อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม  
 ตำแหน่ง นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ

