

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการ
ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย

ผู้วิจัย นางอมคา จันทร์ปาน **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่ปรึกษา**
(1) รองศาสตราจารย์ สมศักดิ์ บุคราษ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ เกตุรานนท์ (3) อาจารย์สุรพล
ทรัพย์แก้ว **ปีการศึกษา** 2545

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล
ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช
และ (2) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่าง
สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ 10 แห่ง และสถานีนามัยที่พัฒนา
ไม่สำเร็จ ตามเกณฑ์ประเมินผลของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ
ใช้ตัวอย่างที่ถูกสุ่มมาจำนวน 20 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่ศึกษา
จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกรายการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ไคสแควร์ การทดสอบค่าที และการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ในเรื่องการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย และ
แรงจูงใจด้านสภาพการทำงาน ปัจจัยด้านการบริหารงานในเรื่องกระบวนการบริหารทุกด้าน แต่ปัจจัยด้านการมี
ส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย (2) ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ระหว่างสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับพัฒนาไม่สำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล
โดยสถานีนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัยได้พัฒนาสถานีนามัย
สำเร็จมากกว่าสถานีนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมดูงาน และบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนา
สำเร็จ มีแรงจูงใจด้านสภาพการทำงานมากกว่าบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ปัจจัยด้านการ
บริหารงาน โดยอัตรากำลังของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีมากกว่าสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ และสถานีนามัย
ที่พัฒนาสำเร็จมีกระบวนการบริหารทุกด้านดีกว่าสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ และประชาชนเข้ามามี
ส่วนร่วมในการพัฒนาสถานีนามัย ไม่แตกต่างกันระหว่างสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนามัยที่พัฒนา
ไม่สำเร็จ

คำสำคัญ ผลการพัฒนา สถานีนามัย โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย

Thesis title: FACTORS RELATED TO THE RESULT OF DEVELOPMENT OF HEALTH CENTER IN NAKORNSITHAMMARAT PROVINCE UNDER THE DECADE PROJECT OF HEALTH CENTER DEVELOPMENT

Researcher: Mrs. Amata Junpan; Degree: Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Somsak Butaraj, Associate Professor; (2) Dr. Porntip Keyuranon, Associate Professor; (3) Surapol Trupkaew; **Academic year:** 2002

ABSTRACT

The purposes of this study were (1) to study the relation between the personnel, administration and community participation factors and the result of the development of health centers in Nakornsithammarat Province and (2) to compare these factors between successfully developed health centers and unsuccessfully developed health centers in Nakornsithammarat Province.

Two population groups consisted of 10 successfully developed health centers and unsuccessfully developed health centers, according to the evaluation criteria of Nakornsithammarat Province Public Health Club. Twenty unsuccessfully developed health centers were randomized selected. The data were collected from all 70 health workers in the studied health centers by questionnaires and checklist. Percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, chi-square, t-test and Mann-Whitney U test were used in statistical analysis.

The results of this study were (1) the factors significantly related to the results of health center development at the 0.05 level including the personnel factors in terms of training and visit on the Decade of Health Center Development and the motivation about working condition, the administration factors in terms of all administration process but the community participation factor was not related to the results of the development of health centers; (2) the factors that significantly differed at the 0.05 level between the successfully developed and unsuccessfully developed health centers including the personnel factor of health centers that the health workers used to have training and visit on the Decade of Health Center Development more success develop than those of who had no training and visit and the health workers of the successfully developed health centers had motivation about working condition more than those of the unsuccessfully developed health centers, the administrative factor of the manpower of the successfully developed health centers more than that of the unsuccessfully developed health centers and the successfully developed health centers had more all administration process than the unsuccessfully developed health centers and the community participation of the successfully developed and unsuccessfully developed health centers were similar.

Keywords: Results of development, Health center, The Decade Project of Health Center Development

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สมศักดิ์ บุตราช ผู้อำนวยการศูนย์วิทย์พัฒนามหาวิทยาลัยสุโขทัย วิทยาลัยราช นครศรีธรรมราช รองศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ เกตุรานนท์ และ อาจารย์สุรพล ทรัพย์แก้ว นักวิชาการสาธารณสุข งานพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่ต้นจนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ยุทธนา ศิลปรัสมิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ในการรวบรวมข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุข อำเภอต่าง ๆ ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทุกท่าน ของอำเภอสิชล อำเภอขนอม อำเภอหัวไทร อำเภอเชียรใหญ่ อำเภอบางขัน อำเภอนาบอน อำเภอฉวาง อำเภอลานสกา อำเภอช้างกลาง และอำเภอพระพรหม ตลอดจน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอรัตนพิบูลย์ อำเภอเมือง และอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ธงชัย สาระกุล ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการ สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ อาจารย์พนิตนาฏ วิสุทธิธรรม และอาจารย์นงพรรณ พิริยานุพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ อาจารย์ ศิริวรรณ จันทรวโรจน์ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน งานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช และคุณอภิรักษ์ หอยแก้ว นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หุ่นสูง ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนได้กรุณา สนับสนุนข้อมูลต่าง ๆ ให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น ในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้ เสมอมา นับตั้งแต่ต้นจนสำเร็จ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้สนใจการศึกษาทั้งมวล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพของระบบต่อไป

อมตา จันทรปาน

สิงหาคม 2545

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ประเด็นปัญหาการวิจัย.....	8
สมมุติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	14
การจัดบริการและการบริหารงานสาธารณสุข.....	14
โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย.....	34
ลักษณะส่วนบุคคล.....	38
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน.....	45
ภาวะผู้นำ.....	57
การมีส่วนร่วมของชุมชน.....	68
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	81
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	81
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	83
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยที่ศึกษา.....	92
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน.....	112
ตอนที่ 3 ข้อเสนอที่ได้จากการแสดงความคิดเห็น	124
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	129
สรุปการวิจัย.....	129
อภิปรายผล.....	136
ข้อเสนอแนะ.....	147
บรรณานุกรม.....	149
ภาคผนวก	
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	157
ข แบบสอบถาม.....	158
ค การประกวดสถานีอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	187
ประวัติผู้วิจัย.....	188

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	การเปรียบเทียบทฤษฎีการจูงใจที่ว่าด้วยความต้องการของมนุษย์ทั้ง 4 ทฤษฎี.....	52
ตารางที่ 2.2	แบบสอบถามของฟีเดเลอร์ (Fiedler's LPC Questionnaire).....	63
ตารางที่ 4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จตามโครงการทศวรรษแห่งการ พัฒนาสถานีนอมาลัยจังหวัดนครศรีธรรมราชจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	94
ตารางที่ 4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ...	100
ตารางที่ 4.3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จจำแนกตามสถานที่พักอาศัย.....	103
ตารางที่ 4.4	ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรในสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ.....	104
ตารางที่ 4.5	ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะผู้นำของ หัวหน้าสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ.....	105
ตารางที่ 4.6	ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของสถานะทางการเงิน ของสถานีนอมาลัย ที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จปีงบประมาณ 2542 - 2544.....	106
ตารางที่ 4.7	ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของค่าใช้จ่ายจำแนกประเภทที่เบิกจากเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2542 - 2544 ของสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ....	107
ตารางที่ 4.8	ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของค่าใช้จ่ายจำแนกประเภทที่เบิกจากเงิน งบประมาณ ปี 2542 - 2544 ของสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ..	108
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากร ของสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	109
ตารางที่ 4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากร ของสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	111
ตารางที่ 4.11	ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ของสถานีนอมาลัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ.....	112
ตารางที่ 4.12	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมาลัย กับผลการพัฒนาสถานีนอมาลัย.....	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนมัย กับผลการพัฒนาสถานีนอนมัย.....	115
ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านงบประมาณ กับผลการพัฒนาสถานีนอนมัย.....	116
ตารางที่ 4.15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านทรัพยากร กับผลการพัฒนาสถานีนอนมัย.....	117
ตารางที่ 4.16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านกระบวนการบริหารงาน กับผลพัฒนาสถานีนอนมัย.....	118
ตารางที่ 4.17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยด้านการมี ส่วนร่วมของชุมชนกับผลการพัฒนาสถานีนอนมัย.....	118
ตารางที่ 4.18 ค่าการทดสอบไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล ของบุคลากรที่ปฏิบัติในสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ.....	119
ตารางที่ 4.19 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	120
ตารางที่ 4.20 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะผู้นำ ของหัวหน้าสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	121
ตารางที่ 4.21 ค่าการทดสอบแบบ u (u-test)ของตัวแปรปัจจัยด้านงบประมาณ ของสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ.....	121
ตารางที่ 4.22 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรปัจจัย ด้านการบริหารทรัพยากรของสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	122
ตารางที่ 4.23 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรปัจจัย ด้านการบริหารทรัพยากรของสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	123
ตารางที่ 4.24 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนของสถานีนอนมัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ.....	124

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 สรุปวิวัฒนาการสถานื่อนามัยจากอดีตถึงปัจจุบัน.....	16
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างของระบบบริหาร.....	21
ภาพที่ 2.3 แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค พ.ศ.2538-2540	24
ภาพที่ 2.4 แผนภูมิหน้าที่และความรับผิดชอบของสถานื่อนามัย พ.ศ.2539	27
ภาพที่ 2.5 วงจรกิจกรรมหลักของผู้บริหาร.....	28
ภาพที่ 2.6 ปัจจัยหรือตัวแปรของตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงาน.....	39
ภาพที่ 2.7 ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์.....	48
ภาพที่ 2.8 ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม.....	53
ภาพที่ 2.9 โครงข่ายพฤติกรรมกรรมการจัดการของเบลคและมอดัน.....	61
ภาพที่ 2.10 แบบจำลองภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของฟีดเลอร์.....	64
ภาพที่ 2.11 แสดงมาตรวัดการมีส่วนร่วม.....	78

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานีนอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขด่านแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นหน่วยงานของรัฐที่นำนโยบายทางการสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติที่อำนวยความสะดวกต่อประชาชนโดยตรง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีภารกิจในการจัดบริการขั้นพื้นฐาน โดยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชนบทด้วย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 11)

การพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา นับได้ว่ามีวิวัฒนาการและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 – 3 (พ.ศ.2504 – 2519) เป็นแบบเน้นการขยายโครงสร้างพื้นฐาน (Growth model) คือ มีการลงทุนอย่างมหาศาลในการสร้าง และขยายสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ขณะเดียวกันเน้นการบริการแบบตั้งรับในสถานบริการขาดการบริการในเชิงรุก (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 13) ต่อมาในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 – 6 (พ.ศ.2520 – 2534) เป็นแบบการแก้ไขหรือการลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข (Gap model) ได้มีการจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ส่วนการลงทุนเน้นการสร้าง และขยายสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ขณะเดียวกันได้มีการนำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นยุทธวิธีหลักในการพัฒนาส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุข ประกอบกับได้มีการบริหารการพัฒนาชนบทแนวใหม่ โดยใช้แผนงานเป็นยุทธศาสตร์นำร่อง และมีการประสานงานระหว่าง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 124-125) ช่วงปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2529-2530) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาคุณภาพ บริการของสถานีนอนามัยขึ้น โดยกำหนดให้มีการจัดทำโครงการพัฒนาสถานีนอนามัยทั่วประเทศ โดยมุ่งพัฒนางานพร้อมกันทุกงาน เพิ่มทรัพยากรให้บางส่วน เน้นให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยพึ่งตนเอง และจัดทำคู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล (กองการพยาบาล 2541: 10) นอกจากนี้ ยังมี

โครงการแพทย์หมุนเวียนสู่สถานีนอนามัย โครงการรักษาพยาบาลทางวิทย์ โครงการคัดเลือกสถานีนอนามัยดีเด่น โครงการพัฒนาสถานีนอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2529-2530 โดยวิธีการอบรมครูฝึกระดับจังหวัด อำเภอ และพัฒนาสถานีนอนามัยครู เพื่อพัฒนาสู่สถานีนอนามัยเครือข่าย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 19)

สภาพปัญหาในการดำเนินงานของสถานีนอนามัย จากผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 - 6 ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ภาระกิจของสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น คือ ช่วงก่อนแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทภารกิจของสถานีนอนามัยไว้เป็นบัญญัติ 10 ประการ แต่ขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติ ใน พ.ศ.2528 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยแบ่งงานเป็น 28 งาน ต่อมาปรับปรุงอีกครั้งใน พ.ศ.2531 แบ่งเป็น 5 กลุ่มงานใหญ่ 35 งานย่อย (ประพนธ์ ปิยรัตน์ 2532: 23-24) พอสรุปปัญหาได้ดังนี้ ปัญหาเรื่องปริมาณและคุณภาพของบุคลากร ในช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2533 พบว่ามี สถานีนอนามัย จำนวน 8,029 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุมตำบลที่ไม่ใช่ที่ตั้งของโรงพยาบาล ร้อยละ 99.5 แต่อย่างไรก็ตาม สถานีนอนามัยยังต้องดูแลประชากรจำนวนสูงเกินไป ประชากรเฉลี่ย 5,781 คนต่อแห่ง ซึ่งนับว่ายังห่างจากมาตรฐาน 3,000 คนต่อแห่งอยู่มาก นอกจากนี้ยังพบว่า มีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเฉลี่ย 2.45 คนต่อแห่ง ซึ่งเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรจะมี 3-5 คน และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย และจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ เช่น ยานพาหนะ ก่อจตุรกรรม เครื่องนึ่งทำลายเชื้อโรค และยูนิตทำพื้น เป็นต้น ปัญหาด้านอาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น รั้ว ถนน ประปา และบ้านพักยังไม่เพียงพอ และปัญหาเรื่องระบบงานในสถานีนอนามัยยังไม่ได้มาตรฐาน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 108) ส่งผลให้ประชาชนไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยน้อย ประกอบกับโรงพยาบาลมีการให้บริการระดับต้นด้วย ทำให้การบริการของสถานีนอนามัยถูกมองจากประชาชนว่ามีคุณภาพต่ำกว่าโรงพยาบาล มีผลให้ประชาชนผ่านเลยสถานีนอนามัยไปใช้บริการในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก (อำพล จินดาวัฒน์ 2536: 19-26) จากอัตราการให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัด แผนกคนไข้นอกเฉลี่ย 173.1 คน/วัน โรงพยาบาลอำเภอ 29.6 คน/วัน และสถานีนอนามัย 3.1 คน/วัน (เฟรดเดอริก เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ 2520: 11)

จากสภาพปัญหาของสถานีนอนามัยดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาสถานีนอนามัย และได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย (ทสอ.) ขึ้น โดยกำหนดระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2544 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสถานีนอนามัยให้มีความครอบคลุม และมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแบบผสมผสานได้

ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

แม้ว่าผลการดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย มีผลดีต่อการสร้างให้เกิดกระแสผลักดัน ทำให้สถานีอนามัยโดยรวมได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างจริงจังและชัดเจนขึ้น ในช่วงครึ่งทศวรรษแรกของโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2538 มีสถานีอนามัยครอบคลุมประชากรเฉลี่ย 4,500 คน/แห่ง มีการจัดครุภัณฑ์เพิ่มให้สถานีอนามัยเป็นจำนวนมาก ค่าเฉลี่ยบุคลากรสาธารณสุขต่อสถานีอนามัยเพิ่มจาก 2.9 คน ในปี พ.ศ.2534 เป็น 3.08 คน ในปี พ.ศ.2538 แต่อย่างไรก็ ครอบคลุมประชากรกำหนดไว้ 5 คนต่อแห่ง ประชาชนใช้บริการที่สถานีอนามัยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2532 ให้บริการรวม 15.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 32.4 ล้านคนในปี พ.ศ.2538 (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ 2539: ช-ฉ)

แต่ยังพบว่าจุดอ่อนของโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย มีหลายประการ เนื่องจากเป็นโครงการใหญ่ที่ดำเนินการ โดยราชการ ซึ่งเป็นจุดอ่อนทั่วไปของภาคราชการที่รวมศูนย์อำนาจ การบริหารโครงการโดยใช้ในรูปของคณะกรรมการเป็นหลัก ไม่มีองค์กรและกลุ่มบุคคลรับผิดชอบโดยเฉพาะ ในระยะหลัง ๆ ผู้บริหารเปลี่ยนแปลงบ่อย การดำเนินงานของคณะกรรมการขาดความต่อเนื่อง ขาดการสนใจการดำเนินโครงการจึงกลายเป็นลักษณะงานประจำปกติมีความสำคัญไม่มาก การสั่งการจากส่วนกลางไปยังจังหวัด เป็นแบบราชการแนวตั้ง แม้เปิดโอกาสให้จังหวัดประยุกต์ ปรับปรุง ยืดหยุ่นการดำเนินโครงการได้ แต่ยังขาดระบบติดตาม สนับสนุน ควบคุมกำกับ และประเมินผลที่ดีพอ มีการทุ่มทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์ (hardware) เป็นหลัก มากกว่า การเน้นการพัฒนาบุคลากร (humanware) อย่างจริงจังและมากพอ มีการพัฒนาระบบงานเทคโนโลยีและวิชาการ (software) น้อยมาก มีการคิดพัฒนาโดยรูปแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสภาพพื้นที่ และความต้องการของชุมชน มีการพัฒนาเชิงปริมาณมากกว่าการพัฒนาเชิงคุณภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 1-2)

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานในช่วงครึ่งทศวรรษแรกของโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย อยู่ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) เน้นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขทุกระดับ แต่เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทุกระบบ และสภาพปัญหาจากการดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ที่ยังไม่บรรลุผล โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาทุก ๆ ด้าน ดังกล่าว นำไปสู่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีการพัฒนาแบบองค์รวม โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนในระยะยาว (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 126-129)

จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ตอบสนองโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีสถานีนอนามัยครอบคลุมทุกตำบล 250 แห่ง ครอบคลุมประชากร เฉลี่ย 6,100 คนต่อแห่ง มีบุคลากรเฉลี่ยสถานีนอนามัยละ 3 คน อัตราการใช้บริการสาธารณสุข ที่สถานีนอนามัย 10 คน/วัน โรงพยาบาลชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก 200 คน/วัน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช 2543: ข, 126-127) แสดงให้เห็นว่าประชาชนไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย น้อยมาก แต่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อประชาชนเอง ที่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เสียเวลารอนาน ส่วนโรงพยาบาลต้องรับภาระผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การบริการ ด้อยประสิทธิภาพลง ทั้ง ๆ ที่จังหวัดนครศรีธรรมราชได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการของ สถานีนอนามัย โดยร่วมกับชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ได้จัดให้มีการประกวดสถานีนอนามัย ในระดับต่าง ๆ ขึ้นทุกปี เพื่อให้สถานีนอนามัยมีการแข่งขันกันพัฒนาตนเองทั้งด้านคุณภาพ และ ประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นที่ศรัทธาของประชาชนตามเป้าหมายของการพัฒนาสถานีนอนามัย ขณะนี้ จังหวัดนครศรีธรรมราชมีสถานีนอนามัยที่พัฒนาจนสำเร็จ เพียงร้อยละ 46.40 ในขณะที่มีสถานีนอนามัย ร้อยละ 53.60 ที่ยังไม่สามารถพัฒนาตนเองได้สำเร็จ (ชมรมสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช 2544: 1-3) แม้การจัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยได้ผ่าน มาถึงปีสุดท้าย คือ ปี 2544 แล้วก็ตาม แต่ผลการพัฒนาสถานีนอนามัยแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าสถานีนอนามัย จะอยู่ภายใต้ นโยบายของจังหวัดเดียวกัน สภาพปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร และปริมาณ งานที่มากพอ ๆ กัน ซึ่งการพัฒนาสถานีนอนามัยให้ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ประการ จากการดำเนินงานโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่ เป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาสถานีนอนามัย ได้แก่

1. ปัญหาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่เพียงพอ (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35) พบว่า เพศ วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามบทบาทในด้านอื่น ๆ อายุราชการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริการ ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริหาร และ ด้านอื่นๆ ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน (อิงอัมพร ทองดี 2541: ง) นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในด้านระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และ ในด้านการศึกษาคุณวุฒิ อบรมด้านวิชาการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ นักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ (ชาคริต ชุมวรฐายี 2542 : 54-60)

2. ปัญหาด้านขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ทั้งในเรื่องค่าตอบแทนและความก้าวหน้า ในตำแหน่งหน้าที่ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35) เนื่องจาก แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

ของสาธารณสุขอำเภอ (พิชญ์ รอดแสวง 2542: 63-67) และพบว่า แบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอามัยแตกต่างกันจะทำให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างกัน (วีระ คีมัน 2542: บทคัดย่อ)

3. โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัย เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นการทำงานของเจ้าหน้าที่สถานีนอามัยในชุมชนโดยการพึ่งพาอาศัย ผสส./อสม. ช่วยทำงาน ทำให้เจ้าหน้าที่เริ่มห่างเหินกับชุมชนมากขึ้น เนื่องจากดำเนินการเปลี่ยนแปลงไปเป็นการติดตามผลงานจาก ผสส./อสม. เท่านั้น ไม่ได้ปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนอย่างแท้จริง (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35-36) ซึ่งความร่วมมือของชุมชน ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพิจิตร (จรัญ แดงเล็ก 2542:ง)

4. ปัญหาด้านการบริหาร ขาดความต่อเนื่องและจริงจังในการดำเนินงาน การสั่งการตามนโยบายที่ตายตัวเหมือนกันทั่วประเทศ การจัดสรรทรัพยากรไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35-36) แต่สถานีนอามัยได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยมาก ขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะจัดสรรให้เท่าใด (ประจวบ แผลมหลัก 2536: ก) และผลการศึกษาของจิตติมา พานิชกิจ (2540: ง) พบว่า งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ของเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย จังหวัดนครสวรรค์ นอกจากนี้ นิตศน์ รายชวา (1988: III-IV, 44, 70 อ้างถึงใน กาญจนา แสงรัตน์ 2532: 142) พบว่า ปัจจัยด้านทักษะทางด้านการบริหาร มีอิทธิพลสูงสุด ต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอามัย ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดหนองคาย และผลการศึกษาของ พิชญ์ รอดแสวง (2542: 63-67) พบว่า กระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ

5. สภาพปัญหาเชิงกายภาพ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับการคมนาคม การติดต่อสื่อสาร การขาดแคลนน้ำประปา ไฟฟ้า และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ พบในสถานีนอามัยเขตพื้นที่สูงและทุรกันดาร (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35-36)

6. ในขณะที่โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอามัยดำเนินการไป สิ่งแวดล้อมทุกระบบเปลี่ยนแปลงไปมาก ได้แก่ สังคมชนบทจะแปรสภาพเป็นสังคมเมือง ประชาชนมีการศึกษาดีขึ้น รายได้เฉลี่ยสูงขึ้น โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการคมนาคม การติดต่อสื่อสาร สาธารณูปโภค เทคโนโลยี และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ แต่ปัญหาช่องว่างในสังคมเพิ่มขึ้น มีกระแสการตื่นตัวทางการเมืองมากขึ้น ภาคสังคมเข้มแข็งขึ้น ประชาชนมีสิทธิเสรีภาพ มีทางเลือก มีการเรียกร้อง มีการตรวจสอบมากขึ้น ปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป

คนมีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น โรคและปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนมาเป็นโรคเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวข้องกับความมั่งคั่ง สภาพแวดล้อม และเกี่ยวกับพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องมีบริการที่ต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงระบบบริการ กับชุมชน และครอบครัวมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นความต้องการของประชาชนมากขึ้น ระบบสาธารณสุขจะมีการปรับตัวมาก เทคโนโลยีเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้นมาก โดยเอกชนเข้ามามีบทบาทจัดบริการมากขึ้น รัฐลดบทบาทจัดบริการลง หันไปเพิ่มบทบาทการสนับสนุนและกำกับ ดูแลมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้สถานีนอนามัยจะต้องมีการพัฒนาตนเอง ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 2, 35)

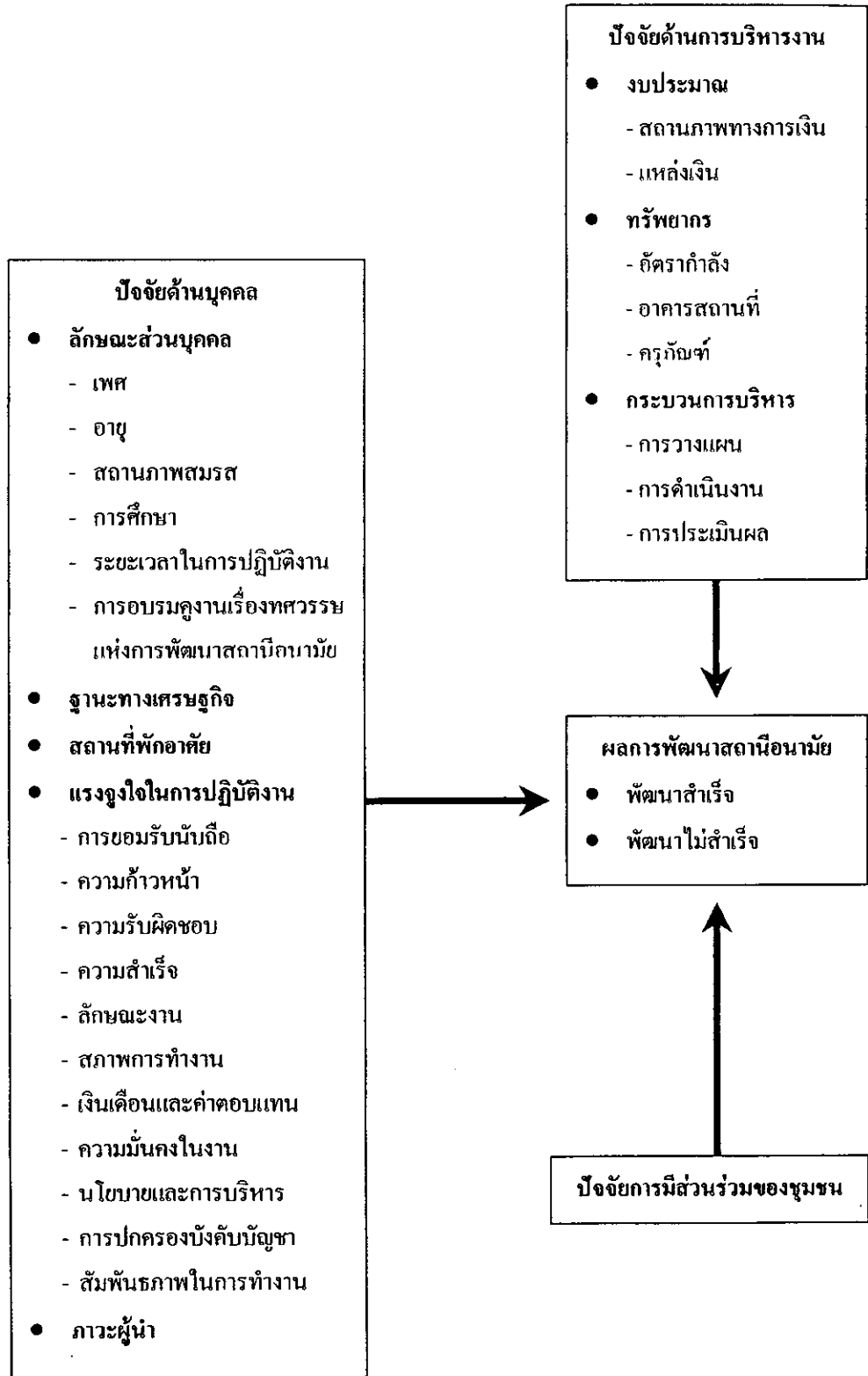
จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารงาน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ คือปัจจัยด้านบุคคล เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการอบรมดูงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่พักอาศัย แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สาธารณสุข ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ปัจจัยด้านการบริหารงาน ได้แก่ งบประมาณ ทรัพยากร และกระบวนการบริหารงาน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน จากปัจจัยดังกล่าว ถ้าทราบว่าปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ก็จะสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยให้ดีขึ้นต่อไป ด้วยเหตุที่เห็นความสำคัญ และความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาสถานีนอนามัย โดยต้องการผลที่ได้ คือ สถานีนอนามัยที่มีความพร้อม มีความสามารถทั้งทางด้านบริหาร บริการ วิชาการ และเป็นที่ศรัทธาของประชาชน สามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และจากการที่เห็นประโยชน์ที่ควรจะได้รับจากผลของการศึกษาวิจัยนี้ จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จของจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. กรอบแนวคิดของการวิจัย



4. ประเด็นปัญหาการวิจัย

4.1 ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

4.2 ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีปัจจัยใดบ้างที่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ กับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

5. สมมุติฐานการวิจัย

5.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ดังนี้

5.1.1 ปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรของสถานีนอนามัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่พักอาศัย แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

5.1.2 ปัจจัยด้านการบริหารงาน ได้แก่ ขอบประมาณ ทรัพยากร และกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

5.1.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

5.2 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีปัจจัยต่าง ๆ ด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มากกว่าสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ดังนี้

5.2.1 สถานีนอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมศึกษาดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยจะพัฒนาสถานีนอนามัยสำเร็จมากกว่าสถานีนอนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมศึกษาดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย

5.2.2 สถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่ในบริเวณสถานีนอนามัยจะพัฒนาสำเร็จมากกว่าสถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่นอกบริเวณสถานีนอนามัย

5.2.3 บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

5.2.4 สถานีนอนามัยที่มีหัวหน้าสถานีนอนามัยมีภาวะผู้นำสูงจะประสบความสำเร็จในการพัฒนามากกว่า สถานีนอนามัยที่มีหัวหน้าสถานีนอนามัยมีภาวะผู้นำต่ำ

5.2.5 สถานีอนามัยที่ได้รับงบประมาณมาก จะพัฒนาสำเร็จมากกว่าสถานีอนามัยที่ได้รับงบประมาณน้อย

5.2.6 สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีทรัพยากรเพียงพอ และมีคุณภาพมากกว่าสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

5.2.7 สถานีอนามัยที่มีการกำหนดนโยบาย และวางแผนชัดเจนจะประสบความสำเร็จในการพัฒนามากกว่าสถานีอนามัยที่ไม่มีการกำหนดนโยบาย และวางแผนชัดเจน

5.2.8 สถานีอนามัยที่ได้การดำเนินงานตาม โครงการจะประสบความสำเร็จในการพัฒนามากกว่าสถานีอนามัยที่ไม่ได้การดำเนินงานตาม โครงการ

5.2.9 สถานีอนามัยที่มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะประสบความสำเร็จในการพัฒนามากกว่าสถานีอนามัยที่ไม่มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

5.2.10 สถานีอนามัยที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากจะประสบความสำเร็จในการพัฒนามากกว่าสถานีอนามัยที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อย

6. ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหาร และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ โดยศึกษากับหัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัย ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2544

7. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

7.1 สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ หมายถึง สถานีอนามัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับอำเภอ และได้รับการคัดเลือกอันดับที่ 1 และ 2 เป็นตัวแทนระดับโซน เพื่อส่งประกวดระดับจังหวัด ภายใต้การประกวดสถานีอนามัยตามแบบประเมินสถานีอนามัย ของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

7.2 ผลการพัฒนาสถานีอนามัย หมายถึง ผลของงานต่าง ๆ ที่เป็นงานในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานีอนามัย ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคนในสถานีอนามัย เป็นการพัฒนาสถานีอนามัยตามเกณฑ์ประเมินสถานีอนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ โดยตัวชี้วัดผลการพัฒนาสถานีอนามัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผลการประกวดสถานีอนามัยที่ได้รับการ

คัดเลือกเป็นตัวแทนระดับโซน ของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการที่
ทุกอำเภอคัดเลือกสถานีนอนามัยส่งเข้าประกวด อำเภอละ 1 สถานีนอนามัย แล้วคณะกรรมการ
คัดเลือกสถานีนอนามัยระดับโซน ที่ได้อันดับที่ 1 และ 2 เพื่อเป็นตัวแทนส่งเข้าประกวดระดับ
จังหวัดต่อไป

7.3 ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่เป็นตัวอย่าง อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี ก่อนปี 2544 ได้แก่

7.3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย

7.3.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง เงินเดือนปัจจุบัน ค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ได้รับ
จากการปฏิบัติราชการ รายได้จากอาชีพรอง และภาระหนี้สินในปี 2544

7.3.3 สถานที่พักอาศัย หมายถึง การพักอาศัยอยู่ในบริเวณสถานีนอนามัย หรือ
ไม่ได้พักในบริเวณสถานีนอนามัย

7.3.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคลากร
สาธารณสุขแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสถานีนอนามัย โดยตอบสนองความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคลด้วย ตามทฤษฎีการจูงใจแบบสอง
ปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก คือ

1) **ปัจจัยจูงใจ** เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวงานโดยตรง ถ้ามีอยู่ก็จะ
เป็นสิ่งจูงใจ หรือทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอย่างมาก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติ
ทางบวก และการจูงใจในการปฏิบัติงาน และทำหน้าที่เหมือนเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล
ซึ่งมีผลให้ผลผลิตของงานเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

(1) การยอมรับนับถือ หมายถึง การยอมรับหรือเห็นด้วยกับความสำเร็จ
การได้รับการยกย่อง ชมเชย เชื่อถือ ไว้วางใจ ในผลงานหรือผลการดำเนินงาน จากผู้บังคับบัญชา
ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และบุคคลอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการยอมรับนับถือก็จะทำให้ได้รับ
คำตำหนิติเตียน หรือการกล่าวโทษ

(2) ความก้าวหน้า หมายถึง ผลหรือการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงใน
สถานภาพของบุคคล หรือตำแหน่งในสถานีนอนามัย มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งหรือระดับที่สูงขึ้น และ
การที่บุคคลมีโอกาสดำเนินการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะที่เพิ่มขึ้น ในวิชาชีพจากการ
ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ตลอดจนโอกาสได้รับการศึกษาต่อ อบรม ดูงาน

(3) ความรับผิดชอบ หมายถึง มีความตั้งใจ ความสำนึกในอำนาจหน้าที่
และความรับผิดชอบ โดยมีอำนาจและมีอิสระในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่

(4) ความสำเร็จของงาน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานได้สำเร็จสมบูรณ์ตามเป้าหมาย ตามกำหนดเวลา สามารถแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน และพอใจในผลสำเร็จของงานนั้น

(5) ลักษณะงาน หมายถึง งานที่ปฏิบัติในสถานีนอมาัย เป็นงานประจำหรืองานที่ได้รับมอบหมายชั่วคราว เป็นงานที่สร้างสรรค์ งานที่ทำทาศความสามารถ มีคุณค่าชวนให้ปฏิบัติไม่น่าเบื่อ รวมทั้งเป็นงานที่สามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จ สมบูรณ์ ในเวลาอันสั้น

2) ปัจจัยค้ำจุน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในงานเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่ทำให้คนไม่พึงพอใจในงานที่ทำ หรือเป็นองค์ประกอบเพื่อป้องกันการเกิดความไม่พอใจ หากว่าสิ่งต่าง ๆ ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอความไม่พอใจจะหายไป แต่จะไม่สร้างหรือมีผลทำให้เกิดทัศนคติทางบวก หรือแรงจูงใจขึ้น และไม่ทำหน้าที่เป็นเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

(1) สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพที่เหมาะสมในการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อม สถานที่ทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ ความสะดวกสบายในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตลอดจนครอบคลุมไปถึง ความสมดุลของปริมาณงาน กับจำนวนบุคลากร

(2) เงินเดือนและค่าตอบแทน หมายถึง ผลตอบแทนของการทำงานตามพรบ.ข้าราชการพลเรือน รวมค่าจ้างที่จ่ายเป็นรายเดือนที่ทางราชการจ่ายให้ ค่าตอบแทน ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าอยู่เวรนอกเวลาราชการ รวมทั้งสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล วันหยุดที่พักอาศัย และประโยชน์เกื้อกูลอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของเงินเดือน และงานที่รับผิดชอบ

(3) ความมั่นคงในงาน หมายถึง ความรู้สึกของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อการปฏิบัติงานในด้านความมั่นคงในตำแหน่ง และความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในสถานีนอมาัย

(4) นโยบายและการบริหารงาน หมายถึง ความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของสถานีนอมาัย การบริหารงาน การจัดระบบงานของผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

(5) การปกครองบังคับบัญชา หมายถึง สภาพการปกครองบังคับบัญชาของผู้บริหารระดับสูงในเรื่อง การวิเคราะห์ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ ความยุติธรรม

(6) สัมพันธภาพในการทำงาน หมายถึง สภาพความสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น ๆ ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชาในสถานการณ์ต่าง ๆ การร่วมมือปฏิบัติงาน การช่วยเหลือ การสนับสนุน และการปรึกษาหารือ

ตัวชี้วัดระดับของแรงจูงใจ ได้แก่ คะแนนที่บอกความมากน้อยเกี่ยวกับแรงจูงใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977: 174 อ้างถึงใน จรรย์ แดงเล็ก 2542: 44) คือ แรงจูงใจระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00) แรงจูงใจระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67) และแรงจูงใจระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)

7.3.5 ภาวะผู้นำ หมายถึง กระบวนการที่หัวหน้าสถานีนามัยใช้อิทธิพลต่อผู้อื่นเพื่อการบูรณาการบุคคล วัสดุอุปกรณ์ และความคิดในกลุ่มร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดไว้ ตัวชี้วัดภาวะผู้นำ คือ ระดับคะแนนจากแบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมของผู้นำตามมาตรวัดของฟีลเลอร์ ถ้าได้คะแนนสูง (ช่วงคะแนน 4.51 – 8.00) แสดงว่าเป็นผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ คือ มีแนวโน้มเป็นผู้นำที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี และให้ความสำคัญในการทำงานเป็นอันดับรอง ในทางกลับกันถ้าได้คะแนนต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 4.50) เป็นผู้นำแบบมุ่งงาน และมีแนวโน้มจะสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ด้อยก็ต่อเมื่องานที่ทำประสบผลสำเร็จ

7.4 ปัจจัยด้านการบริหารงาน

7.4.1 งบประมาณ หมายถึง สถานภาพทางการเงินของสถานีนามัย ซึ่งประเมินจากรายรับ รายจ่าย เงินคงเหลือ และแหล่งที่มาของเงิน (เงินบำรุง เงินงบประมาณ และเงินบริจาค) โดยประเมิน 3 ปีซ้อนหลัง

7.4.2 ทรัพยากร หมายถึง อัตรากำลัง อาคารสถานที่ (ได้แก่ อาคารสำนักงาน บริเวณโดยรอบสถานีนามัย บ้านพัก และระบบสาธารณูปโภค) และครุภัณฑ์ประจำสถานีนามัย จะประเมินในด้านปริมาณ และคุณภาพ โดยใช้ดัชนีตามเกณฑ์ มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) แบ่งการบริหารเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามแนวคิดของ เบสท์ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 3.26 – 4.00) ระดับดี (ช่วงคะแนน 2.51 – 3.25) ระดับพอใช้ (ช่วงคะแนน 1.76 – 2.50) และระดับปรับปรุง (ช่วงคะแนน 1.00 – 1.75)

7.4.3 กระบวนการบริหารงาน หมายถึง หน้าที่สำคัญในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนามัยภารกิจหลักที่กระทำต่อเนื่องเป็นวงจร 3 ประการ ได้แก่ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ตัวชี้วัดใช้เกณฑ์ประเมินผลการพัฒนาสถานีนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ งานบริหารบุคคล การเงินและการบัญชี งานสารบรรณ พัสดุ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล แบ่งเป็น 4 ระดับโดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 3.26 – 4.00) ระดับดี (ช่วงคะแนน 2.51 – 3.25) ระดับพอใช้ (ช่วงคะแนน 1.76 – 2.50) และระดับปรับปรุง (ช่วงคะแนน 1.00 – 1.75)

7.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้น ในลักษณะร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล การร่วมแก้ไขปัญหา ความต้องการของชุมชน โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ไม่มีส่วนร่วมเลย (ช่วงคะแนน 1.00 – 1.80) ระดับที่ 2 มีส่วนร่วมน้อย (ช่วงคะแนน 1.81 – 2.60) ระดับที่ 3 มีส่วนร่วมปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61 – 3.40) ระดับที่ 4 มีส่วนร่วมระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.41 – 4.20) ระดับที่ 5 มีส่วนร่วมในอุดมคติ (ช่วงคะแนน 4.21 – 5.00)

7.6 โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย พ.ศ. 2535 – 2544 หมายถึง โครงการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้นในการพัฒนาสถานีนอนามัย เนื่องจากปัญหาความไม่พร้อมของสถานีนอนามัยในด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ระบบงาน โดยกำหนดเป็นนโยบายและกลวิธีการพัฒนาสถานีนอนามัยให้ชัดเจน และเป็นระบบตั้งแต่การทบทวน ปรัชญา แนวคิด บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย การจัดองค์การ การบริหารทรัพยากร งบประมาณและการเงิน ตลอดจนการบริหารและสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยเริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535- 2544 รวม 10 ปี ใช้งบประมาณเพิ่มเติมจากเดิม 30,890 ล้านบาท เป็นงบลงทุนด้าน โครงสร้าง และการผลิตกำลังคนสำหรับสถานีนอนามัย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนาบทบาทหน้าที่ของสถานีนอนามัย พัฒนาโครงสร้างอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ พัฒนาเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัย เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ และพัฒนาระบบบริหาร ให้สถานีนอนามัยดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2539: 89 – 95) ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นปีที่สิ้นสุดโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาสถานีนอนามัยแบบองค์รวมต่อไป เพื่อที่จะทำให้สถานีนอนามัยมีความพร้อม มีความสามารถทั้งทางด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการ และเป็นที่ศรัทธาของประชาชน สามารถเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นตัวขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และเท่าเทียมกัน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แนวคิดการจัดบริการและการบริหารงานสาธารณสุข
- ส่วนที่ 2 โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย
- ส่วนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำ
- ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนที่ 1 แนวคิดการจัดบริการและการบริหารงานสาธารณสุขระดับสถานีอนามัย

1.1 วิวัฒนาการของสถานีอนามัย

ในปี พ.ศ.2455 กระทรวงมหาดไทย มีโครงการขยายงานทางการสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง จึงขอพระบรมราชานุญาต ตั้ง กรมพยาบาล ขึ้นใหม่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยแบ่งการบริหารงานของกรมพยาบาลออกเป็น 6 แผนก คือ

- 1.แผนกบัญชาการ
- 2.แผนกการแพทย์
- 3.แผนกป้องกันโรคระบาด
- 4.แผนกปีสุระสภาพ
- 5.แผนกสุขาภิบาล
- 6. แผนกโสตศालารัฐบาล

งานที่ก้าวหน้าขึ้นในยุคนี้ ได้แก่ การจัดให้มีแพทย์ประจำทุกจังหวัด และจัดสร้าง “โสตศภา” ขึ้นในชนบท โดยพระดำริของกรมพระยาดำรงราชานุภาพ ในปี พ.ศ.2456 เพื่อเป็นสถานบำบัดโรคและเป็นสำนักของแพทย์สาธารณสุข (กองการพยาบาล 2541: 5) ต่อมา พ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สุขศาลา” สำหรับสุขศาลาในท้องที่ ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการได้จัดตั้ง

แพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชนจึงเรียก “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” นั้น ไม่มีแพทย์ประจำ

ต่อมาเมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์ รับผิดชอบสุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลประจำอำเภอ บางส่วนเทศบาลรับไปดำเนินการ

สุขศาลาชั้นหนึ่งที่มีได้โอนไปอยู่กับเทศบาล และมีได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล ก็ยังคงอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย ซึ่งต่อมาก็ได้พัฒนาเป็น “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง” ใน พ.ศ. 2497 เป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท” พ.ศ. 2515 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย พ.ศ. 2517 เป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” พ.ศ. 2518 และเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” พ.ศ. 2525 เป็นต้นมา

ส่วนสุขศาลาชั้นสอง ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัยชั้นสอง” พ.ศ. 2495 และเป็น “สถานีอนามัย” พ.ศ. 2515

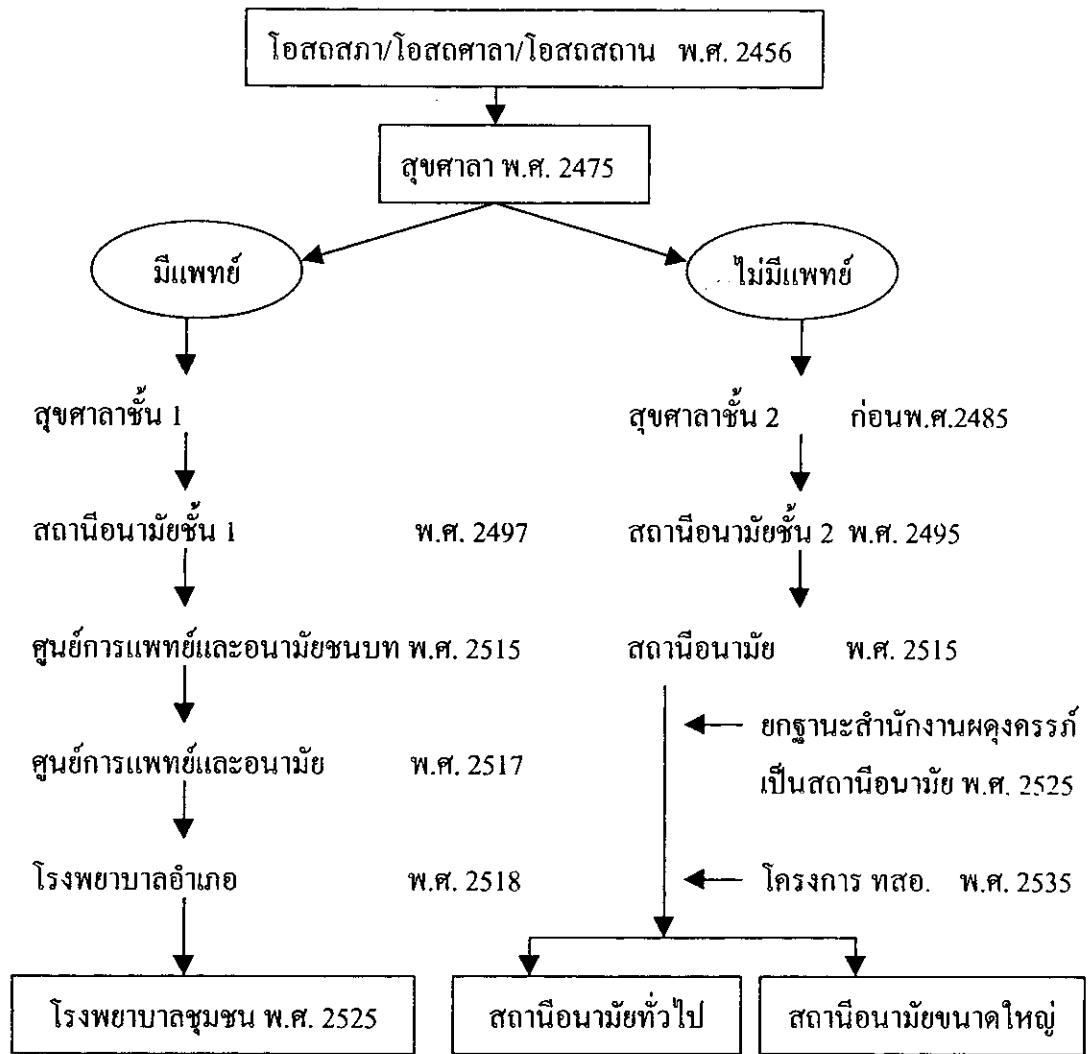
ในส่วนของสำนักงานผดุงครรภ์ คาดว่าเริ่มใน พ.ศ. 2497 โดยที่รัฐบาลเห็นสมควรให้การสงเคราะห์แก่มารดาและทารกเพื่อลดอัตราการตายของทารก จึงได้มีการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้นสอง ขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2485 ซึ่งส่วนใหญ่ส่งไปอยู่ตามท้องที่ตำบลที่ยังไม่มีการสร้างสถานีอนามัย โดยให้ตั้งเป็น “สำนักงานนางผดุงครรภ์ชั้นสอง” ที่บ้านกำนัน

ต่อมามีการสร้างสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 แบบ แบบที่ 1 มีทุนผูกพัน ให้ผู้ที่บริจาคทรัพย์สร้างสำนักงานผดุงครรภ์ส่งลูกหลานเข้าเรียนผดุงครรภ์ได้ แล้วกลับไปประจำที่สำนักงานผดุงครรภ์นั้น ส่วนแบบที่ 2 เป็นแบบไม่มีทุนผูกพัน

ใน พ.ศ. 2525 มีการยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ทั้งหมดกว่า 1,400 แห่ง ขึ้นเป็นสถานีอนามัย ทำให้มีจำนวนสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น

สำหรับสถานบริการสาธารณสุขชุมชน เป็นสถานบริการที่จัดตั้งในระดับหมู่บ้าน เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2523 รัฐบาลในท้องที่ที่จบ ม.ศ. 3 เข้ารับการอบรมนาน 6 เดือน แล้วส่งกลับไปทำงานในสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งจัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านพื้นที่เฉพาะ ได้แก่ หมู่บ้านเขตเสี่ยงภัยชายแดน หมู่บ้านเขตชนบทบางกลุ่ม เช่น ชุมชนชาวไทยภูเขา เป็นต้น โดยให้สถานบริการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัยในตำบลนั้น ๆ

ต่อมาใน พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัย อย่างจริงจังได้จัดทำโครงการ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย” ขึ้น กำหนดระยะเวลารวม 10 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 – 2544 โดยมีการกำหนดสถานีอนามัยออกเป็น 2 ประเภท คือ สถานีอนามัยทั่วไป และสถานีอนามัยขนาดใหญ่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2539: 7)



ภาพที่ 2.1 สรุปวิวัฒนาการสถานีอนามัยจากอดีตถึงปัจจุบัน

หมายเหตุ พ.ศ. 2523 มีการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านพื้นที่เป้าหมายเฉพาะ โดยขึ้นกับสถานีอนามัยในตำบลนั้น

ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ *อนาคตสถานีอนามัยไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผล โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย)* เล่ม 1 กรุงเทพมหานคร
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2539

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุขนั้น ขึ้นอยู่กับค่านิยมและปรัชญาแนวความคิดที่สังคมหรือประเทศนั้นๆ ยึดถือ และยังขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจที่อยู่ในประเทศนั้นด้วย ค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขมี 4 ประการ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ 2539: 7-8) คือ

1.2.1 หลักของความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้นยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทั่วทั้งสังคม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างกันในด้านรายได้ หรือถิ่นที่อยู่ ในการนี้รัฐจะต้องขยายบริการทั่วถึงกันทั่วประเทศ เช่นการจัดการสาธารณสุขในระดับสถานีนานามัยของประเทศไทยมุ่งตามหลักการนี้

1.2.2 หลักของความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดการสาธารณสุขจะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative Needs) ของประชาชนด้วย โดยที่ความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (Felt Needs) ประชากรแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้องได้รับบริการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ยึดถือรายได้หรืออำนาจซื้อของประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจน และในชนบทที่ห่างไกลรัฐจะต้องให้บริการกลุ่มเหล่านี้

1.2.3 หลักของเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของแต่ละบุคคลซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับอำนาจซื้อ และรายได้ของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลของเอกชน ย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการถ้าเขามีอำนาจซื้อที่เพียงพอ

1.2.4 หลักของประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักของประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วย หลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรต่ำที่สุดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง ย่อมต้องการทรัพยากรของสังคมจำนวนมาก เช่น เครื่อง C.T. Scan สำหรับเอกซเรย์สมอง เป็นต้น

การจัดบริการสาธารณสุขต่าง ๆ แต่ละสังคมมักขึ้นอยู่กับค่านิยมทั้ง 4 นี้ของคนในสังคม หรือผู้กำหนดนโยบายในสังคม โดยที่อาจจะมีการผสมกลมกลืนค่านิยมเหล่านี้ควบคู่กันไป

จากอดีตจนถึงปัจจุบันมีปรัชญาและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสถานอนามัย ดังนี้
(เมธี จันท์จารุภรณ์ 2533: 8)

1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันร่วมกับการดำเนินงานตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานจะทำให้ประชาชนในชนบทมีสุขภาพที่ดีขึ้น
2. การขยายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐเข้าสู่ชนบทระดับตำบลทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ จะทำให้ประชาชนในชนบทมีสุขภาพอนามัยดียิ่งขึ้น
3. ประชาชนในชนบทควรได้รับบริการใกล้บ้านมากที่สุด หากเกินขีดความสามารถของสถานบริการ ใกล้บ้านจึงเข้าสู่ระบบส่งต่อที่เหมาะสม
4. สถานอนามัยเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First contact of health service)
5. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับตำบลและหมู่บ้านจัดอยู่ในการบริการระดับต้น (Primary medical care) คือ ระดับที่ให้บริการได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่แพทย์ควบคู่ไปกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐที่ทำงานในระดับตำบล นอกจากมีหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรงแล้ว จะต้องมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนประชาชนเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขและพัฒนาชุมชนด้วย
7. การให้บริการของสถานอนามัย กำหนดให้น้ำหนักของงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมและป้องกันโรค ต่อทางด้านรักษาพยาบาล ในสัดส่วน 75 : 25
8. การให้บริการของสถานอนามัยเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated health service) ในลักษณะของการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชน โดยมีเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน
9. การให้บริการของสถานอนามัยเป็นการให้บริการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนร่วมกับการตั้งรับในสำนักงาน โดยในอดีตเน้นมาตรการ “เยี่ยมบ้าน” เป็นการทำงานเชิงรุกที่สำคัญ ต่อมามีการใช้ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวกลางระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น
10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย เป็นบุคลากรระดับผู้ช่วยประเภทที่มีความรู้ความสามารถในงานหลาย ๆ ด้าน (Multipurpose personnel)

1.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับสถานอนามัยในประเทศไทย

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขในระดับสถานอนามัยเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยอังกฤษ เมื่อปี พ.ศ.2463 เรียกว่า Primary Health Centre ต่อมาในปี พ.ศ.2473 มีการประชุมกันในยุโรป และกำหนดนิยามของ Rural Health Centre ว่าเป็นสถานบริการที่ทำหน้าที่

ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลในสถานที่เดียวกัน แนวคิดของสถานีนอนามัยได้กระจายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในยุโรป และบางประเทศให้บริการโดยแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Health Auxiliary)

การจัดบริการสาธารณสุขสามารถแบ่งออกเป็นหลายชนิด เช่น แบ่งตามระดับการบริการ (Level of Care) แบ่งตามชนิดของการบริการ (Type of Care) การแบ่งตามระดับการบริการนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทด้วยกัน (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ 2539: 10-12) คือ

1.3.1 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถกระทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับชนบทธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่น ที่เป็นประชาชนด้วยตนเอง ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

1.3.2 การจัดบริการสาธารณสุขในระดับที่ 1 (Primary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

1) **สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)** เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 500 - 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ เบื้องต้น

2) **สถานีนอนามัย (สอ.)** เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 - 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ พนักงานอนามัย, ผดุงครรภ์, พยาบาลเทคนิค (จบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี) บรรจุเข้ารับราชการในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการให้ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในระดับสถานีนอนามัย

3) **โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)** เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยภายใน ตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 120 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาล

มากกว่าสถานบริการในข้อ 1) และ 2)

1.3.3 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 2 (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการทางด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) **โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน** ดำเนินการโดยธุรกิจเอกชนหรือองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรอื่น ๆ (Non-profit Organization)

2) **โรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital)** เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด หรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 120-240 เตียง

1.3.4 การจัดบริการสาธารณสุขระดับที่ 3 (Tertiary Care) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังต่อไปนี้

1) **โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่** มีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 241 เตียงขึ้นไป

2) **โรงพยาบาลศูนย์ (Region Hospital)** เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เป็นพิเศษ มีเตียงไว้รักษาผู้ป่วยในตั้งแต่ 361 เตียงขึ้นไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ตั้งของเขต หรือเป็นศูนย์กลางจังหวัดต่าง ๆ ของเขตนั้น ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาเป็นสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงสุดทัดเทียมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ

3) **โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย** เป็นสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นสถาบันผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับนักวิชาการและนักวิชาชีพให้กับกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากการจัดบริการทั้ง 4 ระดับ ดังกล่าวแล้ว ยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนอื่น ๆ อีก เช่น ร้านขายยา สถานบริการอื่น ๆ ของทางราชการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลตำรวจ เป็นต้น

การแบ่งระดับสถานบริการออกเป็นระดับต่าง ๆ นี้ แต่ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว สถานพยาบาลระดับสูง ๆ ก็มักจะมีบริการระดับต้นปนอยู่ด้วยเสมอ

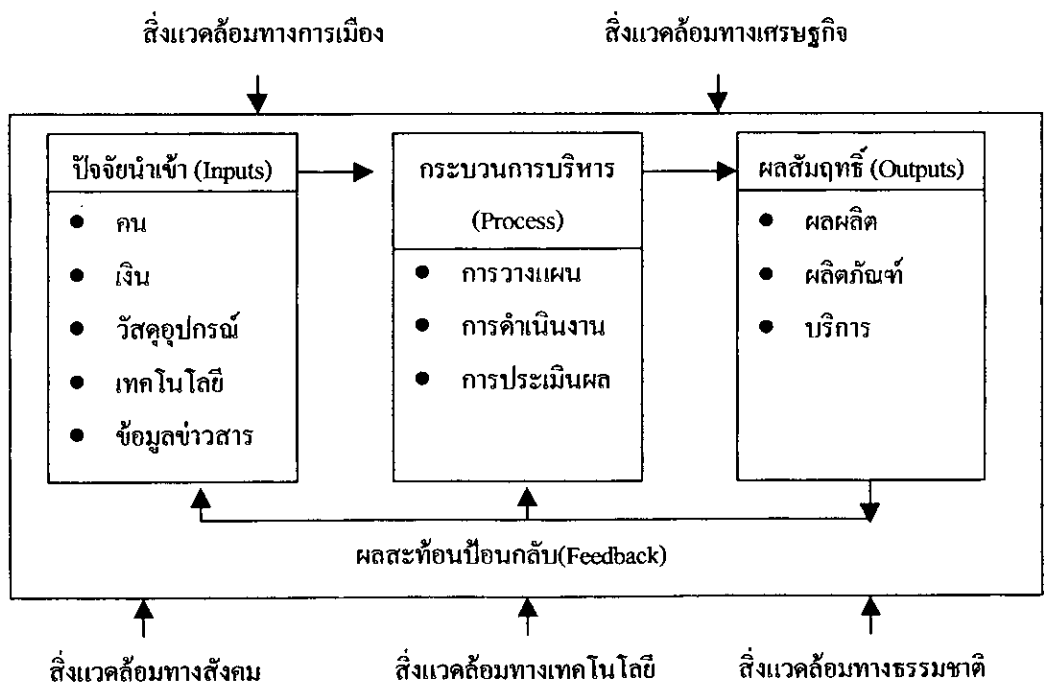
1.4 การบริหารงานสาธารณสุขของสถานีอนามัย

ทองหล่อ เดชไทย (2542 : 49 – 51) ได้กล่าวถึงระบบโครงสร้างพื้นฐานของการบริหารงานสาธารณสุขไว้ดังนี้ โครงสร้างการบริหารงานทุกประเภทจะมีส่วนประกอบต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ ในแง่ที่เป็นระบบ (System) ได้ ดังนั้นทั้งผู้บริหารและผูปฏิบัติงานสาธารณสุขทุกระดับจำเป็นต้องเข้าใจคำว่า “ระบบ” และส่วนประกอบต่าง ๆ ก่อนเพื่อจะช่วยให้สามารถมองเห็นภาพโครงสร้างการดำเนินงานขององค์กร ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ระบบ หมายถึง องค์รวมของส่วนย่อยที่มีการจัดระเบียบไว้อย่างเหมาะสมและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและขึ้นตรงซึ่งกันและกัน ดังนั้นระบบมีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้ มีความเป็นพลวัต คือสภาพไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ประกอบด้วยระบบย่อยที่มีระดับหรือชั้น และระบบย่อยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเสมอ

โครงสร้างของระบบบริหารงาน มีส่วนประกอบหลัก 3 ส่วนคือ

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) หมายถึง ทรัพยากรหรือวัตถุดิบที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน เช่น คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร
2. กระบวนการบริหาร (Process) หมายถึง กิจกรรมหรือหน้าที่ของผู้บริหารในการดำเนินงาน เช่น การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล
3. ผลสัมฤทธิ์ (Outputs) หมายถึง ผลผลิต ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ และข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลสัมฤทธิ์ก็จะเป็นผลสะท้อนป้อนกลับ (Feedback) นำไปใช้สำหรับการปรับปรุงกระบวนการบริหารและปัจจัยนำเข้าต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ การดำเนินงานของทุกองค์การได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม เทคโนโลยี แม้กระทั่งธรรมชาติเสมอ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างของระบบบริหาร

ที่มา : ปรับปรุงจาก ทองหล่อ เดชไทย *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 2
 กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์ 2542

1.4.1 ความหมาย และหลักการบริหาร

การบริหาร (Administration) และการจัดการ (Management) เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ เพราะมีจุดมุ่งหมายที่เหมือนกัน คือ เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ แต่ต่างกันตรงที่ความนิยมในการนำไปใช้ โดยที่การบริหารมักพบบ่อยในวงการของราชการ และรัฐวิสาหกิจ ส่วนการจัดการนั้นใช้มากในทางธุรกิจ นอกจากนี้ก็ได้มีผู้ที่พยายามอธิบายถึงความแตกต่างระหว่าง การบริหารและการจัดการ โดยอ้างเหตุผลว่าการบริหารส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบายและวางแผนงาน ส่วนการจัดการนั้นเป็นการนำเอานโยบายและแผนงานไป ดำเนินการ (ทองหล่อ เดชไทย 2542 : 51)

การบริหารงาน คือ กระบวนการทำงานกับบุคคลอื่น และโดยบุคคลอื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การที่กำหนดไว้ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดย เน้นกระบวนการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 54,65-66) และได้สรุปหลักการบริหารไว้ดังนี้

- 1) การจัดการโดยยึดวัตถุประสงค์
- 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์
- 3) การแบ่งงาน หรือ การทำงานเป็นทีม
- 4) การสรรหาทรัพยากรทดแทน
- 5) การจัดระเบียบงานให้สอดคล้องกัน ซึ่ง กิจกรรมการดำเนินงาน สาธารณสุขนั้น จำแนกตามลักษณะงาน 3 กลุ่ม คือ กิจกรรมการบริการ กิจกรรมการพัฒนา และ กิจกรรมการสนับสนุน
- 6) การพิจารณาหน้าที่ความรับผิดชอบสำหรับกำหนดโครงสร้างงาน
- 7) การมอบหมายงาน
- 8) การบริหารโดยข้อยกเว้น
- 9) เลือกลงทางตัดสินใจที่สั้นที่สุด

1.4.2 การบริหารองค์กรด้านสาธารณสุข

การบริหารองค์กรด้านสาธารณสุขมีหลักการที่สำคัญอยู่ที่ว่า องค์กร สาธารณสุขนั้น ๆ มีโครงสร้างการกำหนดภารกิจรวมขององค์กร และบทบาทหน้าที่ของ หน่วยงานย่อยในองค์กร ตลอดจนรวมถึงการควบคุมหรือกำกับให้การดำเนินงานบรรลุผลตามภารกิจ ดังกล่าว หลักการเช่นนี้มีประเด็นข้อพิจารณา (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม 2544: 16 – 19) ดังนี้

- 1) การกำหนดทิศทางขององค์กร ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนด พันธกิจ และการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ

2) การจัดรูปแบบองค์กร มีแนวโน้มรูปแบบ 2 ด้าน คือ รูปแบบที่มีแนวโน้มรวมศูนย์อำนาจไว้กับผู้บริหาร เป็นรูปแบบซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม และติดตามผู้ปฏิบัติงาน และรูปแบบที่มีแนวโน้มการกระจายอำนาจ หรือความรับผิดชอบไปสู่ผู้ปฏิบัติ

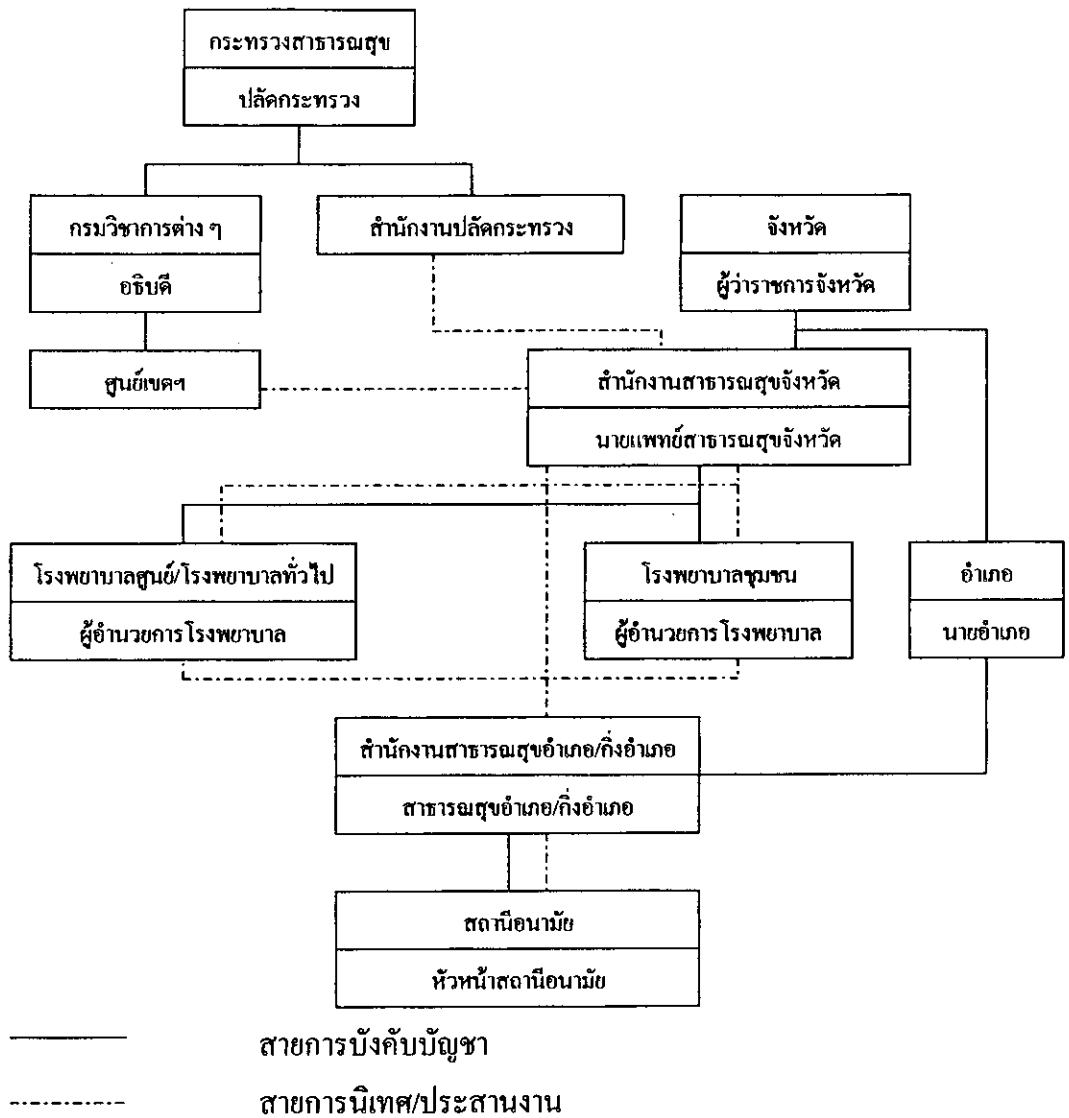
3) การจัดการด้านทรัพยากร ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็นต้องจัดหาหรือจัดวางอย่างเหมาะสม เพื่อให้การบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ประสิทธิผลตามต้องการ ประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรการเงิน และทรัพยากรพัสดุ ครุภัณฑ์

4) การพัฒนาองค์กรด้านสาธารณสุข แนวโน้มการบริหารองค์กรที่เหมาะสมไม่เพียงอยู่ที่การให้องค์กรหนึ่ง ๆ สามารถดำเนินงานตามภารกิจที่กำหนดไว้เท่านั้น แต่จำเป็นต้องทำให้เกิดความก้าวหน้ายิ่งขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพงานทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยภายนอกองค์กรที่เป็นแรงกดดันเพื่อความอยู่รอดขององค์กรเป็นสำคัญ แรงกดดันจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง องค์กรต่างก็มุ่งปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น เพื่อตอบสนองแรงกดดัน ดังกล่าว ด้วยกลวิธีหรือมาตรการต่าง ๆ ที่มีอยู่ เช่น การจัดกิจกรรมพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM) การบริหารตามเกณฑ์ (International Standards Organization: ISO) เป็นต้น

5) การสร้างสัมพันธ์กับองค์กรอื่น การสร้างสัมพันธ์กับองค์กรอื่นเป็นหลักการสำคัญอีกประการหนึ่งในการบริหารองค์กร โดยมีประโยชน์จะได้รับ 2 ประการ กล่าวคือ เป็นการทำให้องค์กรมีพันธมิตรรอบด้าน นำไปสู่การลดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน อีกประการหนึ่ง อาจช่วยเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรจากการได้เรียนรู้การดำเนินงานขององค์กรอื่น หรืออาจถึงขั้นได้รับการสนับสนุน ด้านทรัพยากรจากองค์กรอื่นที่มีความเข้มแข็งกว่า

1.4.3 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขตามสายบังคับบัญชาของสถานี

อนามัย สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานระดับล่างสุดของสายการบริหารงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค สามารถสรุปโครงสร้างของสถานีอนามัยตามสายบังคับบัญชาและการประสานงาน ดังแผนภาพที่ 2.3 ดังนี้



ภาพที่ 2.3 แผนภูมิโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการบริหารส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2538 - 2540

ที่มา : สมาคมนามัยแห่งประเทศไทย ปฏิทินสาธารณสุข พุทธศักราช 2540 กรุงเทพมหานคร สหประชาพานิชย์ 2540

1.4.4 ลักษณะของสถานีอนามัย

สถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ได้วิวัฒนาการทั้งทางด้านโครงสร้าง และการบริการประชาชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2456 เป็นต้นมา เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ฉะนั้น สถานีอนามัย

ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2535-2544) จึงได้จัดแบ่งเป็น 2 ลักษณะตาม โครงสร้าง และระดับขีดความสามารถในการบริการประชาชน (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2535: 1 - 2)

1) *สถานีอนามัยทั่วไป* หมายถึง สถานีอนามัยส่วนใหญ่ของประเทศ และมีบทบาทและความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 4 งาน อันได้แก่ การบริการสาธารณสุข ผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน บริหารงานวิชาการ และงานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลัง และอาคารบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

2) *สถานีอนามัยขนาดใหญ่* หมายถึง สถานีอนามัยที่พัฒนาขึ้นมาจากสถานีอนามัยทั่วไป มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนด มีขีดความสามารถ และมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่าง สูงกว่าสถานีอนามัยทั่วไป เช่น งานบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นสถานีอนามัยพี่เลี้ยง สนับสนุนสถานีอนามัยทั่วไป ในด้านการบริการรับส่งต่อผู้ป่วย การบริหาร และวิชาการ มีกรอบอัตรากำลัง และอาคารสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด

1.4.5 กรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดกรอบอัตรากำลังของสถานีอนามัย ตามแผนอัตรากำลัง 3 ปี รอบที่ 3 ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.2533 – 2540 ให้สถานีอนามัยมีบุคลากร จำนวน 5 อัตรา คือหัวหน้าสถานีอนามัย ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 จำนวน 1 อัตรา นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว. จำนวน 1 อัตรา และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-4 หรือ 5 จำนวน 3 อัตรา (ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย 2539: 127 – 131) แต่อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงพบว่าใน พ.ศ.2539 ค่าเฉลี่ยบุคลากรสาธารณสุขต่อสถานีอนามัย 3.08 คนเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข 2541: 52)

1.4.6 บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานีอนามัย

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2532 : 23) ช่วงก่อนแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทภารกิจของสถานีอนามัยไว้เป็นบัญญัติ 10 ประการ คือ

1. ควบคุมและป้องกันโรค
2. จำหน่ายยาตำราหลวง
3. อนามัยแม่และเด็ก
4. งานอนามัยโรคเรื้อน
5. งานสุศึกษา
6. งานโภชนาการ
7. การรักษาพยาบาล
8. การสุขาภิบาลและน้ำสะอาด

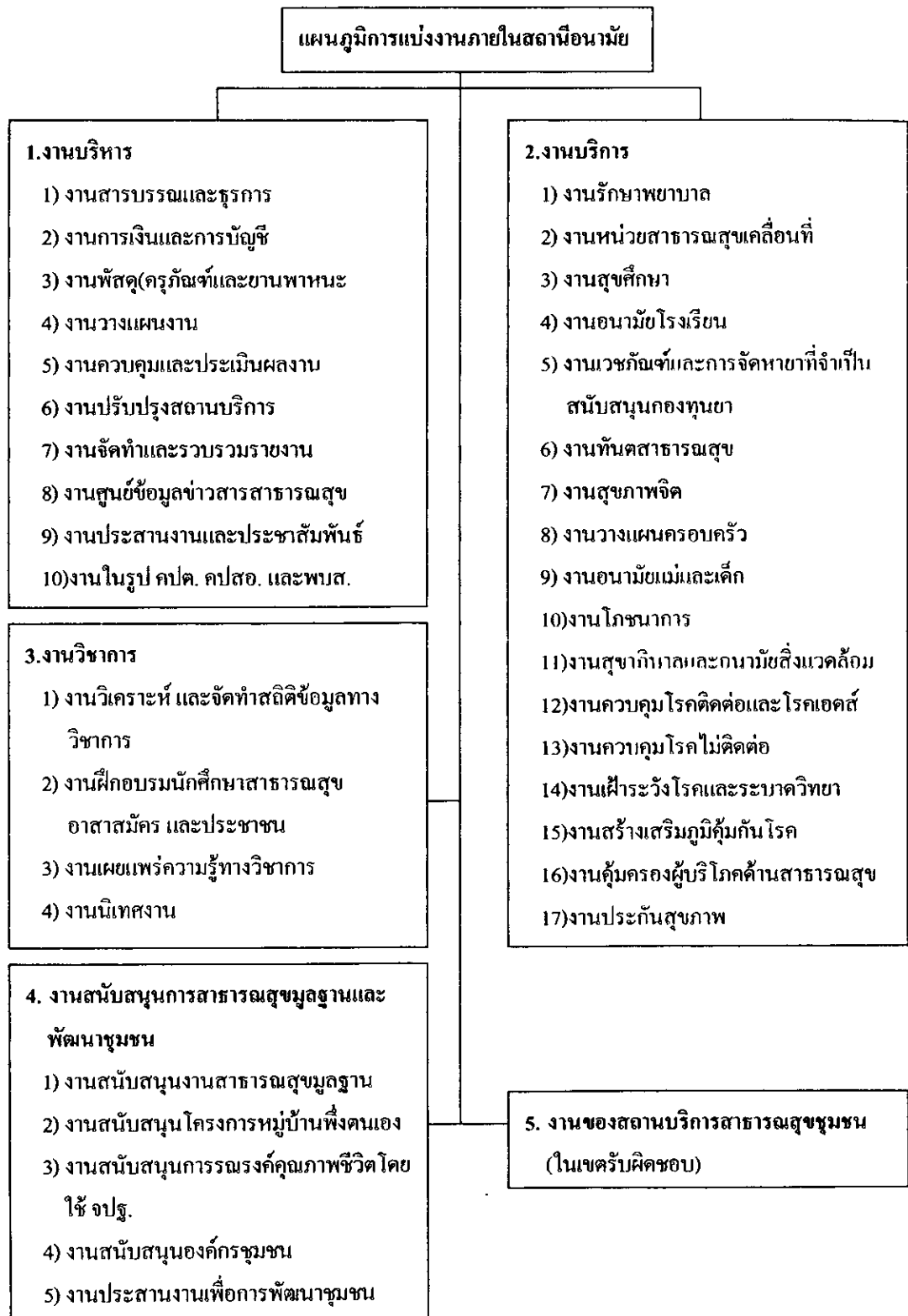
9. สถิติชีพ

10. การชันสูตรโรค

ต่อมาหลังจากที่ได้ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขแล้ว กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคลากรสาธารณสุขตำบลต้องถือปฏิบัติ จึงได้เปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระสำคัญบางประการ เพื่อให้ครอบคลุมถึงองค์ประกอบ 10 ประการของงานสาธารณสุขมูลฐาน (เดิม) ได้แก่

1. การสุขศึกษา
2. งานอาหารและโภชนาการ
3. งานน้ำสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
4. การวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก
5. การควบคุมโรคติดต่อ
6. การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ
7. การรักษาโรคในท้องถิ่น
8. การจัดหายาที่จำเป็น
9. สุขภาพจิต
10. ทันทสาธารณสุข

แต่การจัดบทบาทหน้าที่ดังกล่าวยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติจนกระทั่ง พ.ศ. 2528 กระทรวงได้กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสาธารณสุขได้ โดยจัดแบ่งงานที่จะต้องปฏิบัติให้มีมากถึง 28 งาน ต่อมาในปี พ.ศ.2531 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลขึ้นใหม่ โดยให้บริการสาธารณสุข ผสมผสาน 5 สาขา และ 35 งานย่อย (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2542: 6) ดังแผนภาพที่ 2.4



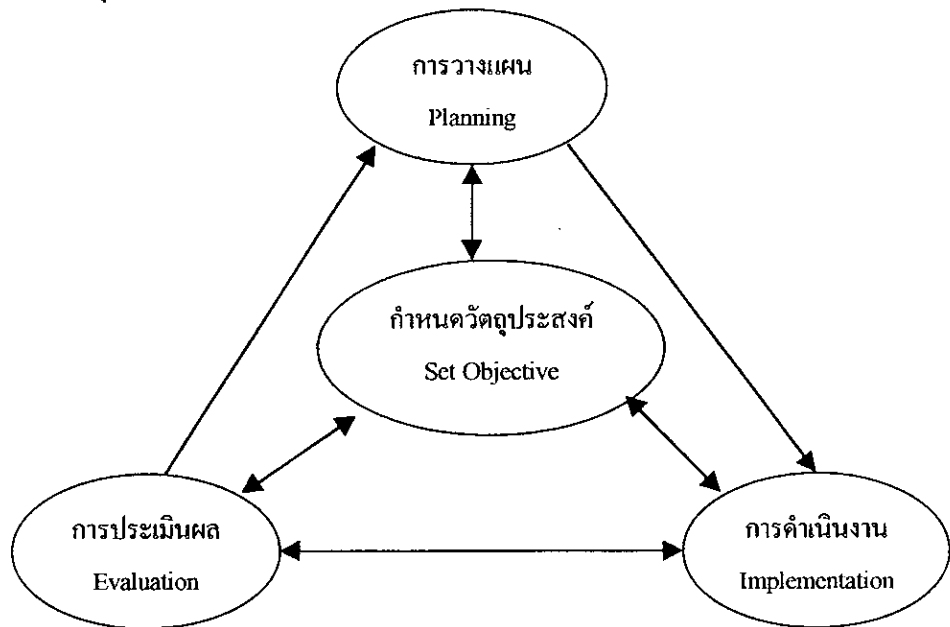
ภาพที่ 2.4 แผนภูมิหน้าที่และความรับผิดชอบของสถานีนอนามัย พ.ศ. 2539

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง **คู่มือการบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานี
อนามัย** กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2542

1) หน้าที่หลักของผู้บริหารงานสาธารณสุข

ทงหล่อ เดชไทย (2542 : 56-63) ได้สรุปว่าในปัจจุบันมีผู้เชี่ยวชาญทางการบริหารหลายท่านได้พยายามสรุปหน้าที่ของผู้บริหารว่ามีทั้งหมด 8 ประการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การตัดสินใจ (Decision Making) การจัดระเบียบองค์การ (Organizing) การบริหารงานบุคคล (Staffing) การสื่อสาร (Communicating) การจูงใจ (Motivating) การเป็นผู้นำ (Leading) และการควบคุมงาน (Controlling)

สำหรับหน้าที่สำคัญในการบริหารจัดการของผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้า หรือ ผู้นำนั้นสามารถสรุปกิจกรรมหลักที่กระทำต่อเนื่องเป็นวงจรได้เป็น 3 ประการ ดังภาพที่ 2.5 คือ



ภาพที่ 2.5 วงจรกิจกรรมหลักของผู้บริหาร

ที่มา : ทงหล่อ เดชไทย *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพาณิชย์ 2542

ความสัมพันธ์ของหน้าที่สำคัญทั้ง 3 ประการมีความต่อเนื่องกันเป็นวงจร ซึ่งเริ่มที่การวางแผนงาน จากนั้นเป็นการดำเนินงานตามแผน และมีการประเมินผลงานที่ได้ดำเนินไปแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เป็นแกน สำหรับรายละเอียดของหน้าที่แต่ละประการของผู้บริหารนั้น มีความซับซ้อนมาก ซึ่งจะต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ของการบริหารมาประยุกต์ด้วยจึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

(1) หน้าที่ในการวางแผน (Planning Function) การวางแผน เป็นการ

ตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานก่อนการดำเนินงานจริง ซึ่งการตัดสินใจในการวางแผนนั้น มีองค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึง 3 ประการ คือ

ก. วัตถุประสงค์ (Objectives) ต้องพยายามตอบคำถามต่อไปนี้ ปัญหาไหนที่สำคัญที่สุด (Which) ทำไมต้องเป็นปัญหานั้น (Why) ใครเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหานั้น (Who) พื้นที่ที่มีปัญหาอยู่ที่ไหน (Where) และ กำหนดว่าจะลดปัญหามากน้อยเพียงใด (How much)

ข. กิจกรรม (Activities) ต้องพยายามตอบคำถามต่อไปนี้ กิจกรรมใดที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหา (Which) กลุ่มเป้าหมายคือใคร (Who) ชนิดและจำนวนของกิจกรรมมากน้อยแค่ไหน (How much) วิธีการใดเหมาะสมที่สุดจากทางเลือกหลายๆ ทาง (How) และ ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบในกิจกรรมเหล่านั้น (By whom)

ค. ทรัพยากร (Resources) ต้องพยายามตอบคำถามต่อไปนี้ เครื่องมือ เครื่องใช้ หรือคนที่ต้องใช้เป็นอย่างไร (Which) มีจำนวนมากน้อยแค่ไหน (How much) จะได้จากที่ใด (Where) เมื่อไรจำเป็นต้องใช้ (When) และใครมีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากร (Who)

(2) หน้าที่ในการดำเนินงาน (Implementation Function) มีความสำคัญมากที่สุดระหว่างหน้าที่ 3 ประการของการบริหาร เพราะมุ่งเน้นที่ผลสำเร็จและคุณภาพของงานเป็นสำคัญ การตัดสินใจในการดำเนินงาน ประกอบด้วย

ก. การตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม ต้องประกันว่ากิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปตามแผน

ข. การตัดสินใจในการพัฒนาบุคลากร ต้องอาศัยหลัก 3 ประการ คือ การจัดระเบียบ การอำนวยความสะดวก และการนิเทศงาน

ค. การตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร

ง. การตัดสินใจในระบบข้อมูลข่าวสาร

(3) หน้าที่การประเมินผล (Evaluation Function) การประเมินผล คือ การค้นหาค่าของบางสิ่งบางอย่าง สิ่งที่ทำหน้าที่ประเมิน ต้องเกี่ยวข้องด้วยตามหน้าที่นี้ คือ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด (Economic use of resources)

วิธีการประเมินผลที่ใช้ ต้องประกอบด้วย การวัดความสำเร็จของงาน เปรียบเทียบมาตรฐานและปทัสฐาน และการตัดสินใจตามเกณฑ์และคุณค่าตัดสินใจ

สรุปหน้าที่หลักการประเมินผลของผู้บริหาร คือ เลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสม ประเมินสิ่งที่เอื้ออำนวยและขัดขวางต่อความสำเร็จ ตรวจสอบขั้นตอนและวิธีการ

การบริหาร เรียนรู้จากประสบการณ์หรือผลสะท้อนป้อนกลับ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขสิ่งบกพร่อง

2) งานบริหารของหัวหน้าสถานีอนามัย ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ.2535 – 2544 (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2535: 5) มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ด้านบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ งานการเงิน การบัญชี งานพัสดุและยานยนต์ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์
- (2) ด้านการวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสานข้อมูลข่าวสาร และระบาควิทยา
- (3) ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็น ที่แพร่หลายในทุกระดับ

3) การบริหารการเงินของสถานีอนามัย เงินในระบบราชการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2542: 17-20) ได้แก่

(1) เงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี หมายความว่า จำนวนเงินอย่างสูง ที่อนุญาตให้จ่ายหรือก่อหนี้ผูกพันได้ ตามวัตถุประสงค์ และภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย งบประมาณรายจ่ายประจำปี แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

ก) งบกลาง คือ รายจ่ายที่ตั้งไว้เพื่อจัดสรรให้ส่วนราชการหรือ รัฐวิสาหกิจโดยทั่วไปเบิกจ่าย และอยู่ในความควบคุมดูแลของกระทรวงการคลังและสำนัก งบประมาณ เช่น เงินเบี้ยหวัด บำเหน็จบำนาญ เงินช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้าง เงินเลื่อนขั้น เลื่อนอันดับ เป็นต้น

ข) รายจ่ายของส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ คือ รายจ่ายซึ่งกำหนด ไว้สำหรับส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจแห่งใดแห่งหนึ่งโดยเฉพาะ จำแนกออกเป็น 7 หมวด หมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ หมวดค่าจ้างชั่วคราว หมวดค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ หมวด ค่าสาธารณูปโภค หมวดค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง หมวดเงินอุดหนุน และหมวดรายจ่ายอื่น

(2) เงินรายได้แผ่นดิน หมายความว่า เงินที่ส่วนราชการได้รับไว้เป็น กรรมสิทธิ์ ไม่ว่าจะได้รับตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือได้รับชำระตามอำนาจหน้าที่หรือ สัญญา หรือได้รับจากการให้ใช้ทรัพย์สิน หรือเก็บดอกผลจากทรัพย์สินของทางราชการ ให้ ส่วนราชการที่ได้รับเงินนั้นนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน เว้นแต่จะเข้าข่ายยกเว้นดังต่อไปนี้ ส่วนราชการที่ได้รับเงินไว้เป็นกรรมสิทธิ์ไม่ต้องนำเงินดังกล่าวส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน คือ

ก) เงินที่มีกฎหมายอื่นกำหนดให้ไม่ต้องนำส่งคลัง เช่น เงินทุนหมุนเวียนตามกฎหมายเงินคงคลัง

ข) เงินที่มีผู้มอบให้ส่วนราชการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ส่วนราชการนั้น ใช้จ่ายในกิจการของส่วนราชการนั้น หรือเงินที่เกิดจากทรัพย์สินซึ่งมีผู้มอบให้เพื่อหาดอกผลใช้จ่ายในกิจการส่วนราชการนั้น เช่น เงินบริจาคเพื่อก่อสร้างสถานีนามัย เป็นต้น

ค) เงินที่ส่วนราชการได้รับตามโครงการช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับ รัฐบาลต่างประเทศ องค์การสหประชาชาติ ทบวงการชำนัญพิเศษแห่งสหประชาชาติ องค์การระหว่างประเทศอื่นใด หรือบุคคลอื่นใด ไม่ว่าจะเป็เงินกู้หรือเงินให้เปล่าที่ส่วนราชการได้รับสืบเนื่องจากโครงการช่วยเหลือร่วมมือเช่นว่านั้น และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ได้อนุญาตให้ไม่ต้องนำส่งคลัง เช่น เงินช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาตามโครงการ USAID

ง) เงินที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ได้อนุญาตให้เก็บรักษาไว้โดยไม่ต้องนำส่งคลัง ได้แก่

(ก) เงินที่ต้องเก็บรักษาไว้จ่ายในลักษณะเงินบูรณะทรัพย์สิน เช่น เงินทดแทนการย้ายที่ทำการกระทรวงสาธารณสุขที่ธนาคารแห่งประเทศไทยจ่ายให้

(ข) เงินรายรับของส่วนราชการที่เป็นสถานพยาบาล สถานศึกษา หรือสถานอื่นใดที่อำนวยความสะดวกเป็นสาธารณะประโยชน์ ตามระเบียบที่ได้รับอนุญาตจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังและผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เช่น เงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข

(ค) เงินที่ได้รับในลักษณะผลพลอยได้จากการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ตามระเบียบที่ได้รับอนุมัติจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังและผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เช่น เงินจากการขายสัตว์นำตามโครงการสำรวจแหล่งเพาะพันธ์

(3) เงินนอกงบประมาณ หมายความว่า เงินทั้งปวงที่อยู่ในความรับผิดชอบของส่วนราชการนอกเหนือจากเงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดิน เงินเบิกเกินงบคืน และเงินเหลือจ่าย ปีเก่าส่งคืน ได้แก่เงินที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

ก) เงินทศรองราชการ หมายความว่า เงินที่กระทรวงการคลังจ่ายและอนุญาตให้ส่วนราชการมีไว้ตามจำนวนที่เห็นสมควร เพื่อทศรองจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามระเบียบหรือข้อบังคับของกระทรวงการคลัง ส่วนราชการเจ้าของงบประมาณมีเงินทศรองราชการสำหรับทศรองใช้จ่ายตามงบประมาณรายจ่ายได้ในหมวดรายจ่าย ต่อไปนี้

(ก) หมวดค่าจ้างชั่วคราว สำหรับค่าจ้างซึ่งไม่ได้กำหนดจ่ายเป็นงวด แน่นนอนเป็นประจำ แต่จำเป็นต้องจ่ายให้ลูกจ้างแต่ละวัน หรือแต่ละคราวเมื่อเสร็จงาน

(ข) หมวดค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ

(ค) หมวดค่าสาธารณูปโภค เฉพาะค่าไปรษณีย์โทรเลข

(ข) งบกลาง เฉพาะที่จ่ายเป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

กรณีที่มีเหตุพิเศษกระทรวงการคลังจะอนุญาตให้ส่วนราชการเจ้าของงบประมาณรายไคมีเงินอุดหนุนราชการ สำหรับค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นเป็นการเฉพาะ นอกจากที่กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้นก็ได้ ตามเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนด

ข) เงินทุนหมุนเวียน หมายความว่า เงินทุนที่ตั้งขึ้นเพื่อกิจการซึ่งอนุญาตให้นำ รายรับสมทบทุนไว้ใช้จ่ายได้ ซึ่งการจ่ายเงินเป็นเงินทุนหรือหมุนเวียนเพื่อการใด ๆ ให้กระทำได้โดยกฎหมาย

ค) เงินขายบิล หมายความว่า เงินที่กระทรวงการคลังได้รับไว้ ณ ที่แห่งหนึ่ง เพื่อโอนไปจ่าย ณ ที่อีกแห่งหนึ่งตามข้อบังคับและระเบียบของกระทรวงการคลัง

ง) เงินฝาก หมายความว่า เงินที่กระทรวงการคลังรับฝากไว้ และจ่ายคืนตามคำขอของผู้ฝากตามข้อบังคับและระเบียบของกระทรวงการคลัง เช่น เงินประกันสัญญา เงินประกันของประกวดราคา หรือเงินที่หน่วยงานรับฝากไว้ เช่น เงินรับฝากภาษีเงิน ได้หัก ณ ที่จ่าย ที่สถานีอนามัยจัดเก็บไว้

จ) เงินนอกงบประมาณอื่น ๆ หมายความว่า เงินนอกงบประมาณ นอกจาก ข้อ ก) – ง) เช่น เงินบริจาค เงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ไม่ว่าเงินงบประมาณ หรือเงินนอกงบประมาณ ก็ต้องแนบปฏิบัติ 5

ลักษณะ คือ

1. การรับเงิน (การรับเงินต้องออกใบเสร็จรับเงิน)
2. การเก็บรักษาเงิน
3. การจ่ายเงิน
4. การนำเงินส่งให้แก่คลังอำเภอ หรือคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี
5. การรายงานและการตรวจสอบ

1.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ และงบประมาณ เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานของสถานีนามัย การได้รับการสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสม จะเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น และช่วยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ และจะส่งผลทำให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ แต่ในปัจจุบันนี้การให้การสนับสนุนวัตถุประสงค์ และงบประมาณแก่สถานีอนามัยยังเป็นปัญหาอยู่ ดังนั้นงานวิจัยเกี่ยวกับสถานีอนามัยที่ผ่านมาและสะท้อนให้เห็นปัญหาดังกล่าว ได้แก่ การศึกษาของไพเราะ ไตรศิลาพันธ์

(2534: ก-ข) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านปริมาณงาน และคุณภาพงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย ผลการวิจัยพบว่า งบประมาณ มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานและคุณภาพงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา พานิชกิจ (2540: ง) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี แต่การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ประจวบ แผลมหลัก (2536: ก) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความแตกต่างระหว่าง การสนับสนุนที่ได้รับและการสนับสนุนที่คาดหวังเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของ สถานอนามัย ผลการศึกษาพบว่า ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานค่อนข้างต่ำ และ คาดหวังว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า และจากการศึกษา ของ กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ (2535: 55-166) ศึกษาวิจัยเรื่องความรับผิดชอบทางกฎหมายในการให้ บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ประสบ ปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน คือ ปัญหาเครื่องมือ เครื่องใช้ ไม่พร้อม คิดเป็น ร้อยละ 84.9 เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด ร้อยละ 64.1 ยาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.3 ยาและ เวชภัณฑ์มีรายการยาที่จำกัด ร้อยละ 65.1

นอกจากนี้ยังพบว่าหัวหน้าสถานอนามัยขาดทักษะทางด้านการบริหาร การศึกษา ของ นิทัศน์ รายขวา (1988: III-IV, 44, 70 อ้างถึงใน กาญจนา แสงรัตน์ 2532: 142) พบว่าปัจจัย ด้านทักษะการบริหารของหัวหน้าสถานอนามัย ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ วิธีการ วางแผน วิธีการจัดการ วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหา และวิธีการประสานงาน มีอิทธิพลสูงสุด ต่อ ความสำเร็จของโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุพผา ศิริวิศรี และ บุญเลิศ เกี้ยวประไพ (2531: บทคัดย่อ) ได้ประเมินความรู้ ทักษะคิด ทักษะและผลการปฏิบัติงาน ตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลทั่วประเทศ พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ระดับตำบล มีความรู้ในหมวดวิชาการวางแผน และนวัตกรรมสาธารณสุขในระดับต่ำ

จากการศึกษาแนวคิดและการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุข ของสถานอนามัย ผู้วิจัยได้ใช้ โครงสร้างของระบบบริหารงาน ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหาร และผลสัมฤทธิ์ เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรปัจจัย ด้านบริหาร ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ตัวแปรงบประมาณ ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพทางการเงินของ สถานอนามัย และแหล่งที่มาของเงิน และตัวแปรทรัพยากร เกี่ยวกับอัตรากำลัง อาคารสถานที่

ครุภัณฑ์ เนื่องจากสถานีอนามัยยังไม่ได้รับการสนับสนุนปัจจัยด้านงบประมาณ วัสดุ และครุภัณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

2. กระบวนการบริหาร ได้แก่ การวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ บริหารบุคคล การเงินและการบัญชี งานสารบรรณ พัสดุ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหัวหน้าสถานีอนามัยยังขาดทักษะด้านการบริหาร

ซึ่งอาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้ยังเป็นปัญหาอยู่ ผู้วิจัยจึงใช้ปัจจัยด้านบริหาร เป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 2 โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ. 2535 – 2544

(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2539: 89 – 95)

2.1 ความเป็นมาของโครงการ

จากความสำคัญของสถานีอนามัย และปัญหาความไม่พร้อมของสถานีอนามัย จากนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา จนกระทั่งถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 จึงได้กำหนดให้การพัฒนาสถานีอนามัยระดับตำบลเป็นเรื่องเร่งด่วน และสำคัญที่จะต้องดำเนินการทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

เพื่อตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุข และการพัฒนาสถานีอนามัย ทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างเป็นระบบตั้งแต่ ทบพทวนปรัชญา แนวความคิด บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของสถานีอนามัย การจัดองค์การ การบริหารทรัพยากร งบประมาณ ตลอดจนการบริหาร และสนับสนุนต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการ “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย” ขึ้น โดยกำหนดระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535-2544 รวม 10 ปี ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 และ 8

2.2 วัตถุประสงค์

2.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อพัฒนาสถานีอนามัย ให้มีความครอบคลุม และมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการ
- 2) สาธารณสุขขั้นพื้นฐานแบบผสมผสานได้โดยสอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ

2.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) พัฒนาบทบาทหน้าที่ของสถานีนามัยให้สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบทั้งในส่วนที่ดำเนินการเอง และในส่วนที่สนับสนุนการดำเนินการ โดยประชาชนและชุมชน
- 2) พัฒนาโครงสร้างทั้งด้านอาคาร สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ และจำนวนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ
- 3) พัฒนาเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามัยทั้งในเชิงประเภท ปริมาณ และคุณภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานขั้นพื้นฐาน สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบทและชุมชน
- 4) พัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้สามารถสนับสนุนงานของสถานีนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) พัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้สถานีนามัยสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 เป้าหมายการดำเนินการ

- 2.3.1 ก่อสร้างสถานีนามัยใหม่ เป็นสถานีนามัยทั่วไป จำนวน 1,400 แห่ง เพื่อลดอัตราครอบคลุมประชากรของสถานีนามัยลงเหลือประมาณ 5,000 คน/แห่ง
- 2.3.2 ก่อสร้างและปรับปรุงสถานีนามัยเดิมที่เข้าเกณฑ์ 1,576 แห่ง ให้เป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่
- 2.3.3 ปรับปรุงสิ่งก่อสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานีนามัยเดิมที่เหลือ 6,453 แห่ง ให้เป็นสถานีนามัยทั่วไป
- 2.3.4 จัดหาวัสดุครุภัณฑ์และยานพาหนะที่จำเป็นแก่สถานีนามัยทั้งเก่าและใหม่ อย่างเพียงพอ
- 2.3.5 เพิ่มการผลิตเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ประจำสถานีนามัย
- 2.3.6 พัฒนาและปรับปรุงอาคารและสถานที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 748 แห่ง เพิ่มกำลังเจ้าหน้าที่และวัสดุครุภัณฑ์ ตลอดจนยานพาหนะให้เพียงพอ

2.4 กลวิธีในการดำเนินงาน

2.4.1 การพัฒนาด้านบทบาทหน้าที่ของสถานีนามัย โดย

- 1) เพิ่มศักยภาพของสถานีนามัยในการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ
- 2) เพิ่มศักยภาพของสถานีนามัยในการให้การสนับสนุนประชาชนและ

ชุมชนในการพัฒนางานสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพตนเองตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน

- 2) เพิ่มศักยภาพของสถานีอนามัยในการให้การฝึกอบรมประชาชน อาสาสมัคร และนักศึกษาด้านสาธารณสุข รวมทั้งพัฒนางานวิชาการ
- 4) เพิ่มศักยภาพของสถานีอนามัยในการให้การสนับสนุนการพัฒนาชนบท แนวใหม่ ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

2.4.2 การพัฒนาด้านอาคารสถานที่ของสถานีอนามัย

จากข้อมูลและหลักเกณฑ์การจำแนกสถานีอนามัยออกเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และสถานีอนามัยทั่วไป มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการก่อสร้างและปรับปรุงอาคารสถานที่ของสถานีอนามัย ดังนี้

- 1) ก่อสร้างสถานีอนามัยใหม่เพิ่มขึ้น 1,400 แห่งในช่วง 10 ปี โดยใน 5 ปีแรก (พ.ศ. 2535-2539) สร้างปีละ 200 แห่ง และ 5 ปีหลัง (พ.ศ. 2540-2544) สร้างปีละ 80 แห่ง
- 2) ก่อสร้างและปรับปรุงสถานีอนามัยเดิมเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ จำนวน 1,576 แห่ง ภายในปี 2539 หรือก่อสร้างปรับปรุงปีละ 315 แห่ง
- 3) ปรับปรุงสถานีอนามัยทั่วไปเดิม 6,453 แห่ง ในด้านอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก และบ้านพักปีละ 650 แห่ง

2.4.3 การพัฒนาด้านกำลังคน

เพื่อให้มีประเภทและปริมาณของกำลังคนที่เพียงพอเหมาะสมในการปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย จึงเห็นควรกำหนด ดังนี้

- 1) กำหนดให้สถานีอนามัยขนาดใหญ่ทุกแห่ง มีบุคลากรสาธารณสุขครบ 6 คน ภายในปี 2539 ซึ่งในจำนวนนี้ข้อกำหนดเป็นนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ภายในปี 2535 และเป็นทันตภิบาล อีก 1 คน ภายในปี 2539
- 2) กำหนดให้สถานีอนามัยทั่วไปแต่ละแห่ง มีบุคลากรสาธารณสุขครบ 3 คน ภายในปี 2539 และครบ 4 คน ภายในปี 2544 โดยในจำนวนนี้ข้อกำหนดเป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ภายในปี 2539
- 3) กำหนดให้ทุกสถานีอนามัยมีลูกจ้างประจำแห่งละ 1 คน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และดูแลสุขภาพสะอาดสำนักงาน ภายในปี 2539

จากเกณฑ์ที่กำหนดจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพิ่มการผลิตกำลังคนที่จะปฏิบัติงานในสถานีอนามัย ได้แก่ เข้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พนักงานอนามัย) พยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น (หลักสูตร 2 ปี) และ เข้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) นอกจากนี้ ยังดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่จะสร้างขวัญกำลังใจ และเชิดชูเกียรติศักดิ์ศรีของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับตำบล เช่น การจัดให้มีรางวัลเชิดชูเกียรติ การจัดทำวารสารเพื่อเสริมสร้างความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ศึกษาต่อระดับปริญญาตรี แล้วมีโอกาสก้าวหน้าในสถานปฏิบัติงานเดิม เป็นต้น

2.4.4 การพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- 1) ก่อสร้างปรับปรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีสำนักงานเป็นเอกเทศทุกแห่ง
- 2) จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น รถยนต์ ครุภัณฑ์สำนักงาน สนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ครบทุกแห่ง
- 3) กำหนดตำแหน่งเจ้าหน้าที่ธุรการ 1 ตำแหน่ง และตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี 1 ตำแหน่ง ในทุกสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.4.5 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และการสนับสนุนอื่น ๆ

- 1) พัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการของสถานีอนามัยในทุก ๆ ด้านให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
- 2) จัดระบบการอำนวยความสะดวก ประสานงาน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ โดยจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานตามที่จำเป็น
- 3) สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในทุกๆ องค์ประกอบของระบบงานสาธารณสุข โดยการศึกษาวิจัย และการจัดประชุมเพื่อให้มีการระดมความคิด
- 4) สนับสนุนให้ภาคเอกชนทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นมีบทบาทในการให้การสนับสนุนการพัฒนาสถานีอนามัย ทั้งทางด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ และขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

2.5 ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2535-2544 (10 ปี)

2.6 งบประมาณ

จากงบประมาณแผ่นดิน ปี 2535-2544 ทั้งนี้ประมาณการงบประมาณทั้ง 10 ปี จำนวน 30,890.1 ล้านบาท โดยแยกเป็น

งบประมาณในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 จำนวน 19,164.2 ล้านบาท

งบประมาณในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จำนวน 11,725.9 ล้านบาท

2.7 หน่วยงานที่รับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุข

2.8 การประเมินผล

เนื่องจากเป็นโครงการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงแบ่งกลวิธีการประเมินผลออกเป็น ดังนี้

2.8.1 การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินงานในรูปกิจกรรมต่างๆ เปรียบเทียบกับเป้าหมาย รวมทั้งประเมินความสามารถของการบริหารโครงการ โดยจะจัดการประเมินผลเป็นประจำทุกปี

2.8.2 การประเมินแผนงาน เพื่อประเมินความเหมาะสมด้านต่างๆ ของตัวแผน และวิธีการทั้งหมด โดยจะประเมิน 4 ครั้ง ในช่วงครึ่งแผนและสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 และ 8

2.8.3 การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ โดยประเมินเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

2.9 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

2.9.1 สามารถสนองต่อนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุข ในการที่จะพัฒนาสถานอนามัยระดับตำบลให้มีประสิทธิภาพและมีความพร้อมในการให้บริการแก่ประชาชน เฉพาะด้านการรักษาพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันปีละ 11 ล้านราย เพิ่มขึ้นเป็น 15 ล้านราย

2.9.2 สถานอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด สามารถพัฒนาขีดความสามารถ และเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วยของประชาชนในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งสามารถให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วน

2.9.3 สามารถเพิ่มความครอบคลุมของการบริการสาธารณสุขในชนบท โดยเพิ่มจำนวนสถานอนามัยจาก 8,029 แห่ง ในปี 2534 เป็น 9,429 แห่ง ในปี 2544 รวมทั้งยกระดับคุณภาพบริการอันจะเป็นการลดความแออัดของสถานบริการสาธารณสุขในเมืองได้ดีขึ้น

2.9.4 สามารถจัดโครงสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง และทันต่อความจำเป็น

2.9.5 สามารถดำเนินงานตามกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลโดยตรงจากการพัฒนาสถานอนามัย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชน

ส่วนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

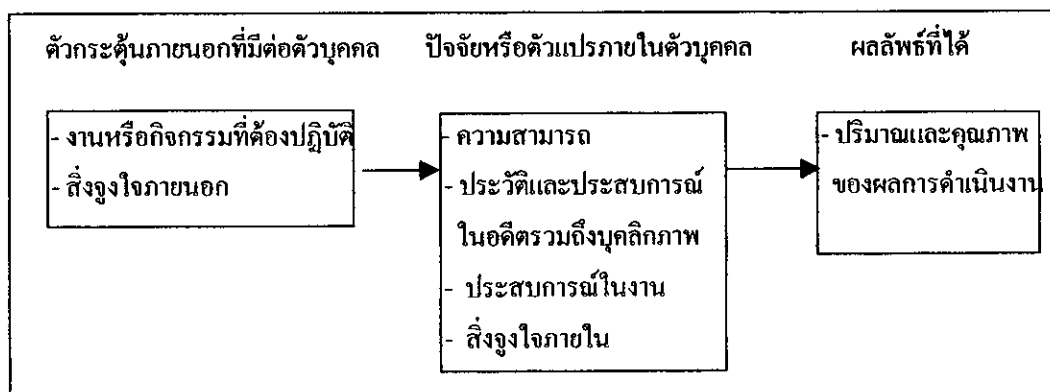
ตัวบุคคล (individual) ถือได้ว่าเป็นระบบย่อยที่เล็กที่สุดในองค์การ ฮันท์ (Hunt) อ้างถึงใน ชงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ 2535: 53-54) กล่าวไว้ว่า อิทธิพลที่มีผลต่อคุณลักษณะของตัวบุคคล คือ ความสามารถ (abilities) และสิ่งจูงใจ (motives) ซึ่งคุณลักษณะของตัวบุคคลนี้จะเกี่ยวข้องกับผลงาน ผลงานขององค์การจะดีหรือไม่ อย่างไรจึงขึ้นอยู่กับความ

สามารถและสิ่งจูงใจของตัวบุคคลภายในองค์การ

มีปัจจัยหรือตัวแปรที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 หัวข้อใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ตัวแปรทางด้านตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ เป้าหมายของตัวบุคคล ความเข้าใจจากการรับรู้ สิ่งจูงใจ ความสามารถ ค่านิยม ฯลฯ
2. ตัวแปรทางด้านองค์การ เช่น โครงสร้าง งาน เทคโนโลยี บทบาทขององค์การ กลุ่มปฏิบัติงาน ฯลฯ
3. ผลจากการที่ตัวบุคคลเข้าไปอยู่ในองค์การ เช่น ผลผลิต ความพึงพอใจ ความรัก ความเกลียด ความบาดหมางใจ ฯลฯ

ตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อทั้งปริมาณและคุณภาพของผลงานของตัวบุคคล คือ ความสามารถ ประวัติและประสบการณ์ในอดีต และการจูงใจ ซึ่งความสัมพันธ์ได้แสดงไว้ดังภาพที่ 2.6 (Vinake อ้างถึงในธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ 2535: 54-55)



ภาพที่ 2.6 ปัจจัยหรือตัวแปรของตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงาน

ที่มา : ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ พฤติกรรมบุคคลในองค์การ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช 2535

3.1 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

3.1.1 เพศ

สุพัฒน์ เดชชาติวงศ์ ณ อยุธยา (2526: 7-8) กล่าวว่า ลักษณะนิสัยของเพศชายมีการริเริ่มสร้างสรรค์ วิเคราะห์แยกแยะ มีความมั่นใจในตนเองมากกว่าเพศหญิง แต่เพศชายก็จะสมยอมหรือจำนนต่อกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี (2541: ง) เรื่องความพึงพอใจในงาน กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย

บริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ อุ๋น โทมล (2532: 74) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริการ วิชาการ และรวมทุก ๆ ด้าน ส่วนการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) ศึกษาเรื่องการประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัด ภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลในด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของนรินทร์ สังข์รักษา (2536: 104) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชนและรวมทุกด้าน พบว่าการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

จากลักษณะนิสัยการปฏิบัติงานของเพศหญิงและชายแตกต่างกัน จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาไม่มีการผลศึกษาที่บอกได้ว่าเพศชายหรือเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีอนามัย ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำมาเป็นตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย

3.1.2 อายุ

แมสแลช (Maslach, 1986: 60 อ้างถึงใน เพ็ญศรี ปรางสุวรรณ 2541: 34) กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต มองชีวิตกว้างไกล และลึกซึ้งมากขึ้น สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ยอมรับว่าการปฏิบัติงานในลักษณะของวิชาชีพนั้น ช่วงที่ผู้ปฏิบัติงานจะมีความสามารถสูงสุด คือ ช่วงอายุประมาณ 35 ปี จากนั้นความสามารถด้านวิชาชีพจะลดลงเรื่อย ๆ และมีการปฏิบัติได้ดีอีกในช่วง อายุ 45 ปี และ 55 ปี จะเกิดปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา เรียกว่า mid - carrier crisis กล่าวคือ บุคคล ในช่วงอายุนี้อาจมีการเปรียบเทียบสถานภาพ และความสำเร็จในการทำงานของตนกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันจะมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานบางรายเกิดความท้อถอย เหนื่อยหน่าย (Shapero, 1985: 167-175 อ้างถึงใน นรินทร์ สังข์รักษา 2536: 104) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชญา แก้วศรี (2529 : บทคัดย่อ)

พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในงานของผดุงครรภ์อนามัยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยผดุงครรภ์อนามัยในกลุ่มอายุมาก มีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบด้านลักษณะงาน สูงกว่าผดุงครรภ์ ในกลุ่มอายุน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร (2531: ก, 49-56) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของसारวัตกรอาหารและยา จากการประเมินการปฏิบัติงานด้วยตนเอง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของพรทิพย์ อุ๋นโกลม (2532: 74) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ด้านบริหาร บริการ วิชาการ และรวมทุกด้านของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพิบาล และป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรศิลาพันธ์ (2534: ก-ข) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านปริมาณงาน และคุณภาพงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชาศริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ และการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 104) พบว่า การปฏิบัติงานทุกด้านตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานอนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาศิชาชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรม เนื่องจากคนในวัยต่าง ๆ กันย่อมจะมีความต้องการแตกต่างกัน ในการศึกษารครั้งนี้จึงนำอายุมาเป็นตัวแปร เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานอนามัย

3.1.3 สถานภาพการสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของบุคคล บุคคลที่สมรสแล้วมีหน้าที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหากบรรยากาศในครอบครัวเต็มไปด้วยสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความรัก ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวก็จะมีส่วนให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาแก่กันได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น หากในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความสามารถของบุคคลในการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหา การปรับตัวในงานอาชีพลดลง จากการศึกษาของสุพัตรา จึงสง่าสม (2541: 91-103) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

ตามบทบาทด้านบริหาร และการศึกษาของ พัทธนี ศรีจันทร์ (2528: 64-69) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลงาน โภชนาการ ของ หัวหน้าสถานีนอนามัยจังหวัดลำปาง กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโสดส่วนใหญ่จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก แตกต่างจากการศึกษาของชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตจังหวัดภาคใต้ และนรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธัญญา แก้วศรี (2529: บทคัดย่อ) เรื่องความพึงพอใจในงานของผดุงครรภ์อนามัยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัด ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในงาน แต่ผดุงครรภ์อนามัยที่ไม่มีคู่สมรส มีความพึงพอใจต่อองค์ประกอบด้านความรับผิดชอบสูงกว่าผดุงครรภ์อนามัยที่มีคู่สมรส และ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร (2531: ก,49 -56) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสารวัตรอาหารและยา จากการประเมินการปฏิบัติงานด้วยตนเอง พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของสารวัตรอาหารและยา

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในทิศทางที่ไม่แน่นอน ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำมาเป็นตัวแปร เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคลลของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

3.1.4 การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยช่วยให้คนมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี (2541: ง) เรื่องความพึงพอใจในงานกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่า วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในด้านอื่น ๆ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า วุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตจังหวัดภาคใต้ และผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุน

งานสาธารณสุขในชุมชนและ รวมทุกด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับวุฒิการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534 : ก-ข) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร

เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในสถานีนามัยมีวุฒิการศึกษาหลากหลาย มากขึ้น มีการศึกษาต่อจากหลากหลายสาขามากขึ้น และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทิศทาง ความสัมพันธ์ของการศึกษากับการปฏิบัติงาน ไม่น่าแน่นอน จึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย

3.1.4 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ความสามารถของมนุษย์เป็นผลมาจากสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ ความสามารถทางสมอง ประสบการณ์ การศึกษาและการฝึกอบรม ซึ่งการมีประสบการณ์ในงานใดก็ย่อมเป็นผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี แต่จำนวนปีที่เคยทำงานมา ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าคนที่ทำงานนานปีกว่าจะมีประสบการณ์ มากกว่าคนที่ทำงานน้อยปีกว่า ทั้งนี้เพราะแต่ละวันที่ทำงาน ย่อมได้ประสบการณ์ต่างกัน (เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ 2522: 131 – 132) จากการศึกษาวิจัยของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 106) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้า สถานีนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชนและรวมทุกด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของ หัวหน้าสถานีนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง สอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลใน จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการ สาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ และอิงอัมพร ทองดี (2541: ง) พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริการ และระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริหารและด้านอื่น ๆ ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงาน ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน และผลการศึกษาของ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร (2531: ก, 49 -56) พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน ของสารวัตรอาหารและยา เช่นเดียวกับผล การศึกษาของ ไพเราะ ไตรศิลาพันธ์ (2534: ก-ข) พบว่า อายุราชการของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน สถานีนามัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่า ตัวแปรด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีทิศทางความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นอน จึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

3.1.5 การฝึกอบรม

การฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคลในหน่วยงาน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสอนให้คน ได้เรียนรู้ เข้าใจถึงหลักวิทยาการ วิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องทันสมัย และเหมาะสม ซึ่งเป็นการ สร้างเสริมคุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (อุทัย หิรัญโต 2523: 15) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาคกริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) ประเมินการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ พบว่า ด้านการศึกษา คุณงาน อบรมด้านวิชาการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข จัดแข่งกับการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 106) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานี อนามัย ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชนและรวมทุกด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝึกอบรม

จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่า ตัวแปรด้านการอบรมคุณงานเรื่องทศวรรษ แห่งการพัฒนาสถานีอนามัย อาจมีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย จึงนำมาเป็น ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

3.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้และ การปฏิบัติแตกต่างกัน (ทองหล่อ สุวรรณภาพ 2521: 222-223) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีศรี ศรีจันทร์ (2528: 64-69) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานี อนามัยต่อผลงาน โภชนาการของสถานีอนามัยจังหวัดลำปาง พบว่ารายได้ประจำ ต่อเดือนมีผลต่อ ปริมาณงาน โภชนาการ และการศึกษาของกุสุมา วงษ์จันทร์ (2532 : 31-33,53) เรื่องขวัญ และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในภาคเหนือตอนบน พบว่า ลักษณะทางประชากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งแตกต่างจากผลการ ศึกษาของ ชาคกริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ และ ผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ ของหัวหน้าสถานีอนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่าทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับการปฏิบัติงานของบุคคลไม่แน่นอน จึงได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

3.3 สถานที่พักอาศัย

จากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีจันทร์ (2528: 64-69) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยต่อผลงาน โภชนาการของสถานีอนามัยจังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เนื่องจาก ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีที่พักอยู่ในสถานีอนามัย ทำให้มีเวลาปฏิบัติงานมากขึ้น

เนื่องจากการพัฒนาสถานีอนามัยปัจจุบัน ได้มีการให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการ บุคลากรสาธารณสุขของสถานีอนามัยต้องมีเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น เพื่อความสะดวก คล่องตัวในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงนำสถานที่พักอาศัย มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การจูงใจในการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรจะใช้ประโยชน์จากพลังแฝงที่มีอยู่ในตัวของบุคลากร ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กรมากที่สุด การสร้างแรงจูงใจจะบังเกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริงขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บริหารที่จะเข้าใจบุคลากรแต่ละคน และเข้าใจกลุ่มต่าง ๆ เพียงใด อีกทั้งผู้บริหารได้ให้ความสำคัญถึงประโยชน์ที่องค์กรจะได้รับจากการจูงใจบุคลากรเพียงใด เพราะถ้าผู้บริหารสามารถเข้าถึงนัยของความสำคัญดังกล่าว จะทำให้สามารถสร้างประโยชน์ในการใช้ทรัพยากรมนุษย์ได้คุ้มค่ามากที่สุด

4.1 ความหมายของการจูงใจ

คำว่า “การจูงใจ (Motivation)” ปกติศัพท์คำนี้มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “ความต้องการ (want)” “ความปรารถนา (desire)” “ความหวัง (wish)” เป็นต้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้

Glolier International Dictionary (1992: 653) นิยามความหมายของ “การจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการแสดงพฤติกรรม”

ทองใบ สุคชารี (2543: 194) สรุปความหมายของการจูงใจ เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด ได้ใช้ความพยายามในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล

จรัญ แดงเล็ก (2542: 33) ได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ ว่าเป็นความพยายามในการชักจูงบุคคลให้ปฏิบัติ และชักจูงให้บุคคลเกิดความเต็มใจในการทำงาน โดยมีสิ่งจูงใจเพื่อเพิ่ม

ความพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สูงขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระทำได้โดยการเข้าใจความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งแรกและตอบสนองความต้องการด้านงานของบุคคล

สรุปได้ว่า การจูงใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยตอบสนองความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคลด้วย

4.2 ประวัติความเป็นมาของแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการจูงใจในการทำงานของบุคคลได้ดี จำเป็นที่ควรทำความเข้าใจกับประวัติความเป็นมาของแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทองใบ สุคชารี (2543: 199) สรุปไว้ดังนี้

4.2.1 การจูงใจแบบดั้งเดิม (*The Traditional Approach*)

การสร้างแรงจูงใจของเทเลอร์ (Fredrick W. Taylor) ตั้งฐานคิดว่า “สิ่งจูงใจทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่จูงใจให้พนักงานแต่ละคนทำงาน”

แนวความคิดดังกล่าวเป็นการพิจารณา การสร้างแรงจูงใจในการทำงานอย่างผิวเผิน ยากที่จะเจาะลึกเข้าไปถึงสาระสำคัญในการสร้างแรงจูงใจได้อย่างเหมาะสม

4.2.2 การจูงใจตามทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ (*The Human Relation Approach*)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับบทบาทของกระบวนการทางสังคม (social processes) ในการทำงาน ฐานคติหลักของทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ เชื่อว่า “พนักงานต้องการที่จะมีความรู้สึกรู้ว่า พวกเขาเป็นผู้ที่มีประโยชน์ และเป็นผู้ที่มีความสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความต้องการทางสังคมมีความสำคัญยิ่งในการจูงใจให้พนักงานทำงาน มากกว่าที่จะใช้เงินเป็นปัจจัยจูงใจ”

ดังนั้นผู้บริหารจะต้องหาวิธีการทำให้พนักงานเกิดความรู้สึกว่าพวกเขามีความสำคัญ ให้พนักงานเป็นผู้กำหนดทิศทางของตนเอง และเป็นผู้ควบคุมตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นงานประจำของตน อีกทั้งจะต้องพยายามสนองตอบความต้องการทางสังคมของพนักงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้สูงขึ้น

4.2.3 การจูงใจตามทฤษฎีทรัพยากรมนุษย์ (*The Human Resources Approach*)

แนวคิดที่พัฒนาต่อเนื่องจากทฤษฎีมนุษยสัมพันธ์ โดยมีฐานคิดว่า “การให้การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถือเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับพนักงาน อีกทั้งจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าให้กับพนักงานและองค์กร ภายใต้หลักการและความเชื่อที่ว่า พนักงานทุกคนมีความสำคัญและพร้อมที่จะให้การสนับสนุนแก่องค์กร”

ภารกิจที่สำคัญยิ่งของฝ่ายบริหาร กระตุ้นให้พนักงานเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงาน และพยายามสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่จะทำให้องค์กรสามารถใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

4.3 ทฤษฎีการจูงใจ

4.3.1 *ทฤษฎีการจูงใจที่เน้นสาระสำคัญ* เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นสิ่งจูงใจ หรือกระตุ้นให้บุคลากรต้องการที่จะทุ่มเทให้กับการทำงาน ทองโบ สูดซารี (2543: 201 - 210) ได้สรุปทฤษฎีในกลุ่มนี้ ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ ทฤษฎีองค์ประกอบสองปัจจัย ทฤษฎีความต้องการของปัจเจกบุคคล และทฤษฎี X และทฤษฎี Y โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) *ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)*

มาสโลว์ (Abraham Maslow) ได้เสนอกรอบความคิดเกี่ยวกับลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Need Hierchy) โดยมีสมมุติฐานว่า บุคคลมีความต้องการอย่างไม่สิ้นสุด และความต้องการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อตอบสนอง เมื่อความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วจะลดความสำคัญลง โดยบุคคลจะเกิดความต้องการใหม่ขึ้น และเรียงลำดับขึ้นจากต่ำไปสูง ซึ่งความต้องการเหล่านี้มีลำดับขั้นอยู่ 5 ชั้น

(1) ความต้องการทางกายภาพ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงอยู่ของบุคคล เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งจะเป็นความต้องการในขั้นแรกของการมีชีวิตและดำรงความเป็นมนุษย์ ในมุมมองขององค์การ เป็นความพยายามที่องค์การจะต้องจ่ายค่าจ้างให้พอเพียงกับการดำรงชีวิต (adequate wages) และจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม

(2) ความต้องการด้านความปลอดภัยและมั่นคง (Safety and Security Needs) เป็นความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต และครอบครัว โดยบุคคลจะต้องการสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจ อีกทั้งจะต้องมีความปลอดภัยในมิติของความมั่นใจได้ว่าจะต้องไม่วิตกกังวลเรื่องรายได้ และความมั่นคงในการทำงาน ความต้องการขั้นนี้จะสร้างความพอใจในการทำงาน โดยพนักงานมีโอกาในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

(3) ความต้องการเป็นเจ้าของ (Belongingness Needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคม ให้ผู้อื่นและสังคมยอมรับ เช่น การต้องการความรัก การยอมรับจากเพื่อน ๆ ความต้องการในขั้นนี้จะสร้างความพอใจให้บุคคลโดยการตอบสนองจากครอบครัวและสัมพันธ์ภาพกับชุมชน รวมถึงมิตรภาพ (friendship) ที่เกิดขึ้นในการทำงาน

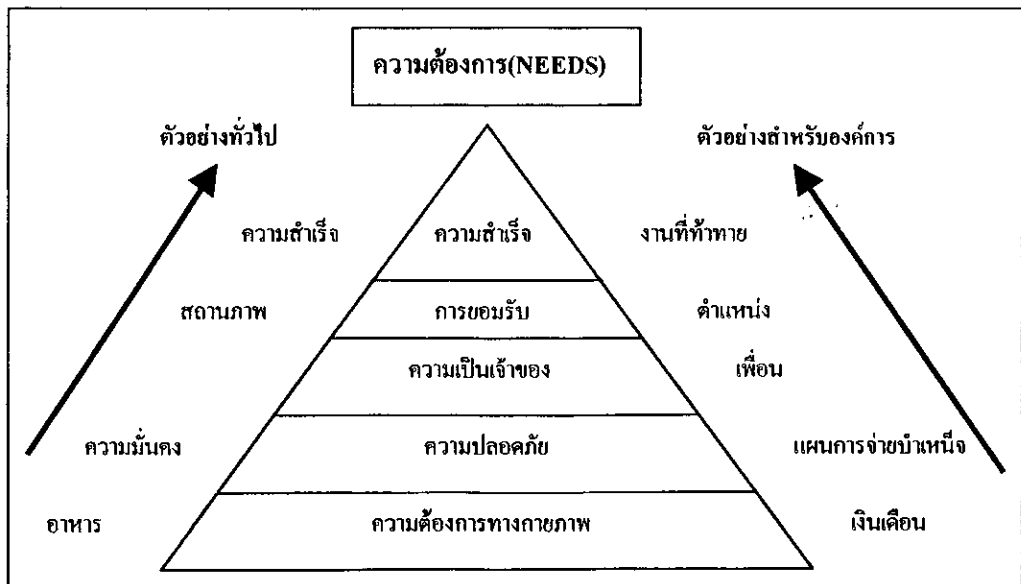
(4) ความต้องการยอมรับ (Esteem Needs) เป็นความต้องการที่จะสร้างภาพพจน์ในทางบวกและการนับถือตนเอง ต้องการที่จะได้รับการยอมรับ นับถือจากผู้อื่น เช่น ความต้องการอำนาจ ชื่อเสียง ตำแหน่ง

(5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ที่จะทำให้อุทิศตนเกิดความรู้สึกตระหนักรู้ถึงความสำเร็จของตนเองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดไป เป็นทุกสิ่งทุกอย่างของมนุษย์ที่ต้องการไปให้ไกลที่สุด

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนแล้วจะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเป็นลำดับขั้น โดยที่ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะลดแรงผลักดันลง ขณะที่ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอาจจะก่อให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด หรือความขัดแย้งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน (มัลลิกา ต้นสอน 2544: 34-35)

แนวคิดของ มาสโลว์ ได้รับการวิจารณ์จากนักวิชาการสมัยต่อมาว่า ความต้องการของมนุษย์ทั้ง 5 ชั้น ยังไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุม บางครั้งก็ไม่จำเป็นที่มนุษย์จะมีความต้องการเรียงตามลำดับขั้นดังกล่าวเสมอไปหรือในวัฒนธรรมที่ต่างกัน การจัดลำดับขั้นความต้องการก็มักจะแตกต่างกันออกไป (ทองใบ สูดชาวี 2543: 204)

กริฟฟิน (Ricky Griffin) ได้ปรับกรอบความคิดเชิงทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์

ที่มา : ทองใบ สูดชาวี *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี สถาบันราชภัฏ

อุบลราชธานี 2543

2) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการแบบเบอริอาร์จี (The ERG Theory)

อัลเดอร์เฟอร์ (Clayton P. Alderfer) มีความเห็นเช่นเดียวกับ Maslow ที่จัดความต้องการเป็นลำดับขั้น แต่เขาเสนอความต้องการมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ

(1) ความต้องการเพื่อการดำรงชีพ (Existence Needs: E) เป็นความต้องการในการมีชีวิตอยู่ รวมเอาความต้องการทางกายภาพ และความต้องการความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิตที่มาสโลว์เสนอไว้

(2) ความต้องการด้านสัมพันธภาพ (Relatedness Needs : R) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่มุ่งหวังที่จะสร้างสัมพันธภาพ กับสภาพแวดล้อมทางสังคมในการทำงาน เทียบกับความต้องการเป็นเจ้าของ และความต้องการการยอมรับตามกรอบที่มาสโลว์ได้เสนอไว้

(3) ความต้องการการเจริญเติบโต (Growth Needs : G) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดที่บุคคลต้องการการนับถือในตนเอง และความสำเร็จในชีวิต

แม้ทฤษฎีนี้จะคล้ายกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ แต่มีจุดต่างที่สำคัญ 2 ประการ คือ

ประการแรก ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการแบบเบอริอาร์จี เชื่อว่าการจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใด ๆ มีสาเหตุมาจากความต้องการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันจากหลายขั้นตอนในเวลาเดียวกัน

ประการที่สอง ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการแบบเบอริอาร์จี จะมีองค์ประกอบที่เรียกว่า “ความคับข้องใจ-ความถดถอย” (a frustration-regression) กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังไม่ได้ได้รับความพอใจ เขาจะเกิดความคับข้องใจ และจะทำให้ความต้องการถดถอยลงไปในระดับขั้นความต้องการที่ต่ำลง ไป และเริ่มดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการอีกครั้ง

3) ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory)

ทงไบ สูดซารี (2543: 205-208) กล่าวว่า เฮอร์ซเบิร์ก (Frederick Herzberg) ได้นำเสนอทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ เรียกว่า ทฤษฎีสองปัจจัย (The Two-Factor Theory) เขาพัฒนาทฤษฎีขึ้นจากการสัมภาษณ์พนักงานบัญชี และวิศวกรของบริษัทในสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับความพอใจและความไม่พอใจในงาน (job satisfaction and dissatisfaction) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไม่พึงพอใจในการทำงาน เรียกว่า ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factor) มีรายละเอียดดังนี้

(1) ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับงานโดยตรง (related specifically to the work content) ถ้ามีอยู่ก็จะเป็นสิ่งจูงใจ หรือทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอย่างมาก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทัศนคติทางบวก การจูงใจ และทำหน้าที่

เหมือนเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล แต่ถ้าไม่มีก็ได้ หมายความว่า คนจะไม่มี ความพอใจ ในงานที่ทำ ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย

- ก. การยอมรับนับถือ (Recognition)
- ข. ความก้าวหน้า (Advancement)
- ค. ความรับผิดชอบ (Responsibility)
- ง. ความสำเร็จของงาน (Achievement)
- จ. ลักษณะของงาน (The Work itself)
- ฉ. การเติบโต (Growth)

(2) ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความ ไม่พอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการทำงาน (related to the work environment) หรือเป็นองค์ประกอบเพื่อป้องกันการเกิดความไม่พอใจในการทำการ หากว่าสิ่ง ต่าง ๆ ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอความไม่พอใจจะหายไป แต่จะไม่สร้างหรือมีผลทำให้ เกิดทัศนคติทางบวก หรือแรงจูงใจขึ้น และไม่ทำหน้าที่เป็นเครื่องเสริมสร้างน้ำใจส่วนบุคคล ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย

- ก. สภาพการทำงาน (Working Condition)
- ข. เงินเดือน (Salary)
- ค. ความมั่นคงในงาน (Security)
- ง. นโยบายและการบริหารงาน (Company Policy and Administration)
- จ. การปกครองบังคับบัญชา (Supervision-Technical)
- ฉ. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)
- ช. สถานภาพ (Status)
- ซ. ชีวิตส่วนตัว (Personal life)

ถึงแม้ว่าทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริซเบิร์ก จะได้รับการยอมรับสูง และนำไปใช้ปรับปรุงระบบคุณภาพของงานในหลายองค์การ แต่ก็มีข้อจำกัดและจุดอ่อนอยู่เช่นกัน คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ตัวแทนในทางสถิติ ของบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจ และความพอใจในการทำงานมีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบายด้วยวิธีการที่นำเสนอไว้ในทฤษฎีนี้

ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริซเบิร์กนี้ มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารงาน สาธารณสุข เพราะได้ระบุถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างกว้างขวาง ซึ่งส่งผลให้ผู้บริหารตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ และปัจจัยพื้นฐานหรือค้ำจุนในการปฏิบัติงาน

4) ทฤษฎีความต้องการของปัจเจกบุคคล (Individual Human Needs)

แมคคลีแลนด์ (David McClelland) และนักทฤษฎีอื่น เช่น แอทกินสัน (John W. Atkinson) และเรย์เนอร์ (J. O. Raynor) ได้เสนอ “ทฤษฎีความต้องการของปัจเจกบุคคล (Individual Human Needs)” หรือ “ทฤษฎีความต้องการสามประเภท (The Three-Needs Theory)” โดยแยกความต้องการหรือแรงจูงใจในการทำงานเป็น 3 ประเภท คือ

(1) แรงจูงใจเพื่อความสำเร็จ (Need for Achievement) เป็นแรงจูงใจในการกระทำการใด ๆ เพื่อให้ก้าวสู่ความสำเร็จ หรือความเป็นเลิศ ที่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐาน และการมุ่งไปสู่ความสำเร็จ

(2) แรงจูงใจเพื่ออำนาจ (Need for Power) เป็นแรงจูงใจที่จะทำให้คนอื่นกระทำการใด ๆ ในทิศทางที่ตนกำหนดไว้

(3) แรงจูงใจเพื่อการผูกมิตร (Need for Affiliation) เป็นความปรารถนาที่จะสร้างมิตรภาพและมีสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น

แมคคลีแลนด์ ให้แนวคิดว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการใดสูง ความต้องการนั้นก็ส่งผลต่อพฤติกรรมที่จะสร้างความพอใจให้กับเขา

5) ทฤษฎี X และทฤษฎี Y (Theory X and Theory Y)

แมคเกรเกอร์ (Douglas McGregor) เสนอทฤษฎีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ 2 ลักษณะ กล่าวคือ ลักษณะแรกเป็นทัศนคติในทางลบ (negative view) เรียกว่า ทฤษฎี X และลักษณะที่สองเป็นทัศนคติในทางบวก (positive view) เรียกว่า ทฤษฎี Y

ฐานคติตามทฤษฎี X สอดคล้องกับความต้องการทางกายภาพ และความต้องการความปลอดภัยของลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ในขณะที่ฐานคติตามทฤษฎี Y สอดคล้องกับความต้องการทางสังคม และความต้องการในการยอมรับนับถือ

อย่างไรก็ตาม แมคเกรเกอร์เห็นว่า ฐานคติความเชื่อตามทฤษฎี Y มีประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์เพื่อการบริหารมากกว่า ทฤษฎี X เขาจึงเสนอแนะให้ประยุกต์การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมอบหมายภารกิจให้บุคลากรมีความรับผิดชอบในการทำงานและมอบหมายงานที่ท้าทายให้ และพยายามสร้างสัมพันธภาพในการทำงานให้ได้อยู่ตลอดเวลา

ไม่มีหลักฐานยืนยันว่า ความเชื่อตามฐานคติของทฤษฎี Y สามารถจูงใจพนักงานได้ดีกว่าการใช้การบริหารตามทฤษฎี X ในทางกลับกันพบว่า ผู้จัดการที่บริหารงานตามความเชื่อฐานคติในทฤษฎี X สามารถสร้างประสิทธิผลในการบริหารได้เป็นอย่างดี

ทฤษฎีการจูงใจที่ว่าด้วยความต้องการของมนุษย์ทั้ง 4 ทฤษฎี นี้สามารถเปรียบเทียบได้ ดังนี้

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบทฤษฎีการจูงใจที่ว่าด้วยความต้องการของมนุษย์ทั้ง 4 ทฤษฎี

มาสโลว์	อัลเดอร์เฟอร์	เฮิร์ซเบิร์ก	แมคคิลเลนด
ความต้องการความสำเร็จ	ความต้องการการเจริญเติบโต	ปัจจัยจูงใจ	ความสำเร็จ
ความต้องการการยอมรับ	ความต้องการด้านสัมพันธภาพ		อำนาจ
ความต้องการเป็นเจ้าของ		ปัจจัยค้ำจุน	การผูกมิตร
ความปลอดภัย	ความต้องการเพื่อการดำรงชีพ		
ความต้องการทางกายภาพ			

4.3.2 ทฤษฎีการจูงใจที่เน้นกระบวนการจูงใจ เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ มีวิธีการอย่างไร และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการทำงานอย่างไร ทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับกระบวนการจูงใจที่น่าสนใจ 2 ทฤษฎี ประกอบด้วย ทฤษฎีความคาดหวัง และทฤษฎีความเป็นธรรม มีสาระสำคัญดังนี้

1) **ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)**

ทฤษฎีความคาดหวังใช้เพื่อการจูงใจในการปฏิบัติงาน ทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ตัดสินใจที่มีเหตุผลเสมอในการที่จะพยายามทำงาน เพื่อให้ได้มาซึ่งรางวัลหรือค่าตอบแทน (Rewards) ทั้งยังทราบว่ารางวัลอะไรที่ต้องการจากการทำงาน และเข้าใจถึงผลการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การที่จะได้มาซึ่งรางวัลดังกล่าวด้วย (ทองหล่อ เดชไทย 2542 : 233)

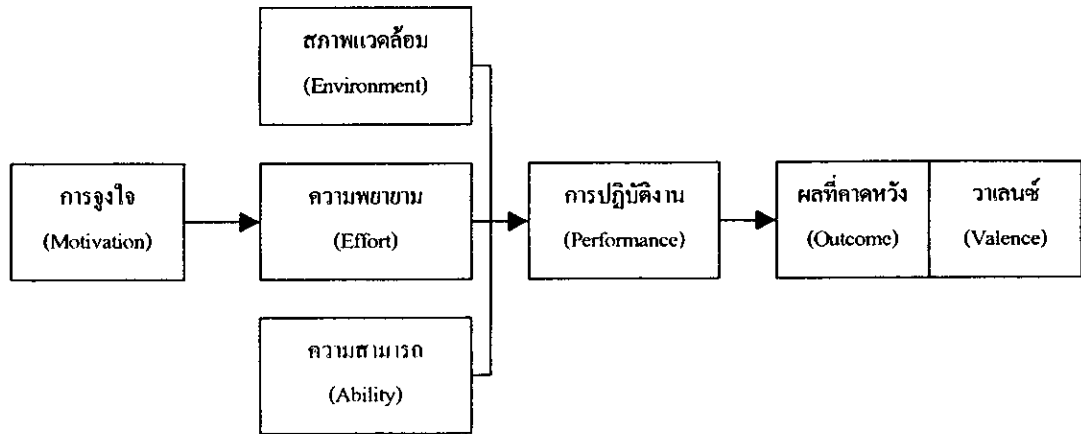
ทฤษฎีความคาดหวัง สามารถสรุปได้ 4 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

- (1) ผลลัพธ์ของงาน (Job Outcomes) รวมทั้งรางวัล (เช่น การขึ้นเงินเดือน การยกย่อง) และประสบการณ์ด้านลบ (เช่น ตกลงงาน การถูกลดขั้นเงินเดือน)
- (2) กำลังแรงรวม (Valences) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีเกี่ยวกับผลงาน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับผลลัพธ์ของงาน โดยมีช่วงจากแรงทางบวกถึงความเป็นกลางและแรงทางลบ มีความผันแปรทั้งความแข็งแกร่งและทิศทางด้วย

(3) สะพานเชื่อมโยง (Instrumentality) หมายถึงการยอมรับในความเชื่อมโยงระหว่างความสามารถ (Performance) และผลการดำเนินงาน (Outcomes) เป็นองค์ประกอบของความเชื่อของบุคคลที่ว่า การบรรลุผลลัพธ์ของงานนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคล

(4) ความคาดหวัง (Expectancy) เป็นความเชื่อมโยงของความเชื่อระหว่างความพยายามและความสามารถในการปฏิบัติงาน (Performance) ของบุคคล

กริฟฟิน (Ricky W. Griffin) ได้นำกรอบความคิดของวรูม เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ให้ง่ายต่อการศึกษา ดังแสดงไว้ในภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 ทฤษฎีความคาดหวังของวรูม

ที่มา : ทองใบ สุดชาติ *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี สถาบันราชภัฏ
อุบลราชธานี 2543

จากภาพที่ 2.8 สรุปให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ของตัวแบบความคาดหวัง โดยเริ่มต้นจากการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจ (Motivation) นำไปสู่ความพยายาม (Effort) ซึ่งความพยายามที่บุคคลเพิ่มเข้าไป เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Environment) กับความสามารถของบุคคล (Ability) ส่งผลให้มีการปฏิบัติงาน (Performance) และการปฏิบัติงานนำไปสู่การเกิดผล (Outcome) ต่าง ๆ จำนวนมาก และผลที่เกิดขึ้นแต่ละอย่างขึ้นอยู่กับค่าวาเลนซ์ (Valence) ของผลแต่ละอย่าง ค่าวาเลนซ์เป็นดัชนีที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความปรารถนาที่จะให้ได้รับผลที่ตนเองต้องการเพียงใด แต่อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของทฤษฎีไม่สามารถนำเสนอไว้ในตัวแบบได้ กล่าวคือ ความคาดหวังของบุคคล สะท้อนออกมาในรูปของความพยายามที่เชื่อมโยงไปสู่การทุ่มเทให้กับการปฏิบัติงาน เพื่อหวังผลที่จะบังเกิดขึ้น

2) ทฤษฎีความเป็นธรรม (Equity Theory)

อดัมส์ (J. Stacey Adams อ้างถึงใน ทองใบ สุดชาติ 2543: 214) ได้พัฒนาทฤษฎีความเป็นธรรม เพื่ออธิบายกระบวนการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร มีสาระสำคัญ คือ บุคคลจะถูกจูงใจให้อยากทำงานจากความเป็นธรรมทางสังคม (social equity) ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน

ความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่บุคคลประเมินผลการกระทำกรใด ๆ ที่ตนเองได้รับ เทียบกับผลที่ผู้อื่นได้รับ กล่าวคือ ผลที่ได้รับจากการทำงานรวมถึงค่าจ้าง การยอมรับ

การเลื่อนตำแหน่ง ความสัมพันธ์ทางสังคม และรางวัลจากภายใน ส่วนการที่จะทำให้ตนเองได้รับรางวัล บุคคลจะใส่ใจปัจจัยนำเข้า สำหรับการทำงาน อาทิเช่น การทุ่มเทเวลา ความพยายาม การศึกษา และความซื่อสัตย์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ บุคคลจะเทียบสัดส่วนของผลรับที่ตนเองได้รับกับทรัพยากรที่ใส่เข้าไป เทียบกับสัดส่วนที่ผู้อื่นได้รับ

ความรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยได้รับความเป็นธรรมพบได้เสมอในบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากความหลากหลายในวิชาชีพและความแตกต่างกันของสิ่งอำนวยความสะดวกในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการได้รับค่าตอบแทน และอัตราที่ค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับองค์การรัฐวิสาหกิจหรือธุรกิจเอกชนที่มีระดับความยากลำบากในการปฏิบัติงานพอ ๆ กัน เป็นสาเหตุสำคัญของขวัญและกำลังใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 232)

3) ทฤษฎีการเสริมแรงในการูงใจ เป็นทฤษฎีที่ได้นำเสนอวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์สามารถดำรงอยู่และเพิ่มความเข้มข้นในการแสดงพฤติกรรมนั้นในทางกลับกันได้อธิบายให้เห็นวิธีการที่จะลด หรือคงพฤติกรรมบางอย่างให้ยุติลง เพื่อประโยชน์สูงสุดที่องค์กรจะได้รับ ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory) อาจรู้จักในนาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เป็นผลงานของสกินเนอร์ (B.F. Skinner) โดยยึดองค์ประกอบ 3 ประการ (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 234) ได้แก่

(1) สิ่งเร้า (Stimulus) เป็นสถานการณ์หรือตัวแปรที่กระตุ้นให้เกิดการตอบโต้ เช่น การขอข้อมูลของหัวหน้า

(2) การโต้ตอบ (Response) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอันเนื่องมาจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น เช่น การจัดเตรียมข้อมูลตามคำขอ

(3) ผลที่จะเกิด (Consequence) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการกระทำที่โต้ตอบต่อสิ่งเร้าหรือการกระตุ้นต่าง ๆ ซึ่งเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เข้าสู่สภาพปกติ สำหรับผลที่จะเกิดนั้น มี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

ก. รางวัล (Rewards) หรืออาจเรียกว่าการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ซึ่งจะช่วยให้การโต้ตอบต่อสิ่งเร้า

ข. การลงโทษ (Punishments) การลดการโต้ตอบต่อสิ่งเร้า

ค. การเสริมกำลังทางลบ (Negative Reinforcement) หมายถึง การกำจัดให้หมดไปทั้งรางวัลและการลงโทษ เพื่อเพิ่มการโต้ตอบต่อสิ่งเร้า

4.4 ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องแรงงใจ

ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์วงศ์ (2530 : 10) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์จะถูกกำหนดโดยแรงงใจ และจากการศึกษาพบว่า โดยปกติคนเราจะใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 20 – 30 แต่เมื่อได้รับแรงงใจจะทำให้บุคคลใช้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80-90

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงงใจ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

นรินทร์ สังขรักษา (2536: บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย ในภาคกลาง ตาม โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับแรงงใจรวม สัมพันธภาพในการทำงาน ความสำเร็จ และการยอมรับนับถือ

ประจวบ แหลมหลัก (2536: บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่องความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนที่คาดหวังเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยงใจ กับความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนที่ได้รับและการสนับสนุนที่คาดหวัง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน

สวัสดิ์ ภูทอง (2536: 23-91) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง การบริหารงานของผู้บังคับบัญชา ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ขวัญกำลังใจ การยอมรับนับถือจากคนในองค์กร และความพึงพอใจในงานสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

สุชาดา อติวานิชยพงศ์ (2539: 75-82) ศึกษาเรื่องบทบาทและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน และนักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจด้านความสำเร็จของงาน ด้านสภาพการทำงาน มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายบทบาทรวมทุกด้านของนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน ความพึงพอใจด้านความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน สัมพันธภาพในการทำงาน และการปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายบทบาทรวมทุกด้านของนักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา

สุนีย์ สุขสว่าง (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษากรณีจังหวัดพิจิตร ผลการวิจัยพบว่า แรงงใจมีอิทธิพลทั้ง โดยตรงและโดยอ้อมต่อบทบาทที่ปฏิบัติจริง

เพ็ญศรี ปรากฏสุวรรณ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สามารถพยากรณ์ความสามารถ ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 10.9

วีระ ตีมัน (2542: 60) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบลกับแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย ในจังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบที่ทำให้มีความพึงพอใจ ระดับสูง คือ ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ นโยบายและการบริหารงาน การปกครองบังคับบัญชา และสัมพันธภาพในการทำงาน

วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา (2542 : 91-95) ศึกษาเรื่องประเมินการปฏิบัติงานของ พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โดยรวมอยู่ในระดับดี บรรยากาศองค์การ ลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน

พิชญ์ รอดแสง (2542: 63-67) ศึกษาเรื่องการประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ พบว่า กระบวนการบริหาร แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ใน ด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของ สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ การได้รับการยอมรับนับถือ นโยบายและการบริหารงาน ความสำเร็จ ของงาน โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน และการวางแผน สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ ได้ร้อยละ 13.1

จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย ก็สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจที่ได้ กล่าวมาแล้ว ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยจูงใจ และ ปัจจัยค้ำจุน ตามทฤษฎีการจูงใจแบบ สองปัจจัยของเฮร์เซเบอร์ก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสาธารณสุข ในระดับที่แตกต่างกันในแต่ละปัจจัย ผู้วิจัยจึงใช้ ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ การยอมรับนับถือ ความ ก้าวหน้า ความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน ลักษณะงาน และปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ สภาพการ ทำงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในงาน นโยบายและการบริหารงาน การปกครอง บังคับบัญชา และสัมพันธภาพในการทำงาน ตามทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮร์เซเบอร์ก เป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล หรือความสำเร็จในการบริหารงานสาธาณสุขนั้น มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคนิคหรือวิธีการบริหารที่มีความเหมาะสม ทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ แต่การที่จะใช้ทรัพยากรการบริหารให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้นั้นต้องอาศัย “ผู้บริหารหรือผู้นำ” ที่มีความรู้ความสามารถในการควบคุมกำกับ และเสริมสร้างบรรยากาศแห่งการทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้น ฉะนั้นผู้บริหารจึงมีขอบเขตความรับผิดชอบที่ครอบคลุมองค์ประกอบการบริหารงานหลัก ทั้ง 3 มิติ ซึ่งรวมถึงความคิด งาน และคน (ทองหล่อ เดชไทย 2542: 196)

5.1 ความหมายของภาวะผู้นำ

เสาวนิต เสาธานัน (2536: 1-3) ได้รวบรวมความหมายของภาวะผู้นำ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะผู้นำไว้หลากหลายและแตกต่างกัน ดังนี้

ภาวะผู้นำ คือความริเริ่มและธำรงไว้ซึ่งโครงสร้างของความคาดหวังและความสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกของกลุ่ม (Stogdill, 1974: 411)

ภาวะผู้นำ คือความสามารถที่จะชี้แนะ สั่งการ หรืออำนวยความสะดวก หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้อื่นเพื่อให้มุ่งไปสู่จุดหมายที่กำหนดไว้ (McFarland, 1979: 303)

ภาวะผู้นำ เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้อิทธิพลต่อกลุ่ม เพื่อให้บรรลุความต้องการของกลุ่ม หรือจุดมุ่งหมายขององค์การ (Mitchell and Larson, Jr., 1987: 435)

ภาวะผู้นำเป็นเรื่องของศิลปะของการใช้อิทธิพลหรือกระบวนการใช้อิทธิพลต่อบุคคลอื่น เพื่อให้เขามีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของกลุ่ม (Koontz and Wehrich, 1988: 437)

ภาวะผู้นำเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง(ผู้นำ)ใช้อิทธิพลและอำนาจของตนกระตุ้น ชี้นำให้บุคคลอื่น (ผู้ตาม) มีความกระตือรือร้น เต็มใจทำในสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายขององค์การเป็นจุดหมายปลายทาง (พยอม วงศ์สารศรี, 2534:196)

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2536: 10) ให้ความหมายว่า ภาวะผู้นำ เป็นการใช้อิทธิพลของบุคคลหรือตำแหน่ง ให้ผู้อื่นยินยอมปฏิบัติตามเพื่อที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม ตามที่ได้กำหนดไว้ หรืออาจสรุปได้ว่า ภาวะผู้นำคือ รูปแบบของอิทธิพลระหว่างบุคคล

ทองใบ สุคชารี (2543: 4) สรุปความหมายของภาวะผู้นำไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้อำนาจหรืออิทธิพลต่อผู้อื่น เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มยอมปฏิบัติตามความต้องการของตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

จากความหมายของภาวะผู้นำที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้อิทธิพลต่อผู้อื่น เพื่อการบูรณาการบุคคล วัสดุอุปกรณ์ และความคิดในกลุ่มร่วมกัน ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดไว้

5.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีหลายคนพยายามเสาะแสวงหาเหตุผลว่าทำไมบางคนจึงแสดงบทบาทของผู้นำได้ดีกว่าอีกคน สามารถกล่าวได้ว่า ความเป็นผู้นำ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้นำ การนำ และสถานการณ์ ซึ่งตัวแปร 3 ตัวที่มีผลกระทบต่อความเป็นผู้นำ ตัวแปรตัวแรกคือ บุคลิกภาพของผู้นำ ตัวแปรตัวที่ 2 คือ บุคลิกภาพในการนำ และตัวแปรตัวที่ 3 คือ ลักษณะของสถานการณ์ เช่น โครงสร้างขององค์การ งานที่กำหนด เทคโนโลยี ฯลฯ ที่ผ่านมามีแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความเป็นผู้นำมากมาย ซึ่ง มัลลิกา ต้นสอน (2544: 47-70) ได้สรุปทฤษฎีหลักที่สำคัญ 4 กลุ่ม ต่อไปนี้

5.2.1 ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบสากล (Universal Theories of Leadership)

ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบสากล เป็นการศึกษาผู้นำและภาวะผู้นำในสมัยเริ่มต้น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อพิจารณาลักษณะของผู้นำที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งน่าจะใช้งานได้ในทุกสถานการณ์หรือมีความเป็นสากล ในการประยุกต์ แยกการศึกษาเป็น 3 ทฤษฎี ได้แก่

1) ทฤษฎีมหานบุรุษ (Great Man-woman Theory)

มีรากฐานความเชื่อที่ว่า ผู้นำที่ยิ่งใหญ่ไม่สามารถสร้างขึ้นได้ แต่จะขึ้นมาโดยกำเนิด โดยมีความเชื่อว่า คุณลักษณะ ความสามารถพิเศษ หรือพรสวรรค์ จะมีส่วนสำคัญในการสร้างผู้นำ ปัจจุบันทฤษฎีนี้ก็ยังมีผู้เชื่อถืออยู่มากถึงแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ บุคคลและข้อมูลเพียงเล็กน้อยมาสนับสนุน

2) ทฤษฎีลักษณะเฉพาะของผู้นำ (Trait Theory)

ในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้พยายามที่จะกำหนดคุณลักษณะบางอย่าง เช่น อุปลินัยเฉพาะ ลักษณะทางกายภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของผู้นำ มาทำการศึกษา โดยอาจจะพิจารณาลักษณะเฉพาะทางร่างกาย เช่น ส่วนสูง รูปหน้า ลักษณะท่าทาง และระดับพลังงาน หรือลักษณะพิเศษอื่น ๆ เช่น ความฉลาด ความเปิดเผย ความมุ่งมั่น ความก้าวร้าวว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของผู้นำ แต่ผลการศึกษาก็ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะที่มีต่อความสำเร็จของผู้นำ

3) ทฤษฎี X ทฤษฎี Y (Theory X and Theory Y)

แมคเกรเกอร์ (Douglas McGregor) ได้กล่าวถึงสมมุติฐานของผู้ผู้นำ และ ความเชื่อเกี่ยวกับสมาชิกในกลุ่ม โดยที่ผู้นำจะมีมุมมองที่แยกออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

(1) ทฤษฎี X มุมมองแบบดั้งเดิมที่เชื่อว่าโดยธรรมชาติแล้วคนงานไม่ชอบทำงาน พยายามหลีกเลี่ยงงาน และความรับผิดชอบ สามารถชักจูงด้วยปัจจัยพื้นฐาน โดยเขาไม่มีความปรารถนาต่อความสำเร็จในเป้าหมายขององค์กร ทำให้ผู้นำ ต้องใช้อำนาจบังคับในการทำงาน ควบคุมและลงโทษอย่างรุนแรง

(2) ทฤษฎี Y เชื่อว่าคนงานจะมีความคิดว่าการทำงานเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต โดยเขาจะสามารถตื่นตัวและมีแรงจูงใจในตนเอง มีความรับผิดชอบ ต้องการความภาคภูมิใจ และต้องการมีส่วนร่วมในความสำเร็จขององค์กร ซึ่งสามารถบริหารงานโดยให้อิสระในการคิด และปฏิบัติแก่พนักงาน

สมมุติฐานของ แมคเกรเกอร์ จะเป็นกรอบความคิดที่ง่ายต่อการเข้าใจ และใช้งาน เช่นเดียวกับทฤษฎีภาวะผู้นำแบบสากลอื่น ๆ ที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการแสดงความเป็นผู้นำซึ่งจะสามารถใช้ได้ดีในทุกสถานการณ์ แต่กลุ่มทฤษฎีความเป็นผู้นำแบบสากลก็จะมีข้อจำกัดในความคับแคบ ขาดความยืดหยุ่นและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ภาพรวมของผู้นำ สมาชิก และสถานการณ์

5.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมของผู้นำ

จากจุดอ่อนของทฤษฎีความเป็นผู้นำแบบสากล ที่ไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ ทำให้นักวิจัยหันมาศึกษาพฤติกรรมของผู้นำ (Leader Behavior) ที่ประสบความสำเร็จ โดยในช่วงปี 1930-1950 มหาวิทยาลัยและสถาบันต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสนใจและทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการศึกษาที่สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

1) การศึกษาของมหาวิทยาลัย Ohio State (Ohio State University Studied)

นักวิชาการของมหาวิทยาลัย Ohio State สนใจศึกษาข้อมูลเชิงพฤติกรรมของผู้บริหารหลาย ๆ คน โดยทำการเก็บข้อมูลจากการรายงาน การสังเกต และนำมาวิเคราะห์ปัจจัย ความวิธีการทางสถิติ จนสามารถแบ่งพฤติกรรมของผู้บริหารออกเป็น ลักษณะสำคัญที่เป็นอิสระต่อกัน 2 ลักษณะ ได้แก่

(1) ผู้นำที่เริ่มต้นงาน (Initiating Structure) จะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพ แต่จะให้ความพอใจในงานของผู้ใต้บังคับบัญชามีน้อย

(2) ผู้นำที่ใส่ใจบุคคลอื่น (Consideration) จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความพอใจในการทำงาน แต่อาจจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

ผลการศึกษาของมหาวิทยาลัย Ohio State ยังไม่ได้รับการยอมรับว่ามี
ความเป็นสากล เนื่องจากผลการศึกษาในช่วงต่อมาพบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยแต่ละตัว

2) การศึกษาของมหาวิทยาลัย Michigan (University of Michigan Studied)

จากการศึกษาพบว่าผู้นำที่ประสบความสำเร็จมักจะมีพฤติกรรมที่
เอาใจใส่ในงานที่ได้รับมอบหมาย หรือให้ความสำคัญกับงาน/ผลผลิต ได้แก่ กำหนดมาตรฐานของ
ผลงาน ตั้งเป้าหมายในการทำงานที่ท้าทาย ให้คำแนะนำ และสอนงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา นอกจากนี้
นี้ยังมีพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ได้แก่ ใส่ใจความรู้สึก
ส่งเสริมความก้าวหน้า และรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา

อย่างไรก็ดี การศึกษาของมหาวิทยาลัย Ohio State กับการศึกษาของ
มหาวิทยาลัย Michigan จะมีความแตกต่างที่สำคัญ คือ ผลการศึกษาของมหาวิทยาลัย Michigan
แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้นำแบบให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา จะมี
ผลดีมากกว่าผู้นำแบบมุ่งงาน โดยผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีผู้นำแบบมุ่งความสัมพันธ์จะมีความพอใจ
ในงานมากกว่า และมีอัตราการลาออกจากงาน น้อยกว่าผู้นำแบบมุ่งงาน และยังพบว่าพฤติกรรม
ของผู้นำทั้งสองลักษณะต่างก็มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานไม่แตกต่างกัน

3) โครงข่ายพฤติกรรมกรรมการจัดการ (Managerial Grid)

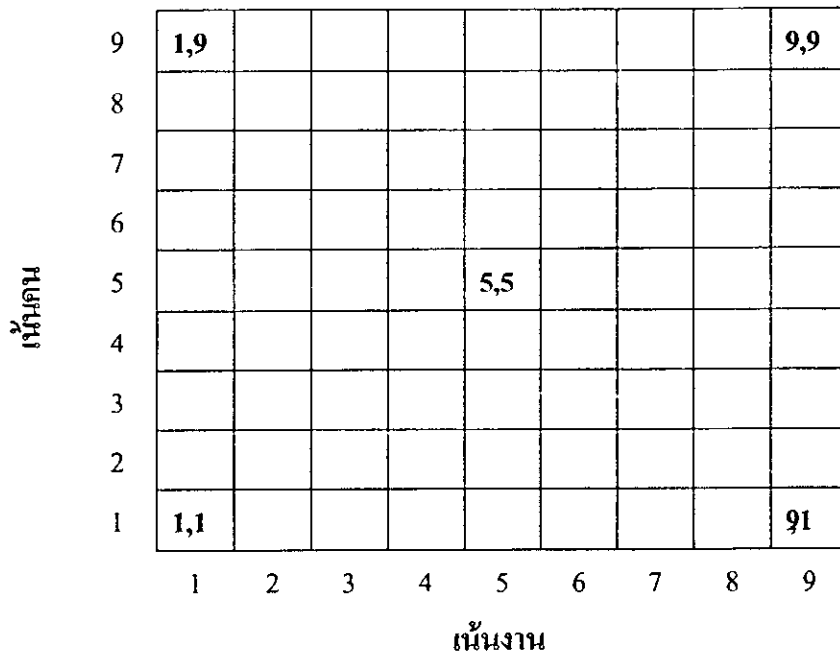
เบลคและมอตตัน (Robert Blake and Jane Mouton) ได้พัฒนาโครงข่าย
พฤติกรรมกรรมการจัดการ จากแนวความคิดพื้นฐานว่าผู้นำที่มีประสิทธิภาพสมควรต้องมีความสามารถ
ในการทำงานและความสามารถด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยจะสร้างตาราง 2 มิติ ที่มีขนาด 9 x 9 โดย
กำหนดให้แกนนอน แทนผู้นำที่ให้ความสำคัญกับผลงาน และแกนตั้ง แทนผู้นำที่ให้ความสำคัญ
กับคน โดยผู้นำที่มีประสิทธิภาพที่สุดจะได้รับคะแนนสูงสุดในทั้งสองแกน หรือ (9,9) ซึ่งหมายถึง
ผู้นำจะมีความสามารถทั้งในเรื่องงานและเรื่องคน เรียกว่า ผู้จัดการทีม (Team Manager) ซึ่งถือเป็น
ผู้นำในแบบอุดมคติ ในทางตรงข้ามผู้นำที่มีประสิทธิภาพต่ำที่สุดจะได้รับคะแนนต่ำที่สุดทั้งสอง
แกน หรือ (1,1) ซึ่งหมายถึง ผู้นำที่ขาดความสามารถทั้งด้านการทำงานและด้านคน เรียกผู้นำ
ลักษณะนี้ว่า ผู้จัดการที่ไม่มีความสามารถ (Impoverished Manager)

ความจริงผู้จัดการแต่ละคนจะมีความเป็นผู้นำที่แตกต่างกัน โดยสามารถ
กำหนดตำแหน่งตามคู่ลำดับบนโครงข่ายของ เบลคและมอตตัน อย่างไรก็ตาม มีลักษณะของผู้นำที่นิยม
ใช้อ้างอิงบนโครงข่ายพฤติกรรมกรรมการจัดการ คือ

(1) (1,9) ผู้จัดการสโมสร (Country Club Manager) จะให้ความสำคัญ
และสนใจต่อความต้องการและความรู้สึกของลูกน้อง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สร้างบรรยากาศการ
ทำงานที่เป็นกันเอง ทำให้ลูกน้องมีความพอใจในการทำงาน

(2) (5,5) ผู้จัดการแบบคนขององค์กร (Organization Man Manager) เป็นผู้จัดการที่ให้ความสำคัญกับงาน และคนในระดับที่เท่า ๆ กัน โดยมีระดับความสนใจอยู่พอประมาณทั้งสองแกน ซึ่งจะเป็นลักษณะที่อยู่ตรงกลางไม่ดีเด่น แต่ก็ไม่ได้ด้อยในมิติใดมิติหนึ่ง

(3) (9,1) ผู้จัดการแบบมุ่งเน้นงาน (Authority Obedience Manager) ให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างมาก จนไม่เห็นความสำคัญของบุคคล และความสัมพันธ์ที่มีกับลูกน้อง



ภาพที่ 2.9 โครงข่ายพฤติกรรมกรรมการจัดการของเบลคและมอดัน

ที่มา : ปรับปรุงมาจาก มัลลิกา ดันสอน พฤติกรรมองค์การ กรุงเทพมหานคร

ด้านสุทธาการพิมพ์ 2544

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีพฤติกรรมของผู้นำมีข้อสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้นำที่มีประสิทธิภาพทั้งสอดคล้องและแตกต่างกัน ตลอดจนการศึกษาส่วนมากกระทำในประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ไม่มีความเป็นสากล นอกจากนี้ยังให้ความสนใจกับพฤติกรรมของผู้นำมากเกินไปจนลืมความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ ความเหมาะสมกับสถานการณ์

5.2.3 ทฤษฎีสถานการณ์ (Contingency Theory)

ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะผู้นำ สมาชิกและปัจจัยต่าง ๆ ในสถานการณ์ ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของส่วนผสมต่าง ๆ ในแต่ละเหตุการณ์ ทฤษฎีสถานการณ์จะไม่บอกว่าภาวะผู้นำแบบใดดีที่สุด แต่จะอธิบายว่าผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้นำและตัวแปรของสภาพแวดล้อม ซึ่งแนวคิดสำคัญในทฤษฎีสถานการณ์มีดังนี้

1) ทฤษฎีสถานการณ์ของฟีดเลอร์ (Fiedler's Contingency Theory)

เป็นแนวความคิดเริ่มต้นที่กระตุ้นการศึกษาทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ ซึ่งถูกนำเสนอโดย ฟีดเลอร์ (Fred E. Fiedler) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน โดยที่ ฟีดเลอร์กล่าวว่า ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมระหว่างพฤติกรรมของผู้นำ สมาชิกและสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน หรืออาจจะกล่าวได้ว่า สภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้นำ

ฟีดเลอร์ ได้จำแนก พฤติกรรมการบริหารของผู้นำเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมของผู้นำที่มุ่งงาน และพฤติกรรมของผู้นำที่มุ่งมนุษยสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม วิธีการที่ฟีดเลอร์ ศึกษาวิจัยแตกต่างจากทฤษฎีพฤติกรรมอื่น ๆ อย่างเด่นชัด คือ ลักษณะของผู้นำที่มุ่งงานกับผู้นำที่มุ่งสัมพันธ์เป็นลักษณะคงที่ของผู้นำคนใดคนหนึ่ง ส่วนวิธีการวัดลักษณะของผู้นำว่าเป็นแบบมุ่งงาน หรือมุ่งมนุษยสัมพันธ์นั้น

ฟีดเลอร์ ได้พัฒนาแบบสอบถาม “การประเมินผู้ร่วมงานที่ชอบน้อยที่สุด (The Least Preferred Co-worker Scale: LPC)” เพื่อใช้ในการสอบถามตัวอย่างเกี่ยวกับบุคคลที่เขาทำงานด้วยแล้วให้เขาเลือกบุคคลที่เขาชอบน้อยที่สุด เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการนำไปพิจารณาคอบแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคคลดังกล่าวจาก 16 ข้อคำถามในแต่ละข้อคำถามมีการวัดความชอบตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด คือ 1 ไปจนถึงระดับมากที่สุด คือ 8

การใช้แบบสอบถาม เพื่อการประเมินพฤติกรรมของผู้นำตามมาตรวัดของฟีดเลอร์ ถ้าท่านได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้นำที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี และให้ความสำคัญในการทำงานเป็นอันดับรอง ในทางกลับกัน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า มีแนวโน้มจะเป็นผู้นำแบบมุ่งงาน และมีแนวโน้มจะสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีขึ้นก็ต่อเมื่องานที่ทำประสบผลสำเร็จ

ตารางที่ 2.2 แบบสอบถามของฟีดเลอร์ (Fiedler's LPC Questionnaire)
คำชี้แจง เลือกตัวเลขระดับที่ท่านชอบบุคคลนี้ จากข้อคำถามต่อไปนี้

ข้อคำถาม	ระดับความชอบของท่าน								ข้อคำถาม
ความพอใจ	8	7	6	5	4	3	2	1	ความไม่พอใจ
ความเป็นมิตร	8	7	6	5	4	3	2	1	ความไม่เป็นมิตร
ปฏิเสธ	1	2	3	4	5	6	7	8	ยอมรับได้
เป็นผู้ช่วยเหลือ	8	7	6	5	4	3	2	1	เป็นผู้ขัดแย้ง
เฉื่อยชา	1	2	3	4	5	6	7	8	กระตือรือร้น
เข้มงวด	1	2	3	4	5	6	7	8	ยืดหยุ่น
ห่างเหิน	1	2	3	4	5	6	7	8	ใกล้ชิด
เย็นชา	1	2	3	4	5	6	7	8	อบอุ่น
ร่วมมือ	8	7	6	5	4	3	2	1	ไม่ร่วมมือ
สนับสนุน	8	7	6	5	4	3	2	1	เป็นปฏิปักษ์
น่าเบื่อ	1	2	3	4	5	6	7	8	น่าสนใจ
พาลหาเรื่อง	1	2	3	4	5	6	7	8	กลมเกลียว
เชื่อมั่น	8	7	6	5	4	3	2	1	ลังเล
มีประสิทธิภาพ	8	7	6	5	4	3	2	1	ขาดประสิทธิภาพ
เศร้าโศก	1	2	3	4	5	6	7	8	ร่าเริง
เปิดเผย	8	7	6	5	4	3	2	1	ซ่อนเร้น

ที่มา: ทองใบ สุคชารี *ภาวะผู้นำและการงานใจ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี สถาบันราชภัฏ
อุบลราชธานี 2543

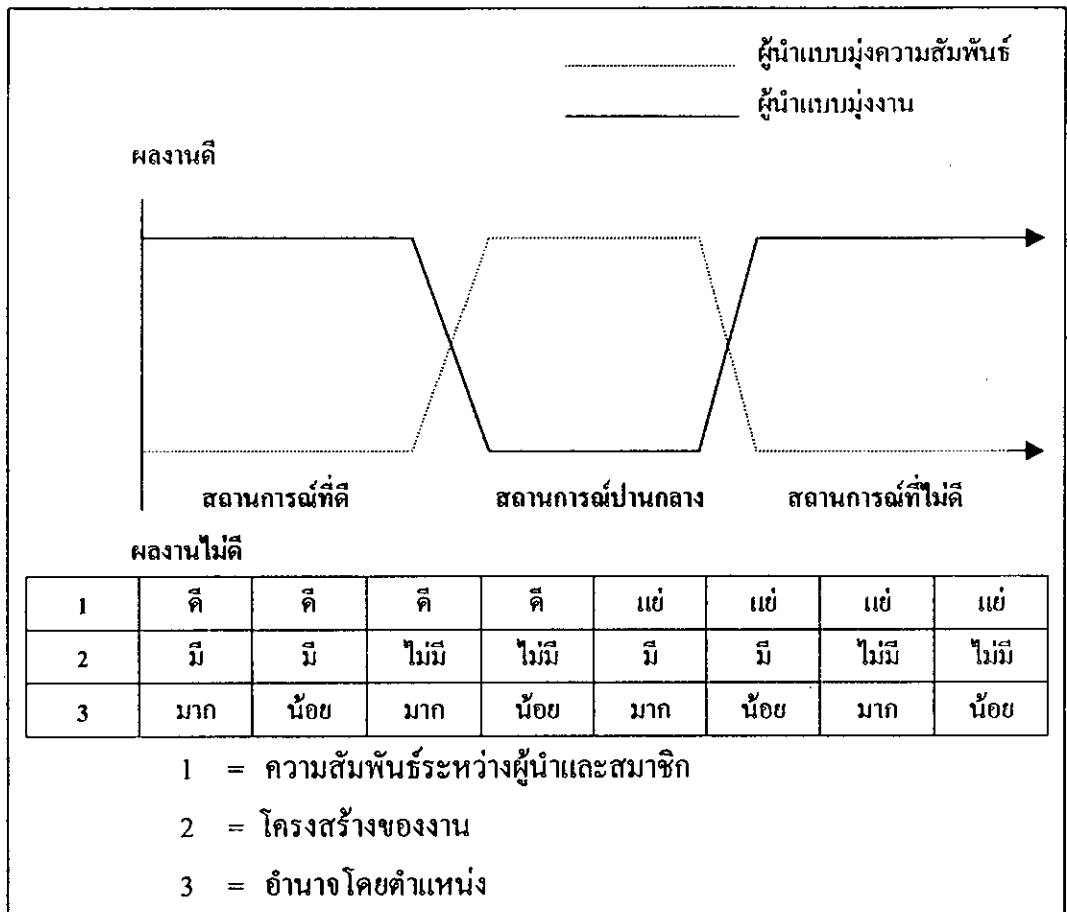
ฟีดเลอร์ ได้ระบุถึงลักษณะทางด้านสถานการณ์ 3 อย่างที่จะมีอิทธิพลต่อ
ความมีประสิทธิภาพของความเป็นผู้นำ คือ

1) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและสมาชิก (*Leader-member Relation*)
เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตาม โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มให้คะแนนความซื่อสัตย์ และ
การยอมรับในตัวผู้นำว่าดี (Good) หรือไม่ดี (Poor)

2) โครงสร้างของงาน (*Task Structure*) โดยทำการประเมินจากการ
พิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น สามารถประเมินผลงานได้ง่ายหรือไม่ สมาชิกในกลุ่มเข้าใจเป้าหมาย

หรือไม่ และมีขั้นตอนปฏิบัติชัดเจนหรือไม่ ซึ่งจะประเมินออกเป็นซับซ้อน หรือไม่ซับซ้อน

3) อำนาจโดยตำแหน่งของผู้นำ (Position Power) และความมีฝีมือของผู้นำ ในอันที่จะจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา อำนาจของผู้นำ หมายถึง อำนาจหน้าที่ ที่เป็นทางการ ที่องค์กรได้กำหนดไว้ให้ ถ้าหากมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้มาก ผู้นำก็ย่อมที่จะมีอิทธิพลต่อคนอื่นมากด้วย ความมีฝีมือของผู้นำก็คือ ความสามารถที่จะมีความเข้าใจจากการรับรู้ถึงกลไกเกี่ยวกับสิ่งจูงใจในอันที่จะชักนำให้ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม



ภาพที่ 2.10 แบบจำลองภาวะผู้นำตามสถานการณ์ของฟีดเลอร์

ที่มา : มัลลิกา ต้นสอน พฤติกรรมองค์การ กรุงเทพมหานคร ด้านสหวิชาการพิมพ์ 2544

แบบจำลองในภาพที่ 2.10 จะแสดงการพยากรณ์ตามทฤษฎีของฟีดเลอร์ ผู้นำแบบมุ่งงานจะแสดงโดยเส้นทึบ ซึ่งจะมีผลงานดีเมื่ออยู่ในสถานการณ์ในการทำงานที่แย่มากหรือดีมาก ส่วนผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์จะแสดงโดยเส้นประ ซึ่งจะมีผลงานที่ดีในสถานการณ์ที่อยู่ในระดับปานกลางหรือสถานการณ์ปกติ

ทฤษฎีสถานการณ์ของฟีดเลอร์ จะมีความสำคัญต่อการศึกษาทฤษฎี

ภาวะผู้นำตามสถานการณ์ และแนวคิดใหม่ ๆ เนื่องจากทฤษฎีของฟีลเดอร์ เป็นหนึ่งในทฤษฎีแรก ๆ ที่พยายามอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับภาวะผู้นำที่เหมาะสมในสถานการณ์การทำงานต่าง ๆ ตลอดจนเป็นทฤษฎีที่สามารถศึกษา และทำความเข้าใจง่าย จึงถูกใช้อย่างกว้างขวาง แม้ว่าต่อมาจะมีทั้งการศึกษาที่ได้ผลสรุป และไม่ได้ผลสรุปตามการพยากรณ์ของทฤษฎีของฟีลเดอร์ ทำให้นักวิชาการบางกลุ่มวิจารณ์การใช้ประโยชน์ของแบบสอบถาม LPC ว่าขาดความชัดเจนในการวัด โดย LPC จะเป็นการวัดทัศนคติ หรือความรู้สึกของผู้นำต่อผู้ร่วมงาน มากกว่าที่จะประเมินพฤติกรรมของผู้นำ นอกจากนี้ยังมีผู้วิจารณ์ว่า ผู้นำที่ให้คะแนน LPC อยู่ในช่วงกลาง ๆ จะมีประสิทธิภาพอยู่ในช่วงใดของสถานการณ์ในการทำงาน จุดอ่อนอีกข้อหนึ่งคือ การประเมินสถานการณ์ ซึ่งไม่สามารถรู้ได้ว่าสถานการณ์แบบไหนจะถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ดีมาก ปานกลาง หรือแย่มากในชีวิตจริง ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อการเลือกภาวะผู้นำที่เหมาะสม

2) ทฤษฎีแนวทางจุดมุ่งหมาย (Path-Goal Theory)

เฮาส์ (Robert House) กล่าวว่า ผู้นำมีหน้าที่เป็นผู้ชี้นำและพากลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยผู้นำจะเป็นเหมือนผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้ชี้นำให้กลุ่มสามารถดำเนินงานเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ตลอดจนการจูงใจให้ผู้ร่วมงานทำงาน และมีความพอใจในงานนั้นเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายในแต่ละสถานการณ์ โดยผู้นำจะต้องตัดสินใจเลือกใช้พฤติกรรมต่อไปนี้

(1) การชี้นำ (Directive) ผู้นำจะเป็นผู้ตัดสินใจ สั่งงาน ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาในงานนั้น ๆ แก่สมาชิก โดยอธิบายขั้นตอน วิธีการ และกฎเกณฑ์ รวมทั้งจัดตารางกิจกรรมในกลุ่ม

(2) การมุ่งผลสำเร็จ (Achievement-oriented) ผู้นำจะมุ่งไปที่ผลของงานของกลุ่ม โดยอาจจะกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายสำหรับกลุ่ม ส่งเสริมการทำงาน ติดตามและประเมินผลงาน ตลอดจนพยายามปรับปรุงในผลงาน ให้มีประสิทธิภาพ

(3) การสนับสนุน (Supportive) ผู้นำจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยแสดงความเป็นห่วง และความผูกพันต่อผู้ร่วมงาน ตลอดจนพยายามสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น และเป็นกันเองในการทำงาน

(4) การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้นำส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่ม ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนงานในกลุ่ม และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยขอความคิดเห็นและคำแนะนำจากผู้ร่วมงานในการทำงานนั้น ๆ ให้สำเร็จ

จะเห็นว่า พฤติกรรมแบบชี้นำ และแบบมุ่งผลสำเร็จ จะเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับงาน (Initiating Structure Behavior) ขณะที่พฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมจะเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Consideration Behavior) การเลือกใช้ลักษณะของพฤติกรรมของผู้นำ

จะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของงาน และผู้ร่วมงาน เช่น ถ้าเป็นงานพื้นฐานที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสมาชิกในกลุ่มมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และสามารถทำงานได้เอง โดยไม่ต้องอาศัยคำแนะนำมากนัก ผู้นำอาจใช้พฤติกรรมแบบสนับสนุน เพื่อที่จะทำให้สมาชิกในกลุ่มเข้ากันได้ หรือใช้พฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม เพื่อที่จะให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในทางกลับกันผู้ร่วมงานที่ไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการทำงาน และงานมีความสลับซับซ้อน ผู้นำสมควรจะเลือกใช้พฤติกรรมแบบชี้นำ เพื่อที่จะให้สมาชิกปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย

3) แบบจำลองการตัดสินใจของ Vroom และ Yetton (Vroom and Yetton's Decision Making Model)

Vroom และ Yetton ไม่ได้กล่าวถึงการตัดสินใจของผู้นำในพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่อธิบายถึงรายละเอียดและขั้นตอนต่าง ๆ ในการตัดสินใจ โดยเสนอระดับของกลยุทธ์ในการตัดสินใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

- (1) การตัดสินใจแบบเผด็จการ I (Autocratic Decision I) ผู้นำจะทำการตัดสินใจเพียงลำพัง และใช้ข้อมูลเท่าที่ตนมีเท่านั้น
- (2) การตัดสินใจแบบเผด็จการ II (Autocratic Decision II) ผู้นำจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ใต้บังคับบัญชา แต่ยังคงทำการตัดสินใจเพียงผู้เดียวอยู่
- (3) การตัดสินใจแบบปรึกษา I (Consultative Decision I) ผู้นำจะร่วมปรึกษาและขอความคิดเห็นบางส่วนจากผู้ใต้บังคับบัญชา แต่การตัดสินใจยังเป็นของผู้นำเพียงคนเดียว
- (4) การตัดสินใจแบบปรึกษา II (Consultative Decision II) ผู้นำจะร่วมปรึกษาและขอความเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผู้ร่วมงานเพื่อรวบรวมข้อมูล แต่จะทำการตัดสินใจโดยลำพัง
- (5) การตัดสินใจโดยกลุ่ม (Group Decision I) ผู้นำให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการปรึกษา รวบรวมข้อมูล แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจ

การศึกษาในช่วงต่อมาพบว่า ทฤษฎีของ Vroom และ Yetton จะมีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน และมีความสอดคล้องในการนำมาปฏิบัติ เนื่องจากสามารถประยุกต์ลักษณะพฤติกรรมของผู้นำให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังสามารถแจกแจงรายละเอียดตามคำถามที่ให้ผู้นำตอบอีก แต่ปัญหาสำคัญของทฤษฎีของ Vroom และ Yetton อยู่ที่ความซับซ้อนของแบบจำลอง ทำให้ยากต่อความเข้าใจและนำไปใช้งานจริง ถึงแม้จะเป็นทฤษฎีที่มีความถูกต้อง และเชื่อถือได้ แต่ก็อาจไม่เป็นที่แพร่หลายในองค์กรต่าง ๆ

5.2.4 ทฤษฎีภาวะผู้นำสมัยใหม่

จะเห็นว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้นำจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร และประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้นำก็มีเกร็ดที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องการผู้นำที่มีความสามารถในระดับต่าง ๆ ของสังคม และองค์กร ทฤษฎีภาวะผู้นำจึงได้รับความสนใจศึกษา ทำให้มีการพัฒนาการ และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งปัจจุบันได้เกิดแนวความคิดสำคัญ ๆ ดังนี้

1) ภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนรูป และภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน

(Transformational vs. Transactional Leadership) ผู้นำแบบเปลี่ยนรูป จะใช้ความสามารถเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติของผู้ตามให้มีวิสัยภาวะที่สมบูรณ์ เพื่อให้สมาชิกในทีมทำงานได้ไกลเกินกว่าเป้าหมายที่ต้องการ โดยผู้นำจะถ่ายทอดความคิด ประสบการณ์ และกระตุ่นทางด้านความคิดต่าง ๆ ให้กับลูกน้องอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

ขณะที่ผู้นำแบบแลกเปลี่ยน จะเป็นผู้นำแบบเดิมที่ใช้การแลกเปลี่ยนโดยใช้รางวัลต่าง ๆ เช่น เงินเดือน ค่าตอบแทน หรือการเลื่อนตำแหน่ง เป็นเครื่องมือในการชักจูงให้ผู้นับถือปฏิบัติตามปฏิบัติงานให้ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ โดยต่างจะยืนอยู่บนผลประโยชน์ที่แลกเปลี่ยนกัน และสมาชิกจะทำงานเพื่อให้ได้รางวัลที่ตนพอใจเป็นหลัก

2) ทฤษฎีบุคลิกภาพพิเศษของผู้นำ (Charismatic Leadership Theory)

บุคลิกภาพที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างไปจากบุคคลอื่นของผู้นำ ผู้นำจะมีบุคลิกภาพพิเศษที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้ตาม เพื่อให้ผู้ตามเชื่อมั่น ทุ่มเท และอุทิศตนในการทำงานให้กับผู้นำ ปกติผู้นำที่มีบุคลิกภาพพิเศษจะมีวิสัยทัศน์ และสามารถสื่อวัตถุประสงค์ของกลุ่ม มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และของผู้ตาม ตลอดจนความสามารถในการทำงานในสถานการณ์ที่เป้าหมายไม่ชัดเจน และสภาพแวดล้อมไม่แน่นอน

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ

สุรชาติ สังข์รุ่ง (2538: 73) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับความพึงพอใจในการทำงานของครูในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของครูที่มีผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์มีค่าสูงกว่าความพึงพอใจของครูที่มีผู้นำแบบกับมุ่งงาน

แฉล้ม บุญสนอง (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัยกับประสิทธิผลงานสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าสถานีนามัยมีภาวะผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ โดยคุณลักษณะของผู้นำ ตามความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีนามัย กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาวะผู้นำที่มุ่งสัมพันธ์ มีประสิทธิผลงานสาธารณสุขในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.8 และพบว่าสามารถใช้ภาวะผู้นำ ทำนายประสิทธิผลงานสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ซึ่งสามารถพยากรณ์ความผันแปรของประสิทธิผลงานสาธารณสุขได้ ร้อยละ 9.6 ($R^2 = 0.096$)

วีระ คิมัน (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลกับแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย พบว่า แบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่เป็นแบบมุ่งงานสูง - มุ่งสัมพันธ์สูง ถึงร้อยละ 85.05 และแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัยแตกต่างกันจะทำให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างกัน โดยภาวะผู้นำแบบมุ่งงานสูง-มุ่งสัมพันธ์สูงจะทำให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงที่สุด

หัวหน้าสถานีนอนามัยจำเป็นต้องใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาผลการวิจัย พบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน จึงใช้ภาวะผู้นำเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ด้วย และในการศึกษาครั้งนี้ในส่วนของการภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ผู้วิจัยจะใช้ ตามแนวทางของฟิเดลอร์

ส่วนที่ 6 แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (People's Participation) นี้ได้มีผู้นำไปใช้ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ การบริหาร และสังคม แต่ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาจะมุ่งเน้นเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน

6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

อุษณีย์ ศิริสุนทรไพบูลย์ (2538: 24) กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันมีผู้นำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไปใช้ในเรื่องต่าง ๆ ทั้ง ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความหมายของการมีส่วนร่วม จึงถูกให้คำจำกัดความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ที่นำไปใช้ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการประชุมของ The Ad Hoc Group of Experts เรื่อง Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and National Development ได้รายงานว่า “คำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นไม่สามารถให้คำจำกัดความที่ตายตัวได้ และมีการให้ความหมายต่าง ๆ กันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ภายในประเทศเดียวกัน ในการจะเข้าใจความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ต้องดูบริบทของแต่ละประเทศ และสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของประเทศนั้น” แต่ที่ประชุมดังกล่าวได้เสนอความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้กว้าง ๆ ว่า

“การมีส่วนร่วมของประชาชน จะนำมาซึ่ง โอกาสทำให้สมาชิกของชุมชนและ สังคม สามารถเข้ามามีส่วนร่วม และมีอิทธิพลในกระบวนการพัฒนา และในการแบ่งสรรผลของการพัฒนาอย่างเป็นธรรม ซึ่งหมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันใน ประเด็นของ

1. การสนับสนุนกระบวนการพัฒนา
2. การแบ่งสรรผลประโยชน์จากกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นธรรม
3. การตัดสินใจในรูปของการกำหนดเป้าหมาย การวางนโยบาย การวางแผนและการปฏิบัติตามแผน”

ปรัชญา เวสารัชช์ (2538: 11) ให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาว่า “เป็นการที่ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องโดยการใช้ความพยายาม หรือใช้ทรัพยากรบางอย่าง ส่วนตนในกิจกรรมซึ่งมุ่งสู่การพัฒนาชุมชน นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการมีส่วนร่วมมีองค์ประกอบดังนี้

1. มีประชาชนเข้าเกี่ยวข้องในกิจกรรมการพัฒนา
2. ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามบางอย่างส่วนตัว เช่น ความคิด ความรู้ ความสามารถ แรงงาน หรือทรัพยากรบางอย่าง เช่น เงินทุน วัสดุ ในกิจกรรมการพัฒนา”

ทงศักดิ์ คุ้มไข่น้ำและคณะ (2534: 76) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า คือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมติดตามผล เป็นกระบวนการที่กลุ่มเป้าหมาย ได้รับโอกาสและใช้โอกาสที่ได้รับแสดงออกซึ่งความรู้สึกรู้สึกคิด แก้ไขปัญหาความต้องการของตน โดยการช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2539: 130) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา เข้ามาร่วมโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการ ดำเนินการ ประเมินโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวบ้านได้เรียนรู้ ทั้งเรื่องที่ทำและการทำงานร่วมกัน ซึ่งหากสมประสงค์แล้วจะทำให้คนเกิดการพัฒนาได้

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 25) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อตัวของประชาชนเอง การที่จะสามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะต้องยอมรับในปรัชญาการพัฒนาชุมชนที่ว่า “มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการ

ปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันจะต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสและการชี้แนะที่ถูกต้อง”

ไพรัตน์ เคะชรินทร์ (2527: 6) ได้เสนอความหมายและหลักการสำคัญ เรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่าหมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ในเรื่องต่อไปนี้จะบรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหา สร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขจัดหรือแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงานที่วางไว้
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ตลอดไป

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้น ในลักษณะร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล การแก้ไขปัญหาความต้องการของชุมชน

6.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประเทศไทยได้กำหนดแนวนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนางานสาธารณสุข นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) โดยได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะให้บริการ

สาธารณสุข และเป็นการปรับปรุงระบบสาธารณสุข โดยให้ส่วนราชการ องค์การเอกชน และประชาชนได้มีส่วนร่วมกันผนึกกำลังช่วยกันแก้ปัญหาสาธารณสุข แทนที่รัฐจะเป็นผู้ให้บริการแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยการพัฒนาส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสนองตอบต่อความจำเป็นพื้นฐานของครอบครัวและชุมชนอันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ของประชาชนและของประเทศ ด้วยการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้าน ในรูปแบบอาสาสมัคร ซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นจุดรวมของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ต่อมาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ได้กระตุ้นให้กลุ่มอาสาสมัครร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ในหมู่บ้านสามารถบริหารจัดการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นดังกล่าวได้ด้วยชุมชนเองตลอดจนริเริ่มให้มีการผสมผสานงานด้านการพัฒนาสาธารณสุขกับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 – 7 (พ.ศ.2530-2539) มุ่งปรับปรุงคุณภาพของการดำเนินงานในชุมชนที่ผ่านมาให้ดียิ่งขึ้น กระตุ้นประชาชนให้มีความสนใจต่อการพัฒนาสาธารณสุข สร้างสมรรถนะขององค์กรชุมชน ให้สามารถระดมทรัพยากรและบริหารจัดการสาธารณสุขในชุมชนได้ โดยการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการพัฒนาระหว่างหมู่บ้านขึ้น นอกจากนี้ยังระดมความร่วมมือจากองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน 2534: 14-16)

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ที่มีแนวคิดสำคัญ คือเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ภายใต้กระบวนการพัฒนาต่อเนื่องระยะยาว โดยการสร้างโอกาส ให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมกำหนดแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล

6.2.1 มิติในการพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชน

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นไปได้ทั้งวิธีการที่นำไปสู่การพัฒนา เป็นเป้าหมายของการพัฒนาและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนา ได้มีผู้เชี่ยวชาญทำการแยกแยะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นมิติต่าง ๆ หลายประการ ดังแนวคิดของ Matthias Stiefel และ Andrew Pearse ซึ่งเสนอให้มองการมีส่วนร่วมได้ 5 มิติ (ปรัชญา เวสารัชช์ 2528: 5) คือ

1) การมีส่วนร่วมเป็นการประจันหน้า โดยถือว่าการมีส่วนร่วมสะท้อนลักษณะการแจกแจง แบ่งสรรอำนาจในการตัดสินใจที่คิดแยกไปจากเดิม จึงอาจมองได้ว่าเป็นการประจันหน้าระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มสังคม กลุ่มชนชั้นต่างๆ เป็นการปะทะกัน (Confrontation) ระหว่างผลประโยชน์ของคนในเมืองหรือเป็นการเผชิญหน้าระหว่างสมาชิกองค์การอาสาสมัคร กับหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมั่นคงแล้วและไม่ยอมเปลี่ยนแปลง (Immobile

Establishments) ซึ่งโดยทั่วไป หมายถึงหน่วยงานราชการ

การมองการมีส่วนร่วมในมิติของการประชันทน์เช่นนี้ ซึ่งให้เกิดความสนใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงสถาบันซึ่งนำไปสู่การต่อต้านการมีส่วนร่วมโดยองค์การเก่า แสดงการเปลี่ยนหรือปรับโครงสร้างทางอำนาจ รวมทั้งช่วยให้สนใจประเมินผลได้ผลเสียที่เกิดจากการประชันทน์ (ซึ่งขึ้นกับทัศนะของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง)

2) การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของกลุ่มและกระบวนการในการเข้าร่วม มิตินี้พิจารณาการมีส่วนร่วมจากการวิเคราะห์โครงสร้าง วิธีการดำเนินการ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของกลุ่มและกระบวนการที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วม โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดพลัง เช่น โครงสร้างและการจัดรูปองค์การภายในกลุ่มหรือภายในขบวนการ องค์การที่มีประสิทธิภาพจะเปลี่ยนคนแต่ละคน ที่ปราศจากอำนาจให้เป็นพลังสังคม และเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวในขั้นตอนการประชันทน์

อีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญจากมิติของกลุ่ม คือรูปแบบและลักษณะของภาวะผู้นำ รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่าง “ผู้นำ” กับ “ผู้ตาม” ในขบวนการ

มิติเกี่ยวกับกลุ่มและขบวนการนี้ยังให้ความสนใจขอบข่ายของการร่วมเป็นพันธมิตร ระหว่างกลุ่มหรือขบวนการต่างๆ ซึ่งอาจมีผลต่อเนื่องถึงการประสานขบวนการต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อปกป้องและเผยแพร่ผลประโยชน์ของกลุ่มและขบวนการที่เข้าร่วม

3) การมีส่วนร่วมเป็นประสบการณ์เฉพาะคน ตามนิยามทั่วไป การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของพฤติกรรมกลุ่ม แต่ขณะเดียวกันการตัดสินใจเข้าร่วมกับกลุ่มเป็นการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งผู้สนใจอาจศึกษาได้จากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ในแง่นี้อาจกล่าวถึงการทำความเข้าใจการมีส่วนร่วมจากการศึกษาประวัติส่วนตัว และการทำความเข้าใจ แนวคิดสำคัญบางอย่าง เช่น “การตัดสินใจ” “ความสำนึกในชนชั้น” “การสร้างสำนึก” “การจงใจ” และ “ความรู้สึกแปลกแยก” ทั้งนี้เพราะแนวคิดดังกล่าว เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลด้วย

4) การมีส่วนร่วมเป็นโครงการ (Program or Project) ในวงราชการและองค์การระหว่างประเทศ การมีส่วนร่วมของประชาชนมักหมายถึงโครงการซึ่งถูกกำหนดเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเฉพาะด้าน นักวิจัยที่สนใจมิตินี้อาจศึกษาระบบการจงใจ ซึ่งทำให้ข้าราชการนักปฏิบัติภาคสนามหรือผู้นำโครงการ มีส่วนดำเนินการเผยแพร่โครงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับเป้าหมายในโครงการ รวมทั้งศึกษาระดับการมีส่วนร่วมซึ่งมักขึ้นกับลักษณะโครงการ

การพิจารณาการมีส่วนร่วมจากมิติโครงการนี้อาศัยข้อสมมติที่ว่า ถึงแม้โครงการจะถูกกำหนดขึ้นจากแหล่งใดก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดจากเบื้องบน แต่ก็เชื่อว่า ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมแล้ว โครงการจะเกิดผล และการเข้าร่วมของกลุ่มเป้าหมายย่อมเกิดขึ้น ได้ถ้าใช้วิธีการเข้าถึงปัญหาที่ถูกต้อง

5) *การมีส่วนร่วมเป็นนโยบาย* ตามความหมายกว้าง เราอาจมองประเด็น การมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นเรื่องเดียวกันกับประชาธิปไตย ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันแทบไม่มี รัฐบาลโลกกล้าคัดค้านหลักการประชาธิปไตยอย่างเปิดเผย ดังที่ อาร์นสไตน์ (Arnstein, 1969: 2-3) เขียนไว้ว่า “โดยหลักการไม่มีใครกล้าคัดค้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้เพราะการมี ส่วนร่วมเป็นสิ่งดี ตามทฤษฎีแล้ว การมีส่วนร่วมของผู้ได้ปกครองในปกครองนั้นเป็นหลักหินแห่ง ประชาธิปไตย...”

ในแง่การมีส่วนร่วมเป็นแกนกลางของนโยบายรัฐบาล แต่ในทาง ปฏิบัติ ผู้นำหรือผู้ปฏิบัติเองอาจมิได้ดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบาย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลจาก ความกลัวหรือความไม่เชื่อว่าจะเกิดผล แต่บางรัฐบาลพยายามระดมความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ของมวลชนให้สนับสนุนรัฐบาล จึงเน้นการมีส่วนร่วมในนโยบายของรัฐ

การพิจารณาการมีส่วนร่วมในแง่ นโยบายอาจช่วยให้เข้าใจช่องว่าง ระหว่างคำแถลงของทางราชการ กับทางปฏิบัติของรัฐบาล ตลอดจนช่วยให้เข้าใจปัจจัยหรือ องค์ประกอบซึ่งกำหนดหรือสนับสนุนนโยบาย ซึ่งอธิบายข้อจำกัดในทางปฏิบัติของการมีส่วนร่วม ของประชาชน

6.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

การที่ประชาชนในฐานะปัจเจกชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ หรือ กิจกรรมการพัฒนาใด ๆ ของชุมชนนั้น ย่อมต้องเกี่ยวข้องกับเหตุผลและปัจจัยหลายประการ ดังที่จะได้นำเสนอต่อไปนี้ คือ

อำนาจ อนันตชัย (2526: 138) กล่าวถึงความสำเร็จของการพัฒนาแบบ ระดมความร่วมมือว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่า มีปัญหา สาเหตุของปัญหา การแก้ไขปัญหาคือ การคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการ ด้วยการพัฒนา ความรู้ ทักษะ ความสามารถด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขปัญหาคือ ครอบ คลอบผลประโยชน์ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่

3. การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัย การดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน

อนุภาพ ธีรลาภ (2528: 25-26) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนดังนี้

1. ความแรงใจผู้ที่มีสถานภาพสูงกว่า
2. ความต้องการการเป็นกลุ่มพวก
3. ความเชื่อถือในตัวผู้นำ
4. ความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่รัฐ
5. การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน
6. การยอมรับแบบอย่าง
7. ความไม่พอใจต่อสภาพแวดล้อม
8. การยอมรับในอำนาจ
9. ฐานะทางเศรษฐกิจ

ประภาศรี พิทักษ์สินสุข (2532: 2) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมี ส่วนร่วมของประชาชน คือ

1. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน คิดต่อกันเป็นเวลานาน

2. ปัจจัยด้านการเมือง การถูกชักจูงจากบุคคลในแวดวงราชการ

3. ปัจจัยด้านการบริหาร การจัดการ ได้แก่ ความถี่ในการนิเทศงาน

สุจินต์ คาววิระกุล (2527: 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ ประชาชนใน โครงการพัฒนาหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน และการมี ความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ และการเป็นเจ้าของที่ดินทำกิน ไม่มีผลต่อการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน และ

3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการเกียรติ และการได้รับการชักชวน จากกรรมการหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน นายอำเภอ และพัฒนากร มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน

วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ (2540: 1) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่

ปัจจัยทางด้านบุคคลและทางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส สถานภาพภายในครอบครัว ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ สถานที่ทำงาน ระยะเวลา ในการประกอบอาชีพในชุมชน

ปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วย ความต้องการเกียรติ เป็นที่ยกย่องของบุคคลอื่น การได้รับการชักจูงจากผู้นำในชุมชน การได้รับการชักจูงจากเพื่อนบ้าน การได้รับการชักจูงจากเจ้าหน้าที่โครงการ ความต้องการเป็นกลุ่มพวก มีความศรัทธาต่อโครงการ การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน และความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล เกิดจากความต้องการ ความคาดหวังความรู้สึกร่วม หรือประสงค์ในสิ่งต่างๆ
2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันจากทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งภาวะบีบคั้นต่างๆ

6.2.3 แนวทางและลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ควรพิจารณาว่าประชาชนเข้าร่วมทำอะไรบ้าง จากการศึกษารวบรวม ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้

แคร์รี (Cary, 1976: 144) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ 5 ลักษณะดังนี้

1. เป็นสมาชิก (Membership)
2. เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting)
3. เป็นผู้บริจาคเงิน (Financial Contribution)
4. เป็นสมาชิกชุมชน (Membership of Community)
5. เป็นประธาน (Leader)

โลว์เดอร์มิลค์ และไลโทส (Lowdermilk and Laitos, 1980: 694-700) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน 7 ขั้นตอนดังนี้

1. สำรวจขั้นตอน ได้แก่การสำรวจข้อมูล สำรวจพื้นที่ทั่วไป
2. ศึกษาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำเสนอสภาพขั้นตอนเหล่านั้นมาจัดลำดับความรุนแรงของปัญหา
3. แสวงหาแนวทางแก้ไข พิจารณาหาแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ทั้งหมด
4. กำหนดแนวทางแก้ไข เลือกแนวทางที่จะทำ
5. ปฏิบัติตามโครงการ ร่วมกันดำเนินงานตามแนวทางนั้น

6. ประเมินผลโครงการ ติดตาม ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลสำเร็จ
 7. พิจารณาทบทวนโครงการเพื่อดำเนินการให้สมบูรณ์
- เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง (2527: 272-273) ได้สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4

ประการ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

โคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1977: 7-10) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุน ทรัพยากรการบริหาร การประสานขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefit) ประกอบด้วยผลประโยชน์ ด้านวัสดุ ด้านสังคม และส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

6.2.4 ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน (ทองศักดิ์ คุ่มไข่น้ำและคณะ 2534: 76)

- 1) ช่วยให้ประชาชนยอมรับโครงการมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
- 2) ประชาชนจะมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น
- 3) การดำเนินโครงการจะราบรื่น ได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น
- 4) โครงการจะให้ประโยชน์แก่ประชาชนมากขึ้น และมีการระดมทรัพยากรเพื่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น
- 5) จะช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนมากขึ้น

6.2.5 มาตรการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประเด็นสำคัญอีกประการในการพิจารณาการมีส่วนร่วม ได้แก่ การแยกแยะ ลักษณะขั้นตอนและระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อนำไปสู่การพิจารณาอย่างเป็นรูปธรรม และวัดได้ชัดเจนว่า การทำอะไร ในระดับไหนจึงถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม หรือไม่ถือว่าเป็นการ

มีส่วนร่วม

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531: 25-28) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งอ้างถึงความหมายที่องค์การสหประชาชาติให้ไว้ ซึ่งเน้นว่าจะต้องมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนา
3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดกระบวนการพัฒนา

และได้แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 7 ระดับ คือ

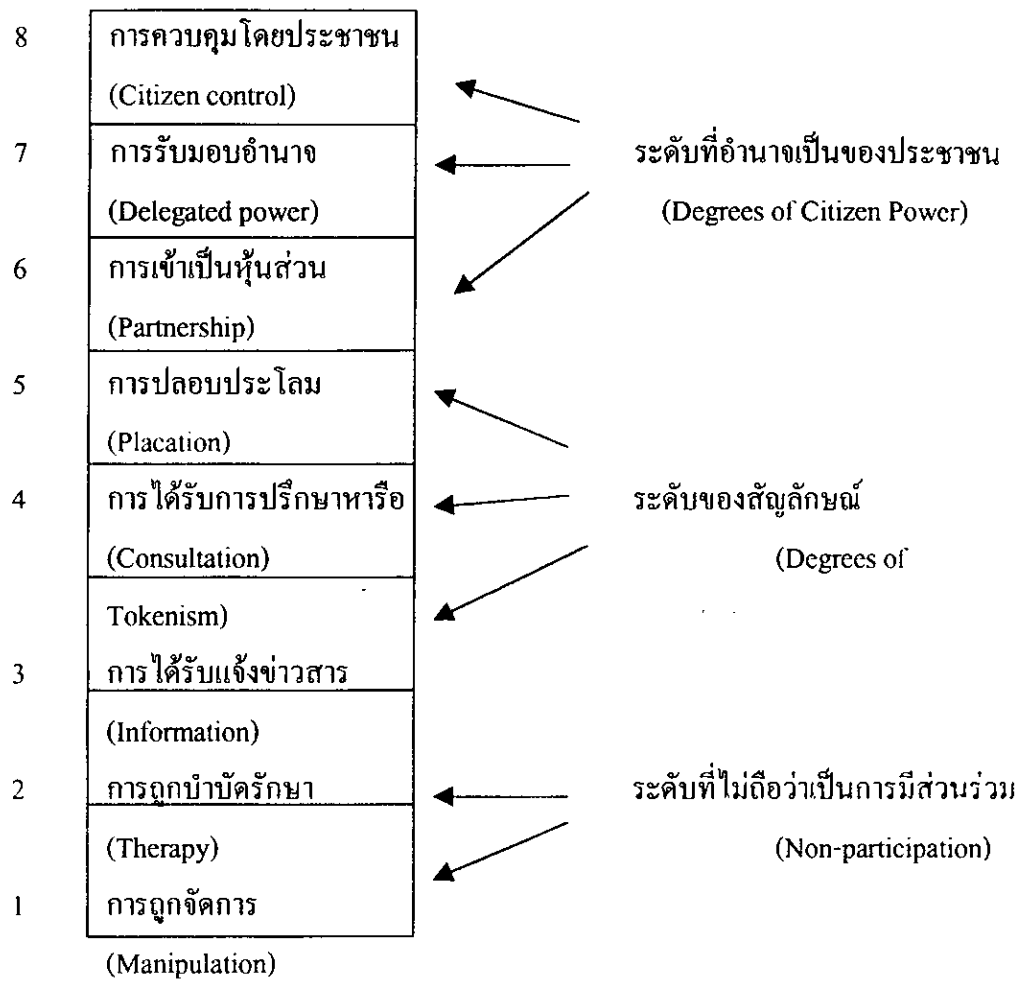
ระดับที่ 1 ถูกบังคับ	=	ไม่มีส่วนร่วมเลย
ระดับที่ 2 ถูกล่อ	=	มีส่วนร่วมน้อย
ระดับที่ 3 ถูกชักชวน	=	มีส่วนร่วมน้อย
ระดับที่ 4 ถูกสัมภาษณ์ความต้องการ	=	มีส่วนร่วมปานกลาง
ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความคิดเห็น	=	มีส่วนร่วมปานกลาง
ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ	=	เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง
ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง	=	การมีส่วนร่วมในอุดมคติ

อาร์นสไตน์ (Amstein, 1969: 2-3) ได้เสนอมาตรวัดการมีส่วนร่วมในรูปแบบที่เรียกว่า “บันได 8 ขั้น ของการมีส่วนร่วมของประชาชน” ซึ่ง อาร์นสไตน์ เสนอว่าจะเป็นการช่วยลดความสับสนของการมีส่วนร่วมอันเป็นการช่วยวิเคราะห์ผลในขั้นสุดท้าย ระดับขั้นบันไดทั้ง 8 นั้น ยังแยกได้เป็นการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ดังแผนภาพที่ 2.11

จากระดับล่างของขั้นบันได คือ (1) การถูกจัดการ ถูกเจตให้ทำ และ (2) การถูกบังคับรักษา ซึ่งทั้งสองขั้นนี้ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม ซึ่งประชาชนจะไม่สามารถมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือกำหนดโครงการได้ แต่สำหรับผู้ถืออำนาจนั้นจะใช้เป็นการให้การศึกษาและเยียวยาผู้เข้าร่วมได้

จากระดับกลางของบันไดคือ (3) การได้รับแจ้งข่าวสาร และ (4) การได้รับการปรึกษาหารือ ซึ่งถือเป็นระดับของสัญลักษณ์ที่ผู้ถืออำนาจจะเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมได้ฟังได้คิด แต่จะไม่มีอำนาจกระทำการใด ๆ ซึ่งมีขั้นที่ (5) การปลอมประโลมเป็นขั้นสูงสุดของระดับการเป็นสัญลักษณ์ โดยผู้ถืออำนาจรู้ถึงสิทธิในการตัดสินใจแต่ได้จำกัดอำนาจนั้นไว้

และระดับสูงของบันไดคือ (6) การมีส่วนร่วมซึ่งประชาชนสามารถเจรจาต่อรอง และจัดการในการสับเปลี่ยนกับผู้ถืออำนาจเดิม และขั้นสูงสุดของบันไดคือ (7) การมอบอำนาจ และ (8) การควบคุมโดยประชาชน ซึ่งประชาชนจะสามารถใช้อำนาจในการตัดสินใจและการจัดการโดยสมบูรณ์



ภาพที่ 2.11 แสดงมาตรวัดการมีส่วนร่วม

ที่มา : Arnstein, Sherry R. "A ladder of Citizen Participation (A Warner Modular Publication)."

Journal of the American Institute of Planners 35 (July 1969): 2-3.

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บ็องอร์ ฤทธิภักดี (2528: 1-3) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาระดับหมู่บ้าน พบว่า กิจกรรมสาธารณสุขที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ไม่ใช่กิจกรรมตามแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เป็นลักษณะของการให้ความร่วมมือโดยฝ่ายรัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบของการดำเนินงาน ประชาชนเป็นผู้ให้ความร่วมมือ และผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมที่รัฐกำหนดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้นแทบจะไม่มี การมีส่วนร่วมจากประชาชนเลย ในการวิจัยยังได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในภาวะปัจจุบันนั้น พบว่ามีทั้งปัจจัย

จากฝ่ายรัฐที่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ในขณะที่เดียวกัน ปัจจัยจากฝ่ายชุมชนพบว่า ชุมชนยังขาดความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นฝ่ายกระทำ ดังนั้น ถ้าจะสนับสนุนแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแล้ว รัฐควรรับเป็นนโยบายการดำเนินงาน ที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและปรับกลไกการดำเนินงานของรัฐให้เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนได้

กุสุมา วงษ์จันทร์ (2532: 64) ศึกษาขวัญและแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจำเป็นต้องปฏิบัติงานในชุมชน ดังนั้นการได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชน และความร่วมมือกับชุมชน จะมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และมีผลการปฏิบัติงานที่ดี

ไพเราะ ไตรศิลาพันธ์ (2534: ก-ข) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านปริมาณงานและคุณภาพงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนสุขาภิบาล ฐานะทางเศรษฐกิจชุมชน และลักษณะการตั้งบ้านเรือนในชุมชน ด้านการคมนาคม

ประสาตร์ สิทธิเลิศ (2536: 1-2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ คปต. ความคาดหวังในผลประโยชน์ การได้รับข่าวสาร และการมีกิจกรรมร่วมกันในตำบล หมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ คปต. ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลนั้นคือ ยังขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ อีกทั้งผู้บังคับบัญชา ยังไม่ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร และคณะกรรมการสภาตำบลมองไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม

สุจิตรา สิกขะมณฑล (2536: 62) พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกันในด้านสภาพภูมิศาสตร์ การคมนาคม และสภาพทางสังคม มีความเพียงพอในด้านสาธารณสุขูปโภค และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง หมู่บ้านที่มีความสามารถในการพึ่งตนเองได้ หรือมีองค์การชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมาก ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

สวัสดิ์ ภูทอง (2536: 94-95) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพผลการ

ปฏิบัติงานสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสาธารณสุข คือ ความร่วมมือของชุมชน การยอมรับนับถือจากชุมชน ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับตำบล

ชุธนา ก้อนจันท (2537: 1-2) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกนิคมสร้างตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามความจำเป็นพื้นฐานด้านที่อยู่อาศัย พบว่า สมาชิกนิคมมีส่วนร่วมใน กิจกรรมพัฒนาในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามความ จำเป็นพื้นฐานด้านที่อยู่อาศัยทั้ง 3 กิจกรรม คือ อายุ ความรู้ในเรื่องการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นพื้นฐาน ลักษณะภาวะผู้นำ ความคาดหวังในผลประโยชน์ ที่ได้รับ และการติดต่อกับเจ้าหน้าที่

โชคดี อมรวัฒน์ (2537: 1-3) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนกับความสำเร็จ ของโครงการอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง (อพป.) : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านอพป. อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจ และสถานภาพ ส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของโครงการ มีความสัมพันธ์ต่อระดับ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ อพป. และยังพบว่า หมู่บ้าน อพป. ที่ชนะการประกวด มีระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนสูงกว่าหมู่บ้าน อพป. ที่ไม่เคยชนะการประกวด ใน 4 กิจกรรม คือ (1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของหมู่บ้าน (2) การมีส่วนร่วมในการเสนอแนะ ค้นหาปัญหา และแนวทางกำหนดความต้องการของหมู่บ้าน (3) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และ (4) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลงานตามโครงการพัฒนาต่าง ๆ ในหมู่บ้าน

ปรีวรรต วรรณกุล (2538: 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้าน ในการพัฒนาชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนาชนบท ขึ้นอยู่กับ รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม การได้รับการฝึกอบรม และการได้รับข้อมูลข่าวสารของคณะกรรมการหมู่บ้าน

จรัญ แดงเล็ก (2542:ง) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพิจิตร พบว่า หัวหน้า สถานีอนามัยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยชุมชน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความร่วมมือของชุมชน ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน สถานที่ทำงาน และการคมนาคม

จากผลการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยสำรวจเชิงวิเคราะห์ (Analytical Survey Method) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช และศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จของจังหวัดนครศรีธรรมราช

1. ประชากรและตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ สถานีอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งหมด จำนวน 250 แห่ง

ได้แก่	โซนที่ 1	จำนวน	40 แห่ง
	โซนที่ 2	จำนวน	73 แห่ง
	โซนที่ 3	จำนวน	62 แห่ง
	โซนที่ 4	จำนวน	29 แห่ง
	โซนที่ 5	จำนวน	46 แห่ง

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1.1 **กลุ่มที่พัฒนาสำเร็จ** คือ สถานีอนามัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับอำเภอ ปี พ.ศ.2544 เพื่อส่งเข้าประกวดระดับโซน และได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนของแต่ละโซน ๆ ละ 2 แห่ง คือ อันดับที่ 1 และอันดับที่ 2 เพื่อส่งเข้าประกวดในระดับจังหวัด รวม 10 แห่ง ใช้ประชากรทั้งหมดของกลุ่มสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จปี พ.ศ.2544 รวม 10 แห่ง และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนในสถานีอนามัยนั้น เป็นแหล่งข้อมูล จำนวน 33 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- โซนที่ 1 อำเภอสีชล สถานีอนามัยบ้านนาแล บุคลากร 3 คน
อำเภอขนอม สถานีอนามัยบ้านเปร็ด บุคลากร 2 คน
- โซนที่ 2 อำเภอหัวไทร สถานีอนามัยบ้านทรายขาว บุคลากร 4 คน
อำเภอเชียรใหญ่ สถานีอนามัยบ้านท่าขนาน บุคลากร 3 คน
- โซนที่ 3 อำเภอนาบอน สถานีอนามัยบ้านสี่แยก บุคลากร 3 คน

- อำเภอบางขัน สถานีอนามัยบ้านคลองเสาเหนือ บุคลากร 3 คน
 โชนที่ 4 อำเภอฉวาง สถานีอนามัยบ้านห้วยปรึก บุคลากร 3 คน
 กิ่งอำเภอช้างกลาง สถานีอนามัยบ้านมะนาวหวาน บุคลากร 4 คน
 โชนที่ 5 อำเภอลานสกา สถานีอนามัยวัดมะขาม บุคลากร 4 คน
 อำเภอพระพรหม สถานีอนามัยบ้านวังวัว บุคลากร 4 คน

1.1.2 กลุ่มที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ สถานีอนามัยนอกเหนือจากข้อ 1.1.1 รวม 240

แห่ง

1.2 ตัวอย่าง ในกลุ่มสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ที่เป็นสถานีอนามัยที่ไม่เคยได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับอำเภอเพื่อส่งเข้าประกวดในระดับ โชนเลขในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา รวม 150 แห่ง การศึกษาครั้งนี้ ใช้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการใช้ตารางเลขสุ่ม ขนาดตัวอย่าง กำหนดจาก สัดส่วนของสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 2 แห่ง ต่อ สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จในอำเภอเดียวกัน 1 แห่ง ซึ่งผลการสุ่มสถานีอนามัยที่เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล จำนวน 20 แห่ง บุคลากรจำนวน 53 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|----------------------|---|
| โชนที่ 1 อำเภอสิชล | สถานีอนามัยบ้านท่าหิน บุคลากร 3 คน
สถานีอนามัยบ้านในคอน บุคลากร 2 คน |
| อำเภอขนอม | สถานีอนามัยบ้านท่าจันทร์ บุคลากร 4 คน
สถานีอนามัยบ้านบางคู บุคลากร 2 คน |
| โชนที่ 2 อำเภอหัวไทร | สถานีอนามัยบ้านหน้าทวด บุคลากร 2 คน
สถานีอนามัยบ้านราม บุคลากร 3 คน |
| อำเภอเชียรใหญ่ | สถานีอนามัยบ้านเนินธัมมัง บุคลากร 2 คน
สถานีอนามัยบ้านท้ายทะเล บุคลากร 2 คน |
| โชนที่ 3 อำเภอนาบอน | สถานีอนามัยบ้านไสยงปัก บุคลากร 2
สถานีอนามัยบ้านกองเสา บุคลากร 2 คน |
| อำเภอบางขัน | สถานีอนามัยบ้านเคี่ยมงาม บุคลากร 3 คน
สถานีอนามัยบ้านสี่แยก บุคลากร 3 คน |
| โชนที่ 4 อำเภอฉวาง | สถานีอนามัยบ้านมะปรางงาม บุคลากร 3 คน
สถานีอนามัยบ้านทอนวังปราง บุคลากร 3 คน |
| กิ่งอำเภอช้างกลาง | สถานีอนามัยบ้านหน้าเหมน บุคลากร 2 คน
สถานีอนามัยบ้านหลักช้าง บุคลากร 3 คน |
| โชนที่ 5 อำเภอลานสกา | สถานีอนามัยบ้านย่านยาว บุคลากร 2 คน |

สถานีอนามัยบ้านมะม่วงทอง บุคลากร 3 คน
 อําเภอพระพรหม สถานีอนามัยบ้านพระพรอง บุคลากร 4 คน
 สถานีอนามัยบ้านท่าช้าง บุคลากร 3 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบสอบถาม และ แบบบันทึกรายการ ที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และแบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

2.1.1 ชุดที่ 1 สำหรับหัวหน้าสถานีอนามัย เป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่พักอาศัย และการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย

ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายปิด และ คำถามปลายเปิด แบบเติมคำในช่องว่าง ในส่วนนี้มีคำถามจำนวน 14 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของสถานีอนามัย ประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีของ เฮิร์ซเบอร์ก ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ ด้านปัจจัยจูงใจ และด้านปัจจัยคํ้าจุน จำนวน 11 องค์ประกอบ ลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 63 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยจูงใจ

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| 1. การยอมรับนับถือ | จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1 - 7 |
| 2. ความก้าวหน้า | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 8 - 12 |
| 3. ความรับผิดชอบ | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 13 - 17 |
| 4. ความสำเร็จของงาน | จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 18 - 21 |
| 5. ลักษณะงาน | จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 22 - 27 |

ปัจจัยคํ้าจุน

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. สภาพการทำงาน | จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 28 - 36 |
| 2. เงินเดือนและค่าตอบแทน | จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 37 - 42 |
| 3. ความมั่นคงในงาน | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 43 - 47 |
| 4. นโยบายและการบริหาร | จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 48 - 52 |

5. การปกครองบังคับบัญชา จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 53 - 59

6. สัมพันธภาพในการทำงาน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 60 - 63

คำถามจะมีทั้งข้อความที่เป็นลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1-22, ข้อที่ 24-26, ข้อที่ 28-30, ข้อที่ 32, ข้อที่ 33, ข้อที่ 35, ข้อที่ 37-42, ข้อที่ 46 และ ข้อที่ 48-62 และข้อความที่เป็นลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 23, ข้อที่ 27, ข้อที่ 31, ข้อที่ 34, ข้อที่ 36, ข้อที่ 43-45, ข้อที่ 47 และ ข้อที่ 63 ลักษณะคำตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำตอบ	ข้อความ ลักษณะทางบวก	ข้อความ ลักษณะทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลคะแนน ของการวัดระดับแรงงูใจในการปฏิบัติงาน จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ แรงงูใจระดับสูง แรงงูใจระดับปานกลาง และแรงงูใจระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977: 174 อ้างถึงใน จรรย์ แสงเล็ก 2542: 44) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

จำนวนชั้น 3

แรงงูใจระดับสูง ช่วงคะแนน 3.67 - 5.00

แรงงูใจระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34 - 3.66

และแรงงูใจระดับต่ำ ช่วงคะแนน 1.00 - 2.33

3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ลักษณะคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบ (Check list) จำนวน 24 ข้อ คำถามมีทั้งข้อความที่เป็นลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, ข้อที่ 4-10, ข้อที่ 12, ข้อที่ 13, ข้อที่ 20, ข้อที่ 23 และ ข้อที่ 24 และข้อความที่เป็นลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 2, ข้อที่ 3, ข้อที่ 11, ข้อที่ 14-19, ข้อที่ 21 และข้อที่ 22 ลักษณะคำตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งระดับความถี่ของการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ คือ ทำสม่ำเสมอหรือเกือบทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ทำเลย โดยมีเกณฑ์พิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	ความหมาย	ทางบวก	ทางลบ
ทำสม่ำเสมอ	ร้อยละ 75 – 100 ของความถี่ของการปฏิบัติ	5	1
ทำบ่อยครั้ง	ร้อยละ 50- 74 ของความถี่ของการปฏิบัติ	4	2
ทำบางครั้ง	ร้อยละ 25 – 49 ของความถี่ของการปฏิบัติ	3	3
ทำนาน ๆ ครั้ง	ร้อยละ 1 – 24 ของความถี่ของการปฏิบัติ	2	4
ไม่ได้ทำเลย	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนนของการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่ง
ดัดแปลงมาจากระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนขององค์การสหประชาชาติ (ไพโรจน์
สุขสัมฤทธิ์ 2531: 25-28) โดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ (อ้างแล้ว) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

ช่วงคะแนน	ระดับการมีส่วนร่วม
1.00 – 1.80	ระดับที่ 1 ไม่มีส่วนร่วมเลย เนื่องจากถูกบังคับ
1.81 – 2.60	ระดับที่ 2 มีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากถูกล่อ หรือถูกชักจูง
2.61 – 3.40	ระดับที่ 3 มีส่วนร่วมปานกลาง โดยมีโอกาสเข้ามาเสนอความคิดเห็น
3.41 – 4.20	ระดับที่ 4 มีส่วนร่วมระดับสูง โดยมีโอกาสเข้ามาเสนอโครงการ
4.21 – 5.00	ระดับที่ 5 มีส่วนร่วมในอุดมคติ โดยมีโอกาสเข้ามาตัดสินใจด้วยตนเอง

4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ปัญหา

อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการจัดระบบงานของสถานีนอนามัย เทคนิคในการทำงานสถานีนอนามัย การประสานงาน ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น การบริหารงบประมาณ การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาสถานีนอนามัยในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ตลอดจนผลกระทบต่อความเป็นอยู่ส่วนตัวและครอบครัว ลักษณะคำถามปลายเปิด แบบเติมคำในช่องว่าง ในส่วนนี้มีคำถามจำนวน 7 ข้อ

• 5) ส่วนที่ 5 แบบบันทึกรายการเกี่ยวกับทรัพยากร ตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะแบบบันทึกรายการ (Checklist) ดัดแปลงมาจากแบบฟอร์มประเมินมาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) ประกอบด้วย อัตรากำลังอาคารสำนักงาน บริเวณโดยรอบสถานีนอนามัย บ้านพัก ระบบสาธารณสุขปโภค และครุภัณฑ์ประจำสถานีนอนามัย

เกณฑ์การให้คะแนน โดยอิงตามเกณฑ์มาตรฐานพบส. โดยค่าคะแนนในแต่ละข้อเท่ากับ 0 และ 1 คือ ถ้ามีตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีตาม

เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์บางข้อจะกำหนดคะแนนตามจำนวนของสิ่งที่จะประเมิน เมื่อประเมินครบทุกข้อให้นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แล้วประเมินผลเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี พอใช้ และปรับปรุง โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามแนวคิดของ เบสท์ (อ้างแล้ว) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4-1}{4} = 0.75$$

ช่วงคะแนน	ระดับการบริหารทรัพยากร	หมายถึง
3.26 – 4.00	ระดับ 4 ดีมาก	หมายถึง คะแนน มากกว่าร้อยละ 80
2.51 – 3.25	ระดับ 3 ดี	หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 71 – 80
1.76 – 2.50	ระดับ 2 พอใช้	หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 61 – 70
1.00 – 1.75	ระดับ 1 ปรับปรุง	หมายถึง คะแนน เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 60

2.1.2 ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย เป็นผู้ตอบ

ประกอบด้วย

- 1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่นเดียวกับชุดที่ 1
- 2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของสถานีนามัย เช่นเดียวกับชุดที่ 1
- 3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการภาวะผู้นำ ของหัวหน้าสถานีนามัย เพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้นำ ตามมาตรวัดของฟีดเลอร์ (Fiedler's LPC Questionnaire)

ลักษณะคำถาม ให้เลือกตัวเลขระดับความชอบที่มีต่อหัวหน้าสถานีนามัย ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด คือ 1 ไปจนถึงระดับมากที่สุด คือ 8 มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

การแปลผลคะแนน ของการประเมินภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัย แบ่งผู้นำเป็น 2 แบบ คือ แบบที่ 1 เป็นผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ และ แบบที่ 2 เป็นผู้นำแบบมุ่งงาน โดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ (อ้างแล้ว) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{8-1}{2} = 3.50$$

ผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ ช่วงคะแนน 4.51 – 8.00

ผู้นำแบบมุ่งงาน ช่วงคะแนน 1.00 – 4.50

- 4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

2.1.3 ชุดที่ 3 สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกรายการเกี่ยวกับการบริหารงาน ของสถานีนามัย

โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลการพัฒนาสถานีนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแบบบันทึกรายการ (Checklist) คะแนนรวม 90 คะแนน ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

งานบริหารบุคคล	12 คะแนน
การเงินและการบัญชี	15 คะแนน
พัสดุ ครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	10 คะแนน
งานสารบรรณ	8 คะแนน
การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล	45 คะแนน
การแปลผลของการบริหารงานของสถานีนามัย ประเมินจากคะแนน	

รวม โดยคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การบริหารระดับดีมาก ดี พอใช้ และปรับปรุง โดยใช้เกณฑ์คะแนน ตามแนวคิดของ เบสท์ (อ้างแล้ว) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

ช่วงคะแนน	ระดับการบริหารงาน	
3.26 – 4.00	ระดับ 4 ดีมาก	หมายถึง คะแนน มากกว่าร้อยละ 80
2.51 – 3.25	ระดับ 3 ดี	หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 71 – 80
1.76 – 2.50	ระดับ 2 พอใช้	หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 61 – 70
1.00 – 1.75	ระดับ 1 ปรับปรุง	หมายถึง คะแนน เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 60

2) แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงบประมาณ ประกอบด้วย 4 ข้อใหญ่

- (1) สถานะเงินบำรุง ย้อนหลัง 3 ปี
- (2) ค่าใช้จ่ายที่เบิกจากเงินบำรุง ย้อนหลัง 3 ปี
- (3) ค่าใช้จ่ายที่เบิกจากเงินงบประมาณ ย้อนหลัง 3 ปี
- (4) แหล่งเงินอื่น ๆ

2.2 การประเมินคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าจากรายงานการวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยจะทำการคัดแปลงและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรก่อน แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแบบสอบถามอีกครั้ง

2.2.2 การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขของสถานีอนามัยในอำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอรัตนพิบูลย์ อำเภอเมือง และอำเภอปากพนัง จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบ ตอบเอง ไปให้และรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองตามวันที่ได้นัดหมายไว้ แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach Coefficient) ด้วยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม มีดังนี้

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเที่ยงรวม 0.96 และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ ด้านการยอมรับนับถือ ความก้าวหน้า ความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน ลักษณะงาน สภาพการทำงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในงาน นโยบายและการบริหาร การปกครองบังคับบัญชา และสัมพันธภาพในการทำงาน มีค่าความเที่ยง 0.83, 0.79, 0.65, 0.90, 0.75, 0.87, 0.76, 0.76, 0.80, 0.90 และ 0.81 ตามลำดับ

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย มีค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.92

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.80

2.2.3 การนำแบบสอบถามไปใช้ นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือ มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ ปรับปรุงข้อคำถามให้มีเหมาะสมสมบูรณ์ เหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลของปี 2544 โดยตามข้อมูลย้อนหลังไปประมาณ 1 ปี และเก็บข้อมูลในช่วงเดียวกันครั้งเดียว (cross-sectional design) ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้

3.1 การประสานงาน จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากสาขาวิชา ศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบ และอธิบาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาวิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอ และไปประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขประจำอำเภอ ของแต่ละอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขของสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย โดยมอบแบบสอบถาม และแบบบันทึกรายการ เพื่อนำไปให้บุคลากรสาธารณสุขของสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามรายชื่อที่ระบุไว้ในหนังสือขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามแต่ละชุด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดรหัสแบบสอบถามไว้แล้ว และให้นักวิชาการช่วยติดตาม เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และแบบบันทึกรายการคืนให้ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะมารับคืนด้วยตนเองตามวันที่ได้นัดหมายไว้ล่วงหน้า ถ้าข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกรายการไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะได้สอบถามเพิ่มเติม

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

4.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนต่อไปนี้

4.1.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากแบบสอบถามทุกชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

4.1.2 สร้างคู่มือฉรหหัส (Code Instruction)

4.1.3 ฉรหหัส โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาฉรหหัส ในแบบฟอร์มฉรหหัส (Coding Form)

4.1.4 บันทึกข้อมูล จากแบบฟอร์มฉรหหัส และประมวลผลข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences)

4.1.5 นำเสนอข้อมูล โดยบทความกึ่งตาราง

4.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

4.2.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

1) เพื่อหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ของตัวแปร ต่อไปนี้

- (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา
- (2) สถานที่พักอาศัย

2) เพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของตัวแปร ต่อไปนี้

- (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย
- (2) ฐานะทางเศรษฐกิจ
- (3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- (4) ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย
- (5) ปัจจัยด้านการบริหารงาน ได้แก่ งบประมาณ ทรัพยากร กระบวนการบริหาร
- (6) ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median) ของตัวแปรปัจจัยด้านบริหารงาน คือ งบประมาณ

4.2.2 สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

1) ใช้การทดสอบความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ฐานะทางเศรษฐกิจ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย ปัจจัยด้านการบริหาร ได้แก่ งบประมาณ ทรัพยากร กระบวนการบริหารงาน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย

2) ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Pearson Chi-Square) วิเคราะห์ตัวแปรที่วัดในระดับนามมาตรา (Nominal Scale) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย และสถานที่พักอาศัย กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย

3) ใช้การทดสอบไคสแควร์ที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (χ^2 Test for Two Independent Samples) ทดสอบความแตกต่างของตัวแปร การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย สถานที่พักอาศัย ระหว่างสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

4) ใช้การทดสอบแบบ t (Independent t -test) เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร ต่อไปนี้ ได้แก่ การอบรมดูงานเรื่อง ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ทรัพยากร กระบวนการบริหารงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

5) ใช้การทดสอบ *Mann-Whitney U test (u-test)* เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของตัวแปรด้านงบประมาณ ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

6) สำหรับข้อคำถามปลายเปิด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัยของ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากการตอบแบบสอบถามของ หัวหน้าสถานีอนามัย จำนวน 30 ฉบับ ได้รับคืน 26 ฉบับ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในสถานีอนามัย จำนวน 56 ฉบับ ได้รับคืน 44 ฉบับ และแบบบันทึกรายการของ นักวิชาการสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 30 ฉบับ ได้รับคืน 28 ฉบับ รวมจำนวนแบบสอบถามและแบบบันทึกรายการทั้งหมด 116 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามและ แบบบันทึกรายการคืน มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.48 ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน

ตอนที่ 3 ข้อเสนอที่ได้จากการแสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยที่ศึกษา

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย ผลการวิจัยปัจจัยด้าน บุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ จำนวน 30 คน และบุคลากรที่ปฏิบัติ งานในสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ จำนวน 40 คน รวม 70 คน สรุปผลการศึกษาวิจัย ได้ดังนี้

1.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ผลการวิจัย ดังตารางที่ 4.1 สรุปได้ดังนี้

1) เพศ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยโดยรวม ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จพบว่า มีบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 66.7 และ 55.0 ตามลำดับ

2) อายุ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยโดยรวม มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.6 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีน้อยที่สุด ร้อยละ 10 และมีอายุเฉลี่ย

36 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5 ปี ส่วนบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีอายุอยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี มากที่สุด เท่ากัน คือร้อยละ 36.7 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีน้อยที่สุด ร้อยละ 6.6 ส่วนบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีน้อยที่สุด ร้อยละ 12.5 และอายุเฉลี่ยของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 35.8 ปี และ 36.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.5 ปี และ 10.3 ปี ตามลำดับ

3) *สถานภาพสมรส* บุคลากรของสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ แต่งงานแล้ว ร้อยละ 68.6 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ มีบุคลากรที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 73.3 และ 65.0 ตามลำดับ

4) *การศึกษา* บุคลากรของสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.2 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 56.7 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 57.5 วุฒิการศึกษาเมื่อเริ่มรับราชการของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม จบประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.1 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 23.3 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 30.0 การศึกษาเพิ่มเติมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยโดยรวม ส่วนใหญ่ ได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 63 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่ ได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 65 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ศึกษาวิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ โดยรวมร้อยละ 56.8 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 61.1 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 53.8

5) *ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน* บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย โดยรวม มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 20 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 24.3 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 16 – 20 ปี น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 15.7 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.1 ปี สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จบุคลากรมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระหว่าง 6 – 10 ปี และ 16 – 20 ปี มากที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 23.3 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 – 5 ปี และ 11 – 15 ปี น้อยที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 ส่วนสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ บุคลากรมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 20 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 16 – 20 ปี น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 10 และบุคลากรของสถานีนอนามัยทั้งที่พัฒนาสำเร็จและที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 13.8 ปี และ 14.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.2 ปี และ 9.8 ปี ตามลำดับ และบุคลากรของสถานีนอนามัยโดยรวม มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ อยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 74.3 เฉลี่ย 5.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.4 ปี เมื่อจำแนกตาม สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม บุคลากรมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ อยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 70 และ 77.5 ตามลำดับ เฉลี่ย 5.9 ปี และ 5.7 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 ปี และ 7.9 ปี ตามลำดับ ส่วนตำแหน่งที่มีมากที่สุดของบุคลากรของสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 45.7 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีร้อยละ 40.0 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีร้อยละ 50.0 บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีข้าราชการระดับ 6 มากที่สุด คือ ร้อยละ 41.4 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีร้อยละ 43.3 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีร้อยละ 40.0

6) การอบรม ความรู้ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ในระหว่างปี 2534 – 2544 บุคลากรของสถานีนอนามัย โดยรวม เคยอบรม ร้อยละ 67.1 ส่วนใหญ่เคยอบรม 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 51.0 และเคยอบรมเฉลี่ยคนละ 2.7 ครั้ง มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.6 ครั้ง บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ เคยอบรมมากกว่า บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 80.0 และ 57.5 ตามลำดับ แต่จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 2.6 ครั้ง และ 2.8 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.7 ครั้ง และ 1.4 ครั้ง ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคลของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	33.3	18	45.0	28	40.0
หญิง	20	66.7	22	55.0	42	60.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุปัจจุบัน (ปี)						
21 - 30	11	36.7	16	40.0	27	38.6
31 - 40	11	36.7	11	27.5	22	31.4
41 - 50	6	20.0	8	20.0	14	20.0
51 - 60	2	6.6	5	12.5	7	10.0
\bar{X}	35.8		36.2		36.0	
SD	8.5		10.3		9.5	
Minimum	22.0		23.0		22.0	
Maximum	54.0		59.0		59.0	
สถานภาพสมรส						
โสด	7	23.4	11	27.5	18	25.7
คู่	22	73.3	26	65.0	48	68.6
ม้าย / หย่า / แยก	1	3.3	3	7.5	4	5.7
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	17	56.7	23	57.5	40	57.2
ปริญญาตรี	13	43.3	16	40.0	29	41.4
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	2.5	1	1.4
วุฒิการศึกษาเมื่อเริ่มรับราชการ						
ป.สาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน)	7	23.4	12	30.0	19	27.1
ป.พนักงานอนามัย	6	20.0	9	22.5	15	21.4
ป.ผดุงครรภ์และอนามัย	7	23.4	9	22.5	16	22.9
ป.วิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์	4	13.3	5	12.5	9	12.9
ป.ผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์	1	3.3	2	5.0	3	4.3
ป.สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)	1	3.3	2	5.0	3	4.3
อื่นๆ	4	13.3	1	2.5	5	7.1

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนมัย	สถานีนอนมัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาเพิ่มเติม						
ไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติม	12	40.0	14	35.0	26	37.0
ได้ศึกษาเพิ่มเติม	18	60.0	26	65.0	44	63.0
วิชาเอกที่ศึกษาเพิ่มเติม						
สาธารณสุขศาสตร์	11	61.1	14	53.8	25	56.8
บริหารสาธารณสุข	3	16.7	5	19.2	8	18.2
พยาบาลศาสตร์	1	5.6	2	7.7	3	6.8
ทันตสาธารณสุข	0	0.0	2	7.7	2	4.5
อื่น ๆ	3	16.7	3	11.5	6	13.6
รวม	18	100.0	26	100.0	44	100.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
1 - 5 ปี	5	16.7	8	20.0	13	18.6
6 - 10 ปี	7	23.3	9	22.5	16	22.8
11 - 15 ปี	5	16.7	8	20.0	13	18.6
16 - 20 ปี	7	23.3	4	10.0	11	15.7
> 20 ปี	6	20.0	11	27.5	17	24.3
\bar{X}	13.8		14.2		14.1	
SD	8.2		9.8		9.1	
Minimum	2.0		2.0		2.0	
Maximum	32.0		37.0		37.0	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสอ.นี้						
1 – 5 ปี	21	70.0	31	77.5	52	74.3
6 – 10 ปี	5	16.7	4	10.0	9	12.9
11 – 15 ปี	1	3.3	1	2.5	2	2.8
16 – 20 ปี	2	6.7	2	5.0	4	5.7
> 20 ปี	1	3.3	2	5.0	3	4.3
\bar{X}	5.9		5.7		5.8	
SD	6.7		7.9		7.4	
Minimum	1.0		1.0		1.0	
Maximum	31.0		37.0		37.0	
ตำแหน่ง						
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	12	40.0	20	50.0	32	45.7
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	10	33.3	13	32.5	23	32.9
นักวิชาการสาธารณสุข	3	10.0	7	17.5	10	14.3
อื่นๆ	5	16.7	0	0	5	7.1
ระดับตำแหน่ง						
ระดับ 1	3	10.0	0	0	3	4.3
ระดับ 2	1	3.3	5	12.5	6	8.6
ระดับ 3	4	13.3	4	10.0	8	11.4
ระดับ 4	3	10.0	8	20.0	11	15.7
ระดับ 5	6	20.0	7	17.5	13	18.6
ระดับ 6	13	43.3	16	40.0	29	41.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคลของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมดูงานเรื่องทสอ.						
ไม่เคยอบรม	6	20.0	17	42.5	23	32.9
เคยอบรม	24	80.0	23	57.5	47	67.1
จำนวนครั้งที่เคยอบรมดูงานเรื่องทสอ.						
1-2 ครั้ง	14	58.3	10	43.5	24	51.0
3-4 ครั้ง	7	30.4	10	43.5	17	37.2
> 4 ครั้ง	3	13.0	3	13.0	6	12.8
\bar{X}	2.6		2.8		2.7	
SD	1.7		1.4		1.6	
Minimum	1.0		1.0		1.0	
Maximum	7.0		6.0		7.0	

1.1.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ

บุคลากรของสถานีนอนามัย โดยรวม มีรายได้รวมอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีรายได้รวมมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด ร้อยละ 12.9 และมีรายได้รวมเฉลี่ย 14,143.3 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,266.1 บาทต่อเดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีรายได้รวมอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 33.3 มีรายได้รวมมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด ร้อยละ 16.7 ส่วนบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีรายได้รวม อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 และ 10,001 – 15,000 บาท/เดือน มากที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 37.5 มีรายได้รวมมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 10 แต่เมื่อพิจารณา รายได้รวมเฉลี่ย พบว่า บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีรายได้รวมเฉลี่ย 15,587 บาท/เดือน มากกว่ารายได้รวมเฉลี่ยของบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 13,060.5 บาท/เดือน เมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทรายได้พบว่า บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีเงินเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด โดยรวม ร้อยละ

44.3 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 46.7 และ สถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 42.5 เงินเดือนเฉลี่ยของบุคลากร โดยรวม 11,071.3 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,875.2 บาทต่อเดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จมีเงินเดือนเฉลี่ย ใกล้เคียงกัน คือ 11,102.3 และ 11,048.0 บาท/เดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,682.4 และ 4,060. บาทต่อเดือน ตามลำดับ ส่วนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับค่าตอบแทน โดยรวม ร้อยละ 75.7 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 80 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 72.5 ส่วนบุคลากรที่ได้รับค่าตอบแทน โดยรวม ได้รับค่าตอบแทน ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 47.1 และได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 3,167.1 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,845.7 บาทต่อเดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้รับค่าตอบแทน อยู่ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จได้รับค่าตอบแทน ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 54.5 และบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 4,090.0 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,470.4 บาทต่อเดือน ซึ่งมากกว่าค่าตอบแทนเฉลี่ยของบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ได้รับ 2,663.6 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1,474.6 บาทต่อเดือน รายได้เสริม พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม โดยรวม ร้อยละ 75.7 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 60 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 87.5 ส่วนบุคลากรที่มีรายได้เสริม โดยรวม มีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 47.1 และมีรายได้เสริมเฉลี่ย 9,482.3 บาทต่อเดือน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,188.7 บาทต่อเดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คือ ร้อยละ 50.0 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จมีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน และ 5,001–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 40 และ บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีรายได้เสริมเฉลี่ย 9,166.7 บาทต่อเดือน ซึ่งน้อยกว่า รายได้เสริมเฉลี่ยของบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 10,240.0 บาทต่อเดือน

ภาระหนี้สิน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน โดยรวมร้อยละ 75.7 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 76.7 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 75.0 โดยรวม บุคลากรมีหนี้สิน ระหว่าง 100,001 – 200,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 34 และมีหนี้สินเฉลี่ย 301,225.7 บาท มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 364,831.6 บาท บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ มีหนี้สิน ระหว่าง 100,001 – 200,000 บาท มากที่สุด คือ ร้อยละ 39.1 และ 30.0 ตามลำดับ และบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีหนี้สินเฉลี่ย 269,574.5 บาท น้อยกว่า หนี้สินเฉลี่ยของบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 325,491.7 บาท

สถานะการเงินของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมนัย โดยเปรียบเทียบ รายได้รวมกับรายจ่าย พบว่า โดยรวม มีเพียงพอและไม่เพียงพอ เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนสถานะการเงินของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมนัยที่พัฒนาสำเร็จ ส่วนมากมีเพียงพอ ร้อยละ 53 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนอมนัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ส่วนมากไม่เพียงพอ ร้อยละ 52.5 รายละเอียด ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมนัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอมนัย	สถานีนอมนัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้รวม (บาท / เดือน) ปี 2544						
5,001 - 10,000	9	30.0	15	37.5	24	34.3
10,001 - 15,000	10	33.3	15	37.5	25	35.7
15,001 - 20,000	6	20.0	6	15.0	12	17.1
> 20,000	5	16.7	4	10.0	9	12.9
\bar{X}	15,587.0		13,060.5		14,143.3	
SD	9,356.8		7,278.8		8,266.1	
Minimum	5,180.0		5,320.0		5,180.0	
Maximum	50,930.0		43,000.0		50,930.0	
เงินเดือน (บาท / เดือน) ปี 2544						
5,001 - 10,000	14	46.7	17	42.5	31	44.3
10,001 - 15,000	13	43.3	16	40.0	29	41.4
> 15,000	3	10.0	7	17.5	10	14.3
\bar{X}	11,102.3		11,048.0		11,071.3	
SD	3,682.4		4,060.1		3,875.2	
Minimum	5,180.0		5,320.0		5,180.0	
Maximum	18,650.0		20,450.0		20,450.0	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ฐานะทางเศรษฐกิจของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนามัย	สถานีนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าตอบแทนค่าปฏิบัติงานนอกเวลา						
ราชการ (บาท / เดือน) ปี 2544						
ไม่ได้รับค่าตอบแทน	24	80.0	29	72.5	53	75.7
ได้รับค่าตอบแทน	6	20.0	11	27.5	17	24.3
1 – 2,000	2	33.3	6	54.5	8	47.1
2,001 – 4,000	3	50.0	3	27.3	6	35.3
> 4,000	1	16.7	2	18.2	3	17.6
\bar{X}	4,090.0		2,663.6		3,167.1	
SD	4,470.4		1,474.6		2,845.7	
Minimum	1,000.0		1,000.0		1,000.0	
Maximum	13,040.0		6,000.0		13,040.0	
รายได้เสริม (บาท / เดือน) ปี 2544						
ไม่มีรายได้เสริม	18	60.0	35	87.5	53	75.7
มีรายได้เสริม	12	40.0	5	12.5	17	24.3
< 5,000	6	50.0	2	40.0	8	47.1
5,001 – 10,000	4	33.3	2	40.0	6	35.3
> 10,000	2	16.7	1	20.0	3	17.6
\bar{X}	9,166.7		10,240.0		9,482.3	
SD	8,211.2		9,043.7		8,188.7	
Minimum	3,000.0		1,200.0		1,200.0	
Maximum	30,000.0		25,000.0		30,000.0	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ฐานะทางเศรษฐกิจของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาระหนี้สิน						
ไม่มี	7	23.3	10	25.0	17	24.3
มี	23	76.7	30	75.0	53	75.7
< 100,000 บาท	6	26.1	7	23.3	13	24.5
100,001 – 200,000 บาท	9	39.1	9	30.0	18	34.0
200,001 – 300,000 บาท	3	13.0	7	23.3	10	18.9
300,001 – 400,000 บาท	3	13.0	2	6.7	5	9.4
> 400,000 บาท	2	8.7	5	16.7	7	13.2
—						
X	269,574.5		325,491.7		301,225.7	
SD	316,579.3		401,536.2		364,831.6	
Minimum	4,213.0		30,000.0		4,213.0	
Maximum	1,500,000.0		2,000,000.0		2,000,000.0	
รายได้รวมเปรียบเทียบกับรายจ่าย						
เพียงพอ	16	53.3	19	47.5	35	50.0
ไม่เพียงพอ	14	46.7	21	52.5	35	50.0

1.1.3 สถานที่พักอาศัย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย โดยรวม มีสถานที่พักในสถานีนอนามัย มากที่สุด ร้อยละ 42.9 และมีสถานที่พักอยู่อำเภออื่น น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 14.3 บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ มีสถานที่พักอาศัยอยู่ในสถานีนอนามัยมากที่สุด และมีสถานที่พักอาศัยอยู่อำเภออื่นน้อยที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน
สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ จำแนกตามสถานที่พักอาศัย

สถานที่พักอาศัยของ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัย	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30 คน)		(n = 40 คน)		(n = 70 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใน สอ.	11	36.6	19	47.5	30	42.9
นอก สอ. แต่อยู่ในตำบลที่ตั้งสอ.	8	26.7	7	17.5	15	21.4
นอก สอ. แต่อยู่ในอำเภอเดียวกัน	5	16.7	10	25.0	15	21.4
นอก สอ. แต่อยู่อำเภออื่น	6	20.0	4	10.0	10	14.3

1.1.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยมีแรงจูงใจรวม ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ และความสำเร็จของงาน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอื่น ๆ มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านลักษณะงาน ด้านความก้าวหน้า และด้านการยอมรับนับถือ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยค่าจ้าง มีเพียงด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอื่น ๆ มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความมั่นคงในงาน ด้านสภาพการทำงาน และ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ตามลำดับ

แรงจูงใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและ
ไม่สำเร็จ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า
ปัจจัยจูงใจของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจระดับสูง ในด้านความรับผิดชอบ และด้านความ
สำเร็จของงาน ส่วนด้านอื่น ๆ ทั้ง 2 กลุ่มมีแรงจูงใจระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยค่าจ้าง มีเพียง
ด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ที่บุคลากรทั้ง 2 กลุ่มมีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอื่น ๆ
มีแรงจูงใจระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรในสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและที่พัฒนาไม่สำเร็จ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 30)		(n = 40)		(n = 70)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ปัจจัยจูงใจ						
การยอมรับนับถือ	2.47	0.44	2.49	0.39	2.48	0.41
ความก้าวหน้า	3.33	0.63	3.28	0.67	3.30	0.65
ความรับผิดชอบ	4.02	0.49	3.96	0.54	3.98	0.52
ความสำเร็จ	3.78	0.39	3.68	0.57	3.72	0.50
ลักษณะงาน	3.58	0.53	3.47	0.51	3.52	0.51
ปัจจัยค้ำจุน						
สภาพการทำงาน	3.36	0.54	3.08	0.46	3.20	0.51
เงินเดือนและค่าตอบแทน	2.78	0.61	2.83	0.79	2.81	0.72
ความมั่นคงในงาน	3.46	0.62	3.48	0.56	3.47	0.59
นโยบายและการบริหาร	3.57	0.46	3.40	0.64	3.48	0.57
การปกครองบังคับบัญชา	3.62	0.49	3.51	0.56	3.56	0.53
สัมพันธภาพในการทำงาน	3.92	0.51	3.92	0.55	3.92	0.53
ระดับแรงจูงใจรวม	3.50	0.24	3.39	0.37	3.44	0.33

1.1.5 ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย โดยรวม เป็นแบบมุ่งสัมพันธ มีคะแนนเฉลี่ย 5.29 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.19 คะแนน และ ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม เป็นแบบมุ่งสัมพันธ รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัย ที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

ภาวะผู้นำ	สถานีนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 20)		(n = 24)		(n = 44)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ภาวะผู้นำของหัวหน้าสอ.	5.47	1.18	5.14	1.20	5.29	1.19

1.2 ปัจจัยด้านการบริหารงาน

ปัจจัยด้านการบริหารงานในสถานีนามัย ได้แก่ ด้านงบประมาณ ทรัพยากร และกระบวนการบริหารงาน สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1.2.1 งบประมาณ

ด้านงบประมาณ ศึกษาสถานภาพทางการเงินของสถานีนามัย ซึ่งประเมินจากรายรับ รายจ่าย เงินคงเหลือ และแหล่งที่มาของเงิน ได้แก่ เงินบำรุง เงินงบประมาณ และเงินบริจาค ผลการศึกษาสถานะทางการเงินของสถานีนามัย โดยรวมย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ในปี 2544 มีรายรับเงินบำรุงเฉลี่ย 156,279 บาท/ปี สูงกว่า รายรับเงินบำรุงเฉลี่ย ในปี 2542 และ 2543 และรายจ่ายเงินบำรุงและรายรับ - จ่ายเงินงบประมาณ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนเงินคงเหลือ ในปี 2544 มีเงินคงเหลือรวม 43,741 บาท สูงกว่าปี 2542 และ 2543 ส่วนเงินที่ได้จากการบริจาคน้อยมาก

เมื่อเปรียบเทียบสถานะทางการเงินของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ในปี 2544 พบว่า รายรับเงินบำรุง รายจ่ายเงินบำรุง และรายรับ - จ่ายเงินงบประมาณ ของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีมากกว่า สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ โดยสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีรายรับเงินบำรุง รายจ่ายเงินบำรุง และรายรับ - จ่ายเงินงบประมาณ สูงกว่า ค่าเฉลี่ยรวม ในขณะที่สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีรายรับเงินบำรุง รายจ่ายเงินบำรุง และรายรับ - จ่ายเงินงบประมาณ ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยรวม ในทางกลับกัน เงินคงเหลือ ของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีน้อยกว่า สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ โดยสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีเงินคงเหลือ ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยรวม ในขณะที่สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีเงินคงเหลือ มากกว่า ค่าเฉลี่ยรวม รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของสถานะทางการเงิน ของสถานีนอนมัย
ที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ ปีงบประมาณ 2542 - 2544

สถานะทาง การเงิน (บาท/ปี)	สถานีนอนมัย									
	พัฒนาสำเร็จ				พัฒนาไม่สำเร็จ				รวม	
	n.	Median	Min.	Max.	n.	Median	Min.	Max.	n.	Median
รายรับเงินบำรุง										
2542	7	90,722	50,330	374,932	12	107,399	37,315	300,496	19	104,949
2543	7	109,529	43,724	249,948	12	92,641	40,320	230,833	19	96,132
2544	8	177,897	61,879	327,287	16	143,258	18,872	275,859	24	156,279
รายจ่ายเงินบำรุง										
2542	7	73,026	44,830	357,400	12	91,100	29,613	264,954	19	90,562
2543	7	106,184	48,505	277,841	12	100,755	59,046	232,167	19	106,184
2544	8	155,738	58,683	315,843	16	78,471	12,950	217,913	24	114,742
รายรับ - รายจ่าย										
เงินงบประมาณ										
2542	8	4,500	0	28,000	13	11,300	0	36,500	21	9,000
2543	8	27,500	0	77,000	13	15,000	0	43,800	21	20,000
2544	8	30,859	0	111,000	15	20,000	0	58,677	23	24,000
เงินคงเหลือ (บาท)										
2542	7	41,336	4,002	52,189	12	32,900	13,591	144,679	19	32,989
2543	8	25,196	10,354	106,171	14	30,174	3,037	114,147	22	28,221
2544	8	33,363	4,816	166,151	16	53,954	11,112	144,023	24	43,741

รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ ทั้ง 2 กลุ่ม ในปี 2544 พบว่า จ่ายค่าตอบแทน/ใช้สอย มากที่สุด ค่าปรับปรุง/ซ่อมแซม จ่ายน้อยที่สุด และ ไม่มีจ่ายค่าก่อสร้าง รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของค่าใช้จ่ายจำแนกประเภท ที่เบิกจากเงินบำรุง ปีงบประมาณ 2542 - 2544 ของสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ

ประเภทค่าใช้จ่ายที่เบิก จากเงินบำรุง	สถานีนามัย์							
	พัฒนาสำเร็จ				พัฒนาไม่สำเร็จ			
	n.	Median	Min.	Max.	n.	Median	Min.	Max.
ค่าวัสดุ								
2542	7	9,632	2,860	50,069	12	10,224	1,780	37,012
2543	7	9,349	0	41,545	12	7,216	0	549,500
2544	7	12,870	4,600	60,493	14	8,675	365	20,000
ค่าปรับปรุง/ซ่อมแซม								
2542	7	0	0	0	12	0	0	7,225
2543	7	0	0	0	12	0	0	15,633
2544	7	0	0	75,000	14	0	0	24,025
ค่าตอบแทน / ใช้สอย								
2542	7	23,950	7,840	227,517	12	36,088	14,100	126,774
2543	7	65,847	9,618	149,912	12	5,205	13,000	91,479
2544	7	56,000	8,415	144,673	14	45,988	0	117,450
ค่าครุภัณฑ์								
2542	7	20,050	10,150	120,690	12	19,220	3,000	111,865
2543	7	30,235	13,588	75,339	12	31,939	0	70,229
2544	7	29,790	4,670	52,00	14	19,835	0	128,250
ค่าก่อสร้าง								
2542	7	0	0	0	12	0	0	30,000
2543	7	0	0	0	12	0	0	35,000
2544	7	0	0	0	14	0	0	0
สาธารณูปโภค								
2542	7	5,508	0	15,474	12	2,842	0	13,965
2543	7	8,209	0	14,750	12	4,605	0	17,065
2544	7	5,852	0	25,087	14	3,846	0	17,023

ในปี 2544 สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ มีรายรับ - จ่าย
เงินงบประมาณ เป็นค่าวัสดุ มากที่สุด (12,999.76 และ 10,000 บาท ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ของค่าใช้จ่ายจำแนกประเภท ที่เบิกจากเงิน
งบประมาณ ปี 2542 - 2544 ของสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ

ประเภทค่าใช้จ่ายที่เบิกจาก เงินจากประมาณ	สถานีอนามัย							
	พัฒนาสำเร็จ				พัฒนาไม่สำเร็จ			
	n.	Median	Min.	Max.	n.	Median	Min.	Max.
ค่าวัสดุ								
2542	8	2,000	0	28,000	13	0	0	30,000
2543	8	1,500	0	36,000	13	6,000	0	28,000
2544	8	13,000	0	40,000	15	10,000	0	32,706
ค่าปรับปรุง / ซ่อมแซม								
2542	8	0	0	0	13	0	0	15,000
2543	8	0	0	77,000	13	0	0	17,000
2544	8	7,500	0	20,000	15	0	0	31,639
ค่าตอบแทน / วัสดุ								
2542	8	0	0	5,000	13	0	0	11,300
2543	8	0	0	20,000	13	0	0	6,000
2544	8	0	0	30,000	15	0	0	46,348
ค่ารถจักรยาน								
2542	8	0	0	0	13	0	0	0
2543	8	0	0	20,000	13	0	0	0
2544	8	0	0	0	15	0	0	40,000
ค่าก่อสร้าง								
2542	8	0	0	0	13	0	0	30,000
2543	8	0	0	0	13	0	0	40,000
2544	8	0	0	43,000	15	0	0	16,400
สาธารณูปโภค								
2542	8	0	0	1,163	13	0	0	1,429
2543	8	0	0	929	13	0	0	958
2544	8	0	0	1,128	15	0	0	4,500

1.2.2 ทรัพยากร

การบริหารด้านทรัพยากรโดยรวมของสถานีนามัย พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.04, SD = 1.00$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาคารสถานที่ มีการบริหารระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.40, SD = 0.86$) ส่วนการบริหารด้านอัตรากำลัง อยู่ในระดับต่ำสุด คือ ระดับปรับปรุง ($\bar{x} = 1.50, SD = 0.95$) โดยมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย เฉลี่ย 3.04 คน สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จเฉลี่ย 3.4 คน และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จเฉลี่ย 2.8 คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ กับสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่าการบริหาร ทรัพยากรโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.40, 1.81, SD = 1.17, 0.83$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีการบริหาร ด้านอาคารสถานที่ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.80, SD = 0.42$) ด้านครุภัณฑ์ และด้านอัตรากำลังอยู่ระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.40, 1.90, SD = 1.17, 1.20$) ส่วนสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีการบริหารด้านอาคารสถานที่ อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.25, SD = 1.00$) ด้านครุภัณฑ์ และด้านอัตรากำลังอยู่ระดับปรับปรุง ($\bar{x} = 1.69, 1.25, SD = 0.87, 0.68$) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยด้านการบริหาร ทรัพยากร	สถานีนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 10)		(n = 16)		(n = 26)	
	X	SD	X	SD	X	SD
อัตรากำลัง	1.90	1.20	1.25	0.68	1.50	0.95
อาคารสถานที่						
อาคารสำนักงาน	2.80	1.03	2.44	1.03	2.58	1.03
บริเวณโดยรอบสอ.	3.70	0.48	3.19	1.17	3.38	0.98
บ้านพัก	2.40	1.17	1.94	0.68	2.11	0.91
ระบบสาธารณูปโภค	4.00	0	4.00	0	4.00	0
รวม	3.80	0.42	3.25	1.00	3.46	0.86
ครุภัณฑ์	2.40	1.17	1.69	0.87	1.96	1.04
รวม	2.40	1.17	1.81	0.83	2.04	1.00

1.2.3 กระบวนการบริหาร

ผลการวิจัย กระบวนการบริหาร โดยรวมของสถานีนอนามัย พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 1.17$) เมื่อพิจารณารายด้านของกระบวนการบริหาร พบว่า ด้านการดำเนินการ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.32$, $SD = 0.98$) ด้านการวางแผน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.93$, $SD = 1.27$) และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปรับปรุง ($\bar{x} = 2.43$, $SD = 1.40$) เมื่อจำแนกตามประเภทการบริหาร พบว่า ด้านที่บริหารได้ดีที่สุด คืองานการเงินและการบัญชี อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.80$) ส่วนด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง บริหารได้ดีที่สุดในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.22$, $SD = 1.24$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและไม่สำเร็จ พบว่า กระบวนการบริหาร โดยรวม ของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.90$, $SD = 0.32$) ส่วนสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.44$, $SD = 1.15$) เมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินการ ด้านการวางแผน และด้านการประเมินผล พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ในขณะที่สถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า ด้านการดำเนินการ อยู่ในระดับดี ด้านการวางแผน อยู่ในระดับพอใช้ และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปรับปรุง เมื่อจำแนกตามประเภทการบริหารงาน พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ บริหารอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ งานการเงินและการบัญชี ($\bar{x} = 4.00$, $SD = 0$) งานบริหารบุคคล ($\bar{x} = 3.80$, $SD = 0.63$) การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล ($\bar{x} = 3.70$, $SD = 0.48$) และงานสารบรรณ ($\bar{x} = 3.50$, $SD = 0.52$) ส่วนงานพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.70$, $SD = 1.34$) สำหรับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า ด้านที่บริหารได้ดีที่สุด คืองานการเงินและการบัญชี อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.61$, $SD = 0.98$) งานบริหารบุคคล อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.78$, $SD = 1.26$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ งานสารบรรณ ($\bar{x} = 2.44$, $SD = 1.15$) ด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ($\bar{x} = 2.00$, $SD = 1.14$) การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล ($\bar{x} = 2.00$, $SD = 1.19$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหาร ทรัพยากร
ของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยการบริหาร ด้านกระบวนการบริหาร	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 10)		(n = 16)		(n = 26)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
กระบวนการบริหาร						
วางแผน	3.70	0.68	2.50	1.34	2.93	1.27
ดำเนินการ	3.90	0.32	3.00	1.08	3.32	0.98
ประเมินผล	3.90	0.32	1.61	1.04	2.43	1.40
รวมกระบวนการบริหาร	3.90	0.32	2.44	1.15	2.96	1.17
ประเภทการบริหาร						
งานบริหารบุคคล	3.80	0.63	2.78	1.26	3.14	1.18
งานการเงินและการบัญชี	4.00	0	3.61	0.98	3.75	0.80
พัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง	2.70	1.34	2.00	1.14	2.25	1.24
งานสารบรรณ	3.50	0.52	2.44	1.15	2.82	1.09
การวางแผนควบคุมกำกับ	3.70	0.48	2.00	1.19	2.61	1.29
และประเมินผล						

1.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัย ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.42$, $SD = 0.38$) คือ ประชาชนมีโอกาสดำเนินการโครงการ แต่เมื่อพิจารณาระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.45$, $SD = 0.29$) ในขณะที่สถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 0.43$) โดยประชาชนมีโอกาสดำเนินการความคิดเห็น ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน
สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน	สถานีนอนามัย					
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ		รวม	
	(n = 20)		(n = 24)		(n = 44)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.45	0.29	3.40	0.43	3.42	0.38

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรของสถานีนอนามัยกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

2.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย สถานที่พักอาศัย กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ผลวิจัย พบว่า การอบรม ดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยกับ
ผลการพัฒนาสถานีนามัย

คุณลักษณะของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานในสถานีนามัย	ผลการพัฒนาสอ.				χ^2	p-value
	สำเร็จ (n = 30)		ไม่สำเร็จ (n = 40)			
	N	%	n	%		
เพศ						
ชาย	10	33.3	18	45.0	0.97	0.32
หญิง	20	66.7	22	55.0		
สถานภาพสมรส						
โสด/ ม้าย / หย่า / แยก	8	26.7	14	35.0	0.55	0.46
คู่	22	73.3	26	65.0		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	17	56.7	23	57.5	0.00	0.94
ปริญญาตรี	13	43.3	17	42.5		
วุฒิการศึกษา						
สาธารณสุข	14	55.0	22	46.7	0.48	0.49
อื่นๆ	16	45.0	18	53.3		
สถานที่พักอาศัย						
ในสถานีนามัย	11	36.7	19	47.5	0.82	0.36
นอกสถานีนามัย	19	63.3	21	52.5		
การอบรม ดูงาน เรื่องทสอ.						
ไม่เคยอบรม	6	20.0	17	42.5	3.93	0.05*
เคยอบรม	24	80.0	23	57.5		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความรู้เรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ฐานะทางเศรษฐกิจ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย กับ ผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ผลการวิจัย ดังตารางที่ 4.13 พบว่า

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ($r = -0.02$) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ($r = 0.12$) จำนวนครั้งที่อบรมความรู้เรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ($r = 0.12$) และฐานะทางเศรษฐกิจ ($r = 0.12$) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม ($r = 0.16$) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงด้านเดียว คือด้านสภาพการทำงาน ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในระดับต่ำมาก ($r = 0.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านลักษณะงาน ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความมั่นคงในงาน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย และภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ($r = 0.14$)

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน
สถานีนอนามัย กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

ปัจจัยด้านบุคคล	ผลการพัฒนาสถานีนอนามัย.	
	r	p-value
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
อายุ	- 0.02	0.88
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในสอ.กลุ่มตัวอย่าง	0.12	0.92
จำนวนครั้งการอบรมดูงานเรื่องทสอ.	0.12	0.32
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
รายได้	0.15	0.21
แรงจูงใจ		
การยอมรับนับถือ	0.26	0.06
ความก้าวหน้า	0.04	0.77
ความรับผิดชอบ	0.06	0.61
ความสำเร็จของงาน	0.10	0.40
ลักษณะงาน	0.10	0.40
สภาพการทำงาน	0.27	0.02*
เงินเดือนและค่าตอบแทน	-0.03	0.78
ความมั่นคงในงาน	-0.02	0.86
นโยบายและการบริหาร	0.15	0.22
การปกครองบังคับบัญชา	0.10	0.42
สัมพันธภาพในการทำงาน	0.00	0.10
แรงจูงใจรวม	0.16	0.17
ภาวะผู้นำ	0.14	0.36

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2- tailed)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารงานกับผลการพัฒนาสถานีนามัย ปัจจัยด้านการบริหารงาน ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร และด้านกระบวนการบริหาร ซึ่งเป็นตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดในระดับอันตรภาคขั้นขึ้นไป ผลการพัฒนาสถานีนามัย ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ที่มีระดับการวัดเป็น นามมาตรา และกำหนดค่าคะแนนให้เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

2.2.1 ด้านงบประมาณ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านงบประมาณ ทุกประเภท ได้แก่ รายรับ – รายจ่ายเงินบำรุง รายรับ – รายจ่ายเงินงบประมาณ และเงินบำรุงคงเหลือ ย้อนหลัง 3 ปี คือ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 – 2544 ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านงบประมาณ กับผลการพัฒนาสถานีนามัย

ปัจจัยด้านการบริหารงาน ด้านงบประมาณ	ผลการพัฒนาสถานีนามัย.	
	r	p-value
งบประมาณ ปี 2542		
รายรับเงินบำรุง	0.10	0.69
รายรับ – รายจ่ายเงินงบประมาณ	-0.18	0.44
รายจ่ายเงินบำรุง	0.10	0.68
เงินบำรุงคงเหลือ	0.20	0.40
งบประมาณ ปี 2543		
รายรับเงินบำรุง	0.15	0.53
รายรับ – รายจ่ายเงินงบประมาณ	0.38	0.09
รายจ่ายเงินบำรุง	0.13	0.59
เงินบำรุงคงเหลือ	0.68	0.75
งบประมาณ ปี 2544		
รายรับเงินบำรุง	0.28	0.19
รายรับ – รายจ่ายเงินงบประมาณ	0.28	0.20
รายจ่ายเงินบำรุง	0.35	0.10
เงินบำรุงคงเหลือ	-0.07	0.75

2.2.2 **ด้านทรัพยากร** ทรัพยากรของสถานีนอนามัย ทั้งโดยรวม และจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านอัตรากำลัง ด้านอาคารสถานที่ และ ด้านครุภัณฑ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านทรัพยากร กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

ปัจจัยด้านการบริหารงาน ด้านทรัพยากร	ผลการพัฒนาสถานีนอนามัย.	
	r	p-value
ด้านอัตรากำลัง	0.38	0.06
ด้านอาคารสถานที่		
ด้านอาคารสำนักงาน	0.17	0.39
ด้านบริเวณ โดยรอบสอ.	0.25	0.22
ด้านบ้านพัก	0.19	0.36
ด้านระบบสาธารณูปโภค	0.21	0.38
รวมด้านอาคารสถานที่	0.32	0.11
ด้านครุภัณฑ์	0.28	0.17
รวมด้านทรัพยากร	0.31	0.13

2.2.3 **ด้านกระบวนการบริหารงาน** กระบวนการบริหาร ($r = 0.51$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของกระบวนการบริหาร พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ การประเมินผล ($r = 0.71$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง การวางแผน ($r = 0.51$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และการดำเนินการ ($r = 0.46$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาตามประเภทของงานบริหาร พบว่า งานวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล ($r = 0.60$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในระดับปานกลาง ส่วนงานบริหารบุคคล ($r = 0.46$) งานสารบรรณ ($r = 0.44$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยการบริหารงาน ด้านกระบวนการบริหารงาน กับผลพัฒนาสถานีนอามัย

ปัจจัยด้านการบริหารงาน ด้านกระบวนการบริหาร	ผลการพัฒนาสถานีนอามัย.	
	r	p-value
กระบวนการบริหาร		
วางแผน	0.51	0.00**
ดำเนินการ	0.46	0.01*
ประเมินผล	0.71	0.00**
รวม	0.51	0.04*
ประเภทการบริหาร		
งานบริหารบุคคล	0.46	0.01*
งานการเงินและการบัญชี	0.26	0.18
พัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง	0.30	0.13
งานสารบรรณ	0.44	0.01*
การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล	0.60	0.00**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2- tailed)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2- tailed)

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกับผลการพัฒนาสถานีนอามัย โดยใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอามัย รายละเอียดดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนกับผลการพัฒนาสถานีนอามัย

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	ผลการพัฒนาสถานีนอามัย.	
	r	p-value
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.05	0.80

2.4 การวิเคราะห์ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร

2.4.1 **ปัจจัยด้านบุคคล** ได้แก่ การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย สถานที่พักอาศัย ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2 Test for Two Independent Samples) ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย ใช้สถิติทดสอบแบบ t (t-test)

1) การอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ผลการวิจัยพบว่า สถานีอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย จะพัฒนาสถานีอนามัยสำเร็จมากกว่าสถานีอนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมดูงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4.18

2) สถานที่พักอาศัย ผลการวิจัยพบว่า สถานีอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่ในสถานีอนามัยพัฒนาสถานีอนามัยได้ไม่แตกต่างจากสถานีอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่นอกสถานีอนามัย ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ค่าการทดสอบไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย	ผลการพัฒนาสอ.				χ^2	p-value
	สำเร็จ (n = 30)		ไม่สำเร็จ (n = 40)			
	n	%	n	%		
สถานที่พักอาศัย						
ในสถานีอนามัย	11	36.7	19	47.5	0.82	0.36
นอกสถานีอนามัย	19	63.3	21	52.5		
การอบรม ดูงาน เรื่องทศอ.						
ไม่เคยอบรม	6	20.0	17	42.5	3.93	0.05*
เคยอบรม	24	80.0	23	57.5		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) **แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน** ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนามัย โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาารายด้านตามองค์ประกอบ พบว่า บุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพการทำงาน มากกว่าบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านลักษณะงาน ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความมั่นคงในงาน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ค่าการทดสอบแบบ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	สถานีนามัย				t-test	p-value
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ			
	(n = 30)		(n = 40)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ปัจจัยจูงใจ						
การยอมรับนับถือ	2.47	0.44	2.49	0.39	0.18	0.43
ความก้าวหน้า	3.33	0.63	3.28	0.67	0.30	0.38
ความรับผิดชอบ	4.02	0.49	3.96	0.54	0.52	0.30
ความสำเร็จ	3.78	0.39	3.68	0.57	0.89	0.19
ลักษณะงาน	3.58	0.53	3.47	0.51	0.86	0.20
ปัจจัยค่าเงิน						
สภาพการทำงาน	3.36	0.54	3.08	0.46	2.36	0.01*
เงินเดือนและค่าตอบแทน	2.78	0.61	2.83	0.79	0.29	0.39
ความมั่นคงในงาน	3.46	0.62	3.48	0.56	0.18	0.43
นโยบายและการบริหาร	3.57	0.46	3.40	0.64	1.22	0.11
การปกครองบังคับบัญชา	3.62	0.49	3.51	0.56	0.81	0.21
สัมพันธภาพในการทำงาน	3.92	0.51	3.92	0.55	0.02	0.49
ระดับแรงจูงใจรวม	3.50	0.24	3.39	0.37	1.47	0.08

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

ภาวะผู้นำ	สถานีนอนามัย				t-test	p-value
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ			
	(n = 20)		(n = 24)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ภาวะผู้นำของหัวหน้าสอ.	5.47	1.18	5.14	1.20	0.91	0.18

2.4.2 ปัจจัยด้านการบริหารงาน ได้แก่ ส่วนด้านงบประมาณ ใช้สถิติทดสอบแบบ u (u - test) ส่วนด้านทรัพยากร และกระบวนการบริหาร โดยใช้สถิติทดสอบแบบ t

1) ด้านงบประมาณ การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานงบประมาณ พบว่า รายรับเงินบำรุง และรายรับรายจ่ายเงินงบประมาณ ปี 2544 ของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ค่าการทดสอบแบบ u ของตัวแปรปัจจัยด้านงบประมาณ ของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

งบประมาณ	Mean Rank		u - test	p-value
	สอ.พัฒนาสำเร็จ	สอ.พัฒนาไม่สำเร็จ		
รายรับเงินบำรุง	14.88	11.31	45.00	0.24
รายรับ-จ่ายเงินงบประมาณ	13.31	11.30	49.50	0.50

2) ด้านทรัพยากร ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากร โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านอัตรากำลังของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีมากกว่าสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอาคารสถานที่ และด้านครุภัณฑ์ ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ค่าการทดสอบแบบ t เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหาร ทรัพยากร ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยด้านการบริหาร ทรัพยากร	สถานีนอมนามัย				t-test	p-value
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ			
	(n = 10)		(n = 16)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
อัตรากำลัง	1.90	1.20	1.25	0.68	1.99	0.03*
อาคารสถานที่						
อาคารสำนักงาน	2.80	1.03	2.44	1.03	0.87	0.20
บริเวณโดยรอบสอ.	3.70	0.48	3.19	1.17	1.47	0.07
บ้านพัก	2.40	1.17	1.94	0.68	0.93	0.18
ระบบสาธารณูปโภค	4.00	0	4.00	0	0	0
รวม	3.80	0.42	3.25	1.00	1.50	0.07
ครุภัณฑ์	2.40	1.17	1.69	0.87	1.40	0.09
รวม	2.40	1.17	1.81	0.83	1.57	0.06

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ด้านกระบวนการบริหาร พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านกระบวนการบริหาร โดยรวม และจำแนกตามการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และเมื่อจำแนกปัจจัยการบริหาร ตามประเภทการบริหารงาน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของงานบริหารบุคคล งานสารบรรณ และงานการวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ค่าการทดสอบแบบ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหาร ทรัพยากร ของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ และพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยการบริหาร ด้านกระบวนการบริหาร	สถานีนามัย				t-test	p-value
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ			
	(n = 10)		(n = 16)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กระบวนการบริหาร						
วางแผน	3.70	0.68	2.50	1.34	3.77	0.00**
ดำเนินการ	3.90	0.32	3.00	1.08	3.22	0.01*
ประเมินผล	3.90	0.32	1.61	1.04	6.51	0.00**
รวมกระบวนการบริหาร	3.90	0.32	2.44	1.15	4.72	0.00**
ประเภทการบริหาร						
งานบริหารบุคคล	3.80	0.63	2.78	1.26	3.16	0.01*
งานการเงินและการบัญชี	4.00	0	3.61	0.98	1.37	0.09
พัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง	2.70	1.34	2.00	1.14	1.58	0.06
งานสารบรรณ	3.50	0.52	2.44	1.15	2.52	0.01*
การวางแผนควบคุมกำกับ	3.70	0.48	2.00	1.19	3.80	0.00**
และประเมินผล						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.4.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้สถิติทดสอบแบบ t ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของชุมชนของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 ค่าการทดสอบแบบ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของ ปัจจัยด้าน การมีส่วนร่วมของชุมชน ของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน	สถานีนามัย				t-test	p-value
	พัฒนาสำเร็จ		พัฒนาไม่สำเร็จ			
	(n = 20)		(n = 24)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.45	0.29	3.40	0.43	0.26	0.40

ตอนที่ 3 ข้อสรุปที่ได้จากการแสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

เมื่อพิจารณาข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด จากแบบสอบถามทั้งหมด 70 ชุด โดย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ จำนวน 30 คน และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่ สำเร็จ จำนวน 40 คน มีผู้ที่แสดงความคิดเห็นส่วนนี้ ทั้งหมด 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 จาก สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และจากสถานีนามัยที่พัฒนาไม่ สำเร็จ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 การแสดงความคิดเห็น มีลักษณะกระจัดกระจาย แต่ทั้ง 2 กลุ่มให้ความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน พอสรุปผลการศึกษาที่สำคัญ ได้ดังนี้

3.1 การจัดระบบงานในสถานีนามัย ได้แก่ มีการแบ่งงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ ชัดเจน เป็นระบบ และแบ่งตามตำแหน่งหน้าที่ ตามความเหมาะสมกับบุคคลในสถานีนามัย จัดระบบงานตามแนวทาง มาตรฐานกระทรวง และมาตรฐานระบบงาน 5 ส

3.1.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ขาดแคลนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ
- 2) เจ้าหน้าที่ไม่มีความสามัคคีกัน
- 3) เจ้าหน้าที่บางคนไม่ตั้งใจทำงาน
- 4) การคมนาคมไม่สะดวก พื้นที่ในการปฏิบัติงานลำบากทุรกันดาร ทำให้มี ความล่าช้าในการจัดเก็บข้อมูล

3.1.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) กระจายเจ้าหน้าที่ให้ทั่วถึง ครอบคลุมทั้งจังหวัด (จำนวน 5 อัตรา ตาม กรอบอัตรากำลัง ปี 2540)

2) ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้พัฒนา ปรับปรุงตนเอง ในการปฏิบัติงาน

3) ควรมีหน่วยงานเข้ามาดูแลสภาพความพร้อมในหมู่บ้าน เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน

3.2 เทคนิคในการทำงานสถานีนอมนัยให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ มีการวางแผน ปฏิบัติตามแผน ติดตามประเมินผล ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ทำงานเป็นทีม และใช้หลักการแบบมีส่วนร่วม พหุศุขปรึกษาหารือ ร่วมมือกันทำงาน กับเพื่อนร่วมงาน และ ประชาชน สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชน สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง มีความตั้งใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ เพิ่มความสามารถ อย่างต่อเนื่อง ให้เป็นปัจจุบัน เสียสละ จริงใจ ต่อ เพื่อนร่วมงาน และประชาชน ให้บริการประชาชนเท่าเทียมกัน

3.2.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ผู้มารับบริการมาก บุคลากรมีน้อย ส่งผลกระทบต่องานในหน้าที่อย่าง อื่นบกพร่อง
- 2) การสั่งงานเร่งด่วน และซ้ำซ้อน ทำให้ได้ผลงานที่ด้อยประสิทธิภาพ กระทบต่องานประจำ ไม่ได้ตามแผนที่กำหนดไว้
- 3) ชุมชนไม่เข้มแข็ง มีส่วนร่วมน้อย
- 4) ไม่สามารถตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเอง
- 5) การคมนาคมไม่สะดวกในบางพื้นที่ จัดกิจกรรมต่าง ๆ แยกรายหมู่บ้าน ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากบุคลากรมีจำกัด

3.2.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) เพิ่มจำนวนบุคลากร และกระจายงานอย่างทั่วถึง
- 2) ควรมีการวางแผนงานไว้ให้ชัดเจน จัดลำดับความสำคัญ ตามความ เร่งด่วนของปัญหา และแจ้งแผนงานล่วงหน้า ไม่ควรสั่งการอย่างเร่งด่วนบ่อยครั้ง
- 3) ประสานงานให้ผู้นำเห็นความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข จัดกิจกรรม ร่วมกันทุกหมู่บ้าน เพื่อให้เห็นข้อเปรียบเทียบ ข้อดีข้อด้อยของหมู่บ้านอื่น

3.3 รูปแบบความร่วมมือการประสานงานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือ สถานีนอมนัยอื่น ได้แก่ มีการประสานงานกัน มีการวางแผนร่วมกันทำงานเป็นทีม มีการจัดกลุ่ม ประสานงานภายใน เรียกว่า โชน แต่ละโชนประกอบด้วยสถานีนอมนัย 3 – 4 แห่ง ในแต่ละโชน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถที่จะทำงาน และร่วมมือกัน ได้ดี มีการประสานงานกับ สถานี นอมนัยอื่นอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีการประสานความร่วมมือ กับหน่วยงานอื่น ๆ น้อย

3.3.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) มีความล่าช้าในการทำงานบ้างในบางครั้ง เพราะความห่างไกลกันระหว่างสถานีอนามัยกับหน่วยงานอื่น
- 2) การทำงานเป็นโซนของสถานีอนามัยไม่เข้มแข็ง เนื่องจากบางสถานีอนามัยมีงานมาก พื้นที่รับผิดชอบมากกว่าสถานีอนามัยอื่นภายในโซนเดียวกัน ทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอื่นไม่เต็มใจมาช่วยเท่าที่ควร
- 3) เจ้าหน้าที่ส่วนมากจะไม่มีเวลาว่าง เนื่องจากต้องทำงานในสถานีอนามัยของตัวเอง ซึ่งมีงานมากอยู่แล้ว
- 4) ผู้บังคับบัญชาไม่เห็นความสำคัญ ขาดการวางแผนงานที่ดี

3.3.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) ผู้บังคับบัญชาควรมีคำสั่ง ให้เจ้าหน้าที่ ออกช่วยเหลือสถานีอนามัยอื่นที่มีปัญหา ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน
- 2) ไม่จำเป็นต้องทำงานเป็นโซน ให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนทำงานในหน้าที่ที่ตนเอง รับผิดชอบในสถานีอนามัยของตนเองอย่างเต็มที่ ไม่จำเป็นต้องช่วยใคร
- 3) ควรมีการพบปะระหว่างหน่วยงานบ้าง เพื่อความเข้าใจในการทำงานให้ตรงกัน
- 4) กำหนดแนวทางในการอยู่ร่วมกันในโซนไว้อย่างชัดเจน

3.4 แนวทางในการพัฒนาสถานีอนามัยในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยของบุคลากรในสถานีอนามัย ได้แก่ ทำงานให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง มีการนำเครื่องมือคอมพิวเตอร์ มาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การจัดเก็บข้อมูล ปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล พัฒนาการให้บริการของสถานีอนามัย ปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสถานีอนามัย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาสถานีอนามัย ควรมีการพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาสิ่งแวดล้อม ไปพร้อมกัน และศึกษาแนวทางการพัฒนาสถานีอนามัยตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย จากวารสารหมออนามัย เอกสารวิชาการอื่น ๆ ตลอดจน ศึกษาดูงานจากสถานีอนามัยอื่น ๆ แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับสถานีอนามัยตนเอง

3.4.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ขาดแคลนงบประมาณ
- 2) เกิดความไม่มั่นคงในอาชีพการรับราชการ
- 3) ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสถานีอนามัย

4) เจ้าหน้าที่บางคนไม่มีเวลา

3.4.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีการประชุมระดับหัวหน้าสถานีนามัย กรรมการหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงถึงความสำคัญของโครงการต่าง ๆ ของสถานีนามัย
- 2) ควรสนับสนุนงบประมาณให้สถานีนามัยมากขึ้น
- 3) ต้องร่วมมือกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3.5 ผลกระทบต่อความเป็นอยู่ส่วนตัวและครอบครัว จากการปฏิบัติงานในสถานีนามัย ส่วนมากไม่มีผลกระทบ เนื่องจากมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานในสถานีนามัย ส่วนที่มีผลกระทบบ้าง เนื่องจากมีเวลาให้ครอบครัวน้อย ต้องเสียสละเวลา กับงานมากเกินไป บางครั้งมีงานเร่งด่วนจะต้องปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลา ต้องใช้เวลาส่วนตัว มาร่วมพัฒนาโดยเฉพาะโครงการพิเศษต่าง ๆ

3.6 แนวทางการบริหารงบประมาณในการพัฒนาสถานีนามัย ได้แก่ มีการวางแผนการใช้งบประมาณไว้ชัดเจน โดยจัดลำดับความสำคัญในการใช้งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหา และใช้เงินงบประมาณอย่างประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

3.6.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ขาดแคลนงบประมาณ
- 2) การเบิกจ่ายเงินงบประมาณล่าช้า กว่ากิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนงาน ส่งผลให้ต้องมีการปรับแผนการบริหารงบประมาณ มีผลกระทบต่องานทั้งระบบ
- 3) หัวหน้าสถานีนามัย ไม่ค่อยใช้จ่ายงบประมาณ
- 4) ไม่เข้าใจในระบบการบริหารงบประมาณ

3.6.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรจัดลำดับความสำคัญในการใช้งบประมาณ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาสถานีนามัย
- 2) การสนับสนุนงบประมาณต้องสอดคล้องกับปริมาณงาน โครงการต่าง ๆ

3.7 แนวทางในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานีนามัย โดยการปลูกจิตสำนึกของประชาชน ให้สถานีนามัยเป็นสมบัติส่วนหนึ่งของชุมชน ให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีสถานีนามัยอยู่ในพื้นที่ ต้องร่วมกันพัฒนาสถานีนามัยให้มีศักยภาพมากขึ้น ให้บริการชุมชน ช่วยกิจกรรมชุมชนสม่ำเสมอ มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการประชุมวางแผนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้มีความคิดริเริ่ม รับฟังความคิดเห็นของชุมชน

3.7.1 ปัญหาอุปสรรค

- 1) ประชาชนเห็นความสำคัญของสถานีนี้นานมีน้อยมาก
- 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาให้ชุมชนน้อย
- 3) มีหมู่บ้านในความรับผิดชอบมากเกินไป ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

ได้ครบทุกหมู่บ้าน

3.7.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) ต้องให้ชุมชนเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้น
- 2) กำหนดบทบาทขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจนเกี่ยวกับ

การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์ (Analytical Survey Method) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย โดยสรุปผล ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัด นครศรีธรรมราช และศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมี ส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จของ จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด จำนวน 250 แห่ง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่พัฒนาสำเร็จ ได้ใช้ประชากรทั้งหมด ของกลุ่มสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จปี พ.ศ.2544 รวม 10 แห่ง และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนใน สถานีนอนามัยนั้น เป็นแหล่งข้อมูล จำนวน 33 คน กลุ่มที่ 2 สถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ โดย เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการใช้ตารางเลขสุ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดจากสัดส่วนของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 2 แห่ง ต่อสถานีนอนามัย ที่พัฒนาสำเร็จในอำเภอเดียวกัน 1 แห่ง ได้สถานีนอนามัยที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 20 แห่ง บุคลากร จำนวน 53 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกรายการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่ม ประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา 30 คน เพื่อหาความเที่ยง ดังนี้ แบบสอบถาม เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเที่ยง 0.96, 0.92 และ 0.80 ตามลำดับ ใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกรายการ จำนวนทั้งหมด 116 ฉบับ ได้รับคืน

และนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.48 และได้นำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการพัฒนาสถานีนามัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ สถิติไคสแควร์ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ตลอดจนใช้การทดสอบแบบ t และ Mann-Whitney U test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร

1.3 ผลการวิจัย พบว่า

1.3.1 ลักษณะทั่วไปของปัจจัยที่ศึกษา

1) *ปัจจัยด้านบุคคล* บุคลากรของสถานีนามัยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำแนกตามสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 66.7 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ยของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน คือ สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ 35.8 ปี และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 36.2 ปี ส่วนสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว โดยรวม ร้อยละ 68.6 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 73.3 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.2 จำแนกเป็นบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 56.7 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 57.5 วุฒิการศึกษาเมื่อเริ่มรับราชการของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม จบประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.1 จำแนกตามสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 23.3 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 63.0 โดยสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 60.0 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 65.0 วิชาเอกที่ศึกษาเพิ่มเติมส่วนใหญ่ คือสาธารณสุขศาสตร์ โดยรวมร้อยละ 56.8 จำแนกตามสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 61.1 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 53.8

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยโดยรวม มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 24.3 ระยะเวลา 16 – 20 ปี น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 15.7 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.1 ปี สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 – 10 ปี และ 16 – 20 ปี มากที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 23.3 ระยะเวลา 1 – 5 ปี และ 11 – 15 ปี น้อยที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 ส่วนสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.5 ระยะเวลา 16 – 20 ปี มีน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 10.0 และบุคลากรของสถานีนามัยทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ 13.8 ปี และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 14.2 ปี และบุคลากรของสถานีนามัยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ อยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี มากที่สุด คือ โดยรวม ร้อยละ 74.3 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 70.0 และสถานีนามัยที่ไม่พัฒนา

สำเร็จ ร้อยละ 77.5 บุคลากรของสถานีนอนามัยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยรวม เฉลี่ย 5.8 ปี สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ เฉลี่ย 5.9 ปี และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ เฉลี่ย 5.7 ปี ตำแหน่งของบุคลากรของสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม ที่มีมากที่สุด คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน คือ ร้อยละ 45.7 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีร้อยละ 40.0 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีร้อยละ 50.0 ระดับตำแหน่ง ของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีข้าราชการระดับ 6 มากที่สุด คือร้อยละ 41.4 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีร้อยละ 43.3 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีร้อยละ 40.0

การอบรม ศึกษานเรื่อง ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ในระหว่างปี 2534 – 2544 บุคลากรของสถานีนอนามัยโดยรวม เคยอบรม ร้อยละ 67.1 ส่วนใหญ่ เคยอบรม 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 51.0 และอบรมเฉลี่ยคนละ 2.7 ครั้ง บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ เคยอบรม มากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ ร้อยละ 80.0 และ 57.5 ตามลำดับ แต่จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 2.6 และ 2.8 ครั้ง ตามลำดับ

บุคลากรของสถานีนอนามัย โดยรวม มีรายได้รวมอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท/เดือน มากที่สุด คือ ร้อยละ 35.7 มีรายได้รวมมากกว่า 20,000 บาท/เดือน น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 12.9 และมีรายได้รวมเฉลี่ย 14,143.3 บาท/เดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีรายได้รวมเฉลี่ยมากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 15,587 และ 13,060.5 บาท/เดือน ตามลำดับ เมื่อจำแนกประเภทรายได้พบว่า บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีเงินเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด โดยรวม ร้อยละ 44.3 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 46.7 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 42.5 เงินเดือนเฉลี่ยของบุคลากรรวม 11,071.3 บาท/เดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จเงินเดือนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 11,102.3 และ 11,048.0 บาท/เดือน ตามลำดับ บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ โดยรวม ร้อยละ 75.7 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 72.5 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 80.0 ส่วนบุคลากรได้รับค่าตอบแทน โดยรวม ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน มากที่สุด คือ ร้อยละ 47.1 และได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 3,167.1 บาท/เดือน บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้รับค่าตอบแทน อยู่ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาท/เดือน มากที่สุด คือร้อยละ 50.0 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จได้รับค่าตอบแทน ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 54.5 และบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย มากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 4,090.0 และ 2,663.6 บาท/เดือน โดยรวม บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม คือ ร้อยละ 75.7 สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 87.5 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จร้อยละ 60.0 ส่วน

บุคลากรที่มีรายได้เสริม โดยรวม มีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 47.1 และมีรายได้เสริมเฉลี่ย 9,482.3 บาท/เดือน บุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด คือ ร้อยละ 50.0 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จมีรายได้เสริม ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน และ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด เท่ากัน คือ ร้อยละ 40.0 และบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีรายได้เสริมเฉลี่ย น้อยกว่าบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 9,166.7 และ 10,240.0 บาท ตามลำดับ บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน โดยรวม ร้อยละ 75.7 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 76.7 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 75.0 ส่วนบุคลากรที่มีภาระหนี้สิน โดยรวม มีหนี้สิน ระหว่าง 100,001 – 200,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 34.0 และมีหนี้สิน เฉลี่ย 301,225.7 บาท บุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ มีหนี้สิน ระหว่าง 100,001 – 200,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 39.1 และ 30.0 ตามลำดับ และบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีหนี้สินเฉลี่ย น้อยกว่าบุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ 269,574.5 และ 325,491.7 บาท ตามลำดับ สถานะทางการเงินของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย โดยเปรียบเทียบรายได้รวม กับรายจ่าย พบว่า โดยรวม มีเพียงพอและไม่เพียงพอ เท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ส่วนสถานะการเงินของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ส่วนมากมีเพียงพอ ร้อยละ 53 ในขณะที่บุคลากรของสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ส่วนมากไม่เพียงพอ ร้อยละ 52.5

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย มีสถานที่พักในสถานีนามัย มากที่สุด โดยรวม คือ ร้อยละ 42.9 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 36.7 สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 47.5 และมีสถานที่พักอยู่อำเภออื่น น้อยที่สุด โดยรวม คือ ร้อยละ 14.3 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 20.0 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 10.0

แรงจูงใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จและไม่สำเร็จ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า ปัจจัยจูงใจของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจระดับสูง ในด้านความรับผิดชอบ และด้านความสำเร็จของงาน ส่วนด้านอื่น ๆ ของปัจจัยจูงใจ ทั้ง 2 กลุ่มมีแรงจูงใจระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยค่าจูน มีเพียงด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ที่บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ด้านอื่น ๆ มีแรงจูงใจระดับปานกลาง

ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัย โดยรวม เป็นแบบมุ่งสัมพันธ์ และภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัยทั้งที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ เป็นแบบมุ่งสัมพันธ์

2) ปัจจัยด้านการบริหารงาน

ด้านงบประมาณ สถานะทางการเงินของสถานีนามัย ย้อนหลัง 3 ปี

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 – 2544 พบว่า โดยรวมในปี 2544 มีรายรับเงินบำรุงเฉลี่ย 156,279 บาท/ปี สูงกว่า รายรับเงินบำรุงเฉลี่ย ในปี 2542 และ 2543 รายจ่ายเงินบำรุง และรายรับ – จ่ายเงินงบประมาณ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2544 มีเงินคงเหลือรวม 43,741 บาท สูงกว่าปี 2542 ซึ่งมี 32,989 บาท และ ปี 2543 ซึ่งมี 28,221 บาท ส่วนเงินที่ได้จากการบริจาคมีน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบสถานะทางการเงินของสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จ ในปี 2544 พบว่า สถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จ มีรายรับเงินบำรุง 177,897 บาท/ปี มีรายจ่ายเงินบำรุง 155,738 บาท/ปี และมีรายรับ – จ่ายเงินงบประมาณ 30,859 บาท/ปี ซึ่งมีมากกว่า สถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จ คือ มีรายรับเงินบำรุง 143,258 บาท/ปี มีรายจ่ายเงินบำรุง 78,471 บาท/ปี และมีรายรับ – จ่ายเงินงบประมาณ 20,000 บาท/ปี รายจ่ายเงินบำรุงของสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ ทั้ง 2 กลุ่ม ในปี 2544 พบว่า จ่ายค่าตอบแทน/ใช้สอย มากที่สุด จ่ายค่าปรับปรุง/ซ่อมแซม น้อยที่สุด และไม่มีจ่ายค่าก่อสร้าง ส่วนรายรับ - จ่ายเงินงบประมาณ เป็นค่าวัสดุ มากที่สุด

การบริหารด้านทรัพยากร โดยรวมของสถานีนามัย์ พบว่า อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านอาคารสถานที่ มีการบริหารระดับดีมาก ส่วนด้านอัตรากำลัง อยู่ระดับปรับปรุง โดยมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย์ เฉลี่ย 3.04 คน สถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จเฉลี่ย 3.4 คน และสถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จเฉลี่ย 2.8 คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จ กับสถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า การบริหารทรัพยากรโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จมีการบริหาร ด้านอาคารสถานที่ อยู่ในระดับดีมาก ด้านครุภัณฑ์ และด้านอัตรากำลัง อยู่ระดับพอใช้ ส่วนสถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีการบริหารด้านอาคารสถานที่ อยู่ในระดับดี ด้านครุภัณฑ์ และด้านอัตรากำลัง อยู่ระดับปรับปรุง

กระบวนการบริหาร โดยรวมของสถานีนามัย์ พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 1.17$) เมื่อพิจารณารายด้านของกระบวนการบริหาร พบว่า ด้านการดำเนินการ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.32$, $SD = 0.98$) ด้านการวางแผน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2.93$, $SD = 1.27$) และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับปรับปรุง ($\bar{x} = 2.43$, $SD = 1.40$) เมื่อจำแนกตามประเภทการบริหาร พบว่า ด้านที่บริหารได้ดีที่สุด คืองานการเงินและการบัญชี อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.80$) ส่วนด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง บริหารได้ต่ำที่สุด อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.22$, $SD = 1.24$) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนามัย์ที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า กระบวนการบริหาร โดยรวม ของสถานีนามัย์ที่พัฒนาสำเร็จอยู่ใน

ระดับดีมาก ส่วนสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาระดับการบริหาร รายด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ และด้านการประเมินผล พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ บริหารอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ส่วนสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ บริหารด้านการวางแผน อยู่ในระดับพอใช้ ด้านการดำเนินการ อยู่ในระดับดี และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปรับปรุง เมื่อจำแนกตามประเภทการบริหารงาน พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ บริหารอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ งานการเงินและการบัญชี งานบริหารบุคคล การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล และงานสารบรรณ ส่วนงานพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง บริหารอยู่ในระดับดี ส่วนสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า ด้านที่บริหารได้ดีที่สุด คืองานการเงินและการบัญชี อยู่ในระดับดีมาก งานบริหารบุคคล อยู่ในระดับดี ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ งานสารบรรณ ด้านพัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง การวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล อยู่ในระดับพอใช้

3) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัย ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.42, SD = 0.38$) คือ ประชาชนมีโอกาสเข้ามาเสนอโครงการ แต่เมื่อพิจารณาระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับพัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า สถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.45, SD = 0.29$) ในขณะที่สถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40, SD = 0.43$) โดยประชาชนมีโอกาสเข้ามาเพียงเสนอความคิดเห็นเท่านั้น

1.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหาร และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช

1) ปัจจัยด้านบุคคล

(1) การอบรม คูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม คูงานเรื่อง ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย

(2) เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย

(3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงด้านเดียว คือด้านสภาพการทำงาน ที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จ

ของงาน ด้านลักษณะงาน ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความมั่นคงในงาน ด้านนโยบาย และการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

(4) ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย

2) ปัจจัยด้านการบริหารงาน

ด้านงบประมาณ และด้านทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสถานีนอนามัย ส่วนด้านกระบวนการบริหาร ($r = 0.51$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของกระบวนการบริหาร พบว่า การวางแผน ($r = 0.51$) ดำเนินการ ($r = 0.46$) และการประเมินผล ($r = 0.71$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย

1.3.3 เปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหาร และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและไม่สำเร็จ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

(1) สถานีนอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมดูงานเรื่อง ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย จะพัฒนาสถานีนอนามัยสำเร็จมากกว่าสถานีนอนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมดูงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

(2) สถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่ในสถานีนอนามัยพัฒนาสถานีนอนามัย ไม่แตกต่างจากสถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอยู่นอกสถานีนอนามัย

(3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ โดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านตามองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงด้านสภาพการทำงาน เพียงด้านเดียวที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ บุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านสภาพการทำงาน มากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความก้าวหน้า ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านลักษณะงาน ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านความมั่นคงในงาน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน

(4) ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ ไม่มีความแตกต่างกัน

2) ปัจจัยการบริหารงาน

(1) สถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีรายรับ ทั้งรายรับเงินบำรุง และรายรับเงินงบประมาณ ไม่แตกต่างกัน

(2) ปัจจัยด้านทรัพยากรของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า อัตรากำลังของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีมากกว่าสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอาคารสถานที่ และด้านครุภัณฑ์ ไม่แตกต่างกัน

(3) ด้านกระบวนการบริหาร พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านกระบวนการบริหาร โดยรวม และจำแนกตามการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มากกว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อจำแนกปัจจัยการบริหาร ตามประเภทการบริหารงาน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของงานบริหารบุคคล งานสารบรรณ และงานการวางแผนควบคุมกำกับและประเมินผล ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มากกว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ไม่แตกต่างกัน

2. อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอมนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอมนามัย ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ การอภิปรายวิธีดำเนินการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

2.1 อภิปรายวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์ ในสภาพที่เป็นจริงตามธรรมชาติ การควบคุมปัจจัยภายนอกสามารถป้องกันได้ในระดับหนึ่ง จึงอาจมีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องกับตัวแปรตามได้บ้าง ซึ่งงานวิจัยนี้ได้วางแผนป้องกันไว้ โดยกำหนดให้ สถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จ กับสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จอยู่ในอำเภอเดียวกัน โดยคาดว่าอำเภอเดียวกัน มีปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ประชากรทั้งหมด ในกลุ่มสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ส่วนกลุ่มสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ใช้การเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม จึงมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก

การเก็บข้อมูล ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเที่ยง 0.96, 0.92 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ที่ใช้ได้ (0.80 ขึ้นไป) วิธีการเก็บข้อมูลของงานวิจัยนี้ โดยประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขประจำอำเภอแต่ละแห่ง นำแบบสอบถามไปให้และรับคืนด้วยตนเอง ทำให้ได้รับแบบสอบถามคืนใกล้เคียงกับตัวอย่างตามวิธีการคำนวณในบทที่ 3 คือ ร้อยละ 84.48 และได้กำหนดรหัสแบบสอบถาม เพื่อสามารถตรวจสอบกลับได้ หากข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอตามการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยในแต่ละประเด็นตามตัวแปรที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1 ของการวิจัยที่ตั้งไว้ มีเพียงปัจจัยด้านการอบรมดูงานเรื่อง ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1 โดยสถานีนอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมศึกษา ดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย จะพัฒนาสถานีนอนามัยสำเร็จมากกว่าสถานีนอนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรม ศึกษา ดูงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.1 ซึ่งการที่ปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นของบุคลากรของสถานีนอนามัยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยเนื่องจากบุคลากร ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีการกระจาย ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสถานที่พักอาศัย อยู่ในระดับใกล้เคียงกันมาก (ตารางที่ 4.1)

1) เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย เนื่องจากเพศ มีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีเพศหญิงร้อยละ 66.7 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ มีเพศหญิงร้อยละ 55.0 และการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในสถานีนอนามัย แบ่งตามงาน โดยไม่มีการแบ่งว่าเป็น

เพศชาย หรือหญิง จะเป็นการปฏิบัติงานแบบเอนกประสงค์ (Multipurpose Personnel) (เมธี จันท์จารุภรณ์ 2533: 8) เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ซาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตจังหวัด ภาคใต้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของนรินทร์ สังข์รักษา (2536: 104) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย พ.ศ. 2535-2544 ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชน และรวมทุกด้าน พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และผลการศึกษาของ ซาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี (2541: ง) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน และผลการศึกษาของ พรทิพย์ อุ่นโกมล (2532: 74) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารของหัวหน้าฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริการ วิชาการ และรวมทุก ๆ ด้าน

จะเห็นได้ว่าการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี และพรทิพย์ อุ่นโกมล ขัดแย้งกับการวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นระดับ ผู้บริหารใน โรงพยาบาล ส่วน การศึกษาของคนอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน คือ เป็น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย

2) อายุ เนื่องจากอายุอาจมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับ ผลการพัฒนาสถานีนอนามัย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลหลายประเภท มี วุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักชีวิต มองชีวิตกว้างไกล และลึกซึ้งมากขึ้น สามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1986: 60) อ้างถึงใน เพ็ญศรี ปรางสุวรรณ 2541: 34) แต่การปฏิบัติงานในลักษณะของวิชาชีพนั้น ช่วงที่ผู้ ปฏิบัติงานจะมีความสามารถสูงสุด คือ ช่วงอายุประมาณ 35 ปี จากนั้นความสามารถด้านวิชาชีพจะ ลดลงเรื่อย ๆ และมีการปฏิบัติได้ดีอีกในช่วง อายุ 45 ปี และ 55 ปี จะเกิดปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา เรียกว่า mid - carrier crisis กล่าวคือ บุคคล ในช่วงอายุนี้อาจจะมีการเปรียบเทียบสถานภาพ และความ สำเร็จในการทำงานของตนกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันจะมีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานบางรายเกิดความ ท้อถอย เหนื่อยหน่าย (Shapero, 1985: 167-175 อ้างถึงใน นรินทร์ สังข์รักษา 2536: 104) จากผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย เนื่องจากอายุเฉลี่ยของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน คือ สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ 35.8 ปี และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 36.2 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 104) พบว่าการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยในภาคกลาง ตามโครงการ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ในด้านการบริหาร ด้านวิชาการ การสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชนและรวมทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ และผลการศึกษาของ ชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัด ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร (2531: ก,49-56) จากการประเมินการปฏิบัติงานด้วยตนเองของสารวัตรอาหารและยา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ พรทิพย์ อุ่นโกมล (2532: 74) ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหาร บริการ วิชาการ และรวมทุก ๆ ด้านของหัวหน้าฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรศีลานนท์ (2534: ก-ข) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานีนามัย

3) *สถานภาพสมรส* พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย จากการศึกษาครั้งนี้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยมีสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกันส่วนใหญ่ แต่งงานแล้ว ร้อยละ 68.6 สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 73.3 และสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 65.0 และเนื่องจากบุคลากรในสถานีนามัยจำเป็นต้องปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดตามนโยบาย ไม่ว่าจะ มี สถานภาพสมรส เช่นไร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ และผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) พบว่าการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยในภาคกลาง ตามโครงการ ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย พ.ศ. 2535-2544 ทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สุพัตรา จึงสง่าสม (2541: 91-103) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริหารของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลเมือง และผลการศึกษาของ

ทัศนีย์ ศรีจันทร์ (2528: 64-69) พบว่า สถานภาพสมรสของหัวหน้าสถานีนอนามัย จังหวัดลำปาง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลงานโภชนาการ กล่าวคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรส เป็น โสดส่วนใหญ่จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีปริมาณงานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

4) การศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า การศึกษาของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม ใกล้เคียงกันมาก ทั้งระดับการศึกษา วุฒิการศึกษาเมื่อเริ่มรับราชการ การศึกษาเพิ่มเติม ตลอดจนวิชาเอกที่ศึกษาเพิ่มเติม กล่าวคือ ส่วนใหญ่บุคลากรมีระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.2 จำแนกเป็นบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 56.7 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 57.5 วุฒิการศึกษาเมื่อเริ่มรับราชการของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม จบประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร (สาธารณสุขชุมชน) มากที่สุด คือ ร้อยละ 27.1 จำแนกตามสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 23.3 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ ได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 63.0 โดยสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 60.0 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จได้ศึกษาเพิ่มเติม ร้อยละ 65.0 วิชาเอกที่ศึกษาเพิ่มเติมส่วนใหญ่ คือ สาธารณสุขศาสตร์ โดยรวมร้อยละ 56.8 จำแนกตามสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ร้อยละ 61.1 และสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ร้อยละ 53.8 ถึงแม้ว่าการพัฒนาด้านกำลังคนตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย จะเพิ่มกำลังคนทั้งประเภทและปริมาณให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2539: 89 – 95) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในสถานีนอนามัยมีวุฒิการศึกษาหลากหลายมากขึ้น และมีการศึกษาต่อจากหลากหลายสาขามากขึ้นก็ตาม ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า วุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ ในเขตจังหวัดภาคใต้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับวุฒิการศึกษา และผลการศึกษาของ ชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534 : ก-ข) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี (2541: ง) พบว่า วุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทในด้านอื่น ๆ ของหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน มาจากการสอบคัดเลือก จากบุคลากรจากสาขาต่าง ๆ ที่จบการศึกษา ด้านการบริหารโดยตรง หรือบุคลากรสาขาอื่น ๆ ที่ได้ศึกษาเพิ่มเติมด้านบริหารงาน ทำให้มีวุฒิการศึกษาที่หลากหลาย ซึ่งต่างจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่มีพื้นฐานการศึกษาเหมือนกัน

5) *ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน* ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย จากคำกล่าวที่ว่า การมีประสบการณ์ในงานใดย่อมเป็นผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ดี แต่จำนวนปีที่เคยทำงานมา ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าคนที่ทำงานนานปีกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่า คนที่ทำงานน้อยปีกว่า ทั้งนี้เพราะแต่ละวันที่ทำงานย่อมได้ประสบการณ์ ต่างกัน (เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ 2522: 131 – 132) จากการวิจัยครั้งนี้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย เนื่องจากบุคลากรของสถานีอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ 13.8 ปี และสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ 14.2 ปี และบุคลากรของสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนี้ เฉลี่ย 5.9 ปี และสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ เฉลี่ย 5.7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 106) พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชาติชาย สุวรรณนิตย์ (2534: ก-ข) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดมุกดาหาร แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตจังหวัดภาคใต้ ผลการศึกษาของ อิงอัมพร ทองดี (2541: ง) พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริการ และระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านบริหารและด้านอื่นๆ และผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรศิลาพันธ์ (2534: ก-ข) พบว่า อายุราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

6) *การฝึกอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย* มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย และสถานีอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยจะพัฒนาสถานีอนามัยสำเร็จมากกว่าสถานีอนามัยที่ไม่ได้รับการอบรมดูงาน เนื่องจากการฝึกอบรมเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคลในหน่วยงาน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคคล เป็นการสอนให้คนได้เรียนรู้ และเข้าใจถึงหลักวิทยาการและวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสม ซึ่งเป็นการสร้างเสริมคุณวุฒิ และสมรรถภาพในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น (อุทัย หิรัญโต 2523: 15) และการวิจัยครั้งนี้สอบถามเฉพาะการศึกษาดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยซึ่งเนื้อหาการอบรมตรงประเด็นเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ วิชาการ สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาสถานีอนามัยได้โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาคริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า

การศึกษาฐาน อบรม ด้านวิชาการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของนักวิชาการ สาธารณสุขระดับอำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 8,106) พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษ แห่งการพัฒนาสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝึกอบรม อาจเนื่องมาจากการ ฝึกอบรม ไม่ตรงกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม มีการอบรมบ่อย ๆ เรื่องเดิม ๆ ผู้เข้ารับการ อบรมขาดความกระตือรือร้นในการอบรม

7) **ฐานะทางเศรษฐกิจ** ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย เนื่องจาก ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน ซึ่งทำให้มีเงินเดือนไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ใช้อัตราเดียวกันตามระเบียบการเงิน จะได้ค่าตอบแทนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนวันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ส่วนภาระหนี้สิน บุคลากรสาธารณสุข มีโอกาสก่อหนี้ได้ง่าย สะดวก และหลายทาง โดยเฉพาะสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข สามารถกู้ได้มากถึง 35 เท่าของเงินเดือน โดยไม่ต้องใช้หลักทรัพย์ใด ๆ ค่าประกัน เพียงใช้บุคคล ซึ่งเป็นสมาชิกฯ ค่าประกัน นอกจากนี้ยังมีสวัสดิการสำหรับข้าราชการ ของธนาคารออมสินอีก ส่งผลให้ ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งรายได้รวม เงินเดือน รายได้เสริม และหนี้สิน โดยบุคลากรของ สถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จมีรายได้รวมเฉลี่ย 15,587 และ 13,060.5 บาท/เดือน ตามลำดับ บุคลากรของสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ มีหนี้สินเฉลี่ย 269,574.5 และ 325,491.7 บาท ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาศริต ชุมวรฐายี (2542: 54-60) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ นักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในเขตจังหวัดภาคใต้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: 105) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ของหัวหน้า สถานีอนามัยในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย พบว่าการปฏิบัติงาน ของหัวหน้าสถานีอนามัยทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจ แต่ขัดแย้งกับ ผลการศึกษาของ ทศนีย์ ศรีจันทร์ (2528: 64-69) พบว่ารายได้ประจำต่อเดือนมีผลต่อปริมาณงาน โภชนาการของสถานีอนามัยจังหวัดลำปาง และผลการศึกษาของ กุสุมา วงษ์จันทร์ (2532 : 31-33,53) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในภาคเหนือตอนบน พบว่าลักษณะทางประชากรที่สนับสนุนการปฏิบัติงานคือ ฐานะทางเศรษฐกิจ

8) **สถานที่พักอาศัย** ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ระหว่างสถานีอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ บุคลากรมีสถานที่พักอาศัยไม่แตกต่างกัน คือ บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ พักอยู่นอกสถานี

อนามัย ร้อยละ 63.3 และ 52.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12 ประกอบกับปัจจุบัน การคมนาคมสะดวก การเดินทางมาปฏิบัติงานของบุคลากรสะดวก รวดเร็ว แม้จะพักอาศัยอยู่นอกสถานีนอนามัยก็ตาม มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้น ในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่การเดินทางไม่สะดวก ในบางฤดูกาล ดังนั้น สถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอาศัยอยู่ในสถานีนอนามัย พัฒนาสถานีนอนามัยได้ไม่แตกต่างจากสถานีนอนามัยที่มีบุคลากรพักอาศัยอยู่นอกสถานีนอนามัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.2

9) **แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน** พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1 แต่เมื่อพิจารณาจำแนกองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงด้านสภาพการทำงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบที่ทำให้บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับสูง คือ ความรับผิดชอบ ความสำเร็จของงาน และสัมพันธภาพในการทำงาน เมื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจของบุคลากรในสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.3 จากผลวิจัยดังกล่าว โดยเฉพาะที่บุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของงาน และด้านสัมพันธภาพในการทำงานสูง จึงยอมรับได้ว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม เห็นว่าการทำงานหรือการพัฒนาสถานีนอนามัยเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ประกอบกับบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีแนวทางในการพัฒนาสถานีนอนามัยไปในแนวทางเดียวกัน โดยยึดเกณฑ์การประเมินสถานีนอนามัยจังหวัดนครศรีธรรมราช (เกณฑ์ 750 คะแนน) ของชมรมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ทำให้บุคลากรสามารถปรับปรุงและพัฒนาสถานีนอนามัยได้ด้วยตนเอง ตามศักยภาพของแต่ละสถานีนอนามัย หากสภาพการทำงานดี ส่งผลให้มีศักยภาพในการพัฒนาสถานีนอนามัยดียิ่งขึ้น ซึ่งถ้าเป็นไปตามเหตุผลดังกล่าวนี้ ก็น่าจะเป็นผลดี แสดงให้เห็นว่าถึงแม้สิ้นสุดโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย อาจจะมีหรือไม่มีการประกวดสถานีนอนามัย แต่การพัฒนาสถานีนอนามัยก็สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง เพียงแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนส่วนขาดของแต่ละสถานีนอนามัย เพื่อให้สถานีนอนามัยได้พัฒนาเต็มศักยภาพยิ่งขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของบุคคลอื่น ๆ พบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของวีระ คีมัน (2542: 60) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กับแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย ในจังหวัดพิจิตร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบที่ทำให้มีความพึงพอใจระดับสูง คือ ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ นโยบายและการบริหารงาน การปกครองบังคับบัญชา และสัมพันธภาพในการทำงาน และผลการศึกษาของ วันทนา ลิพิทักษ์วัฒนา (2542 : 91-95) ได้ศึกษาเรื่องประเมินการปฏิบัติงาน

ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยามรราชจังหว็ดสุพรรณบุรี พบว่า บรรยากาศ
องค์กร ลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน
แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ พิชญ์ รอดแสง (2542: 63-67) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
ในด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ และผลการศึกษาของ สุชาติ อติวานิชยพงศ์ (2539: 75-82) พบว่า
ความพึงพอใจด้านความสำเร็จของงาน ด้านสภาพการทำงาน มีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย
บทบาทรวมทุกด้าน ของนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน ความพึงพอใจด้านความรับผิดชอบ ความ
สำเร็จของงาน ด้านสัมพันธภาพในการทำงาน และการปฏิบัติงานในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์และ
สามารถทำนายบทบาทรวมทุกด้านของนักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา และผลการ
ศึกษาของ นรินทร์ สังข์รักษา (2536: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตาม
บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย ในภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่ง การพัฒนาสถานี
อนามัย พ.ศ.2535 – 2544 พบว่า การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยด้านบริหาร ด้านบริการ
ด้านวิชาการ และรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจรวม สัมพันธภาพในการทำงาน
ความสำเร็จ และการยอมรับนับถือ

10) *ภาวะผู้นำ* หัวหน้าสถานีอนามัยจะเป็นเสมือนสิ่งกระตุ้นและมีอิทธิพล
ต่อบุคลากรในสถานีอนามัย ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ พฤติกรรมผู้นำของหัวหน้า
สถานีอนามัยเป็นการแสดงออกของผู้นำที่มีความสามารถนำกลุ่มดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สู่เป้าหมาย
ที่กำหนดไว้ได้ และความสามารถในการทำงานกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
รวมทั้งบำรุงขวัญและกำลังใจของกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงออกของหัวหน้าสถานีอนามัย
ที่มุ่งสัมพันธ์หรือมุ่งงานเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่สามารถที่จะทำให้ประสิทธิผลการดำเนินการ
พัฒนาบริการอยู่ในระดับดีได้ ควรมีพฤติกรรมมุ่งสัมพันธ์ และมุ่งงานในระดับสูงควบคู่กันไป
จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะผู้นำไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีอนามัย ซึ่งไม่เป็น
ไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1 เนื่องจากภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัยทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งที่พัฒนา
สำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.4 คือ มีภาวะ
ผู้นำ แบบมุ่งสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แฉล้ม บุญสนอง (2539: บทคัดย่อ)
พบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยมีภาวะผู้นำแบบมุ่งสัมพันธ์ และผลการศึกษาของ วีระ ดิมัน (2542:
บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความ พึงพอใจในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กับแบบ
ภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย พบว่า แบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย ส่วนใหญ่เป็น
แบบมุ่งงานสูง - มุ่งสัมพันธ์สูง ถึงร้อยละ 85.05 และแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีอนามัย
แตกต่างกันจะทำให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างกัน

โดยภาวะผู้นำแบบมุ่งงานสูง-มุ่งสัมพันธ์สูงจะทำให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงที่สุด

2.2.2 ปัจจัยด้านบริหาร

ผลการวิจัย พบว่า งบประมาณ และทรัพยากรทุกด้าน ได้แก่ ด้านอัตรากำลัง อาคารสถานที่ และครุภัณฑ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอมนามัย ซึ่งไม่ขึ้นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.2 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของรายรับ รายจ่ายเงินบำรุง และเงินงบประมาณ ย้อนหลัง 3 ปี ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ไม่ขึ้นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.5 สาเหตุที่งบประมาณไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอมนามัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานีนอมนามัยในกลุ่มที่พัฒนาสำเร็จ บางแห่งมีรายรับ รายจ่ายเงินบำรุง รายรับ - รายจ่ายเงินงบประมาณ และ เงินคงเหลือน้อยกว่า สถานีนอมนามัยในกลุ่มที่พัฒนาไม่สำเร็จบางแห่ง ส่วนทรัพยากร ของสถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จและสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จึงไม่ขึ้นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.6 แต่ด้านอัตรากำลัง พบว่า สถานีนอมนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีบุคลากรมากกว่าสถานีนอมนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอาคารสถานที่ และด้านครุภัณฑ์ ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรศิลาพันธ์ (2534: ก-ข) พบว่า งบประมาณ มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานและคุณภาพงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม และวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม และผลการศึกษาของจิตติมา พานิชกิจ (2540: ง) พบว่า การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคหัดของเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัย นอกจากนี้ ผลการศึกษาของกฤษฎาศิริวิบูลยภิต (2535: 55-166) พบว่า ปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน คือ ปัญหาเครื่องมือ เครื่องใช้ ไม่พร้อม คิดเป็นร้อยละ 84.9 เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด ร้อยละ 64.1 ยาและเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.3 ยาและเวชภัณฑ์มีรายการยาที่จำกัด ร้อยละ 65.1 ซึ่งตามทฤษฎีระบบองค์การ ที่กล่าวถึง บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ และงบประมาณ เป็นปัจจัยนำเข้า ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของโครงสร้างของระบบบริหารงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ (ทองหล่อ เดชไทย 2542 : 50) เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานของสถานีนอมนามัย การได้รับการสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้เหมาะสม จะเอื้อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น แต่อย่างไรก็ตาม บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ และงบประมาณ ที่มีอยู่จะนำมาใช้ในการพัฒนาสถานีนอมนามัยให้ประสบความสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการว่าแต่ละสถานีนอมนามัยจะสามารถใช้ให้เป็นประโยชน์ และบริหารจัดการ ได้ดีเพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอมนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.2

และเมื่อเปรียบเทียบกระบวนการบริหารระหว่างสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ พบว่า สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีการกำหนดนโยบายชัดเจน มีการดำเนินงานตามโครงการ และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.7, 2.8 และ 2.9

2.2.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.3 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.10 เนื่องจาก สถานีนามัยที่พัฒนาสำเร็จ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนมีโอกาสเข้ามาเสนอโครงการ ในขณะที่สถานีนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับปานกลาง โดยประชาชนมีโอกาสเข้ามาเพียงเสนอความคิดเห็นเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสถานีนามัยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกิจกรรมสาธารณสุขที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ไม่ใช่กิจกรรมตามแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เป็นลักษณะของการให้ความร่วมมือโดยฝ่ายรัฐเป็นผู้กำหนดรูปแบบของการดำเนินงาน ประชาชนเป็นผู้ให้ความร่วมมือ และผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมที่รัฐกำหนด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระบวนการดำเนินงานตั้งแต่ การกำหนดปัญหา การวางแผน การประเมินผล และการควบคุมตรวจสอบนั้น แทบจะไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนเลย จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาระดับหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในภาวะปัจจุบันนั้น พบว่ามีทั้งปัจจัยจากฝ่ายรัฐที่ยังไม่ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ในขณะที่เดียวกันปัจจัยจากฝ่ายชุมชนยังขาดความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นฝ่ายกระทำ (บังอร ฤทธิภักดี 2528: 1-3) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประสาทร์ สิทธิเลิศ (2536: 1-2) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล ของคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) คือ ขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ อีกทั้งผู้บังคับบัญชายังไม่ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร และคณะกรรมการสภาตำบลมองไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ไพเราะ ไตรสิธานนท์ (2534: ก-ข) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุจิตรา สิกขะมณฑล (2536: 62) พบว่า ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมาก ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ

ตำบล นอกจากนี้ผลการศึกษาของ สวัสดิ์ ภูทอง (2536: 94-95) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสาธารณสุข คือ ความร่วมมือของชุมชน การยอมรับนับถือจากชุมชน ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับตำบล และผลการศึกษาของ จริญญา แดงเล็ก (2542: ง) พบว่า ความร่วมมือของชุมชน ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดพิจิตร

3. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานีนามัยนำไปพิจารณาวางแผนในการพัฒนาสถานีนามัย ดังนี้

3.1.1 ผลการศึกษาวิจัยที่ได้ เป็นองค์ความรู้ชุดหนึ่งที่สามารถนำไปปรับเปลี่ยนประยุกต์ใช้กับสถานีนามัยส่วนใหญ่ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาไม่สำเร็จ ถึงแม้สถานีนามัยบางแห่งจะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ต่าง ๆ เช่น อัตรากำลัง งบประมาณ หากมีการบริหารจัดการที่ดี มีการวางแผน ดำเนินการ และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ก็สามารถพัฒนาสถานีนามัยให้ประสบความสำเร็จได้

3.1.2 ต้องจัดให้มีการพัฒนาบุคลากรในสถานีนามัย ในประเด็นดังต่อไปนี้

1) บุคลากรกลุ่มหัวหน้าสถานีนามัย ต้องเน้นหลักสูตรเกี่ยวกับทักษะการบริหารงาน ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ได้แก่ การศึกษาดูงาน การสอนงาน การนิเทศงาน การจัดอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น ให้กระจาย ครอบคลุมทั่วถึงหัวหน้าสถานีนามัยทุกคน

2) กำหนดมาตรการทางการบริหารเพื่อสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณวุฒิให้บุคลากรในสถานีนามัย เช่น การกำหนดคุณวุฒิการศึกษาของหัวหน้าสถานีนามัย หรือ การเลื่อนระดับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 5 เป็นระดับ 6 จะต้องจบปริญญาตรี

3) ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยพัฒนาบุคลากรในสถานีนามัย ให้มีความรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ต ค้นหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยทางอินเทอร์เน็ต สนับสนุนคู่มือ เอกสาร วารสาร ที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง

4) ต้องมีการติดตามประเมินผลการบริหารงานของหัวหน้าสถานีนามัย และการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนามัย เป็นประจำทุกปี อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาส่วนขาดในการปฏิบัติงานและจะได้ใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการวางแผนการพัฒนากุศลกร

5) ต้องจัดให้มีเพิ่มประวัติรายบุคคลของบุคลากรในสถานีนามัย เพื่อ

ลงบันทึกผลการพัฒนาบุคลากร ทั้งด้านการศึกษาเพิ่มเติม การฝึกอบรม ศึกษา คูงาน เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน เลื่อนตำแหน่ง และเลื่อนระดับของบุคลากรจะต้องใช้มาตรการนี้ควบคู่กันไปด้วย

3.1.3 การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานีนามัยซึ่งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) ทั้งหน่วยหลักและหน่วยรอง โดยเน้นการพัฒนาสภาพการทำงานที่เหมาะสม โดยหน่วยงานในระดับพื้นที่ หรือหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care: CUP) สามารถบริหารบุคคล และงบประมาณ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ภายใต้การดำเนินงานตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage of Health Insurance) ได้แก่

1) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในสถานีนามัย และบ้านพักของบุคลากร สาธารณสุข ตลอดจนสนับสนุนเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ ทันสมัย เพื่อความสะดวก สบายในการปฏิบัติงาน

2) ให้มีจำนวนบุคลากรตามลักษณะภารกิจของสถานีนามัยและตามสัดส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบตามภารกิจนั้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การประกวดสถานีนามัย ควรจะดำเนินการต่อไป เนื่องจากการประกวดสถานีนามัยที่ผ่านมา ถึงแม้การกระจายในการพัฒนา ไม่ครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามทำให้สถานีนามัยพัฒนาไปได้มาก แต่จะต้องปรับเกณฑ์และวิธีการประเมินใหม่ ให้สอดคล้องกับภารกิจของสถานีนามัย ซึ่งปรับเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหน่วยหลักและหน่วยรอง

3.2.2 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในส่วนที่เป็นประชาชน แกนนำกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ในประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาพตนเอง ความพึงพอใจในบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนหลักและรองที่พัฒนาสำเร็จและพัฒนาไม่สำเร็จ

3.2.3 ควรศึกษาปัจจัยภายในของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีนามัย ที่อาจมีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนามัย เช่น ความถนัด ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ความคาดหวังต่อผลการพัฒนาสถานีนามัย เช่น เงื่อนไขการได้รับการพิจารณาความดีความชอบ เลื่อนขั้นเงินเดือน 1.5 ขั้น หรือ 2 ขั้น และการได้ไปศึกษาดูงาน เป็นต้น

3.3.4 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นรูปแบบการพัฒนาสถานีนามัยให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในระยะเปลี่ยนผ่าน ภายใต้การปฏิรูประบบสุขภาพ แนวทางในการปฏิบัติงานในสถานีนามัยยังไม่มีการกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน จึงน่าที่จะศึกษาเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาสถานีนามัยต่อไป

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ธงชัย สาระกุล | ผู้อำนวยการ
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ |
| 2. อาจารย์พนิตนาฏ วิสุทธิธรรม | นักวิชาการสาธารณสุข
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ |
| 3. อาจารย์นงพรรณ พิริยานุพงศ์ | นักวิชาการสาธารณสุข
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ |
| 4. อาจารย์ ศิริวรรณ จันทรวีโรจน์ | เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน งานแผนงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 5. อาจารย์อภิรักษ์ หอยแก้ว | นักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งสง
จังหวัดนครศรีธรรมราช |

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

95 หมู่ที่ 4 ตำบลหินตก

อำเภอรัตนพิบูลย์

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80350

มีนาคม 2545

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้า นางอมตา จันทร์ปาน นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช กำลังทำ
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช
 ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ตอบแบบสอบถามที่ส่งมาด้วยหนังสือฉบับ
 นี้เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ กรุณาตอบตามความเป็นจริงด้วย
 ตนเองให้ครบทุกข้อ คำตอบจะถือเป็นความลับและไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านแต่
 อย่างไม่ใด ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์
 แก่งานวิชาการสืบไป

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความ
 ร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางอมตา จันทร์ปาน)

ผู้วิจัย

หมายเหตุ กรุณาส่งคืนที่นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ ภายในวันที่ เมษายน 2545

บ้าน

โทร.075 - 373608 (01-2738718)---

เลขที่แบบสอบถาม **แบบสอบถาม****ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช
ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย
สำหรับหัวหน้าสถานีนอนามัย**

คำชี้แจง แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของ สถานีนอนามัย

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกรายการเกี่ยวกับทรัพยากร โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)

เลขที่แบบสอบถาม **แบบสอบถาม**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช
ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย
สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย

คำชี้แจง แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของ สถานีนอนามัย

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนอนามัย

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

เลขที่แบบสอบถาม □□□□

แบบสอบถาม

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช
ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย
สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ**

คำชี้แจง แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกรายการ เกี่ยวกับการบริหารงานของสถานีนอนามัย โดยใช้เกณฑ์
ประเมินการพัฒนาสถานีนอนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
- ส่วนที่ 2 แบบฟอร์มบันทึกรายการ เกี่ยวกับงบประมาณ

7. ตำแหน่งปัจจุบัน ในปี 2544

- 1 () เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ.....
 2 () เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับ.....
 3 () นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ.....
 4 () อื่น ๆ โปรดระบุ

8. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (นับถึง ต.ค. 2544)ปี.....เดือน

9. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยแห่งนี้ (นับถึง ต.ค. 2544)ปี.....เดือน

10. ในปี 2544 ท่านมีรายได้จากแหล่งใด (โปรดระบุ)

- 1) จากเงินเดือนประจำบาท/เดือน
 2) ค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ได้รับจากการปฏิบัติราชการบาท/เดือน
 3) รายได้เสริมบาท/เดือน

11. ในปี 2544 ท่านมีภาระหนี้สินหรือไม่

- 1 () ไม่มี 2 () มี โปรดระบุบาท

12. สรุปรายได้รวมของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย ในปี 2544

- 1 () เหลือเก็บ 2 () เพียงพอ 3 () ไม่เพียงพอ

13. สถานที่พักอาศัยของท่าน ในปี 2544 ท่านอาศัยอยู่

- 1 () ในสถานอนามัย
 2 () นอกสถานอนามัย แต่อยู่ในตำบลที่ตั้งสถานอนามัย
 3 () นอกสถานอนามัย แต่อยู่ในอำเภอเดียวกัน
 4 () นอกสถานอนามัย แต่อยู่อำเภออื่น

สำหรับผู้วิจัย

สำหรับผู้วิจัย

14. ท่านได้รับการอบรม ดูงานเกี่ยวกับทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยหรือไม่
(ในระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2544)

1 () ไม่เคย

2 () เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () โครงการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสอ.
จัดโดยฝ่ายพัฒนาบุคลากร สสจ.นครฯ จำนวนครั้ง.....
- () โครงการฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล
จัดโดยฝ่ายพัฒนาบุคลากร สสจ.นครฯ จำนวนครั้ง.....
- () โครงการสัมมนาประกวดผลงานวิชาการ
จัดโดยฝ่ายพัฒนาบุคลากร สสจ.นครฯ จำนวนครั้ง.....
- () โครงการประชุมวิชาการและประกาศผลสอ.และสอ.ดีเด่น
จำนวนครั้ง..... จัดโดยชมรมสาธารณสุขฯ และ สสจ.
- () ศึกษา ดูงานสถานีนอนามัยดีเด่น สถานีนอนามัย.....
จำนวนครั้ง..... จัดโดย.....
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
จำนวนครั้ง..... จัดโดย.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรของ สถานีอนามัย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความแต่ละข้อ ตามความเป็นจริง พิจารณาสถานการณ์เมื่อปีงบประมาณ 2544 โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคตรงกับสถานการณ์จริงทุกประการ

มาก หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคตรงกับสถานการณ์จริงเป็นส่วนมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคตรงกับสถานการณ์จริงเพียงครึ่งเดียว

น้อย หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคตรงกับสถานการณ์จริงเพียงเล็กน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความทั้งหมดในประโยคแทบไม่มีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1	ผู้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจท่าน ในการปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
2	การปฏิบัติงานของท่านได้รับชมเชยจาก ผู้มารับบริการ						<input type="checkbox"/>
3	เพื่อนร่วมงานขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานจากท่าน						<input type="checkbox"/>
4	ท่านได้รับชมเชยจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับ การปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
5	เพื่อนร่วมงานยอมรับในความรู้ ความสามารถของท่านในการปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
6	เพื่อนร่วมงานชมเชยท่าน เกี่ยวกับการ ปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
7	ท่านได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชาใน การปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
8	ท่านมีโอกาสดำเนินงานในที่ทำงาน						<input type="checkbox"/>
9	หน่วยงานของท่านมีการสนับสนุน ให้ท่านได้เข้าร่วมสัมมนา อบรม ดูงานเพื่อ มาพัฒนางาน						<input type="checkbox"/>
10	หน่วยงานของท่าน มีการสนับสนุนให้ บุคลากรทุกคนศึกษาต่อในระดับสูงขึ้น						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
11	ท่านได้รับความยุติธรรมในการพิจารณา ความดีความชอบ						<input type="checkbox"/>
12	ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนให้ท่านได้ทำงานที่ มีผลต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน						<input type="checkbox"/>
13	ท่านมีอำนาจในการทำงานที่ได้รับ มอบหมายอย่างเต็มที่						<input type="checkbox"/>
14	ท่านสามารถบริหารจัดการในการทำงาน ที่รับผิดชอบได้ด้วยตนเอง						<input type="checkbox"/>
15	ท่านสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ได้อย่างอิสระ						<input type="checkbox"/>
16	ท่านมีความมุ่งมั่นปฏิบัติงานที่ได้รับ มอบหมายให้บรรลุผลสำเร็จ						<input type="checkbox"/>
17	ท่านปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความ ตั้งใจ						<input type="checkbox"/>
18	ท่านสามารถปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้						<input type="checkbox"/>
19	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ในการ ดำเนินงานได้						<input type="checkbox"/>
20	ผลการดำเนินงานของท่านเป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้						<input type="checkbox"/>
21	ท่านสามารถปฏิบัติงานได้เสร็จตามเวลาที่ กำหนดไว้						<input type="checkbox"/>
22	งานในหน้าที่ของท่านเป็นงานที่ท้าทาย ความรู้ ความสามารถ						<input type="checkbox"/>
23	งานที่ได้รับมอบหมายไม่ตรงกับบทบาท หน้าที่ของท่าน						<input type="checkbox"/>
24	งานที่รับผิดชอบเป็นงานที่ต้องใช้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
25	งานที่ท่านรับผิดชอบสามารถจัดปรับ การทำงานได้ตามความเหมาะสม						<input type="checkbox"/>
26	งานที่ท่านได้รับมอบหมายตรงกับ ความสนใจ						<input type="checkbox"/>
27	งานที่ทำให้เกิดความรู้ความสามารถของท่าน						<input type="checkbox"/>
28	สัดส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนี อนามัยของท่าน เหมาะสมกับปริมาณงาน						<input type="checkbox"/>
29	จำนวนหมู่บ้านในความรับผิดชอบของท่าน มีความเหมาะสม						<input type="checkbox"/>
30	การเดินทางไปปฏิบัติงานในชุมชนมีความ สะดวก						<input type="checkbox"/>
31	จำนวนประชากรในความรับผิดชอบมี ปริมาณมากเกินไปที่ท่านจะปฏิบัติงานได้						<input type="checkbox"/>
32	ในสถานีนีอนามัย มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพียงพอใน การปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
33	ในสถานีนีอนามัยของท่านมีการแบ่งงาน เหมาะสม						<input type="checkbox"/>
34	สภาพแวดล้อมในชุมชนยากต่อการปฏิบัติ งาน						<input type="checkbox"/>
35	สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานของท่าน เอื้อต่อการทำงาน						<input type="checkbox"/>
36	ปริมาณงานในหน้าที่รับผิดชอบของท่าน มี มากเกินไป						<input type="checkbox"/>
37	ทางราชการจัดที่พักอาศัยให้อย่างเพียงพอ						<input type="checkbox"/>
38	ที่พักอาศัยที่ทางราชการจัดให้ มีความเหมาะสม						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
39	สวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ได้รับปัจจุบัน มีความเหมาะสม						<input type="checkbox"/>
40	เงินเดือนที่ท่านได้รับ เหมาะสมกับภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบัน						<input type="checkbox"/>
41	ท่านได้รับค่าเบี่ยงเนื่องในการปฏิบัติงาน อย่างเต็มที่						<input type="checkbox"/>
42	ท่านได้รับค่าอยู่เวรนอกเวลาราชการ อย่างเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ						<input type="checkbox"/>
43	งานที่รับผิดชอบมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ						<input type="checkbox"/>
44	การเดินทางไปปฏิบัติงานในชุมชน เสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สิน						<input type="checkbox"/>
45	การปฏิรูประบบสุขภาพมีผลกระทบต่อ ความมั่นคงในตำแหน่งของท่าน						<input type="checkbox"/>
46	งานในตำแหน่งของท่านมีความมั่นคง						<input type="checkbox"/>
47	งานที่ปฏิบัติเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน						<input type="checkbox"/>
48	สถานีนายมัยของท่านมีการกำหนดทิศทาง ในการดำเนินงานตามนโยบาย ไว้ชัดเจน						<input type="checkbox"/>
49	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางในการ ดำเนินงานของสถานีนายมัย						<input type="checkbox"/>
50	สถานีนายมัยของท่านมีการกำหนดขั้นตอน การทำงานที่ชัดเจน						<input type="checkbox"/>
51	สถานีนายมัยของท่านมีการบริหารจัดการ ที่ดี ทำให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
52	สถานีนายมัยของท่านมีการจัดระบบงานที่ ชัดเจน						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
53	ผู้บังคับบัญชาให้ความเป็นธรรมกับ ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน						<input type="checkbox"/>
54	ผู้บังคับบัญชามอบหมายงานที่ตรงกับความสามารถของท่าน						<input type="checkbox"/>
55	ผู้บังคับบัญชามอบหมายอำนาจในการ ปฏิบัติงานของท่านอย่างเต็มที่						<input type="checkbox"/>
56	ผู้บังคับบัญชามีการกระจายงานอย่าง เหมาะสม						<input type="checkbox"/>
57	ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นของ ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน						<input type="checkbox"/>
58	ผู้บังคับบัญชามีความเห็นอกเห็นใจและ เข้าใจปัญหา ในการทำงานของท่าน						<input type="checkbox"/>
59	ผู้บังคับบัญชาให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามา มี ส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติงาน						<input type="checkbox"/>
60	ผู้บังคับบัญชาท่านให้ความสำคัญกับตนเอง กับท่าน						<input type="checkbox"/>
61	ท่านมีสัมพันธภาพกับทุกคนในหน่วยงาน เป็นอย่างดี						<input type="checkbox"/>
62	เพื่อนร่วมงานของท่านให้การช่วยเหลือ สนับสนุน การทำงานของท่าน						<input type="checkbox"/>
63	ท่านรู้สึกว่าการทำงานร่วมกับผู้อื่นทำให้ เป็นภาระ ไม่คล่องตัว						<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 คำถามปัจจัยด้านบุคคล เกี่ยวกับภาวะผู้นำของหัวหน้าสถานีนามัย

คำชี้แจง เลือกตัวเลขระดับความชอบของท่านที่มีต่อหัวหน้าสถานีนามัย โดยทำเครื่องหมายวงกลม O รอบตัวเลขที่ท่านเลือก จากคำถามต่อไปนี้

ตัวอย่าง

ข้อคำถาม	ระดับความชอบของท่าน								ข้อคำถาม	สำหรับ ผู้วิจัย
ความยุติธรรม	8	7	6	5	4	3	2	1	ความไม่ยุติธรรม	<input type="checkbox"/>
ซื่อ	8	7	6	5	4	3	2	1	ไม่ซื่อ	<input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	ระดับความชอบของท่าน								ข้อคำถาม	สำหรับ ผู้วิจัย
ความพอใจ	8	7	6	5	4	3	2	1	ความไม่พอใจ	<input type="checkbox"/>
ความเป็นมิตร	8	7	6	5	4	3	2	1	ความไม่เป็นมิตร	<input type="checkbox"/>
ปฏิเสธ	1	2	3	4	5	6	7	8	ยอมรับได้	<input type="checkbox"/>
เป็นผู้ช่วยเหลือ	8	7	6	5	4	3	2	1	เป็นผู้ขัดแย้ง	<input type="checkbox"/>
เฉื่อยชา	1	2	3	4	5	6	7	8	กระตือรือร้น	<input type="checkbox"/>
เข้มงวด	1	2	3	4	5	6	7	8	ยืดหยุ่น	<input type="checkbox"/>
ห่างเหิน	1	2	3	4	5	6	7	8	ใกล้ชิด	<input type="checkbox"/>
เย็นชา	1	2	3	4	5	6	7	8	อบอุ่น	<input type="checkbox"/>
ร่วมมือ	8	7	6	5	4	3	2	1	ไม่ร่วมมือ	<input type="checkbox"/>
สนับสนุน	8	7	6	5	4	3	2	1	เป็นปฏิปักษ์	<input type="checkbox"/>
น่าเบื่อ	1	2	3	4	5	6	7	8	น่าสนใจ	<input type="checkbox"/>
พาลหาเรื่อง	1	2	3	4	5	6	7	8	กลมเกลียว	<input type="checkbox"/>
เชื่อมั่น	8	7	6	5	4	3	2	1	ลังเล	<input type="checkbox"/>
มีประสิทธิภาพ	8	7	6	5	4	3	2	1	ขาดประสิทธิภาพ	<input type="checkbox"/>
เศร้าโศก	1	2	3	4	5	6	7	8	ร่าเริง	<input type="checkbox"/>
เปิดเผย	8	7	6	5	4	3	2	1	ซ่อนเร้น	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความแต่ละข้อ ตามความเป็นจริง พิจารณาเหตุการณ์เมื่อปีงบประมาณ 2544 โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ทำสม่ำเสมอหรือเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ร้อยละ 75 - 100 ของความถี่ของการปฏิบัติ
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง ร้อยละ 50 - 74 ของความถี่ของการปฏิบัติ
ทำบางครั้ง	หมายถึง ร้อยละ 25 - 49 ของความถี่ของการปฏิบัติ
ทำนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ร้อยละ 1 - 24 ของความถี่ของการปฏิบัติ
ไม่เคยทำ	หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ความถี่ของการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		สม่ำเสมอ / เกือบทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย	
1	การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน แต่ละครั้ง ประชาชนมารวมกลุ่มกันเอง เป็นประจำทุกเดือนตามวันนัดหมาย						<input type="checkbox"/>
2	การประชุมแต่ละครั้ง ถ้ามีของแจกหรือ มีค่าตอบแทนประชาชนจะเข้าร่วม ประชุมมาก						<input type="checkbox"/>
3	การประชุมของประชาชน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นผู้พูด โดยประชาชนเป็น เพียงผู้รับฟัง						<input type="checkbox"/>
4	การประชุมกลุ่มของประชาชน สมาชิก เป็นผู้เสนอประเด็นปัญหาสาธารณสุข เพื่อพิจารณาในที่ประชุม						<input type="checkbox"/>
5	ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอ ข้อมูลในชุมชนเพื่อเข้าไปเป็น อสม.						<input type="checkbox"/>
6	ในการประชุมแต่ละครั้ง สมาชิกทุกคน ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น อย่างเท่าเทียมกัน						<input type="checkbox"/>
7	ในการดำเนินงานพัฒนาสถานีอนามัย ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมพูดคุย ริเริ่ม วางแผน						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ความถี่ของการปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
		สม่ำเสมอ / เกือบทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย	
8	ประชาชนเข้าร่วมพัฒนาสถานีอนามัย ด้วยความสมัครใจ						<input type="checkbox"/>
9	ในการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม สมาชิกทุกคนได้อภิปรายปัญหาแต่ละ ประเด็นอย่างกว้างขวาง						<input type="checkbox"/>
10	การตัดสินใจในที่ประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง โดยสมาชิกทุกคนลงมติ						<input type="checkbox"/>
11	การประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านแต่ละ ครั้ง ต้องมีหนังสือเชิญสมาชิกประชุม						<input type="checkbox"/>
12	ประชาชนเป็นผู้เสนอโครงการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุข ตามสภาพปัญหาของ ชุมชน						<input type="checkbox"/>
13	ประชาชนสมัครใจเข้ามาเป็นอสม.						<input type="checkbox"/>
14	ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางาน สาธารณสุข โดยการชักชวนจาก อสม.						<input type="checkbox"/>
15	โครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ ชุมชนถูกเสนอโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						<input type="checkbox"/>
16	ประชาชนถูกร้องขอ ชักชวน ให้มา ร่วมพัฒนาสถานีอนามัย						<input type="checkbox"/>
17	การตัดสินใจในที่ประชุมกลุ่มของ ชุมชนแต่ละครั้ง ประธานในที่ประชุม ตัดสินใจเอง						<input type="checkbox"/>
18	อบต.เป็นผู้เสนอโครงการแก้ไขปัญหา สาธารณสุขของชุมชน						<input type="checkbox"/>
19	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นคนคัดเลือก อสม.						<input type="checkbox"/>

ลำดับ ที่	ข้อความ / สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ความถี่ของการปฏิบัติ					สำหรับผู้ วิจัย
		สม่ำเสมอ / เกือบทุกครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ เคย	
20	มีการจัดประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม เพื่อวางแผน แก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของหมู่บ้าน						<input type="checkbox"/>
21	การประชุมกลุ่มของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เสนอ ประเด็นปัญหาสาธารณสุข เพื่อ พิจารณาในที่ประชุม						<input type="checkbox"/>
22	ในการประชุมหมู่บ้านแต่ละครั้ง ตัดสินใจ โดยการลงมติของ คณะกรรมการหมู่บ้าน						<input type="checkbox"/>
23	มีการจัดประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม เพื่อสรุปผลการทำงานแก้ไขปัญหา สาธารณสุขของหมู่บ้าน						<input type="checkbox"/>
24	การเผยแพร่ข่าวสารทางหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายของหมู่บ้าน บริหารจัดการ โดยประชาชน						<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เมื่อปีงบประมาณ 2544

1. ท่านมีการจัดระบบงานสถานีนามัยอย่างไร

.....

.....

1.1 ปัญหาอุปสรรค

.....

1.2 ข้อเสนอแนะ

.....

2. ท่านมีเทคนิคในการทำงานสถานีนามัยให้ประสบความสำเร็จอย่างไร

.....

.....

2.1 ท่านมีปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการทำงานในสถานีนามัยหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

2.2 ข้อเสนอแนะ

.....

3. รูปแบบความร่วมมือ การประสานงาน การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือสถานีนามัยอื่น เป็นอย่างไร

.....

.....

3.1 ปัญหาอุปสรรค

.....

3.2 ข้อเสนอแนะ

.....

4. ท่านมีแนวทางในการพัฒนาสถานีนอนามัยในโครงการทสอ. อย่างไร

.....

.....

4.1 ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

4.2 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

5. การปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ส่วนตัว และครอบครัวของท่านหรือไม่อย่างไร

.....

.....

6. ท่านมีแนวทางการบริหารงบประมาณในการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างไร

.....

.....

6.1 ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

6.2 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

7. ท่านมีแนวทางอย่างไร ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานีนอนามัย

.....

.....

7.1 ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

7.2 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกรายการ เกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารงานของสถานีนอมนัย

(ตามเกณฑ์การประเมินสถานีนอมนัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช)

คำชี้แจง กรุณากรอกผลการประเมินสถานีนอมนัย ตามเกณฑ์การประเมินสถานีนอมนัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อ ปี 2544 ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

สถานีนอมนัย..... อำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช

งาน/กิจกรรม	คะแนนเต็ม	ผลประเมิน
งานบริหาร	90	
1. งานบริหารบุคคล	12	
1.1 แผนภูมิการจัดองค์กรและความรับผิดชอบ	4	
การให้คะแนน (ข้อ 1.1)		
1) มีแผนภูมิการจัดบริหารองค์กร และการแบ่งงานรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ชัดเจน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	4	
2) มีแผนภูมิการจัดบริหารองค์กร หรือการแบ่งงานรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ชัดเจน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	2	
1.2 มีแผนปฏิบัติงานประจำเดือนเจ้าหน้าที่ พร้อมแสดงให้เห็นชัดเจน	2	
1.3 เจ้าหน้าที่ลงเวลาปฏิบัติงานทุกวัน และเป็นปัจจุบัน	2	
1.4 มีการอยู่เวรรักษาการประจำ สอ. พร้อมบันทึกเป็นหลักฐาน	2	
1.5 มีสำเนาทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ (ก.พ.7) ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	2	
2. การเงินและการบัญชี	15	
2.1 มีการออกไปเสีรับเงินถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	2	
2.2 มีเงินสดเก็บในมือตามระเบียบทางราชการ	2	
2.3 มีทะเบียนคุมใบเสีรับเงินเป็นปัจจุบัน	2	
2.4 มีการจัดทำรายงานเงินทุกประเภทครบถ้วนถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	3	
2.5 มีสมุดเงินฝากธนาคาร และมีทะเบียนคุมฝาก-ถอน	2	
2.6 มีการจัดซื้อจัดจ้างถูกต้องตามระเบียบและมีหลักฐานการจ่ายเงินครบถ้วน	2	
2.7 มีการรวมการเก็บรักษาเงินถูกต้องตามระเบียบพร้อมคำสั่ง	2	

งาน/กิจกรรม	คะแนนเต็ม	ผลประเมิน
3. งานพัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง	10	
3.1 ทะเบียนคุมพัสดุ ครุภัณฑ์	2	
การให้คะแนน ข้อ 3.1		
1) มีทะเบียนคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ครบถ้วนถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	2	
2) มีทะเบียนคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ครบถ้วนถูกต้อง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1	
3.2 มีรหัสครุภัณฑ์ถูกต้อง และลงรหัสกำกับครุภัณฑ์ทุกชนิด (ไม่ครบทุกชนิดให้ 0)	2	
3.3 มีทะเบียนที่ดิน สิ่งก่อสร้าง หรือสมุดประวัติสถานีนอนามัยซึ่งมี รายละเอียดเกี่ยวกับที่ดินสิ่งก่อสร้างของสถานีนอนามัยทั้งหมด	2	
3.4 มีการจัดเก็บ บำรุงรักษา คงสภาพใช้งานได้	2	
3.5 มีการขออนุมัติจำหน่ายพัสดุตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 "ดูสำเนา"	2	
4. งานสารบรรณ	8	
4.1 มีทะเบียนรับ-ส่งหนังสือถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	2	
4.2 มีการจัดเก็บหนังสือราชการ และระเบียบรายงานต่างๆ เป็นระเบียบ เรียบร้อย	2	
4.3 มีรหัสแฟ้ม และเอกสารกำกับรหัสแฟ้มตามความเหมาะสมของ หน่วยงาน	2	
4.4 มีการขออนุมัติทำลายหนังสือราชการ	2	
5. การวางแผน ควบคุมกำกับ และประเมินผล	45	
5.1 มีการสรุปเอกสารผลการปฏิบัติงานประจำปีเป็นรูปเล่ม	5	
5.2 วิเคราะห์การดำเนินงาน และสรุปปัญหาสารธารณสุขของพื้นที่ ที่รับผิดชอบถูกต้องครบถ้วนแยกรายหมู่บ้าน	4	
การให้คะแนน (ข้อ 5.2)		
1) มีการวิเคราะห์ปัญหาครบถ้วน สรุปแยกรายหมู่บ้าน และปัญหา ภาพรวมของเขตรับผิดชอบ	4	
2) มีการวิเคราะห์ปัญหาครบถ้วน สรุปเฉพาะภาพรวมของ เขตรับผิดชอบ ไม่แยกรายหมู่บ้าน	3	
3) มีการวิเคราะห์ปัญหา แต่ไม่ครอบคลุมปัญหาครบถ้วน และ ไม่ครอบคลุมปัญหา	2	
4) ไม่มีการวิเคราะห์	0	

งาน/กิจกรรม	คะแนนเต็ม	ผลประเมิน
5.3 นำปัญหาจากการวิเคราะห์มาจัดทำแผนพัฒนาและโครงการแก้ไข ปัญหาของพื้นที่	5	
การให้คะแนน (ข้อ 5.3)		
1) มีโครงการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ (ครบทุก หมู่บ้าน)	5	
2) มีโครงการแก้ไขปัญหา แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่	3	
3) ไม่มีโครงการแก้ไขปัญหา	0	
5.4 มีการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละงาน/กิจกรรม แยกรายหมู่บ้าน รวมถึงเป็นไปตามเงื่อนไขและปัญหาที่ระบุไว้ของโครงการ หมายเหตุ ** ปัญหาได้จากการวิเคราะห์โครงการ	5	
การให้คะแนน (ข้อ 5.4)		
1) แยกเป้าหมายรายหมู่บ้านทุกกิจกรรม	5	
2) แยกเป้าหมายรายหมู่บ้าน บางกิจกรรม	3	
3) ไม่มีการตั้งเป้าหมายแยกรายหมู่บ้าน	0	
5.5 มีแผนพัฒนาสาธารณสุข	5	
การให้คะแนน (ข้อ 5.5)		
- มีครบทั้ง 3 ส่วน	5	
- มีบางส่วน	2	
- ไม่มีแผนพัฒนาสาธารณสุข	0	
(ระบบ กนท., นอกกระบบ กนท., ตามนโยบายจังหวัด)		
5.6 มีแผนปฏิบัติการประจำปี	5	
(รายละเอียดสอดคล้องกับ ข้อ 5.5 และแยกเป็นรายหมู่บ้าน)		
การให้คะแนน (ข้อ 5.6)		
1) มีครบทั้ง 3 ส่วน	5	
2) มีบางส่วน	3	
3) ไม่มี	0	
5.7 มีแผนงบประมาณ และแผนเงินบำรุง(สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ)	3	
การให้คะแนน (ข้อ 5.7)		
1) มีแผนปฏิบัติการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง	3	
2) มีแผนเงินงบประมาณ หรือเงินบำรุง	2	
3) ไม่มี	0	

งาน/กิจกรรม	คะแนนเต็ม	ผลประเมิน
5.8 มีผังควบคุมกำกับงาน(GRANT CHART)ทุกกิจกรรม(โดยเฉพาะงานในโครงการแก้ไขปัญหาหรือตามนโยบาย หรือตามความต้องการของอำเภอ จังหวัด)	5	
การให้คะแนน (ข้อ 5.8)		
1) มีทุกโครงการ	5	
2) มีบางโครงการ	3	
3) ไม่มี	0	
5.9 โครงการพิเศษอื่นๆ	8	
- มีโครงการที่ชัดเจน	2	
- มีแผนการดำเนินงานตามโครงการ	2	
- ดำเนินงานตามโครงการ	2	
- ประเมินผลดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	2	

สรุปผลการประเมินสถานีอนามัยคะแนนรวม 750 คะแนน คะแนนที่ได้คะแนน
 หมายเหตุ ใช้ผลการประเมินสถานีอนามัยปี 2544

ส่วนที่ 7 แบบฟอร์มบันทึกรายการ บัญชีด้านการบริหารงาน เกี่ยวกับงบประมาณ

ตารางที่ 1 สถานะเงินบำรุงของสถานีอนามัย..... ปีงบประมาณ 2542-2544

ปีงบประมาณ	รายรับ	รายจ่าย	หนี้สิน	เงินคงเหลือ ณ 30 ก.ย.
2542				
2543				
2544				

ที่มา : รายงานรับ - จ่ายเงินบำรุง

ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายที่เบิกจากเงินบำรุงสถานีอนามัย.....ปีงบประมาณ 2542-2544

ค่าใช้จ่าย	ปีงบประมาณ		
	2542 จำนวนเงิน (บาท)	2543 จำนวนเงิน (บาท)	2544 จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่าวัสดุ			
2. ค่าปรับปรุง/ซ่อมแซม			
3. ค่าตอบแทน/ใช้สอย			
4. ค่าครุภัณฑ์			
5. ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง			
6. ค่าสาธารณูปโภค			
7. อื่น ๆ			
รวม			

ที่มา : รายงานรับ - จ่ายเงินบำรุง

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายที่เบิกจากเงินงบประมาณ สถานีนอนามัยปีงบประมาณ 2542-2544

ค่าใช้จ่าย	ปีงบประมาณ		
	2542 จำนวนเงิน (บาท)	2543 จำนวนเงิน (บาท)	2544 จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่าวัสดุ			
2. ค่าปรับปรุง/ซ่อมแซม			
3. ค่าตอบแทน/ใช้สอย			
4. ค่าครุภัณฑ์			
5. ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง			
6. ค่าสาธารณูปโภค			
7. อื่น ๆ			
รวม			

ที่มา : รายงานรับ - จ่ายเงินบำรุง

3. เงินบริจาคอื่น ๆ ปีงบประมาณ 2542 - 2544

3.1 แหล่งเงิน..... จำนวนบาท ปีงบประมาณ.....

โครงการ.....

3.2 แหล่งเงิน..... จำนวนบาท ปีงบประมาณ.....

โครงการ.....

3.3 แหล่งเงิน..... จำนวนบาท ปีงบประมาณ.....

โครงการ.....

3.4 แหล่งเงิน..... จำนวนบาท ปีงบประมาณ.....

โครงการ.....

หมายเหตุ ขอถ่ายสำเนาเอกสารรายงานการเงินรับ-จ่ายเงินบำรุง ประจำปีเดือน กันยายน

ปี 2542 - 2544 ของสถานีนอนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

ส่วนที่ 8 แบบบันทึกรายการปัจจัยด้านการบริหารงาน เกี่ยวกับทรัพยากร โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน
พัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)

ตอนที่ 1 ทรัพยากรด้านอัตรากำลัง

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความ และจำนวนสิ่งๆที่ประเมิน ในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริง
มากที่สุด ให้ใช้ผลการประเมินเมื่อปีงบประมาณ 2544

ที่	รายการ	ปฏิบัติงาน จริง (คน)	ลาศึกษา ต่อ (คน)	สำหรับ ผู้วิจัย
1	อัตรากำลัง			
	1.1 หัวหน้าสถานีนามัย (เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6)			<input type="checkbox"/>
	1.2 นักวิชาการสาธารณสุข 3 – 5 หรือ 6ว. หรือ 7ว.			<input type="checkbox"/>
	1.3 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 – 4 หรือ 5			<input type="checkbox"/>
	1.4 อื่น ๆ (ระบุ) 1.4.1 1.4.2 1.4.3			<input type="checkbox"/>
	1.5 เจ้าหน้าที่ช่วยราชการ (ระบุ) 1.5.1 ตำแหน่ง..... 1.5.2 ตำแหน่ง.....			<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 2 ทรัพยากรด้านอาคารสำนักงาน บริเวณโดยรอบสอ. และระบบสาธารณูปโภค
 คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ประเมิน ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
 ให้ใช้ผลการประเมินเมื่อปีงบประมาณ 2544

ที่	รายการ	ไม่มี	มี	สำหรับผู้วิจัย
2	อาคารสำนักงาน			
	2.1 พื้นที่สำนักงาน			<input type="checkbox"/>
	2.2 พื้นที่ส่วนให้บริการ			
	- ส่งเสริมสุขภาพ			<input type="checkbox"/>
	- ปฐมพยาบาล / ตรวจวิเคราะห์ / รักษา / ทำคลอด			<input type="checkbox"/>
	- ทันตกรรม			<input type="checkbox"/>
	- ชั้นสูตร			<input type="checkbox"/>
	- คลังเวชภัณฑ์สำรอง และพัสดุ			<input type="checkbox"/>
	- ห้องโถงพักผ่อน / ห้องน้ำ / ห้องส้วม / ทางเดิน			<input type="checkbox"/>
3	บริเวณโดยรอบ สอ.			
	3.1 ประตูรั้ว / ป้ายชื่อ			<input type="checkbox"/>
	3.2 รั้ว			<input type="checkbox"/>
	- รั้วตาข่ายลวดดัก			
	- รั้วลวดหนาม			
	- รั้วคอนกรีต			
	3.3 ถนน			<input type="checkbox"/>
	- หินคลุก			
	- คอนกรีตเสริมเหล็ก			
	3.4 เสาธง			<input type="checkbox"/>
4	ระบบสาธารณูปโภค			
	4.1 - ระบบไฟฟ้า			<input type="checkbox"/>
	- ระบบไฟฟ้าสำรอง			<input type="checkbox"/>
	4.2 - ระบบน้ำ (เลือกตอบ)			
	- ระบบประปาหมู่บ้าน			<input type="checkbox"/>
	- ระบบประปาขนาดเล็ก ฝ.33			<input type="checkbox"/>
	- ระบบน้ำบาดาล			<input type="checkbox"/>
	- ดึงเก็บน้ำฝน			<input type="checkbox"/>
	- อื่น ๆ			<input type="checkbox"/>

ตอนที่ 3 ทรัพยากรด้านบ้านพัก และครุภัณฑ์ประจำสถานีนอนมัย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง และเติมจำนวนสิ่งทีประเมิน ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ให้ใช้ผลการประเมินเมื่อปีงบประมาณ 2544

(กรณีที่ตอบว่าไม่มี หมายถึง มีแต่ใช้งานไม่ได้ มี หมายถึง มีและใช้งานได้)

ที่	รายการ	ไม่มี	มี	จำนวน ที่มี	สำหรับ ผู้วิจัย
5	บ้านพัก				<input type="checkbox"/>
	5.1 บ้านพักใช้ได้				
	5.2 บ้านพักใช้ไม่ได้				
6	ครุภัณฑ์ประจำสถานีนอนมัย				
	6.1 ครุภัณฑ์สำนักงาน				
	6.1.1 โต๊ะทำงาน				<input type="checkbox"/>
	6.1.2 ตู้เหล็ก 4 ลินชัก				<input type="checkbox"/>
	6.1.3 ตู้เหล็ก 2 บาน				<input type="checkbox"/>
	6.1.4 เก้าอี้พับได้ชนิดทำด้วยเหล็ก ที่นั่งพนักพิง บุฟองน้ำ				<input type="checkbox"/>
	6.1.5 ตู้นิรภัย				<input type="checkbox"/>
	6.1.6 ชั้นวางเอกสารแบบเชื่อมติดกัน				<input type="checkbox"/>
	6.1.7 เก้าอี้นั่งรถตรวจชนิด 3 ที่				<input type="checkbox"/>
	6.1.8 พัดลมแบบตั้งพื้นขนาด 16 นิ้ว				<input type="checkbox"/>
	6.1.9 พัดลมสายรอบตัว				<input type="checkbox"/>
	6.1.10 เครื่องพิมพ์ดีดแบบธรรมดา แคร่ 18 นิ้ว				<input type="checkbox"/>
	6.1.11 เครื่องคำนวณเลขชนิด 12 หลัก มีจอภาพและ กรอกบันทึก มี 1 memory				<input type="checkbox"/>
	6.1.12 โต๊ะพิมพ์ดีด				<input type="checkbox"/>
	6.2 ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว				
	6.2.1 ตู้เย็นขนาด 5 คิว บิกฟูต				<input type="checkbox"/>
	6.2.2 เครื่องทำน้ำเย็นแบบใส่ขวด				<input type="checkbox"/>
	6.2.3 เตาแก๊ส				<input type="checkbox"/>
	6.2.4 เครื่องกรองน้ำ				<input type="checkbox"/>
	6.2.5 ตู้เย็นขนาดไม่ต่ำกว่า 3 - 5 คิวบิกฟูต				<input type="checkbox"/>

ที่	รายการ	ไม่มี	มี	จำนวน ที่มี	สำหรับ ผู้วิจัย
	6.3 ครุภัณฑ์ยานพาหนะ				
	6.3.1 รถจักรยานยนต์ ขนาด 90 ซีซี				<input type="checkbox"/>
	6.3.2 รถจักรยานยนต์ ขนาด 140 ซีซี				<input type="checkbox"/>
	6.3.3 รถยนต์				<input type="checkbox"/>
	6.3.4 เรือ Ambulance				<input type="checkbox"/>
	6.4 ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์				
	6.4.1 เคียงตรวจโรค				<input type="checkbox"/>
	6.4.2 เคียงทำคลอด				<input type="checkbox"/>
	6.4.3 เคียงเด็ก				<input type="checkbox"/>
	6.4.4 เคียงซิปบอน				<input type="checkbox"/>
	6.4.5 ตู้เก็บเครื่องมือแพทย์				<input type="checkbox"/>
	6.4.6 ตู้เก็บเวชภัณฑ์				<input type="checkbox"/>
	6.4.7 ตู้ข้างเคียงพร้อม หม้อนึ่ง				<input type="checkbox"/>
	6.4.8 เครื่องชั่งน้ำหนัก				<input type="checkbox"/>
	6.4.9 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบตั้งโต๊ะ				<input type="checkbox"/>
	6.4.10 โคมไฟตรวจภายในชนิดขาตั้ง				<input type="checkbox"/>
	6.4.11 หม้อนึ่ง (Autoclave)				<input type="checkbox"/>
	6.4.12 หม้อนึ่ง (Portable Autoclave)				<input type="checkbox"/>
	6.4.13 เครื่องช่วยหายใจชนิดบีบมือสำหรับเด็ก				<input type="checkbox"/>
	6.4.14 เครื่องช่วยหายใจชนิดบีบมือสำหรับผู้ใหญ่				<input type="checkbox"/>
	6.4.15 ชุดผ่าตัดเล็ก				<input type="checkbox"/>
	6.4.16 หม้อคัมเครื่องมือ				<input type="checkbox"/>
	6.4.17 เครื่องกำจัดทำลายเข็มฉีดยา				<input type="checkbox"/>
	6.4.18 รถเข็นทำแผล				<input type="checkbox"/>
	6.4.19 เครื่องดูดเสมหะ				<input type="checkbox"/>
	6.4.20 เครื่องดูดหินปูน พร้อมเก้าอี้สนาม โคมไฟ				<input type="checkbox"/>

ที่	รายการ	ไม่มี	มี	จำนวน ที่มี	สำหรับ ผู้วิจัย
	6.5 ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ				
	6.5.1 ไฟฉุกเฉิน				<input type="checkbox"/>
	6.5.2 เครื่องรับ – ส่งวิทยุ ระบบ VHE/FM. ชนิดมือถือ 1-5 วัตต์				<input type="checkbox"/>
	6.5.3 เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ขนาด 3 กิโลวัตต์				<input type="checkbox"/>
	6.5.4 เครื่องรับ – ส่งวิทยุ ระบบ VHE/FM. ชนิดประจำที่ 40วัตต์				<input type="checkbox"/>
	6.6 ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่				
	6.6.1 โทรทัศน์ขนาด 20 นิ้ว				<input type="checkbox"/>
	6.6.2 เครื่องวิดีโอแบบเล่นและบันทึกเทป				<input type="checkbox"/>
	6.6.3 กล้องถ่ายภาพขนาดเลนส์ 1:1:8				<input type="checkbox"/>
	6.7 ครุภัณฑ์ในโครงการเร่งรัด				
	6.7.1 เครื่องปั่นเลือดหาเปอร์เซ็นต์อัดแน่นของเม็ดเลือด				<input type="checkbox"/>
	6.7.2 กล้องจุลทรรศน์				<input type="checkbox"/>
	6.7.3 เครื่องตรวจหาน้ำตาลในเลือด				<input type="checkbox"/>
	6.7.4 เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์				<input type="checkbox"/>
	6.7.5 โต๊ะวางเครื่องมือคอมพิวเตอร์ และเครื่องพิมพ์				<input type="checkbox"/>
	6.7.6 หม้ออบไอน้ำ				<input type="checkbox"/>

ภาคผนวก ค

การประกวดสถานีอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช

การประกวดสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช

การแบ่งพื้นที่การบริการสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราชแบ่งพื้นที่การบริการสาธารณสุขออกเป็น 5 โซน ดังนี้

โซนที่ 1 ได้แก่ อำเภอท่าศาลา อำเภอสีชล อำเภอนอม และกิ่งอำเภอนบพิตำ

โซนที่ 2 ได้แก่ อำเภอปากพนัง อำเภอหัวไทร อำเภอเชียรใหญ่ อำเภอชะอวด และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ

โซนที่ 3 ได้แก่ อำเภอทุ่งใหญ่ อำเภอบางขัน อำเภอนาบอน อำเภอทุ่งสง อำเภอจุฬาภรณ์ และอำเภอร่อนพิบูลย์

โซนที่ 4 ได้แก่ อำเภอฉวาง อำเภอพิปูน อำเภอฉำพรณรา และกิ่งอำเภอช้างกลาง

โซนที่ 5 ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอพรหมคีรี อำเภอลานสกา และอำเภอพระพรหม

การแบ่งระดับการประกวดสถานีนอนามัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 ระดับอำเภอ ให้แต่ละอำเภอประกวดสถานีนอนามัยในระดับอำเภอ คัดเลือกสถานีนอนามัย 1 แห่ง เพื่อส่งประกวดในระดับ โซน ประเมิน โดยใช้แบบประเมินสถานีนอนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ระดับโซน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกสถานีนอนามัยระดับโซน เป็นสาธารณสุขอำเภอ หรือนักวิชาการ ของแต่ละอำเภอภายในโซนนั้น ๆ อำเภอละ 1-2 คน และจับสลากเลือกโซนที่จะไปประเมิน โดยไม่ให้ประเมินโซนของตนเอง เพื่อความโปร่งใส และเป็นธรรม วิธีการประเมิน โดยคณะกรรมการ แต่ละคนแบ่งงานที่จะประเมิน โดยให้คะแนนตามแบบฟอร์มการประเมิน (Checklist) ที่ได้กำหนดไว้แล้ว คือแบบประเมินสถานีนอนามัยของชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช แล้วนำคะแนนจากคณะกรรมการแต่ละท่านมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนเต็มรวมทุกงาน 750 คะแนน

3 ระดับจังหวัด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกสถานีนอนามัยระดับจังหวัด จากตัวแทนแต่ละอำเภอ เป็นคณะกรรมการกลาง 1 ชุด ประเมินสถานีนอนามัยที่ผ่านการคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับโซน เพื่อคัดเลือกสถานีนอนามัยเป็นตัวแทนระดับจังหวัด ส่งเข้าประกวดในระดับเขตต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข *รายงานผลการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7*
กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2541
- กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ “ความรับผิดชอบทางกฎหมายในการให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับตำบล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2535
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข *การสำรวจข้อมูลสภาพการดำเนินงาน
ของสถานีนอนามัย* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2541
- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง *คู่มือการบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานีนอนามัย*
กรุงเทพมหานคร ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2542
- _____ *บทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการของสถานีนอนามัย โครงการทศวรรษแห่งการ
พัฒนาสถานีนอนามัย (ทสอ.) พ.ศ. 2535 – 2544* 2535
- กาญจนา แสงรัตน์ “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดพิษณุโลก”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2532
- กุสุมา วงษ์จันทร์ “ขวัญและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล
ในภาคเหนือตอนบน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2532
- จรัญ แดงเล็ก “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
หัวหน้าสถานีนอนามัยในงานสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2542
- จิตติมา พานิชกิจ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของ
เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2540
- เจมส์คัตต์ ปิ่นทอง “การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท” ใน *การบริหารงานพัฒนาชนบท*
หน้า 272 – 273 จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์ 2527

แฉล้ม บุญสนอง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของ หัวหน้าสถานีนามัยกับประสิทธิผลงาน
สาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรี” *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง* 6

(พฤษภาคม 2539) หน้า 54 - 62

ชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช “สรุปผลการประกวดสถานีนามัยดีเด่น จังหวัด
นครศรีธรรมราช” ชมรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 2544 (อัคราณา)

ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย *บันทึกนักสาธารณสุข 2539* ม.ป.ท. 2539

ชาคริต ชุมวรฐายี “การประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับ
อำเภอในเขตจังหวัดภาคใต้” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต*
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542

ชาติชาย สุวรรณนิตย์ “ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับตำบล ในจังหวัดมุกดาหาร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต*
(ชีวสถิติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534

ชูษณา ก้อนจันทะ “การมีส่วนร่วมของสมาชิกนิคมสร้างตนเองในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ตามความจำเป็นพื้นฐานด้านที่อยู่อาศัย” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต*
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2537

โชคดี อมรวัฒน์ “การมีส่วนร่วมของประชาชนกับความสำเร็จของโครงการอาสาพัฒนาและ
ป้องกันตนเอง (อพป.) : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้าน อพป. อำเภอพรานกระต่าย
จังหวัดกำแพงเพชร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์*
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2537

ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสารวัตรอาหารและยา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2531

ทองศักดิ์ คุ่มไข่น้ำและคณะ *การพัฒนาชุมชนเชิงปฏิบัติ* กรุงเทพมหานคร บพิธการพิมพ์ 2534
ทองใบ สุดซารี *ภาวะผู้นำและการจูงใจ* พิมพ์ครั้งที่ 2 อุบลราชธานี สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี
2543

ทองหล่อ เดชไทย *หลักการบริหารงานสาธารณสุข* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพาณิชย์ 2542

ทองหล่อ สุวรรณภาพ *จิตวิทยาการศึกษา* อุบลราชธานี วิทยาลัยครูอุบลราชธานี 2521

ทัศนีย์ ศรีจันทร์ “อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัย
ต่อผลงานโภชนาการของสถานีนามัยในจังหวัดลำปาง” *วิทยานิพนธ์*

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2528

ธงชัย สันติวงษ์ *องค์การและการบริหาร* พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช 2537

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ *พฤติกรรมบุคคลในองค์การ* พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช 2535

ธัญญา แก้วศรี “ความพึงพอใจในงานของผดุงครรภ์อนามัยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ
จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2529

นรินทร์ สังข์รักษา “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัยใน
ภาคกลาง ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) พ.ศ. 2535 –
2544” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2536

บังอร ฤทธิภักดี “การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาระดับ
หมู่บ้าน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2528

บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ *การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ
เล่ม 3* กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2539

บุปผา ศิริวิศมี และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ *การประเมินความรู้ ทักษะ และผลการปฏิบัติงาน
ตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล* สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2531

ประจวบ แผลมหลัก “ความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนที่ได้รับ และการสนับสนุนที่คาดหวัง
เกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย” วิทยานิพนธ์ปริญญา
สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2536

ประพนธ์ ปิยรัตน์ *บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล* นครปฐม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2532

ประภาศรี พิทักษ์สินสุข “การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท
ศึกษาเฉพาะ โครงการสุพรรณบุรี” สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2532

- ประสาตร์ สิทธิเลิศ “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติการ
พัฒนาชนบทระดับตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสิงห์บุรี” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะพัฒนาสังคมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2536
- ปรัชญา เวสารัชช์ รายงานการวิจัย การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการพัฒนา
กรุงเทพมหานคร สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2528
- ปรีวรรต วรวิวัฒน์กุล “การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านในการพัฒนาชนบท :
ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะพัฒนาสังคมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2538
- พรทิพย์ อุ๋นโกลม “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านบริหารของหัวหน้า
ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2532
- พิชญ์ รอดแสวง “การประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ/ กิ่งอำเภอ”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารโรงพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542
- เพ็ญศรี ปรางสุวรรณ “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการปฏิบัติงาน
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคใต้ ประเทศไทย” วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2541
- ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์วงศ์ พฤติกรรมองค์การและการบริหาร กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์คุรุสภา
2530
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์ นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร ศักดิ์โสภณาการพิมพ์
2527
- ไพเราะ ไตรศิลาภานนท์ “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดฉะเชิงเทรา” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ “การมีส่วนร่วมของประชาชน” วารสารพัฒนาชุมชน 27 (กุมภาพันธ์ 2531)
หน้า 25-28

เฟรเดอริก เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ *สถานการณ์ของการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ระดับตำบลและอุปสรรคต่างๆ ในการทำงาน* ม.ป.ท. 2520

มัลลิกา ดันสอน *พฤติกรรมองค์กร* กรุงเทพมหานคร ด้านสุทธาการพิมพ์ 2544

เมธี จันท์จารุภรณ์ “การพัฒนาสถานีอนามัยในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7” *วารสาร
สาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง* 5 (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2533) หน้า 4-11

ยวีฉณ์ วุฒิเมธี *หลักการพัฒนาชุมชนและหลักการพัฒนาชนบท* กรุงเทพมหานคร
สำนักพิมพ์ ไทยอนุเคราะห์ไทย 2526

วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ “ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ
ครอบครัวและชุมชนพัฒนา: ศึกษาเฉพาะกลุ่มชุมชนดวงแข เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2540

วันทนา สีสพิทักษ์วัฒนา “ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์
เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2542

วีระ คีมัน “ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลกับแบบภาวะผู้นำ
ของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2542

เสาวนิต เสาวนานนท์ *บทเรียนภาวะผู้นำ* [ออนไลน์] ภาควิชาพื้นฐานการศึกษาครุศาสตร์ สถาบัน
ราชภัฏนครราชสีมา 2536 จาก http://www.rin.ac.th/article/leadership/m_himp
[เข้าถึง 1 มีนาคม 2545]

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย *ปฏิทินสาธารณสุข พุทธศักราช 2540* กรุงเทพมหานคร
สหประชาพานิชย์ 2540

สวัสดิ์ ภูทอง “ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับตำบล วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2536

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ *ทฤษฎีสังคมวิทยา* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2539

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน “พัฒนาการสาธารณสุข” *วารสาร
สาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง* 7 (พฤศจิกายน 2534) หน้า 14-16

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รายงานประจำปี 2543 จังหวัดนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 2544
- สุจิตรา สิกขะมณฑล “ประสิทธิผลงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้านที่มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชน ในจังหวัดลำปาง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2536
- สุจินต์ คาววีระกุล “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน:
ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนบทการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัดนครสวรรค์
ประจำปี พ.ศ.2527” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2527
- สุชาดา อติวานิชยพงศ์ “บทบาทและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของนายแพทย์ด้านเวชกรรม
ป้องกัน และนักวิชาการสาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2539
- สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ *การประเมินผลความก้าวหน้าโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานี
อนามัย* เล่ม 2 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2539
- สุนีย์ สุขสว่าง “บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้าน สิ่งแวดล้อม
ศึกษากรณีจังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2539
- สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา *จิตวิทยาของสตรี* กรุงเทพมหานคร อมรการพิมพ์ 2526
- สุพัตรา จึงสง่าสม “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายบริหาร
งานสาธารณสุข เทศบาลเมือง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541
- สุเมธ ทิพย์ชาติ “การปฏิบัติงานและการรับรู้ในบทบาทการให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยในจังหวัดพิษณุโลก” วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล 2533
- สุรชาติ สังข์รุ่ง “ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับความพึงพอใจในการทำงานของครู
ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาล
ในเขตภาคกลาง” วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารการศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2538

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ *อนาคตสถานีนโยบายไทย (การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการ
ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนโยบาย)* เล่ม 1 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก 2539
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ *พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2522
- อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม “หน่วยที่ 1 หลักการและกระบวนการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข หน้า 35-37
นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2544
- อนุภาพ ภิระลาภ “การวิเคราะห์เชิงสมมติฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท :
ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี” สารนิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2528
- อารีย์ ไชยมงคล “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลหัวหน้าผู้ป่วยกับขวัญและ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ประจำการโรงพยาบาลภาครัฐ ในเขต
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2533
- อำนาจ อนันตชัย “หน่วยที่ 7 การระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาชนบท หน้า 138 นนทบุรี สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช 2526
- อำพล จินดาวัฒนะ *บางมุมมองเพื่อ ทสว.* กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2536
- อิงอัมพร ทองดี “ความพึงพอใจในงาน กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าฝ่าย
บริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเอกบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541
- อุทัย หิรัญโต *การบริหารประยุกต์* กรุงเทพมหานคร โอเดียนสโตร์ 2523
- อุษณีย์ ศิริสุนทรไพบูลย์ “แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาขนาดใหญ่
ของรัฐ ศึกษาเฉพาะโครงการเขื่อนหรืออ่างเก็บน้ำ” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2538
- Cary, Lee J. “The Role of the Citizen in C.D. Process” in *Community development as a
Process*, Columbia : University of Missouri Press, 1976

- Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. *Rural Development : Concepts and Measures for Project Design, Implementation, and Evaluation*. New York : Cornell University, 1977.
- Bolander, Donald O. et al. *Grolier International Dictionary*. Danbury, Connecticut : Lexicon Publication, 1992.
- Lowdermilk, Max and Laitos, W.Robert. *Rural Sociology* 465 (December 1980): 694-700
- Arnstein, Sherry R. "A ladder of Citizen Participation (A Warner Modular Publication)."
Journal of the American Institute of Planners 35 (July 1969): 2-3.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอมตา จันทร์ปาน
วัน เดือน ปี เกิด	3 สิงหาคม 2513
สถานที่เกิด	อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	1. ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช พ.ศ.2533 2. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.2539
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 5